

Å ha felles barn med nokon med rusmiddelproblem

Ein kvalitativ pilotstudie

TEKST

Marita Orseth Høydal
Trond Nordfjærn

PUBLISERT 1. august 2022

DOI <https://doi.org/10.52734/W6nQ338J>**ABSTRACT:**

Objective: To examine the experiences of shared parental responsibility with someone affected by substance use disorder (SUD). Characteristics of the experiences and coping strategies were explored.

Method: A semi-structured focus group interview was conducted with (N=4) individuals who consulted with a support service regarding their relationship. The participants shared parenting either in a current relationship or as ex-partners. Thematic analysis was used to analyze the interviews.

Results: Overall, participants reported significant strain due to shared parenting. The parents reported considerable concern for and strain in their efforts to compensate for the potential damage to the child caused by the parent with SUD. The parents reported varied views regarding professional help, some of them feeling further burdened by interactions with the health care services.

Conclusions/Implications: These preliminary results substantiate an association between shared parenting with someone affected by SUD and potential traumatic strain and underline the need for adequate support for these parents. Our observations need further investigation in studies using a larger sample.

Keywords: substance use disorders, next of kin, shared parenting, emotional strain, health care

EMNER

ruslidingar

påørønde

foreldresamarbeid

emosjonell belastning

helsehjelp

Rusavhengnad inneber at ein prioriterer å ruse seg framfor å ta vare på andre viktige livsområde som arbeid, helse og relasjonar (World Health Organization, 2019). Påørønde kan rapportere opplevingar av kriminalitet, økonomiske vanskar, vald og aggresjon, svekka helse, samt ein ustabil livsførsel i relasjonen til den med rusmiddelproblem (Arcidiacono et al., 2009). Ein litteraturgjennomgang av studiar viste at å vera påørønde til nokon med rusmiddelproblem i stor grad påverkar psykisk og fysisk helse (Orford et al., 2010a). Døme på plager var angst, depresjon, søvnproblem og å ikkje kunne jobbe (Templeton et al., 2007).

Ein modell for å forstå dei pårørande sin situasjon er «stress-strain-coping-support»-modellen, der desse fire faktorane blir skildra som essensielle i korleis dei pårørande opplever sin situasjon, og kor negativt dei eventuelt blir påverka (Orford et al., 2010a). Forfattarane argumenterer for at situasjonen kan vera så belastande ('stress') at den fører til svekka helse ('strain'), og at tilgang på sosial støtte ('support') og type meistring ('coping') vil mediere denne samanhengen.

At pårørande har psykiske og fysiske plager, har ein også sett i norske studiar. Nordlie (2003) fann at 96 % av familiemedlem av personar i rusbehandling, som sjølv mottok hjelp, hadde hatt muskel- og skjelettplager, og over 60 % hadde opplevd hovudpine og/eller plager med magen. Ein nyare studie fann at 62 % av pårørande rapporterte om psykiske symptom (Hoel & Geirdal, 2017). Høie og Sjöberg (2007) har gjennom intervju fått innsikt i den emosjonelle belastinga det fører med seg å vera pårørande. Det finst ikkje norsk forking på dei pårørande sine opplevingar av hjelpetenestar.

Den føreliggande studien

Pårørande blir i forskingslitteraturen ofte definert som søsken, foreldre, barn, partnarar, ektefeller eller sambuarar. Forfattarane har ikkje funne studiar som spesifikt har undersøkt pårørande som har felles barn med eit individ med rusmiddelproblem. Utvalet i denne studien er foreldre som har eit felles barn med nokon med rusmiddelproblem, der tre av fire ikkje er i eit romantisk forhold med den andre forelderen. Omsyn til barnet dominerer deira rolle som pårørande, ettersom barnet er grunnen til at ein framleis har kontakt. Rett til samvær mellom barn og forelder er lovfesta i barnelova (Barnelova, 1982, § 42). Samstundes må samværet vera forsvarleg for barnet (Barnevernloven, 1993, § 1). Dette fører i praksis til ei kontinuerleg vurdering av om barnet får forsvarlege samvær.

Føremålet med studien var å gjennom eit fokusgruppeintervju undersøkje opplevingane til foreldre som har barn med nokon med rusmiddelproblem. Ved eit kvalitativt forskingsdesign var det ønskeleg å få rike, subjektive skildringar om kva som kjenneteiknar deira erfaringar.

Metode

I tråd med målsetjinga til studien var det ønskeleg å fange opp sentrale tema og mønster i deltakarane sine subjektive erfaringar. Då det finst lite kunnskap om denne gruppa pårørande, vart kvalitativ metode vurdert som best eigna. Vi rekrutterte aktuelle deltakarar til eit fokusgruppeintervju i juni 2018. Fokusgruppeintervjuet vart leia av førsteforfattar og medstudent som eit ledd i å skrive hovudoppgåver ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU (Hedley, 2018; Høydal, 2019). Denne artikkelen byggjer på same materiale som oppgåvene og er vidareutvikla av førsteforfattar.

Andreforfattar var også med under intervjuet i rolle som rettleiar og deltok ikkje aktivt. Fire personar deltok i intervjuet, og alle hadde eitt barn med nokon med rusmiddelproblem (sjå tabell 1).

Tabell 1 Demografiske variablar i utvalet

PSEUDONYM	ALDER	SAMLIVSSTATUS MED DEN MED RUSMIDDELPROBLEM	RUSSTATUS TIL DEN MED RUSMIDDELPROBLEM
Olav	37 år	Kjærast	Rusfri > seks månadar
Anne	29 år	Ekspartner	Rusfri < seks månadar
Marte	31 år	Ekspartner	Rusfri > seks månadar
Silje	40 år	Ekspartner	Rusfri > seks månadar

Deltakarane vart rekrutterte blant pårørande tilknytt Lærings- og mestringscenteret (LMS) ved ein behandling sinstitusjon som tilbyr behandling til personar med rusmiddelproblem. Føremålet med LMS er å gje pårørande til personar med rusmiddelproblem kunnskap for betre å mestre kvardagen som pårørande og slik få auka livskvalitet. Nokre av dei pårørande hadde kjennskap til kvarandre i kraft av å ha delteke på same tiltak over tid. To av fire rapporterte å ha blitt diagnostisert med ei psykisk lidning som dei tilskreiv si rolle som pårørande, medan dei to andre ytra å ha opplevd tunge periodar, men nytta andre ord og uttrykk.

Vi valde fokusgruppeintervju framfor individuelle intervju for å dra nytte av dynamikken i samtale blant fleire pårørande, til dømes ved at ulike synspunkt kunne bli delt og drøfta. I dette tilfellet var fokusgruppeintervjuet einaste kjelde, på bakgrunn av at ein kanskje ikkje får tak i same kunnskap på andre måtar (Dilshad & Latif, 2013). Vi nytta ein semi-strukturert intervjuguide med sju hovudspørsmål, der nokre av dei hadde tilleggsspørsmål, og der dei fleste var opne. Utfyllande intervjuguide ligg som vedlegg i hovudoppgåvene (Hedley, 2018; Høydal, 2019). Ikkje alle spørsmåla blei stilte i intervjuet, då det undervegs vart vurdert hensiktsmessig å følgje engasjementet til deltakarane.

Etikk

Prosjektet vart godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk midt [2018/295]. Då deltakarane hadde ei personleg tilknytning til LMS, forsøkte vi å sikre at deltakarane ikkje følte seg pressa til å delta ved å både munnleg og skriftleg understreke at det var friviljug, og at deira deltaking ikkje ville ha betydning for tilboda dei nytta seg av ved LMS. Deltakarane signerte eit samtykkeskjema før dei deltok i fokusgruppeintervjuet. I artikkelen blir pseudonym nytta i staden for deltakarane sine eigentlege namn.

Analyse

Tematisk analyse vart gjennomført gjennom Braun og Clarke (2006) sin trinnvise modell. På den eine sida er denne framgangsmåten datadreve og induktiv. Samstundes

tek forskaren aktive val i å tolke datamaterialet, noko som gjer at det aldri vil vera utelukkande induktivt. Før datamaterialet var klart, byrja prosessen med at førsteforfattar gjorde litteratursøk på pårørande av nokon med rusmiddelproblem, under rettleiing av andreforfattar. Førsteforfattar var slik påverka av relevant litteratur. Førsteforfattar var på dette tidspunktet i ein avsluttande fase av psykologutdanninga, noko som antakeleg bidrog til eit psykologisk og klinisk blick på datamaterialet. Andreforfattar har mange års erfaring med forskning i psykologi.

Etter at materialet vart transkribert til tekst, vart det formulert grovsorterande kodar, noko som gjorde det mogleg å søkje etter overordna tema (Braun & Clarke, 2006). Førsteforfattar si hovudoppgåve (Høydal, 2019) byggjer på ei analyse av to fokusgruppeintervju med to typar pårørande, medan denne artikkelen byggjer på ei ny analyse av kun den eine gruppa pårørande.

Resultat

I tabell 2 visast ei oversikt over hovud- og undertema i analyse av datamaterialet som vil bli skildra fortløpande.

Tabell 2 *Oversikt over hovud- og undertema*

HOVUDTEMA	UNDERTEMA
Former for påkjenning	Beredskap, ansvar og risikovurderingar
	Sorg, sinne, dårleg samvit og frykt
Handtering	Eigne strategiar for å handtere
	Positive erfaringar med hjelpeinstansar
	Negative erfaringar med hjelpeinstansar

Former for påkjenning

Beredskap, ansvar og risikovurderingar.

Eit ord deltakarane nyttar ofte for å skildre sin situasjon er «beredskap». Det blir rapportert ei utprega frykt for kva barnet blir utsatt for og går glipp av ved å ha ein forelder med rusmiddelproblem. Til dømes fortel ein forelder om erfaringar med alvorlege og dramatiske episodar med overdose og/eller suicidalitet, og frykt for at dette skal skje i barnet sitt nærvære.

(...) og om det ikkje skjer noko, så trur du at det skjer noko, så du er på konstant jakt etter «kva er det eg ikkje får med meg no?» (...) Det er ei slik underleg kjensle av beredskap. Det kan ikkje samanliknast med ein annan

beredskap fordi du ikkje har noko konkret å risikovurdere imot. Etter kvart får du jo det, men slik i starten er det eit helvete. Du veit aldri når du må gripe inn. – Olav

Beredskapen foreldra fortel om, blir tilsynelatande forsterka av møte med hjelpeinstansar som gjev dei ansvaret for å kompensere for forelderen med rusmiddelproblem, utan nødvendigvis vidare rettleiing eller hjelp.

Då seier eg som barnevernet: «Du må tenkje på det slik, Olav, at når Sindre kjem frå mor, så er glaset tomt. Då er det ditt ansvar å fylle opp.» – Olav

Foreldra uttrykker at ein del av beredskapen er å forsøke å vera i forkant av dei emosjonelle opp- og nedturane forelderen med rusmiddelproblem påfører barnet. Det blir skildra at forelderen med rusmiddelproblem ofte avlyser avtalar, ikkje held det hen lovar, og er utilgjengeleg for barnet. To av foreldra formulerer ein variant av ordlyden «eg har enda opp som ein administrerande direktør utan å ha søkt på jobben».

Sorg, sinne, dårleg samvit og frykt.

Deltakarane skildrar inngåande døme på sorg, sinne, dårleg samvit og frykt i kraft av å ha felles barn med ein person med rusmiddelproblem. Kva angår sorg og skuffelse, fortel ei mor om sorgen og skuffelsen knytt til familielivet ho hadde ønska for seg sjølv og barna sine, og kor langt ifrå ønsket dei har hamna:

(...) ein hadde nokre ambisjonar. Ikkje at eg var slik kjempebevisst korleis eg skulle vera som mor før eg blei det, men ein tenkte «det skal me få til, og det skal me få til». Og så må du liksom trekkje ned den eine tingen etter den andre, då. «Det får me ikkje til», «nei, slik vart det ikkje», «nei, det er ikkje alltid du får mat når du er hos pappa». – Silje

I intervjuet kjem det fram at dårleg samvit pregar opplevingane til deltakarane, då gjerne knytt til at barnet ofte blir skuffa eller svikta. Ein av deltakarane rapporterer om syklusar av dei forskjellige kjenslene, til dømes sinne og dårleg samvit:

No gidd eg ikkje meir, eg orkar ikkje å ofre ein kalori for at det her skal ordne seg (...). Då blir det slik ein liten periode, og så må eg be han ta det opp att for då kjem jo samvitet, eg må jo jobbe for at dei skal oppretthalde det bandet som dei har. – Anne

Forskjellige former for frykt og bekymring blir framheva ved situasjonen. I tillegg til den skildra beredskapen uttrykker til dømes ein deltakar bekymring for om barnet har arva same diagnose (ADHD) og er utsatt for å utvikle eit rusproblem sjølv.

Handtering

Eigne strategiar for å handtere.

Angående korleis dei pårørande handterer situasjonen og tek vare på helsa si, fann vi gjennom analysen forskjellige strategiar. Ein av foreldra fortel om å måtte nedprioritere eiga psykiske helse til fordel for dei andre i familien, og at ho fekk ein sterk reaksjon når situasjonen først betra seg:

(...) etter at sambuaren min vart edru og stabil på medisinar, og sonen min byrja i barnehagen og slik, og kvardagen byrja å stabilisere seg etter alt som me hadde vore gjennom, då kom min reaksjon. Då vart eg kjempedeprimert. Eg hadde kjempa for livet fram til då. Så når eg endeleg hadde tida og ro og liksom ikkje hadde sonen min 24 timar i døgnet, då vart eg heilt øydelagt. – Marte

Tre av fire pårørande skildrar at å jobbe er ein måte dei tek vare på si psykiske helse. To av fire legg til at dei bevisst slit seg ut på jobb for å få sove, og held seg opptatt for å ikkje bli tynga av belastinga:

Jobbe. Seie ja til alt som foregår på skulen, slik for å koma unna heimen og tankane. (...) no fram til eg går ut i ferie så har eg fullsatt dagane mine heilt på jobb, og då veit eg jo kvifor, det er for å stikke av litt frå ... då får eg noko heilt anna å tenkje på. (...) eg er ikkje den som sit og pratar med familien, eg har aldri vore nokon slik pratar heime heller. – Anne

Ei anna type meistring foreldra fortel om, er å ta distanse frå det som skjer og vera inneforstått med at ein ikkje har kontroll. Fleire skildrar det som positivt å få sleppe ut kjensler, dele med andre korleis dei har det, samt verdien av søvn, gå tur, trening og hobbyar. Fire av fire deltakarar slår eit slag for å møte andre i same situasjon.

Negative erfaringar med hjelpeinstansar.

Fire av fire deltakarar har ved minst ei anledning oppsøkt profesjonell bistand for å handtere sin situasjon. Tre av fire oppgjev å ha fått minimalt med bistand frå helsevesenet, og heller fått fleire oppgåver, medan den fjerde på motsett side er svært nøgd med hjelpa ho har fått. Dei mangelfulle møta med hjelpeinstansar vil bli skildra først. Det blir skildra slike møte med fastlegetenesta, BUP (barne- og ungdomspsykiatri) og BVT (barneverntenesta). Ein forelder opplevde først å bli henvist til spesialisthelsetenesta for eigne helseplager, men bli avvist, og deretter få meir ansvar hos fastlegen:

Og så skjønnte eg då eg var på [arrangement for pårørande] at kanskje må eg ha litt hjelp. Så drog eg til fastlegen min, som sa til meg: «Men skal han der [ekspartner med rusmiddelproblem] ha foreldreansvar?» Då vart eg slik: «Å, no må eg kaste opp, skal eg ta ansvar for å finne ut av det?» – Silje

Ein annan deltakar fortel om same tendens i møte med BUP. Ho fortel at barnet hennar var under utreiing i BUP, og at ho opplevde det var lite rom for ei utvida forståing av barnet sine vanskar og rettleiing til ho som omsorgsperson. På tvers av hjelpeinstansar ser det ut til at foreldra opplever å bli møtt med ei forventing om at dei skal løyse

utfordringane sjølve, og i tillegg kompensere for forelderen med rusmiddelproblem. Dette fortel ein forelder blei tematisert med representant for barnevernet til stades:

(...) me utfordra hjelpeapparatet litt på at «men er det slik at de definerer den eine forelderen som frisk og den andre som sjuk? ‘Ho her blir tatt vare på av mor’ eller ‘mor kompenserer for far’». Ho [tilsett frå barnevernet] sa at den setninga her, den hadde ho bruka så mange gonger, og vart heilt slik skamfull. (...) altså, «kompenserer for far sin eller mor sin rusbruk», utan at ein lurar på kor lenge klarer ein det? – Silje

Positive erfaringar med hjelpeinstansar.

På den andre sida rapporterer ein av dei fire foreldra å vera svært nøgd med oppfølginga frå helsevesenet. Denne forelderen rapporterte svært god erfaring med å ha vore innlagt som familie, då dei framleis var eit par og fekk heilskapleg og langsiktig oppfølging. Det ser ut til å vera varierende kva deltakarane vil ha hjelp til, eller om dei i det heile veit kva dei treng. Uansett blir verdien av å bli lytta til og tatt på alvor understreka. Det som ser ut til å kjenneteikne gode tilbod, er kontinuitet, å inkludere alle nødvendige instansar, fleksibilitet med tanke på regelverk, samt å møte tilsette som ser menneska i situasjonen og brenn for at det skal gå bra. I tillegg gjev alle fire deltakarar gode skussmål til lærings- og mestringscenteret dei vart rekruttert frå, som eitt av få verdifulle tilbod til pårørande. Fire av fire deltakarar understrekar verdien av å møte andre i same situasjon. Det blir skildra som ei sterk oppleving å høyre andre vaksne menneske skildre «deira liv», fordi det er så mykje likt i kva dei fortel. Andre kjenneteikn ved forumet ser ut til å vera at det er eit ope, inkluderande og ikkje dømmande samhald der ein blir høyrte på:

Det var og veldig ein ventil, eigentleg, og det å føle at ein ikkje er åleine. Og sjå, ikkje at ein synast det er godt at andre har det vondt, men at ein ser og høyrer korleis andre handterer og taklar og tenkjer, og det at andre har det på same måte, det gjev deg faktisk (...), kall det sterkare, då. Ein går og ikkje føler seg åleine då. – Olav

Diskusjon

Orford et al. (2010a) understrekar at rusavhengighet kjenneteiknast av ein livsførsel som kan vera skadeleg for nære relasjonar, og aukar pårørande sin risiko for å utvikle psykiske og fysiske helseplager. Dette samsvarer med forskning, som viser at dei pårørande har svekka helse (Hoel & Geirdal, 2017; Nordlie, 2003; Orford et al., 2010b; Templeton et al., 2007). To av fire foreldre i aktuelle studie rapporterte å ha / ha hatt ei psykisk lidning som dei tilskreiv si rolle som pårørande, medan dei to andre skildra tunge periodar med andre ord og uttrykk.

Som eit resultat av å måtte forhalde seg til livsførselen og potensiell skade på felles barn rapporterer foreldra to former for påkjenning: emosjonelle syklusar av sorg, sinne, frykt og dårleg samvit, samt at kvardagen er prega av beredskap, ansvar og risikovurderingar.

Beredskap vil kunne vera eit uttrykk for traumatisk stress der det sympatiske nervesystemet er aktivert over tid. Ein studie viste at medan dei som tilfredsstilte kriteria til PTSD oftare hadde opplevd interpersonleg vald, hadde dei med sub-terskel PTSD oftare opplevd hendingar som skjedde mot menneske dei var glade i (McLaughlin et al., 2015). Forfattarane skriv at sub-terskel PTSD tilseier psykiske helseplager som er klinisk relevante. Dette er eit relevant rammeverk, då foreldra skildrar alvorlege episodar med rus, suicidalitet og overdosar, og frykt for at dette skal skje på nytt i barnet sitt nærvære.

Vidare viser resultatata at foreldra opplever å få ansvar for at samværet mellom barnet og den andre forelderen er «forsvarleg». Dette til tross for at barnelova og barnevernloven, som høvesvis familievernkontor og barnevernteneste er underlagt, skal sikre at barn har forsvarleg samvær med sine foreldre, og det er retten som eventuelt må ta stilling til om samvær skal stoppast (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2013). Dei pårørande rapporterer om å ha blitt bedd om å både kompensere for forelderen med eit rusproblem og ta stilling til om den andre forelderen skal ha samvær, av høvesvis barnevernteneste og fastlege. Dette er instansar med stor makt, noko som i dei fleste tilfelle vil føre til at individ opplever å måtte utføre kva dei blir bedd om, uansett om oppgåva skulle vera urimeleg stor. Det kan på ei side framstå som at offentlege instansar bidreg til belastinga foreldra i studien opplever, heller enn å bistå.

På den eine sida rapporterer foreldra fleire typar meistringsstrategiar som kan ha god effekt. Å distrahere seg frå stresset er ein vanleg meistringsstrategi (Tamres et al., 2002), og foreldra rapporterer dette i fleire former: å jobbe, trene og bruke tid på hobbyar. Dette er også aktivitetar som i seg sjølve kan vera helsefremmande. Like fullt rapporterer fleire av foreldra at dei har opplevd det nødvendig å nedprioritere eiga helse, og at dei bevisst slit seg ut for å få sove, noko som heller framstår som nødløysingar og belastning, heller enn gode meistringsstrategiar. Ein kan dessutan påstå at «meistring» vil ha avgrensa effekt om belastinga er stor nok. Dette speglast att i korleis Orford et al. (2010a) argumenterer for at opplevd støtte er viktigare enn meistringsstrategiar for opplevd belastning.

Når foreldra framleis er i eit romantisk forhold, blir heilskapleg, langsiktig og familieretta behandling framheva som verdifullt. Ein klinisk implikasjon synast å vera å verne om slike tilbod i framtida. Når det romantiske forholdet har tatt slutt, framstår det som at foreldra har behov for bistand til å vurdere og legge til rette for forsvarleg samvær. Dette synast å stå i direkte samheng med det tærande ansvaret dei opplever å ha åleine, og som potensielt bidrar til å svekke helsa deira. Behovet kan også vera eit resultat av erfaringar med offentlege instansar, då foreldra skildrar at møta har vore prega av å bli avvist, ignorert eller å få fleire oppgåver. Kva som er årsaken til at dette skjer, vil vera både samansett og avhengig av type tilbod. Til dømes er det nærliggande å anta at fastlegetenesta med sine kapasitetsproblem vil yte mindre god omsorg i slike komplekse og langvarige saker. At nokre foreldre har opplevd at barneverntenesta forverrar situasjonen, kan anten tyde på enkeltepisodar som var personavhengige, eller at det er gjennomgåande at denne gruppe foreldre ikkje er anerkjent med sine

utfordringar og behov, og at det eventuelt ikkje føreligg tydeleg nok arbeidsmetode for å ta hand om gruppa. Vidare forskning kan undersøkje dette nærmare, og då avhengig av mandat og lovverk til respektive instansar.

Vidare delte nokre av foreldra kjenneteikn ved god støtte, noko som kan gje kunnskap om kva gruppa treng og drar nytte av. Dette kan vera verdifull kunnskap på tvers av hjelpeinstansar, samt for privatpersonar, som også kan yte god sosial støtte.

Kjenneteikn ved god hjelp, til dømes på arrangement i regi av LMS, var å få kunnskap, møte andre i same situasjon, å bli lytta til, å ikkje føle seg åleine, å ikkje bli dømt og å kunne drøfte problemstillingar. Dette samsvarer med at sosial støtte kan ha mange former, samt ha avgjerande effekt på dei pårørande si helse (Orford et al., 2010a). I tillegg til offentleg involvering vil også privat sosial støtte ha potensial til å bidra positivt. Privat sosial støtte var i liten grad eit tema i denne studien, då foreldra hadde mest å seie om møta med offentlege instansar. Dette kan undersøkast i vidare studiar.

Styrkar og svakheiter ved studien

Ettersom datamaterialet byggjer på eit fokusgruppeintervju med kun fire personar kan ein i liten grad generalisere resultata. Til dømes vil helsepersonell ha varierende kompetanse, og det vil variere kva for tilbod dei ulike regionane i landet har. Ein annan svakheit med fokusgruppeintervju er at visse tema kan få for mykje merksemd, mens andre viktige aspekt blir neglisjert ved at enkeltindivid kan dominere samtalen, eller at det er krevjande å seie imot. Deltakarane er rekruttert frå LMS og vil difor ytre eit hjelpebehov. Ein veit ikkje om dette kan overførast til dei som ikkje nyttar seg av LMS eller liknande, på nasjonal basis. Ein kan dessutan anta at denne gruppa foreldre også kan ha gode opplevingar i relasjonen til (eks)partnar, til tross for at deltakarane la vekt på aspekta som ikkje fungerer.

Samstundes er ei relativt lita datakjelde ein styrke ved fokusgruppeintervju som metode, der det sentrale er å samle ei gruppe med noko til felles for å dra nytte av deira subjektive erfaringar. Det er ikkje mindre sannsynleg at skildringane er representative for ein betydeleg andel, noko som på si side framhevar behov for meir kunnskap om gruppa og tilgang på støttetiltak. Sjølv om resultata ikkje er mogleg å generalisere, kan dei bidra til ei auka forståing for korleis det opplevast å ha felles barn med nokon med rusmiddelproblem. Denne forståinga kan også overførast til andre kontekstar.

Konklusjon

Denne pilotstudien har utforska kva som kan kjenneteikne opplevinga av å ha felles barn med ein person med rusmiddelproblem. Vidare studiar burde inkludere fleire deltakarar for å undersøkje funna i ein større skala, ta høgde for forskjellige mandat og geografiske skilnadar i hjelpetilbod, samt undersøkje opplevingar av privat støtte og korleis dette påverkar dei pårørande si helse og påfølgande behov for hjelp. Det synast også hensiktsmessig å spesifikt undersøkje forvaltninga av barnelova og barnevernloven, særleg skjeringpunktet mellom desse, og eventuelle systemiske og organisatoriske manglar som svekker oppfølginga av desse sårbare familiane. Resultata her viser at

opplevinga kan vera kjenneteikna av ei omfattande og tærande belastning som potensielt fører til svekka psykisk og fysisk helse. Særleg opplever foreldra det som tyngande å stå ansvarlege for å vurdere forsvarleg samvær og å bli bedd om å kompensere for den andre forelderen. Nokre rapporterer tydeleg mangel på bistand eller ei offentleg involvering som forverrar situasjonen, medan det også blir skildra kjenneteikn ved god profesjonell bistand. Resultata framhevar verdien av støttetiltak retta mot denne gruppa pårørande, samt behovet for vidare kunnskap om deira behov og utfordringar.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 59, nummer 8, 2022, side 712-718

TEKST

Marita Orseth Høydal, Psykiatrisk ungdomsteam, Nidaros DPS, St. Olavs hospital; Sentral fagenhet for tvungen omsorg, Avdeling for sikkerhets-, fengselsog rettspsykiatri, St. Olavs hospital
KONTAKT: maritaorseth@ gmail.com

Trond Nordfjærn, Institutt for psykologi, NTNU; Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin, St. Olavs hospital

+ Vis referanser

Arcidiacono, C., Velleman, R., Procentese, F., Albanesi, C. & Sommantico, M. (2009). Impact and Coping in Italian Families of Drug and Alcohol Users. *Qualitative Research in Psychology*, 6(4), 260-280. <https://doi.org/10.1080/14780880802182263>

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/14778088706qp063oa>

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). Forholdet mellom barnevernloven og barneloven. Regjeringen.no.

Barnelova. (1982). Lov om barn og foreldre. (LOV-1981-04-08-7). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7?q=barnelova>

Barnevernloven. (1993). Lov om barneverntjenester. (LOV-1992-07-17-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>

Dilshad, R. M. & Latif, M. I. (2013). Focus group interview as a tool for qualitative research: An analysis. *Pakistan Journal of Social Sciences (PJSS)*, 33(1).

Hedley, T. E. M. (2018). (Eks)partnere som har felles barn med rusavhengige: hvilke psykososiale belastninger har de og hvordan kan de som pårørende ivaretas bedre av hjelpeapparatet? [Hovudoppgåve] NTNU. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2588598/Hedley%2c%20Thea%20Eva-Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hoel, T. L. & Geirdal, A. Ø. (2017). Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59839>

Høie, M. M. & Sjøberg, B. M. D. (2007). Del 3 Kan man forstå det som skjer? I M. M. Høie & B. M. D. Sjøberg (red.), *Forbannede elskede barn. Narkotikamisbruk sett i lys av pårørendes erfaringer* (s. 111-135). Cappelen Akademisk Forlag.

Høydal, M. O. (2019). Opplevinga av å vera pårørande til ein rusavhengig [Hovudoppgåve] NTNU. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2612409/Hoydal%2C%20Marita%20Orseth.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Ruscio, A. M., Karam, E. G., Shahly, V., Stein, D. J., Hill, E. D., Petukhova, M., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M. C., Borges, G., Girolamo, G., Graff, R., Demyttenaere, K., Florescu, S. E., Mladenova, Posada-Villa, Scott, K. M., Takeshima, T. & Kessler, R. C. (2015). Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological psychiatry*, 77(4), 375384. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.03.028>

Nordlie, E. (2003). Alkoholmisbruk - hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 123, 52-54. <https://tidsskriftet.no/2003/01/tema-alkohol/alkoholmisbruk-hvilke-konsekvenser-har-det-familiemedlemmene>

Orford, J., Copello, A., Velleman, R. & Templeton, L. (2010a). Family Members Affected by a Close Relative's Addiction: The stress-strain-coping-support-model. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17*(S1), 36-43. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514801>

Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L. & Ibanga, A. (2010b). The Experiences of Affected Family Members: A Summary of Two Decades of Qualitative Research. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 17(sup1), 44-62. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.514192>

Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), 2-30. https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0601_1

Templeton, L. J., Zohhadi, S. E. & Velleman, R. D. (2007). Working with family members in specialist drug and alcohol services: Findings from a feasibility study. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 14(2), 137-150. <https://doi.org/10.1080/09687630600901123>

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of Diseases and Related Health Problems (1. utg.; ICD-11)*.