

«Jeg får et helt annet innblikk»: Fagpersoners erfaringer med familieorientert praksis i rusbehandling

Nordic Studies on Alcohol and Drugs

2020, Vol. 37(3) 243–261

© The Author(s) 2020

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/1455072520914207

journals.sagepub.com/home/nad

“I get a whole different view”: Professionals experiences
with family-oriented practice in addiction treatment

Øyvind Reehorst Kalsås

Avdeling for rusmedisin, Haukeland Universitetssjukehus, Bergen, Norway

Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking, Bergen, Norway

Anne Schanche Selbekk 

Rogaland A-senter/KoRus Vest Stavanger, Skogstøstraen, Stavanger, Norway

Universitetet i Stavanger, Avdeling for folkehelse, Stavanger, Norway

Ottar Ness

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim, Norway

Abstract

Aim: Family members' lives and health are seriously affected by alcohol- and drug addiction in close relationships, and research on addiction treatment shows that outcome of treatment is better when family is involved, both for the patient and family member. In Norway, there are clear political and professional guidelines in favour of involvement of family/significant others in the course of treatment, however, there are few addiction treatment services in Norway who comprehensively do so. The aim of this study is to explore therapists' experiences from involving family and significant others in interdisciplinary specialised addiction treatment (TSB), within an in-patient clinic in Norway. The research question is: What significance do therapists emphasise from

Submitted: 14 August 2019; accepted: 16 January 2020

Corresponding author:

Øyvind Reehorst Kalsås, Avdeling for rusmedisin, Haukeland Universitetssjukehus, Postboks 1400, 5021 Bergen, Norway /

Høgskulen på Vestlandet, Institutt for velferd og deltaking, Postboks 7030, 5020 Bergen, Norway.

Email: oykalsas@gmail.com

Creative Commons Non Commercial CC BY-NC: This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission

provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access pages (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

involving family members within interdisciplinary specialised inpatient addiction treatment, and which professional and ethical challenges arise with such involvement? **Method:** The data was gathered through two focus-group interviews and analysed with thematic analysis. **Results:** The main findings of the analysis are: (1) "A solid treatment structure for family involvement is central to family-oriented work", (2) "Substantial positive effects for both patient, family member and therapist are attributed to family-oriented treatment focus", and (3) "New dilemmas and challenges arise as a consequence of emphasising family-oriented work". **Conclusion:** The article gives insights in how treatment practice that involves family and network members can be organised, what can be achieved with such involvement, which challenges and dilemmas can arise, and discusses how these insights challenges language, ethics and judicial framework for addiction treatment.

Keywords

addiction, affected family members, drug treatment, family involvement, substance use treatment, familie, pårørende, rusavhengighet, rusbehandling, sosialt nettverk

I Norge tilbys ulike former for behandling av rusmiddelavhengighet som del av det offentlige helsevesenet ved tilkjennelse av pasientrettigheter i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) (Helsedirektoratet, 2015). Behandlingsstilbudene gis i kraft av individets pasientrettighet, og er dermed sentrert rundt den enkelte person (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 2-1b). I en forskningsoppsummering publisert i «The Lancet», beskrives «robust evidens» for at familiebaserte tilnærminger ved alkoholbehandling bidrar til reduksjon av alkoholbruk og bedrer relasjonelle forhold (Akram & Copello, 2013). Ved narkotikabehandling konkluderer forfatterne med «begrenset evidens» for bedring av de samme variablene, på grunn av begrenset kunnskapsgrunnlag (Akram & Copello, 2013). Meads, Bayliss, Dretzke, og Ting (2007) viste i en gjennomgang av 34 studier på alkoholproblematikk bedre resultater ved involvering av familie enn ved individuell behandling eller gruppebehandling. Ray, Mertens, og Weisner (2007) viste med en studie av 185.000 personer at familie-medlemmer til pasienter med rusdiagnose hadde betydelig flere helseproblemer og betydelig større bruk av helsetjenester sammenlignet med personer uten pasient med

rusdiagnose i familien. En senere studie viste at familiemedlemmers bruk av helsetjenester normaliserte seg dersom ruspasient gjennomførte behandling og klarte å være rusfri/avholdende ett år etterpå (Weisner, Mertens, Moore, & Parthasarathy, 2010). Erfaringene med at rusproblemer påvirker familien rundt rusmiddelbrukeren i vesentlig grad dokumenteres også i flere andre studier (Barnard, 2007; Casswell, Huckle, & You, 2011; Copello, Templeton, & Velleman, 2005; Ferris, Laslett, Livingston, Room, & Wilkinson, 2011; Guillermina et al., 2014; Orford, Copello, Velleman, & Templeton, 2010; Orr, Barbour, & Elliott, 2012; Rodriguez, Neighbors & Knee, 2014). Copello, Templeton, og Powell (2010) hevder at det dominerende individualistiske fokuset i behandling og politikk, har ført til en mangel på beregninger for hvor mange familiemedlemmer som er påvirket av rusbruk, og dertil kostnadene for familien og samfunnet.

De senere nasjonale politisk-faglige føringene gjennom ulike retningslinjer, veiledere og pakkeforløp for TSB og psykisk helsevern er tydelig på viktighet av involvering av pårørende i behandling. Dette gjelder blant annet «ROP-retningslinjen» (Helsedirektoratet, 2011), Stortingsmeldingen «Se meg! En

helhetlig rusmiddelpolitikk» (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2012), Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet, 2014), og stortingsproposisjonen «Opptrappingsplanen for rusfeltet» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I 2017 ble det utgitt ny veileder for behandling og rehabilitering av rusproblemer, som på bakgrunn av systematisk gjennomgang av eksisterende forskningsresultater, anbefaler at «Familie og nettverk bør involveres i behandlingen i samråd med pasient/bruker» (Helsedirektoratet, 2017a). Pårørendeveilederen er tydelig på at pårørende bør involveres til det beste for pasienten og pårørende (Helsedirektoratet, 2017b), og i retningslinjen for pakkeforløp i TSB som trådte i kraft i 2019, er involvering av pårørende viet sentral plass (Helsedirektoratet, 2019).

Bjørnstad (2007) har beskrevet hvilke virksomheter innen TSB som gir tilbud til pårørende. Hans funn viste at flesteparten av klinikkene oppga å ha slike tilbud, men hvordan denne delen av behandlingstilbudet ble gjennomført, var ofte lite konkretisert og systematisert. Selbekk og Duckert (2009) undersøkte familieorienterte tiltak innenfor TSB i Helse Vest, og oppsummerte registrerte par- og familiesamtaler til å være mellom 0,1% og 19% av konsultasjonene på poliklinikkene. Både Bjørnstad (2007) og Selbekk og Duckert (2009) viste at flere klinikker ga tilbud til pårørende separat, i forbindelse med at pårørende hadde pasientrettigheter i TSB for egen del. Tre nasjonale undersøkelser av erfaringer fra pasienter i døgnbehandling innen TSB, har vist at samarbeid med pårørende er et av områdene med stort forbedringspotensial (Haugum, Iversen, & Bjertnæs, 2013; Haugum, Holmboe, & Iversen, 2014; Skudal, Holmboe, Haugum, & Iversen, 2017). Sintef gjennomførte i 2013 en kartlegging av polikliniske pasienter i TSB (Ose & Pettersen, 2013). Deres funn viste at 53% av pasientene bodde sammen med noen. I ca. 20% av sakene var samarbeid med pårørende etablert, og i 8% av sakene ble det gjennomført familiekonsultasjoner (Ose & Pettersen, 2013).

Familie- og pårørendeinvolvering som en vektlagt og systematisert del av pasienters behandling synes på bakgrunn av disse undersøkelsene å skje i begrenset grad i TSB.

Oppsummert forskning viser altså at nære andre blir betydelig negativt påvirket av en annen persons problematiske rusmiddelbruk, og behandlingseffekten blir bedre ved å involvere dem, både for den som bruker rusmidler, og for vedkommendes relasjon med sine nære andre. Forståelse av rusmiddelproblemer og behandling bør inkludere denne kunnskapen, og Copello, Hodgson, Orford, og Tober (2009) bruker derfor begrepet *fokus-pasient* (vår oversettelse) om personen som bruker rusmidler, og øvrig familie/pårørende som *nettverksmedlemmer* (vår oversettelse). Vi vil av samme årsak bruke disse begrepene videre, med mindre begrepet «pårørende», det vanlige begrepet i helsetjeneste, informasjonsskriv, lover og veiledere, er riktig og nødvendig i den aktuelle konteksten. Ved familie- og nettverksinvolvering blir flere personer enn fokus-pasienten deltakere i en behandlingsprosess, og et slikt skifte i behandlingsformat bringer med seg nye behandlingmessige muligheter og nye faglige dilemmaer. Hensikten med denne studien er å utforske og utvikle kunnskap om fagpersoners erfaringer med familieorientert arbeid i rusfeltet, og studiens forskningsspørsmål er: *Hvordan beskriver fagpersoner betydningen av familieinvolvering i behandlingen ved en heldøgns behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og hvilke faglige og etiske utfordringer står de ovenfor i gjennomføringen av en slik praksis?*

Metodologi

Forskningskonteksten – Blå Kors Lade behandlingssenter

Forskningskonteksten for denne studien er Blå Kors Lade Behandlingssenter (LBS) i Trondheim, som oppgir å ha et tydelig fokus på familie- og pårørendeinvolvering (Lade BS

u.å.; Prestvik & Flatås, 2016; Rønning, 2014; Wiig, 2015). Brukerundersøkelsene fra døgntilbehandlingsinstitusjoner i TSB i 2013, 2014 og 2017 viste pasienterfaringer fra Lade behandlingssenter som var betydelig bedre enn landsgjennomsnittet på spørsmål om pårørendesamarbeid (Haugum et al., 2013, 2014; Skudal et al., 2017).

Lade behandlingssenter Blå Kors BA (LBS) har en driftsavtale med Helse Midt Norge RHF om å yte tjenester innenfor TSB (Lade Behandlingscenter Blå Kors BA, 2014). Senteret omfatter en akutt- og avrusingsavdeling, en poliklinisk avdeling, en skjermings- og utredningsavdeling, og en klinikkavdeling som tilbyr langtid døgntilbehandling. Klinikkavdelingen er fokus for denne undersøkelsen. Målgruppen for Klinikkavdelingen beskrives å være kvinner og menn fra 23 år med rusrelaterte problemer, nærmere definert til alvorlig alkohol- og/eller medikamentmisbruk (Lade BS, u.å., Prestvik & Flatås, 2016). Det er separate poster for menn og for kvinner (Lade BS, u.å.). Fra LBS sin nettside skriver de at behandlingssenteret ønsker å gi et tilbud til alle som definerer seg selv som pårørende (Lade BS, u.å.).

Kvalitativ tilnærming og vitenskapsteoretisk grunnlag

Studien er en kvalitativ studie med et kritisk-realistisk vitenskapsteoretisk ståsted. Kritisk realisme deler virkeligheten inn i tre ulike nivå: det virkelige nivået, det faktiske nivået og det empiriske nivået (Bhaskar, 1998). Vitenskapen anses innenfor kritisk realisme som en systematisk undersøkelse på det «empiriske nivået» som i dette tilfellet vil være klinikerens beskrivelser av sin praksis. Gjennom undersøkelsen på det «empiriske nivået» forsøker vi å beskrive og forstå hendelser på «det faktiske nivået», i dette tilfellet menneskelige erfaringer fra klinisk praksis og mellommenneskelig samhandling. Hendelser på «det faktiske nivået» bygger på og forårsakes av krefter fra det «virkelige nivået», som i dette tilfellet vil handle om grunnleggende menneskelige og mellommenneskelige forutsetninger,

tilknytning, organisering og kommunikasjon (Bhaskar, 1998). For samfunnsvitenskapene ser kritisk realisme forskningsobjektene som sosialt skapt og sosialt definert (Danermark, Ekström, Jakobsen, & Karlsson, 2002). Menneskene som studeres i samfunnsvitenskapen er også selv aktive deltakere i kunnskapssøken, og den sosiale verden er til enhver tid en verden som andre mennesker allerede har tolket og tillagt mening, og fortsetter å tolke, gjentolke og tillegge mening. Samfunnsvitenskapene må derfor gjennomføres på hermeneutiske premisser (Danermark et al., 2002).

Utvalg og rekruttering

Forespørsel om deltakelse ble sendt til alle ansatte som hadde direkte pasientrelaterte terapeutiske stillingsfunksjoner på klinikkavdelingen ved LBS, tilsammen 19 personer. Forutsetning for deltakelse var minst 2 års erfaring med arbeid med målgruppen. Til sammen 10 personer innenfor målgruppen takket ja til å delta. Ansatte med ulik utdanning, stillingsfunksjon og kjønn ble representert i fokusgruppene. De ulike utdanningsbakgrunnene var sosialfaglig utdanning med videreutdanning/spesialisering, helsefaglig utdanning på høgsolenivå med videreutdanning og/eller spesialisering, og psykologutdanning. To av terapeutene hadde familierapeutisk videreutdanning.

Datainnsamling

For å få kunnskap om fagpersoners erfaringer ble det gjennomført to fokusgruppeintervjuer med ulike behandlere/miljøterapeuter med direkte pasientkontakt ved LBS. Fokusgruppeintervjuer er en metode som innebærer å samle en gruppe deltakere med en referanse til problemstillingen som utforskes, for en strukturert gruppesamtale (Malterud, 2012). Fokusgruppeintervjuer ga mulighet til å involvere en større del av ansattgruppen enn individuelle intervjuer. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer med fem deltakere i hver gruppe.

Begge gruppene var heterogene/blandet i forhold til fagkompetanse og kjønn, én gruppe var blandet med deltakere fra forskjellig hierarkisk posisjon i organisasjonen. Intervjuene ble gjennomført med en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009). Spørsmål som ble stilt handlet om hvordan pårørendeinvolvering var lagt opp, eksempler på gode og krevende samarbeid med pårørende, vektlagte faktorer i pårørendesamarbeidet, og forståelse av pårørendes rolle. Begge fokusgruppeintervjuene varte omtrent 1,5 timer, samtalene ble tatt opp på bånd og transkribert ordrett.

Forskningsetikk

Terapeutene fikk skriftlig informasjon før studien ble gjennomført, alle skrev under på samtykke til deltakelse. Den skriftlige informasjonen presiserte at deltakerne ville bli anonymisert og ga mulighet for å trekke samtykke tilbake frem til ferdigstilling av undersøkelsen. Studien var meldt og godkjent av personvernet for forskning, Norsk senter for forskningsdata (NSD, prosjektnummer: 43730), i forkant av intervjuene. Forskningskonteksten Blå Kors Lade behandlingssenter er navngitt i denne artikkelen etter godkjennelse fra dem. Navn og kjønn på terapeutene i intervjuene er fiktive.

Dataanalyse

Fokusgruppeintervjuene ble analysert etter Braun og Clarkes tematiske analyse. Braun og Clarke (2006) beskriver en steg-for-steg-prosess for tematisk analyse: (1) bli kjent med datamaterialet, (2) koding, (3) søke etter tema, (4) revurdere temaene, (5) definere og navngi temaene, og (6) skrive ut temaene (funn). Data settet er fokusgruppeintervjuene og lydopptakene fra dem, og kjennskap ble gjort ved å lytte til intervjuene, transkribere dem, lese den transkriberte tekst, og notere ideer (steg 1). Intervjuene ble først lest gjennom en gang uten å dele i noen kategorier. I andre gjennomlesing ble uttalelsene grovkategorisert med de opprinnelige forskningsspørsmålene i mente (steg 2). I

steg tre søkte vi etter potensielle tema og samlet relevante data under dem. «Faglige begrunnelser» ble valgt som et potensielt overordnet tema, en del av kodene ble samlet under hovedtema «Faglige dilemma», og en del under hovedtema «Beskrivelse av praksisutøvelse». I steg fire revurderte vi tema og skapte et tematisk kart over analysen (Braun & Clarke, 2006). De meningsbærende utsagn som var kodet, ble samlet under de ulike temaene «Faglige begrunnelser», «Faglige utfordringer», «Etiske og faglige dilemma», «Overordnede strukturer», «Samtalestruktur», og «Spørsmål». De meningsbærende utsagnene som vi valgte å kode og samle under tema ble først identifisert teoretisk på bakgrunn av problemstillinger og forskningsspørsmål. I steg fem endret vi flere av de opprinnelige temaene på bakgrunn av ny gjennomlesing av teoridel, de kodete meningsbærende enheter, og deler av intervjuene. Vi definerte og navnga temaene, fant ut hva som kjennetegnet dem, og så på hva analysen som helhet fortalte (Braun & Clarke, 2006). De overordnede temaene i det tematiske kartet, som ble studiens funn, ble: (1) «En tydelig struktur for involvering av pårørende/nettverksmedlemmer og familie er en sentral forutsetning», (2) «En familieorientert praksis tillegges vesentlig positiv betydning både for fokus-pasient, pårørende/nettverksmedlem og terapeuter», og (3) «En familieorientert behandling skaper nye dilemma og utfordringer».

Presentasjon av funn

En tydelig struktur for involvering av pårørende/nettverksmedlemmer og familie er en sentral forutsetning

Gjennom fokusgruppeintervjuene ble familiearbeidet ved døgneklinikken beskrevet i detalj. Familie- og pårørende/nettverksarbeidet var noe *alle* de kliniske ansatte ved døgntilbudet deltok i, gjennom telefonkontakt med pårørende/nettverksmedlemmer og samtaler der både fokus-pasient og nettverksmedlemmer

deltok. Det familie- og nettverksorienterte arbeidet startet allerede før innleggelse ved at fokus-pasienter ble oppringt og oppfordret til å ta med en som kjenner dem godt til den første samtalen. I tillegg ble nettverksmedlemmer og barn kartlagt i inntakssamtalen, der også informasjon om familiearbeid ble gitt. Terapeutene beskrev inkludering av nettverksmedlemmer tidlig og oppfølging/tilstedeværelse over tid som viktige prinsipper i arbeidet. Videre ble genogram (familiekart) og sosialt nettverkskart brukt i behandlingen av hver enkelt fokus-pasient innen de første tre uker av innleggelsen. En del av dette arbeidet handlet om å bevisstgjøre fokus-pasienten om familierelasjonenes betydning. Avdelingen hadde som rutine at man i løpet av de første 14 dager av en innleggelse kontaktet nærmeste pårørende per telefon for å gi informasjon, og samtidig etterspurte pårørendes/nettverksmedlemmets situasjon som et grunnlag for eventuell invitasjon til felles samtale. Vedrørende kontakt med familie- og nettverksmedlemmer, understreket terapeutene at nettverksmedlemmene skal møtes på sine egne behov, og at målet med involvering av familie- og nettverksmedlemmer ikke nødvendigvis var at de skulle ha mer med hverandre å gjøre, men at terapeutene også tilrettela for tydeliggjøring og stillingtagen mellom dem.

Struktur for fellessamtaler var reflekterende samtale med skifte i tale- og lytteposisjoner, hvor en mer erfaren behandler jobbet sammen med en mindre erfaren i gjennomføring av samtalen. Strukturen ble beskrevet å ha utgangspunkt fra systemisk teori med inspirasjon fra «reflekterende prosesser» (Andersen, 2005), hvor en veksler mellom å være i talende og lyttende posisjon. I den opprinnelige beskrivelsen av reflekterende prosesser snakker terapeutene seg imellom mens klienten(e) lytter (Andersen, 2005). I modellen som ble brukt ved LBS ble det lagt opp annerledes: to terapeuter deltar i samtalen, den ene har oppmerksomhet på fokus-pasienten, mens den andre har oppmerksomhet på nettverksmedlemmet/ene. Terapeut 1 snakker med fokus-pasient mens terapeut 2 og nettverksmedlem lytter, deretter

snakker terapeut 2 med nettverksmedlem mens fokus-pasient og terapeut 1 lytter, før de skifter igjen. Samtalen struktureres slik at det er fem skifter i tale- og lytteposisjoner med total tidsramme på omtrent 1,5 timer. I forbindelse med slike samtaler ble det også beskrevet at man gir nettverksmedlem tilbud om ny samtale og «pårørendekvelder».

En familieorientert praksis tillegges vesentlig positiv betydning både for fokus-pasient, nettverksmedlem og terapeuter

Alle terapeutene i fokusgruppene ga uttrykk for at familie- og nettverksinvolvering var viktig i den kliniske praksisen. Videre kom det frem i intervjuene at terapeutene vurderte at familiearbeidet var av betydning både i forhold til relasjonene innad i familien, i forhold til nettverksmedlemmene for sin egen del, og for terapeutenes egen rolle som terapeuter.

Betydning for familierelasjonene – Gjenforening og styrke tilknytning. Noe av intensjonen med de felles samtaler med fokus-pasient og nettverksmedlemmer, var å å gjenforene og styrke tilknytning mellom fokus-pasient og nettverksmedlem, som Tove sa:

Og av og til så er det jo dårlige bånd, imellom de som er i familie. [...] Det er to døtre som både May-Linn og Arne [terapeuter] har vært inne sammen med meg, sammen med pasienten, i håp om at med tid og stunder kanskje vi kan få til at de er i samme rom. Der er vi ikke enda.

I en sak beskrev en terapeut at familiearbeidet som ble gjennomført ved klinikken førte til at foreldrene kunne beholde omsorgsansvar for barna deres. Terapeutene snakket også om å identifisere viktige svake eller brutte relasjoner, med det formål å komme i posisjon til å styrke eller gjenopprette dem. Dette arbeidet ble igjen begrunnet med viktigheten av de relasjonelle båndene som er mellom fokus-pasient og nettverksmedlem, som May-Linn sa noe om her:

Hvis du spør dem om hva som er viktig, hva er grunnen til at du vil komme på Lade, så er det ofte at de sier «det er barna mine, eller familien min, eller det» noen andre de har kjærlighetsbånd til da. Det er jo sjelden at det «Nei, jeg tenkte førerkortet, sant». Selvfølgelig viktig, men det er ikke det som gjør at de sitter og liksom er berørt, og griner og sånt. Det er jo de båndene. Så det å ta det på alvor.

Det er flere aspekter rundt det å hjelpe flere samtidig terapeutene trakk frem. Det ene er at flere er berørt, lider og trenger hjelp ved rusproblemer i familien, og Karl sa at det da er en god investering når man hjelper flere gjennom den behandlingstilnærmingen en bruker:

Alle våre pasienter, når de er en tett del av en familie, så er det en hel familie som lider. Og da er det en hel familie som trenger hjelp. Og det er viktig å ta med i betraktningen da, når man faktisk klarer å komme i posisjon, og faktisk klarer å hjelpe en hel familie, så er det en veldig god investering, tenker jeg.

Et annet aspekt som terapeutene fortalte om, er at en kan få til endringer som en ikke ville fått til med individuell behandling, altså at familiebehandlingen noen ganger er en forutsetning for å få til endring. Et tredje aspekt som terapeutene beskrev, går på tidsdimensjonen og overførbarhet av endringene. Terapeutene fortalte om økt langvarig effekt både for fokus-pasient og nettverksmedlem. Johanne og Paul snakket om «boblen» eller «kapselen» som fokus-pasienten kan oppleves å være i ved en innleggelse:

Johanne: Det der med «kapsel», at «når mamma var inne i behandling, så følte jeg at mamma var inne i en boble, og vi levde i en annen boble, når vi var hjemme».

Paul: Ja, «behandlingskapselen», på en måte.

Johanne: Ja at, jeg tenker, det er jo det det her det også er med på å bidra til å motvirke, at man ikke lever i to forskjellige sånne kapsler.

Dette kan forstås som at involvering av nettverksmedlemmer øker sjansen for at endringene som skjer under institusjonsoppholdet, også får relevans og kan overføres til livet utenfor klinikken.

En del av terapeutene fremhevet arbeidet med å bevisstgjøre fokus-pasientene om familierelasjonenes betydning som sentralt i det terapeutiske arbeidet, blant annet for å bidra til at fokus-pasientene ser hensikten med å invitere nettverksmedlemmene inn i et samarbeid i behandling.

Betydning for familierelasjonene og nettverksmedlemmene for sin egen del – Tilrettelegge for tydeliggjøring og stillingtaken. Terapeutene beskrev at familieinvolvering muliggjorde avklaring av posisjoner og roller innad i familien. På denne måten kunne hvert enkelt individ ta stilling til hva det er som er viktig for seg i relasjonen til den andre. Paul sa litt mer om dette:

Det er nå ofte et tema i familiesamtalene også – «(i hvor stor grad ønsker du å være en del av)», og «(på hvilken måte)», og «(hva kan vi gjøre hvis)» og så videre, at de der forventningsavklaringene blir mer tydelige, og fører til en større valgfrihet, kanskje, i forhold til hverandre? Mange vil på en måte si at «jeg er ikke villig til å påta meg den forventningen du har», eller «Du, det der orker jeg ikke å høre om en gang», og så videre, og det kan jo skape en konflikt, men det tydeliggjør i hvert fall noe, at hver enkelt får lov til å ta et standpunkt til noen ting. Og det er en slags utvikling eller utbryting fra en maktesløshet. Som jeg tenker at vi kan bidra til.

Gjennom felles konsultasjoner kan man komme i posisjon til å utforske forventninger og muligheter, ta standpunkt og valg, og på den måten bryte ut fra maktesløshet.

Også andre terapeuter ga uttrykk for dette med «tydeliggjøring av forhold» som en viktig funksjon av nettverksinvolvering, og at konflikt og i noen tilfeller brudd i relasjonen kan bli et utfall. Som en naturlig følge av dette ble det

fremhevet at *pårørende/nettverksmedlemmer skal møtes på sine egne behov*, og at nettverksmedlemmer har forskjellig kapasitet og ønske om å bidra inn i fokus-pasientens behandling-sprosess. Terapeutene beskrev at de spurte om nettverksmedlemmers opplevelse av å være berørt av rusmiddelproblematikken, og var opp-tatt av å gi nettverksmedlemmenes opplevelser anerkjennelse.

Terapeutene snakket om de behov nettverks-medlemmene uttrykker ved første telefonkon-takt fra ansatte, Arne fortalte:

Ja, for det er utrolig hva som skjer når du tar den telefonen og sier: «Hei, jeg heter Arne, og jeg ringer fra Lade. Pappan din er innlagt her». Og så bare renner det ut av dem. Alle, på en måte, tanker, følelser og bekymringer som de har hatt. I første samtale, telefonsamtale. Det overrasker meg hver gang.

Å møte nettverksmedlemmenes behov, kunne innebære å undersøke hvilke tilbud som kan være aktuelle for nettverksmedlemmene for egen del, og hva som finnes i nærområdene hvor de bor. Et tema som ble omtalt flere ganger, var viktigheten i å ta barnas situasjon på alvor, *se* barna og formidle det når omsorgsforhold er utilstrekkelige. Her fortalte Arne om en parsamtale hvor paret hadde felles barn og mannen var fokus-pasient:

Arne: Jeg tenker at vi fikk i hvert fall et rom, til på en måte, si noen ting om hvordan det har vært, og hun fikk sagt det høyt, og hun ble møtt. På det. Og jeg tenker, i hvert fall har jeg et håp om at, det her kunne gjøre at hun kunne ta noen valg som var god for seg selv i fremtiden.

May-Linn: Og for barna.

Arne: Og for barna. Nå vet jeg ikke hvordan det endte, men i hvert fall det... for vi fikk jo sagt noenting om at det var, det er på en måte mulighet for hjelp. Og på en måte, jeg blir normativ i forhold til at «det som barna dine

utsettes for, er ikke ålreit. Det som barna deres utsettes for, er ikke ålreit». At vi på en måte møtte henne på det.

Det å gi «tydelig beskjed» om barnas omsorgs-situasjon ble understreket av to terapeuter, noe denne ordvekslingen kan underbygge.

Utvidelse av terapeutenes forståelse og mer tilpasset behandling. Dette funnet handler om at terapeutenes forståelse av en situasjon og et menneske, ofte vil utvides når mer informasjon bringes inn i denne forståelsen. Flere terapeuter vektla dette som en effekt av nettverksinvolvingen:

Det gir en veldig opplevelse av mening, det der å få mer opplysninger og få en følelse av pasienten utenfor Lade fordi vi ser jo én versjon, som er en veldig kort del av livet deres. Det å få liksom kontakten med livet deres utenfor Lade, og hvem de er, den andre versjonen av vedkommende, det tror jeg er viktig for å være behandler da, eller liksom for å kunne hjelpe dem i riktig retning, at det blir mer realistisk, på en måte. (Ulla)

Hvis vi ikke inviterer dem inn, og kanskje også i det samme rommet da, som vi har sånn prøvd mye, og mye mer, etter hvert, så kan hende vi bare forstår en bitteliten bit, som óg er veldig preget av hvordan rus virker inn på relasjoner, eller mellom, og hos den enkelte. (Paul)

Jeg får et helt annet innblikk. (Margot)

Flere av terapeutene sa at involveringen gir terapeutene mer informasjon, og et større bilde av situasjonen. En terapeut sa at forståelsen av situasjonen blir mer helhetlig. Dette ga igjen terapeutene mulighet til å forstå og tilpasse sin forholdemåte og behandlingen bedre.

Involvering av nettverksmedlemmer gir nye faglige og etiske utfordringer

Samtidig som familie- og nettverksinvolvering ble beskrevet som betydningsfullt og viktig,

så bød det også på nye utfordringer for behandlingstjenesten.

Lojalitetsutfordringer i pasient-terapeut forholdet.

Involvering av pårørende/nettverk og familie innebærer som vist at terapeutene må ta høyde for ulike erfaringer innad i en familie og ulike forståelser av virkeligheten. Når nettverksmedlemmer involveres i behandlingen sa terapeuter at det kan føre til lojalitetsutfordringer, fordi terapeutens holdning til fokus-pasient påvirkes når terapeuten har en relasjon til nettverksmedlem også. «Ulla» sa for eksempel at informasjon fra nettverksmedlem må kunne snakkes åpent om med fokus-pasient, men slik fungerte det egentlig ikke:

- Ulla: Og noen ganger kan det kanskje også være med på å gi noen holdninger eller noe i forhold til relasjonen til pasienten som kan være utfordrende, fordi man kan havne litt i skvis.
- Intervjuer: Fordi at pårørende sier noe som preger din...?
- Ulla: Ja, som er sinte, eller som gjør noe at jeg skjønner at «oi! der var ikke pasienten helt etterrettelig», eller, ikke sant.

Ved en anledning ble det beskrevet en slags interessenkonflikt mellom fokus-pasient og nettverksmedlem, og terapeutenes lojalitet kunne da forskyves fra fokus-pasient i retning nettverksmedlem. May-Linn beskrev sin posisjon i en sak slik:

- Ja, for sånn så, kan det jo ende med et brudd da, og det kan jeg jo tenke noen gang at det er jo det beste. Hvis det er sånn at vedkommende som ruser seg ikke slutter.

Flere terapeuter beskrev situasjoner hvor de opplever stor forskjell mellom «kart og terreng» med henblikk på hva fokus-pasienten sier om sin situasjon, og hva familiesamtaler og møter med nettverksmedlemmer gir av informasjon. Ulla fortalte:

Jeg var ikke klar over, jeg trodde kanskje at søsknene der... fordi at pasienten fremstilte den her familien som så velfungerende, og at alle snakket med alle, og nei, det var så åpent, og alle visste alt, og «nei, de ble kjørt hit og dit», og det tok litt tid å forstå at hun ikke var helt etterrettelig når hun ga informasjon, at hun hadde store planer, og at det var ikke noen avtale med sønnen om den henting, eller det var ikke noen avtale med datteren om den permisjonen, sånn som hun fremstilte det overfor oss.

I en sak ble det beskrevet at fokus-pasienten ga uttrykk for ønske om totalavhold, og barna kom på samtale. Så viste det seg at det var lite sammenheng mellom fokus-pasientens ord og handling. Flere terapeuter sa at de ikke kan være med på samtaler hvor fokus-pasient vil «late» som at rusbruk og målsetting er annerledes enn hva det er. En annen utfordring som terapeuter fortalte om i forbindelse med familiesamtaler, var det å forholde seg til, og jobbe med, fokus-pasientens vanskelige og ubehagelige følelser. En kvinnelig fokus-pasients situasjon når barna skulle komme til samtale ble bragt inn av Ulla. Hun uttrykte at mødre trenger hjelp til å forberedes på å tåle barnets historie og forstå sin rolle:

At å hjelpe dem til å tenke at «nå skal du bare lytte», at «Jobben din er å høre på». Å si: Jeg vet ikke, men la barna få lov til å fortelle sin historie. At du tåler å høre det, det er liksom gaven du kan gi dem.

Flere av terapeutene sa at det kan være en utfordring knyttet til fokus-pasientens forståelse av egen og nettverksmedlemmers, for eksempel barns, rolle i familiesamtaler, som «Johanne» her beskriver:

For enkelte så forstår de jo ikke det at barna er barn. At de har behov for å være barn, og bli sett som barn. Og det er jo noen foreldre som forventer at barna skal stå der som noen sånn der «Heiagieng».

Terapeutene sa at det er viktig å sjekke ut hvilke intensjoner forelderen har knyttet til en samtale,

og at noen foreldre tror barna skal være der for dem, mer enn de skal være der for barna. Terapeutene beskrev også utfordringer i relasjonen mellom fokus-pasient og nettverksmedlemmer som de som terapeuter har måttet forholde seg til. Dette ble beskrevet å blant annet handle om forskjell i motivasjon/endringsønske, for eksempel at nettverksmedlemmer ønsket at fokus-pasienten endrer seg mer enn fokus-pasienten selv. En utfordring i fellessamtaler kunne være manglende respons/anerkjennelse til «den Andre» i samtaler. Fokus-pasienter kunne ønske anerkjennelse fra sine nettverksmedlemmer, for eksempel barn, om hva de har vært gjennom i livet, men denne anerkjennelsen kom ikke alltid. Den manglende respons eller anerkjennelse kunne også gå motsatt vei, og flere terapeuter beskrev samtaler hvor nettverksmedlemmer ikke ble møtt av fokus-pasient på sine behov eller bekymringer, og/eller at fokus-pasient ikke responderte på nettverksmedlemmers ytringer. Andre utfordringer var når fokus-pasient og nettverksmedlemmer i ulik grad var «klar» for involvering av nettverksmedlemmer i behandlingen. Noen ganger kunne terapeuter oppleve at fokus-pasient tillå ulike nettverksmedlemmer forskjellig verdi. I tillegg kunne plassering av samtaledeltakere i rommet være utfordrende, når flere nettverksmedlemmer deltok på samtalen.

Utfordringer knyttet til system og struktur. Terapeutene beskrev begrensninger systemet og organiseringen setter for familie- og nettverksorientert praksisutøvelse, som blant annet handlet om at økt «rekkevidde» i behandlingen ved involvering av nettverksmedlemmer, fører til økt ansvar og er ressurskrevende.

Men økt rekkevidde . . . man kan også få liksom «gisp», når det [utydelig] er det at, det er ganske mange man ser på en annen måte. Det kan nesten være litt overveldende. (Paul)

Når du åpner opp alle de dørene her, så er det ganske tidkrevende fordi at det forplikter at sånne ting blir ordentlig forankret videre. (Johanne)

Ja, for det er det med ressurser, altså, at vi åpner dører, vi tar ansvar for veldig mange flere når, med det arbeidet her. Og det merkes jo det også. (Ulla)

To terapeuter la vekt på at det er viktig med tid til etter-refleksjon for å forstå bedre hvorfor samtalen ble som den ble, og sette sine opplevelser i en sammenheng, men dette ble det ofte ikke prioritert tid til. At samtalemotodikken fordrer to behandlere i én samtale, er åpenbart ressurskrevende, samtidig som det var flere utsagn fra terapeutene om at denne samtalestrukturen er nødvendig og nyttig.

Det kan være nærliggende å tenke at den lovpålagte taushetsplikten kunne by på utfordringer i praksis hvor nettverksmedlemmer involveres systematisk. Taushetsplikt ble derimot ikke nevnt av noen terapeuter som utfordrende for arbeidet.

Når vold er involvert. Vold var et tema terapeutene uttrykte å være oppmerksom på, hvor de mente det er riktig å være normativ, men hvor det er vanskelige grenseoppganger knyttet til i hvilken grad og hvordan nettverksmedlemmer skal involveres. I dialogen rundt en sak hvor vold var en del av historien, trakk Johanne frem poenget med at virkeligheten eksisterer uavhengig om de har denne samtalen eller ikke:

Johanne: Og jeg tenker det at samtalen i seg selv var skrekkelig for vår del, men det her er en virkelighet som ungene lever i. Det er skrekkelig fordi at vi hørte hvor fælt det virkelig er. Det er det som er skrekkelig. Men at ungene fikk mulighet til å kunne si noe om det, at de fikk gjøre et bidrag, det er jo . . . ja, at de turte å . . .

Margot

(avbryter): De fikk jo den aksepten fra foreldrene om å snakke åpent . . .

Johanne: Ja . . . Margot: . . . Det som kom, var jo . . . Paul: terrible? [utydelig] Margot: Ja, ja Johanne: Ja, ja

Margot pekte her på rutinen med at terapeutene ofte ber foreldre si tydelig at barna kan snakke åpent i familiesamtalen, kanskje en forutsetning for at barna turte å si det de sa. I ene fokusgruppen ble det beskrevet som viktig å tydeliggjøre sitt personlig – faglige ståsted i møte med vold og bekymringer overfor omsorgsforhold for barn.

Diskusjon og implikasjoner

Denne kvalitative studien viser, basert på fokusgruppeintervju med terapeuter, a) at det å ha en tydelig struktur rundt arbeidet med familier og nettverk er avgjørende for å lykkes, b) at familieorientert tilnærming er av betydning for å gjenforene og styrke tilknytning i en familie, c) at familieorientert tilnærming er av betydning for tydeliggjøring og stillingtaking i familier når det gjelder hvordan videre kontakt kan bli, d) at det å involvere familie og nettverk er av betydning for terapeutenes forståelse, innsikt og mulighet til å gjøre gode behandlingsvalg, og e) at praksisen skaper nye faglig-etiske utfordringer. Basert i hensikten med studien og funnene, så vil vi drøfte følgende temaer: (1) Betydning for fokus-pasient, nettverksmedlemmer og terapeuter, (2) faglig-etiske utfordringer, og (3) Viktigheten av en klar struktur.

Betydning for fokus-pasient, nettverksmedlemmer og terapeuter

«Du har jo brutt, sa Bo, men er jo ikke løst fra det likevel» (Hjort, 2016).

Dette sitatet fra Vigdis Hjort fanger noe av essensen i terapeutenes beskrevne erfaringer i det familie- og nettverksorienterte arbeidet. Selv om nære bånd «brytes», så lever fortsatt relasjonens og samspillet kvaliteter i våre tanker, følelser og kropper, som igjen virker inn på våre handlinger. Noe av målet for det familie- og nettverksorienterte arbeidet, er at både fokus-pasient og nettverksmedlemmer får større frihet fra fastlåsende relasjonelle samspill og erfaringer, samt gis mulighet for å

mobilisere forståelse og støtte i sine nære relasjoner. Rusmiddelavhengighet kan ses og forstås fra et sosialt og relasjonelt synspunkt, og veien ut av avhengighet, kan forstås som en sosial og relasjonell prosess. Adams (2008) vektlegger intimitet i nære relasjoner som sentralt for menneskers psykososiale balanse, og fremhever fire faktorer som sentrale i et intimt forhold: Nærhet, medfølelse, forpliktelse og samhörighet. Han beskriver hvordan veien inn i avhengighet medfører en fragmentering av intimiteten i de sosiale relasjonene en person har i sitt liv. Et bilde på hvordan intimitet kan fragmenteres, er mannen som går til alkoholen med sine problemer og behov, fremfor å vende seg til sine nærmeste. Dette bidrar igjen til at menneskene rundt kan vende seg bort fra den som bruker rusmidler, og den gjensidige intimiteten svekkes. Når dette mennesket på et tidspunkt oppsøker behandlingsapparatet, kan de nærmeste trenge hjelp til å forholde seg til ham/henne igjen, og ta del endringsprosessen hen trer inn i (Adams, 2008; Fyrand, 2005; Orford, 2013; Seikkula, 2012). Adams (2008) vektlegger gjenopprettelse av intimitet i fokus-pasientens tilknytninger som avgjørende for en varig endring, og *reintegrering* i gjensidig forpliktende sosiale relasjoner som et bærende konsept. Seikkula (2012) beskriver at hensikten med behandlingssamtaler hvor både fokus-pasient og nettverksmedlemmer involveres, er å tilrettelegge for en dialog som bidrar til å skape et felles språk for de erfaringene de ulike berørte har i den problematiske situasjonen (Seikkula, 2012; Seikkula & Arnkil, 2013). Et sentralt poeng er at forandringen skjer og trer frem i *selve dialogen* mellom deltakernes ulike stemmer (Seikkula, 2002, 2012). En tilrettelegging av samtalen med skifte i tale- og lytteposisjoner som beskrevet i funn-delen, er én måte å øke sannsynligheten for at hver enkelt stemme blir hørt og den andres synspunkt oppfattet. Da kan gjensidig forståelse oppstå og tilknytninger repareres, noe som igjen bidrar til styring over eget liv (Seikkula, 2012). Når fokus-pasient og nettverksmedlemmer møtes i fellesskap, kan en tydeliggjøring

og stillingtaken mellom deltakerne synliggjøre at synspunkt, ønsker og behov er svært forskjellige, og utfordringen for terapeutene blir da å legge til rette for en dialog som bygger bro over forskjellene. Når det gjelder avhengighetsproblemer, mener Adams (2008) at individet selv er ansvarlig for en beslutning om å slutte å bruke rusmidler, men hen har liten sjanse for å lykkes særlig langt dersom omverdenen avviser å engasjere seg i re-tilknytning slik at reintegrering kan skje. Forholdet mellom gjenforening – styrking av tilknytning og tydeliggjøring – stillingtaken, synes derfor sentralt. Hvis en ser til familierapeutisk teori, er det sterke faglige teorier som utforsker dilemma og balanse mellom tilhørighet, tilknytning og avhengighet av andre på den ene siden, og behovet for individet i å ha avklarte relasjoner, være en relativt selvstendig aktør, og skape mening i eget liv gjennom ulike livsfaser på den andre siden (Gehart, 2016, Lorås & Næss, 2019). Ser en til nettverksterapeutisk teori, står nettverksspiralen sentralt (Fyrand, 2005; Seikkula, 2012; Speck & Attneave, 1973). Nettverksspiralen vektlegger både gjenforening og polarisering som nødvendige deler av en prosess hvor det sosiale nettverket samles og mobiliseres (Speck & Attneave, 1973). Polarisering handler nettopp om å få frem ulike synspunkter og meninger (Vigrestad & Hellandshølen, 2012), mye av det samme som terapeutene i vår undersøkelse beskriver under funnet om stillingtaken og tydeliggjøring. Nettverksteorien ser ikke gjenforening og polarisering/stillingtaken som «konkurrenter», men som gjensidig nødvendige i nettverksmøteprosessen, for dialogen, og resultatet videre i møtet (Fyrand 2005; Seikkula, 2012; Speck & Attneave, 1973; Vigrestad & Hellandshølen, 2012). Terapeutene beskrev at dialog og gjensidig forståelse mellom fokus-pasient og nettverksmedlemmer ikke alltid oppstår, noe som ifølge Goolishian og Anderson (1987) kan føre til at relasjonen og forståelsen blir monologisk. Et praktisk eksempel på en monologisk forståelse, kan være at en eller flere av fokus-pasientens handlinger forstås som «moralisk

karakterbrist», og at holdningen fra hens nærmeste er at «hen må ta ansvar». Fokus-pasientens holdning kan samtidig være «de forstår meg ikke» eller «jeg makter det ikke, de må se hvor vanskelig det er», men fokus-pasienten og nettverksmedlemmene klarer ikke å møtes i en gjensidig utforskning av eksisterende og nye forståelser gjennom dialogen – de blir fastlåst i allerede eksisterende oppfatninger og holdninger (Goolishian & Anderson, 1987). Seikkula (2012) skriver at fokus-pasienten og nettverksmedlemmene som konsekvens kan minke sin kontakt eller at kontakten blir av dårligere kvalitet. Muligheten for helbred vil så minskes, fordi den sosiale støtten som er nødvendig i en slik prosess blir vanskeligere å etablere jo mer det opprinnelig støttende nettverket har trukket seg tilbake (Seikkula, 2012). Siden en stor del av endringsprosessene i terapeutiske forløp skjer utenfor relasjonen mellom terapeut og fokus-pasient, nemlig hos fokus-pasienten selv og i relasjonen til eksterne omgivelser (Lambert & Barley, 2001), blir kvaliteten av de terapeutiske møtene hvor nettverksmedlemmene involveres viktig. At slike møter mellom nettverksmedlemmer og fokus-pasient kan få ulike utfall når det gjelder forholdet mellom tettere tilknytning eller større avstandtaken, ligger i det mellommenneskelige møtets natur. Familie- og nettverkssamtalenes rammer, og terapeutenes kompetanse til å tilrettelegge møter hvor dialogen gis de beste forutsetninger, vil derfor være helt sentral i en behandling hvor familie- og nettverk involveres.

Betydningen for terapeutenes innsikt og tilpasset behandling. Terapeutene vektla den innsikt og forståelse de kunne få ved å involvere nettverksmedlemmer. I tråd med ideen om annenordens kybernetikk, blir terapeutene selv en del av det sosiale systemet når de møter fokus-pasient og nettverksmedlemmer sammen, og ikke utenforstående observatører (Foerster, 1979; Hoffman, 1985). Gadamer (2010) skriver om den hermeneutiske regelen om å forstå helheten ut fra delen, og delen ut fra helheten.

Helheten kan beskrives som terapeutenes forståelseshorisont: den rammen som begrenser forståelsesmulighetene (Gadamer, 2010). Terapeutenes møte med fokus-pasient og nettverksmedlemmer sammen, kan føre til en utvidelse av terapeutenes forståelseshorisont og gjennom det mulighet å tilpasse behandlingen denne nye horisonten. Gjennom dialogen, ved å lytte oppmerksomt, kan også terapeuten forandre sitt syn, sine tanker og følelser – som igjen fører til noen nye forståelses- og handlingsmuligheter (Seikkula 2012). Denne nye horisonten kan som funnene viser bedre innsikten i fokus-pasientens situasjon, øke terapeutenes empati for ham/henne og andre som er berørt av situasjonen, og være nødvendig for å tilpasse behandlingen videre. Andre ganger kan empati og lojalitet med fokus-pasienten bli vanskeligere, noe som kan skape en faglig-etisk utfordring.

Faglig-etiske utfordringer

I familie- og nettverksterapeutisk teori vektlegges viktigheten av å etablere en relasjon og nysgjerrighet til alle parter som deltar i samtalen (Fyrand, 2005; Lorås & Ness, 2019; Seikkula, 2012). For familie- og nettverksorientert praksis i TSB betyr dette at terapeutene både må ta hensyn til fokus-pasientens autonomi og behov, samt se nettverksmedlemmenes autonomi og behov samtidig. Terapeutenes utfordring blir å romme det nye bildet de får av fokus-pasienten, når nettverksmedlemmer gir informasjon som utfyller det bildet som de hadde tidligere, også når det kan gjøre medfølelse og empati med fokus-pasienten vanskeligere. Dette er en viktig behandlingsmessig utfordring, gitt at alliansen med fokus-pasient sannsynligvis er den viktigste enkeltfaktoren for utkomme av terapi (Wampold & Imel, 2015). Når fokus-pasient og nettverksmedlem møtes i fellesskap, kan også tydeliggjøring og stillingtaken bidra til at nettverksmedlem og fokus-pasient får mindre kontakt, et tap av tilknytning som kan virke negativt for fokus-pasientens situasjon. Hvor skal terapeutenes

lojalitet da ligge? De profesjonsetiske retningslinjene er klare – man skal ha klientens eller pasientens beste for øye (Den norske legeforening, 2015; Fellesorganisasjonen, 2015; Norsk Sykepleierforbund, 2011; Psykologforeningen, 1998). Dette kan være særlig utfordrende tilknyttet lidelser hvor aktive handlingsvalg er involvert. Overdreven bruk av rusmidler er noe man gjør, ikke bare noe man «har», og ofte påvirker fokus-pasient en sine handlingsvalg de nære andre negativt (Barnard, 2007; Guillermina et al., 2014; Orford et al., 2010; Orr et al., 2012; Rodriguez et al., 2014). Å balansere de ulike behovene krever kanskje et tilleggspektiv utover enkeltindividene. Goolishian og Anderson (1987, 1992) foreslår en systemisk forståelsesramme og begrepene «problemskapt» og «problemoppløsende» systemer ved psykososiale problemer som påvirker flere mennesker. I et slikt perspektiv kan vi se på «rusmiddelproblemet» som problemet som trenger å behandles, og «pasientene» i behandlingen alle de personer som på forskjellige måter er berørt, lider under, forholder seg til, og snakker om problemet (Goolishian & Anderson, 1987). Alle disse personene har et utforsket mulighetsrom for endring. Gjennom dialogen og styrking av hver persons aktørskap, kan hver og en få nye innsikter i ens egne evner til å påvirke problemet og redusere dets konsekvenser. I et slikt perspektiv kan lojaliteten til terapeutene gå til de krefter som bidrar til å løse opp i rusmiddelproblemet og dets konsekvenser for alle de berørte personene, fremfor kun én bestemt person. Dette perspektivet møter samtidig utfordringer i balansen med pasientrettighetenes og de etiske retningslinjenes individorientering, og vil kreve tid og rom til fortløpende faglig-etisk refleksjon hos terapeutene.

Når vold er involvert. En viktig faglig-etisk utfordring som terapeutene rapporterte om, var situasjoner hvor det har forekommet vold i nære relasjoner. Alkohol og/eller annen ruspåvirkning er ofte tilstede når voldsutøvelse skjer (Fekjær, 2016; Lund, 2014; Norström, 1993). Pape

(2011) mener forskningen tyder på at det er hensiktsmessig å samordne behandling for volds- og aggresjonsproblematikk og problemfylt drikking. Voldsproblemer beskrives også som et spesielt vanskelig og tabubelagt tema i familievernet inntil de senere år (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2010). Innen familievernet har parterapi med et barneperspektiv i familier med vold i nære relasjoner etter Vetere-modellen blitt brukt (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2010; Cooper & Vetere, 2005; Middelborg, Lang, Lilledalen, Solevåg, & Tindberg, 2007). Ressursbruken i slike saker beskrives å være fire ganger så høy som i vanlige saker. Samordning av behandling for rus- og voldsproblematikk synes altså viktig, samtidig som at ressursbehovet for å gi slik behandling etter all sannsynlighet er større enn for vanlig behandling. Denne studien gir ikke empirisk materiale til en mer inngående utforskning, men med den kunnskapen som finnes om konsekvenser av vold generelt og i nære relasjoner spesielt (World Health Organization, 2014), er dette etter vårt syn et svært viktig tema å utforske nærmere.

Viktigheten av en klar struktur i familiearbeidet

Den familie- og nettverksorienterte praksisen som beskrives i denne studien, er forankret i en tydelig struktur for hvordan familie- og nettverk involveres, både når kontakt med institusjonen etableres, og i de ulike fasene av det pågående behandlingsforløpet. Dette blir beskrevet som en viktig faktor for å lykkes. Tilgjengelig kunnskap viser at mange behandlingenheter i en norsk kontekst mangler en slik tydelig helhetlig struktur på arbeidet med familie og nettverk (Bjørnstad, 2007; Ose & Pettersen, 2013; Selbekk & Duckert, 2009; Skudal et al., 2017). Det kan være mange grunner til det. De fleste veiledere innenfor feltet så vel som de aktuelle juridiske rammene for TSB har i hovedsak et individperspektiv (Helsedirektoratet, 2017a, 2019; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Unntaket er til dels

«Pårørendeveilederen» (Helsedirektoratet, 2017b), men også denne har stor grad av individfokus, da for den pårørende og dens/deres situasjon. De etiske retningslinjene for sykepleiere, psykologer, leger og de sosialfaglige utdannede profesjoner setter også alle individet selvbestemmelsesrett og hensynet til pasienten først (Den norske legeforening, 2015; Fellesorganisasjonen, 2015; Norsk Sykepleierforbund, 2011; Psykologforeningen, 1998). Studier viser hvordan det sterke individfokuset som ligger i disse overordnede rammebetingelsene kan være et hinder for familieorienterte praksiser, og gi den sosiale og relasjonelle forståelsen av rusmiddelavhengighet mindre plass. (Selbekk og Sagvaag, 2016). En annen barriere for gjennomføring av familie- og nettverksorientert praksis som omhandles i flere studier, er taushetsplikten (Birkeland & Weimand, 2015; Kletthagen, 2015; Solomon, Molinaro, Mannion, & Cantwell, 2012). Et interessant funn i vår studie er at taushetsplikten ikke ble nevnt som et dilemma for terapeutenes familie- og nettverksorienterte arbeid. Dette kan ha sammenheng med at behandlingsinstitusjonen har etablert en så tydelig struktur for arbeidet. De nasjonale brukerundersøkelsene for TSB indikerer at nettopp denne klinikken er god på samarbeid med pårørende (Haugum et al., 2013, 2014; Skudal et al., 2017). Ved å etablere en tydelig struktur sikrer man både gjennomføringen av familie- og nettverksorientert arbeid, og samtidig bidrar strukturen til bedre forutsetninger for å håndtere de faglige og etiske utfordringer som kommer med familie- og nettverksinvolvering.

Avsluttende kommentarer

Vår undersøkelse føyer seg til annen forskning og erfaring som gir gode grunner til å involvere nettverksmedlemmer i behandling ved rusmiddelproblemer. Det er samtidig utfordringer i implementering av slik praksis, og dilemmaer som fagpersoner må forholde seg til i praksisutøvelsen. For å komme disse utfordringene i møte, foreslår vi oppmerksomhet på språket vi bruker om rusproblematikk og behandling, og

mer fleksible juridiske og byråkratiske rammer for utvidelse av kontakt fra én person til flere personer. Et begrep som kan balansere faglig og etisk praksis bedre er begrepet «fokus-pasient». Juridiske og byråkratiske rammer som kan bidra til å bedre balanse mellom individuelt og sosialt nivå, er muligheten for pårørende/nettverksmedlemmer til selv å få rettighet til behandling i TSB, samt tilrettelegging av regelverk og konsultasjonspraksis som gjør at man kan starte et behandlingsforløp med en «bekymret annen», og eventuelt senere i prosessen inkludere den som bruker rusmidler.

Begrensninger ved studien er at den er basert på fokusgruppeintervjuer med 10 fagpersoner som arbeider i samme virksomhet. Det øker mulighet for at svarene i fokusgruppene kan bli preget av interne sosiale forhold og prosesser. I tillegg er pasientgruppen de har erfaring med felles og begrenset i variasjon, jamfør virksomhetens målgruppe med pasienter over 23 år med hovedsakelig alvorlig alkohol- og/eller medikamentmisbruk.

Vi mener det er behov for fremtidig forskning rettet mot erfaringer og effekt med ulike måter å involvere nettverksmedlemmer på i rus- og avhengighetsbehandling; både knyttet til separat oppfølging av nettverksmedlemmer og fokus-pasient, og integrert oppfølging hvor nettverksmedlemmer og fokus-pasienter møtes sammen. Det finnes for eksempel spesielt rettede tilnærminger, blant annet «5-step method for affected family members», og «CRAFT – community reinforcement and family training», med godt forskningsmessig belegg fra andre land, som ikke er brukt systematisk eller forsket på i norsk kontekst (AFINet, 2017; Copello, Templeton et al., 2009; Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1998; Velleman et al., 2011; Waldron, Kern-Jones, Turner, Peterson, & Ozechowski, 2007). Til sist vil vi nevne temaet vold i nære relasjoner, og hvordan rusbehandlingstjenestene kan tilrettelegge for dialog og forsvarlig ivaretagelse for de involverte parter, som et svært viktig fokuspunkt.

Declaration of conflicting interests

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iD

Anne Schanche Selbekk  <https://orcid.org/0000-0001-9110-382X>

References

- Adams, P. J. (2008). *Fragmented intimacy. Addiction in a social world*. New York, NY: Springer Science.
- AfiNet. (2017). *Responding to alcohol and drug problems in the family: The 5-step method practitioner handbook* (3rd ed.) Retrieved from <https://www.afinetwork.info/docs/5-step/5-Step%20Practitioner%20Handbook%203rd%20edition%20v1.1%2031July17.pdf>
- Akram, Y., & Copello, A. (2013). Family-based interventions for substance misuse: A systematic review of reviews. *The Lancet*, 382, 24. doi:10.1016/S0140-6736(13)62449-6
- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser – samtaler og samtaler om samtalerne*. [Reflecting processes – dialogues and dialogues about the dialogues]. Copenhagen, Denmark: Dansk Psykologisk Forlag.
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2010). *Vold i nære relasjoner* [Violence in close relationships]. *Familievernets skriftserie 1/2010*. Oslo, Norway: Author.
- Barnard, M. (2007). *Drug addiction and families*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Bhaskar, R. (1998). Philosophy and scientific realism. In A. Collier, A. Norrie, M. Archer, R. Bhaskar, & T. Lawson (Eds.), *Critical realism. Essential readings* (pp. 16–47). London, UK: Routledge.
- Birkeland, B., & Weimand, B. (2015). “Det gjennomsyrer jo hele livet”. *En kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til*

- personer med rusproblemer ["It permeates every life's corner". A qualitative inquiry concerning the living conditions of adult relatives to substance users]. Oslo, Norway: Helsedirektoratet.
- Bjørnstad, T. C. (2007). *Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer* [Services for relatives to persons with alcohol and substance use disorders]. Oslo, Norway: Institute for samfunnsforskning.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Casswell, S., Huckle, T., & You, R. Q. (2011). Alcohol's harm to others: Reduced wellbeing and health status for those with heavy drinkers in their lives. *Addiction*, 106(6), 1087–1094. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03361.x
- Cooper, J., & Vetere, A. (2005). *Domestic violence and family safety: A systemic approach to working with violence in families*. London, UK: Whurr Publishers.
- Copello, A., Hodgson, R., Orford, J., & Tober, G. (2009). *Social behaviour and network therapy for alcohol problems*. London and New York: Routledge.
- Copello, A., Templeton, L. K., & Velleman, R. D. B. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24(4), 369–385. doi:10.1080/09595230500302356
- Copello, A., Templeton, L., Orford, J., Velleman, R., Patel, A., Moore, L., & ... Godfrey, C. (2009). The relative efficacy of two levels of a primary care intervention for family members affected by the addiction problem of a close relative: A randomized trial. *Addiction*, 104(1), 49–58. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02417.x
- Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2010). The impact of addiction on the family: Estimates of prevalence and costs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(Supplement 1), 63–74. doi:10.3109/09687637.2010.514798
- Danermark, B., Ekström, M., Jakobsen, L., & Karlsson, J. (2002). *Explaining society. Critical realism in the social sciences*. London and New York: Routledge.
- Den norske legeförening. (2015). *Ethiske regler for leger* [Ethical rules for medical doctors]. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Om-Legeföreningen/Organisasjonen/Rad-ogutvalg/Organisasjonspolitisk-utvalg/etikkt/etiske-regler-for-leger/>
- Fekjær, H. (2016). *Rus* [Highs]. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Fellesorganisasjonen. (2015). *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere* [Main professional ethics document for child welfare workers, social workers and welfare scientists]. Oslo, Norway: Fellesorganisasjonen.
- Ferris, J. A., Laslett, A. M., Livingston, M., Room, R., & Wilkinson, C. (2011). The impacts of other's drinking on mental health. *Medical Journal of Australia*, 195(3), S22–S26. doi:10.5694/j.1326-5377.2011.tb03261.x
- Foerster, H. (1979). *Cybernetics of cybernetics*. In Krippendorff K. (Ed.), *Communication and control in society* (pp. 5–8). New York, NY: Gordon and Breach.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk: Teori og praksis (2. utg.)* [Social network: Theory and practice (2nd ed.)]. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Gadamer, H. G. (2010). *Sannhet og metode* [Truth and method]. Oslo, Norway: Pax Forlag.
- Gehart, D. (2016). *Theory and treatment planning in family therapy: A competency-based approach*. Boston, MA: Cengage Learning.
- Goolishian, H. A., & Anderson, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(3S), 529–538. doi:10.1037/h0085750
- Goolishian, H. A., & Anderson, H. (1992). *Från påverkan til medverkan. Terapi med språksystemiskt synsätt* [From influence to collaboration. Therapy with a language systems perspective]. Stockholm, Sweden: Mareld.
- Guillermina, N., Atkinson, C., Copello, A., Crundall, I., Mora, J., Orford, J., & ... Walley, G. (2014). *Coping with alcohol and drug problems*. London & New York: Routledge.
- Haugum, M., Iversen, H., & Bjertnæs, Ø. (2013). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen*

- tværfaglig spesialisert rusbehandling – resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2013 [Patients experiences with in-patient treatment in interdisciplinary specialized substance abuse treatment – results from a national survey in 2013]. PasOpp-rapport 7, 2013. Oslo, Norway: Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten.
- Haugum, M., Holmboe, H., & Iversen, H. (2014). *Pasienterfaringer med døgnopphold innen tværfaglig spesialisert rusbehandling 2014. Nasjonale resultater* [Patients experiences with in-patient treatment in interdisciplinary specialized substance abuse treatment 2014. National results]. PasOpp-rapport 7, 2014. Oslo, Norway: Nasjonalt Kunnskapscenter for Hhelsetjenesten.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Meld. St. 30, Melding til Stortinget. Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk* [Message St. 30, Message for the Parliament. See me! A comprehensive policy for drugs and alcohol]. Oslo, Norway: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Prop. 15. S. Proposisjon til Stortinget. Opptrappingsplanen for rusfeltet (2016–2020)* [Prop. 15. S. Proposition to Parliament. The enhancement plan for substance abuse care (2016–2020)]. Oslo, Norway: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP – lidelser* [National guideline for examination, treatment and followup of persons with cocurrent substance abuse and mental disorders]. Oslo, Norway: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne* [Mastering together. Guideline in working locally with mental health and substance abuse among adults]. Oslo, Norway: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder – tværfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)* [Guideline for triage – interdisciplinary specialized substance abuse treatment (TSB)]. Oslo, Norway: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017a). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet* [National professional guideline for treatment and rehabilitation of substance problems and addiction]. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Pårørendeveileder* [Guideline for relatives]. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/paroren-deveileder>
- Helsedirektoratet. (2019). *Pakkeforløp rusbehandling (TSB)* [Standardized course substance abuse treatment (TSB)]. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/rusbehandling-tsb>
- Hjort, V. (2016). *Arv og miljø* [Heritage and environment]. Oslo, Norway: Cappelen Damm
- Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a “second order” family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3(4), 381–396. doi:10.1037/h0089674
- Kletthagen, H. (2015). *Everyday life of relatives of persons suffering from severe depression: Experiences of health, burden, sense of coherence and encounters with psychiatric specialist health services*. Doctoral dissertation, Karlstads Universitet, Sweden. Retrieved from <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:809033/FULLTEXT01.pdf>.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2. utg.)* [The qualitative research interview (2nd ed.)]. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Lade behandlingssenter Blå Kors BA. (2014). *Årsmelding 2013* [Annual report 2013]. Retrieved from <https://docplayer.me/2365940-Vi-bidrar-til-at-rusproblemer-mestres.html>
- Lade, BS. (u.å.). *Vi gir pårørende en viktig rolle*. Retrieved from <http://www.ladebs.no/index.php/pasient-parorende/parorende>
- Lambert, M., & Barley, D. E. (2001). Research summary of the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 38(4), 357–361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lorås, L., & Ness, O. (Eds.). (2019). *Håndbok i familierapi* [Handbook of family therapy]. Bergen, Norway: Fagbokforlaget.

- Lund, I. O. (2014). Characteristics of a national sample of intimate partner violence (IPV) victims: Associations between perpetrator substance use and physical IPV. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(3), 261–270. doi:10.2478/nsad-2014-0021
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag [Focus groups as a research method for medicine and health professions]*. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Meads, C. M., Bayliss, S., Dretzke, J., & Ting, S. (2007). *A systematic review of the clinical and cost-effectiveness of psychological therapy involving family and friends in alcohol misuse or dependence*. Rapport fra Department of Public Health and Epidemiology, West Midlands Health Technology Assessment Group, University of Birmingham, UK.
- Meyers, R., Miller, W., Hill, D., & Tonigan, J. (1998). Community reinforcement and family training (CRAFT): Engaging unmotivated drug users in treatment. *Journal of Substance Abuse*, 10(3), 291–308.
- Middelborg, J., Lang, N., Lilledalen, G., Solevåg, A., & Tindberg, J. W. (2007). Tryggere barndom. Parterapi – en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien [Safer childhood. Couples therapy – a useful approach for children living with violence in the family]. *Fokus på Familien*, 35(4), 292–311.
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler [Professional ethics for nurses. ICN rules for ethics]*. Oslo, Norway: NSF.
- Norström, T. (1993). Familjevåld och totalkonsumtionen av alkohol [Family violence and total consumption of alcohol]. *Nordisk Alkoholtidskrift*, 10(5), 311–317. doi:10.1016/0883-153X(93)90096-B
- Orford, J. (2013). *Power, powerlessness and addiction*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Orford, J., Copello, A., Velleman, R., & Templeton, L. (2010). Family members affected by a close relative's addiction: The stress-strain-coping-support model. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 17(sup1), 36–43. doi:10.3109/09687637.2010.514801
- Orr, L. C., Barbour, R. S., & Elliott, L. (2012). Carer involvement with drug services – a qualitative study. *Health Expectations* 16(3), e60–e72. doi: 10.1111/hex.12033
- Ose, S. O., & Pettersen, I. (2013). *Polikliniske pasienter i TSB 2013 [Outpatient patients in TSB 2013]*. Trondheim, Norway: Sintef Rapport.
- Pape, H. (2011). Alkohol og vold i nære relasjoner [Alcohol and violence in close relations]. *Rus & Samfunn*, 05/2011, 14–16.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) [Law of patient and user rights (LOV-1999-07-02-63)]*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prestvik, Å., & Flatås, I. (2016). Å bryte gjennom den usynlige muren [Breaking through the invisible wall]. *Fontene*, 1/2016, 48–53.
- Psykologforeningen. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer [Ethical principles for nordic psychologists]*. Retrieved from <https://www.psykologforeningen.no/medlem/etikketiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Ray, G. T., Mertens, J. M., & Weisner, C. (2007). The excess medical cost and health problems of family members of persons diagnosed with alcohol or drug problems. *Medical Care*, 45(2), 116–122. doi:10.1097/01.mlr.0000241109.55054.04
- Rodriguez, L., Neighbors, C., & Knee, C. (2014). Problematic alcohol use and marital distress: An interdependence theory perspective. *Addiction Research & Theory*, 22(4), 294–312. doi:10.3109/16066359.2013.841890
- Rønning, A. K. (2014, 4 June). *Familien – ressurs i rusbehandling. Intervju med Åse Prestvik og Ingebjørg Flatås [The family – a resource in substance abuse treatment. Interview with Aase Prestvik and Ingebjørg Flataas]*. Retrieved from <http://www.napha.no/content/13650/Familien—ressurs-i-rusbehandling>
- Seikkula, J. (2002). Monologue is the crisis – dialogue becomes the aim of therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(3), 283–284.

- Seikkula, J. (2012). *Åpne samtaler (2. utg.)* [Open Dialogues (2nd ed)]. Oslo, Norway: Universitetsforlaget.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis. Respekt for annerledeshet i øyeblikket* [Open dialogue in relational practice. Respect for otherness in the present moment]. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Selbekk, A. S., & Duckert, F. (2009). *Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest. Kartlegging og kunnskapsoppsummering* [Family-oriented efforts within specialized substance abuse treatment in Western Norway Regional Health Authority. Cataloguing and summary of knowledge]. Stavanger, Norway: Regionalt Kompetansesenter i Helse Vest (KORFOR).
- Selbekk, A., & Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others. *Sociology of Health and Illness*, 38(7), 1058–1073. doi:10.1111/1467-9566.12432
- Skudal, K. E., Holmboe, O., Haugum, M., & Iversen, H. K. H. (2017). *Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017. Resultater etter en nasjonal undersøkelse i 2017* [Patients experiences with in-patient treatment in interdisciplinary specialized substance abuse treatment (TSB) in 2017. Results from a national survey in 2017]. (PasOpp-rapporter). Oslo, Norway: Folkehelseinstituttet.
- Solomon, P., Molinaro, M., Mannion, E., & Cantwell, K. (2012). Confidentiality policies and practices in regard to family involvement: Does training make a difference? *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 15(1), 97–115.
- Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family Networks*. New York: Pantheon Books.
- Velleman, R., Orford, J., Templeton, L., Copello, A., Patel, A., Moore, L., & ... Godfrey, L. (2011). 12-Month follow-up after brief interventions in primary care for family members affected by the substance misuse problem of a close relative. *Addiction Research & Theory*, 19(4), 362–374. doi:10.3109/16066359.2011.564691
- Vigrestad, T., & Hellandshølen, A. (2012). *Åpne samtaler i nettverksmøter* [Open Dialogues in network meetings]. Oslo, Norway: Universitets forlaget.
- Waldron, H., Kern-Jones, S., Turner, C., Peterson, T., & Ozechowski, T. (2007). Engaging resistant adolescents in drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32(2), 133–142.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. (2015). *The great psychotherapy debate* (2nd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. doi:10.4324/9780203582015
- Weisner, C., Mertens, J., Moore, C., & Parthasarathy, S. (2010). Individuals receiving addiction treatment: Are medical costs of their family members reduced? *Addiction*, 105, 1226–1234. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02947.x
- Wiig, F. L. (2015, 26 January). *Involverer pårørende i behandlingen. Intervju med Åse Prestvik og Ingebjørg Flataås* [Involving relatives in the treatment. Interview with Aase Prestvik and Ingebjørg Flataas]. Retrieved from <http://rop.no/artikler/involvererpaarørende-i-behandlingen>
- World Health Organization. (2014). *Global status report on violence prevention 2014*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.