



Frida Karoline Karlsson

Foreldre som ressurs i rusbehandling

Masteroppgave i familiebehandling

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap

Sammendrag

Rusproblematikken rammer ikke kun den som er rusavhengig, men også alle menneskene rundt som er glad i og bryr seg om den avhengige. Samtidig kan menneskene i livet til den rusavhengige utgjøre en forskjell i veien til rusfrihet. Målet for oppgaven har vært å skape større forståelse for hvordan foreldre kan være en ressurs og hvilke behov de har gjennom ungdommens behandlingstid. Med dette som utgangspunkt har studien følgende problemstilling: *Hvordan beskriver foreldre til ungdom i rusbehandling rollen som pårønderressurs og hvilke forhold omkring behandlingen har betydning for at de kan mestre en slik rolle?*

Studien har et kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert intervju som datainnsamlingsmetode. Utvalget består av åtte foreldre. To intervjuer ble gjennomført med både mor og far, de resterende fire intervjuene ble gjennomført med en mor eller en far. Alle har eller har hatt ungdom i rusbehandling. Kategoriene er dannet gjennom en temasentrert analyse. For videre tolkning og forståelse av materialet er teori om mestring, medvirkning og salutogenese brukt i samråd med tidligere forskning og en sirkulær forståelse.

Analysen viser at foreldre er en ressurs når de er til stede for ungdommen uten å la fortiden definere samspillet. Foreldrene blir en bedre ressurs når de er opptatt av å vedkjenne seg og ta tak i de endringer som er nødvendige hos dem selv. For å være en ressurs må foreldre utvikle seg, gå videre og få det bedre med seg selv. Analysen viser at foreldrene har belastninger knyttet til å være pårørende. Dette medfører at de har ulike behov gjennom ungdommens behandlingstid. Funnene viser at foreldrene kan ha behov for hjelp til attribusjon som skaper større handlekraft. Informering i ulik form fremkommer som viktig for foreldrenes opplevelse av medvirkning, som igjen forsterker opplevelsen av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Sosial støtte forstått som sosial- og symbolsk kapital er hyppig omtalt som grunnlag for mestring. Den symbolske kapitalen som oppstår i møte med andre pårørende viser seg å være spesielt viktig for foreldrene. Studien viser behandlingsstedets mulighet til å forsterke foreldres potensial for å være en god ressurs. Det fremkommer i studien at foreldre har delvis ulike behov. Det vil være viktig at behandlingsstedet åpner for foreldrenes medvirkning og tilpasser seg foreldres behov i samråd med foreldrene.

Abstract

Substance abuse affects not only the person who is addicted to drugs, but also those who love and care for the drug addict. At the same time, people close to the addict can make a difference on the path towards a sober life. The aim of the thesis has been to create a better understanding of how the parents of young addicts can be a resource throughout the addicts' time in treatment. Hence, the study has the following research question: *How do parents of young addicts undergoing treatment describe their role as a resource, and what conditions are required for the parents to be able to master this role?*

The study collects qualitative data through semi-structured interviews. The sample comprises eight parents, whereof two interviews were conducted with both mother and father, the others with only one parent. All participants have or had an adolescent in treatment for substance abuse. Interviews were analysed through a thematic analysis. The material is interpreted and understood by the theories of salutogenesis, participation and coping. Family system theory and circular perspective have also influenced my understanding.

The analysis shows that parents are a resource when they are there for their adolescents without letting the past define their interaction. Parents become a better resource when they are willing to acknowledge that there are changes they have to make within themselves. To be a resource, parents need to evolve, move on and become content with themselves. The analysis shows that parents of drug addicts experience strains related to their role, causing them to have different needs throughout the adolescent's treatment time. The findings show that parents need help with attribution that empowers them. Also, different forms of information appear to be important for the parents' experience of participation, which in turn reinforces the perception of comprehension, manageability and meaningfulness. Social support understood as social and symbolic capital is frequently referred to as a basis for coping by the parents. Symbolic capital that arises when meeting other parents of drug addict adolescents turns out to be especially important for parents. The study shows the treatment centre's ability to enhance parent's potential to be a good resource. Since the study suggests that parents have partially different needs, it will be important that the treatment centre allows for parental participation and adapts to the various needs of the parents.

Forord

Utarbeidelse av denne studien har vært en omfattende prosess. Jeg har lært mye og temaet har engasjert meg mer jo mer jeg har jobbet med det. Masteroppgaven har opptatt mine tanker i to år, da innlevering av masterskisse våren 2019 markerte oppstart.

Uten informantene hadde det ikke vært mulig å gjennomføre oppgaven. Jeg kjenner på en stor takknemlighet til foreldrene som har stilt opp og delt sine erfaringer med meg. Jeg vil også takke behandlingsstedene som har hjulpet meg i rekrutteringsprosessen.

Jeg vil takke Nicolay B. Johansen som har vært min veileder og bidratt med innspill i gjennomføringsfasen. Sidsel Natland har vært min veileder i avslutningsfasen. Jeg er svært takknemlig for hennes bidrag og tilbakemeldinger på det ferdige utkastet.

En stor takk til mine medstudenter for tre fine år sammen. Takket være dem har masterstudiet vært preget av reflekterende samtaler og stor opplevelse av samhold. En spesiell takk vil jeg gi til min studievenninne Anna Waage Rasmussen for tiden vi har hatt sammen i studiet. Studieopplevelsen hadde ikke vært den samme uten støtten hun har gitt og vennskapet vi har opparbeidet. Videre vil jeg takke min arbeidsplass for tilrettelegging og permisjoner. Dette har vært nødvendig for å kunne fullføre masterprosessen.

Til slutt vil jeg takke mine fantastiske foreldre og samboer for korrekturlesing og støtte hele veien. Min kjærestes far fortjener en ekstra stor takk for nyttige diskusjoner som har løftet min forståelse og utvidet mine refleksjoner. Mine venninner fortjener også en stor takk for at de har vært tilgjengelige for samtaler om oppgaven gjennom de siste to årene.

Oslo, mai 2021

Frida Karoline Karlsson

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	OPPGAVENS KONTEKST: RUSMIDDELAVHENGIGHET, BEHANDLING OG LOVVERK	2
1.2	HVA VET VI OM HVORDAN DET ER Å VÆRE PÅRØRENDE?	3
1.3	HVA VET VI OM PÅRØRENDES MESTRINGSSTRATEGIER?	5
1.4	FORELIGGENDE KUNNSKAP OM PÅRØRENDE- OG FAMILIEINVOLVERING I BEHANDLING	5
1.5	TEMAETS RELEVANS FOR FAMILIEBEHANDLING	6
1.6	OPPGAVENS OPPBYGGING	7
2	TEORETISK FORANKRING	7
2.1	MESTRING	8
2.1.1	<i>Attribusjonsteori</i>	8
2.1.2	<i>Problemfokusert og emosjonsfokusert mestring</i>	9
2.1.3	<i>Sosial og symbolsk kapital</i>	10
2.2	MEDVIRKNING	11
2.3	SALUTOGENESE	12
2.3.1	<i>Opplevelse av sammenheng (OAS)</i>	13
2.4	OPPSUMMERING	15
3	METODISK TILNÆRMING	15
3.1	KVALITATIVT FORSKNINGSDESIGN	16
3.2	VITENSKAPSTEORETISK POSISJON	16
3.2.1	<i>Hermeneutikk</i>	16
3.3	FORFORSTÅELSE	17
3.4	UTVALG, REKRUTTERING OG AVGRENSING	19
3.5	UTARBEIDELSE AV INTERVJUGUIDE OG GJENNOMFØRING AV INTERVJUER.....	20
3.6	TEMATISK ANALYSE	22
3.7	PERSONVERN OG FORSKNINGSETIKK	27
3.8	RELIABILITET OG VALIDITET	28
4	PRESENTASJON AV FUNN	30
4.1	FORELDRE SOM RESSURS FRA ET FORELDREPERSPETTIV.....	30
4.2	ÅRSAKSFORKLARINGER	31
4.3	SAMARBEID – INVOLVERING	33
4.3.1	<i>Motta informasjon fra behandlerne</i>	33
4.3.2	<i>Gi informasjon til behandlerne</i>	36
4.4	SOSIAL STØTTE	38

5	DISKUSJON	40
5.1	FORELDRE SOM RESSURS FRA ET FORELDREPERSPEKTIV.....	40
5.2	ÅRSAKSFORKLARINGER	42
5.3	SAMARBEID - INVOLVERING	45
5.3.1	<i>Motta informasjon fra behandlingsstedet</i>	45
5.3.2	<i>Gi informasjon til behandlingsstedet</i>	50
5.4	SOSIAL STØTTE	51
6	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING	53
7	LITTERATURLISTE	56
	VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE	59
	VEDLEGG 2: INFORMASJONSSKRIV	60

1 Innledning

For å gi innsikt i hvorfor jeg ønsket å gå inn i temaet om «foreldreressursen», ønsker jeg å fortelle en historie fra min yrkespraksis. For noen år siden jobbet jeg som miljøterapeut ved en behandlingstjeneste for unge rusmisbrukere. Der bodde det en ungdom som over tid gjorde store fremskritt på veien mot et rusfritt liv. Jeg vurderte min relasjon til denne ungdommen som sterk og opplevde at min påvirkningskraft var stor. Et stykke ut i behandlingstiden ønsket ungdommen å avslutte behandling. Motivasjonen for å være rusfri var ikke lenger til stede. Ungdommen var i behandling basert på samtykke, og kunne derfor til enhver tid trekke samtykket og avslutte behandlingen. Ansatte på behandlingsstedet samarbeidet godt med foreldrene og hadde mange samtaler med ungdommen for å motivere til videre behandling. Foreldrene hadde også flere samtaler med ungdommen der de formidlet sitt sterke ønske om at ungdommen skulle fortsette i behandling. Omsider endret ungdommen mening og bestemte seg for å fullføre behandlingstiden. Ungdommen er i dag ferdig behandlet og rusfri.

I ettertid av behandlingen spurte jeg ungdommen hvilke faktorer som i størst grad påvirket valget. Ungdommen var helt tydelig på at det var samtalen med foreldrene og deres innstilling som utgjorde den største påvirkningen. Ungdommen hadde ikke tatt det samme valget om det ikke hadde vært for samtalen med foreldrene. Ungdommen mente også at det var effektivt at behandlingsstedet og foreldrene opplevdes som samstemte. Denne og andre lignende erfaringer har vekket min interesse for foreldre som ressurs for ungdom i rusbehandling.

Temaet er også gjenstand for oppmerksomhet på samfunnsmessig og politisk agenda. I 2021 kom regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan «Pårørende er en viktig ressurs». Her understrekes det at pårørende kan være viktige støttespillere fordi de kjenner den enkelte og dens behov. For å anerkjenne pårørende og den betydningen de har, er begrepet «ressurs» brukt om dem. Bruken av begrepet ressurs må vektes ømfintlig, da det kan skape en urealistisk forventning om hva den pårørende skal bidra med. Det er viktig å være bevisst belastningene som kan medføres av å være pårørende. Pårørendestrategien er utarbeidet med hensikt å øke bevisstheten rundt ivaretagelse og inkludering av pårørende. I tillegg ønsker regjeringen å gi pårørende mulighet til *innflytelse* på hjelpetilbudet når personen selv ikke er i stand til å ivareta sitt behandlingsforløp. Det skal også rettes oppmerksomhet mot de ulike rollene den pårørende kan ha (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Formål og problemstilling

Denne masteroppgaven er en kvalitativ undersøkelse av *foreldre* som pårørende til ungdom i rusbehandling. Jeg studerer foreldres rolle, deres opplevelser og meninger om å være forelder til en rusavhengig ungdom, samt hvordan de opplever å bli involvert i ungdommens rusbehandling. Formålet med oppgaven er bidra med mer kunnskap om foreldre som pårørende: Deres syn på hva det innebærer å være en pårønderessurs og hva de mener de trenger for å kunne være dette.

Med dette som utgangspunkt har studien følgende problemstilling:

Hvordan beskriver foreldre til ungdom i rusbehandling rollen som pårønderessurs og hvilke forhold omkring behandlingen har betydning for at de kan mestre en slik rolle?

1.1 Oppgavens kontekst: Rusmiddelavhengighet, behandling og lovverk

Skadelig bruk av rusmidler er definert som psykiske og/eller fysiske helseskader som følge av rusmiddelbruken i en gitt tidsperiode. Rusmiddelavhengighet blir definert som et sterkt ønske om å innta rusmiddelet knyttet til utfordringer med kontroll av bruken. Rusmiddelavhengighet er også kjennetegnet ved at bruken opprettholdes på tross av skadelige konsekvenser, forpliktelser og andre aktiviteter (Folkehelseinstituttet, 2014, s. 174). Institusjonsplassering for rusbehandling forvaltes i to lovverk. Barnevernloven gjelder for alle som oppholder seg i Norge og er under 18 år. I noen tilfeller kan også de som har fylt 18 år få hjelp fra barnevernet fram til de er 23 år dersom de har samtykket til hjelpen. For rusbehandling benyttes vedtak etter §§ 4-24 og 4-26. Vedtak etter § 4-24 2.ledd innebærer plassering og tilbakehold i institusjon uten eget samtykke og uten samtykke fra foreldre i inntil 12 måneder. Vedtak etter § 4-26 innebærer tilbakehold i institusjon på grunnlag av samtykke fra barnet og de som har foreldreansvar for barnet. Dersom barnet er over 15 år, er barnets samtykke tilstrekkelig (Barnevernloven, 1992, §§4-24 og 4-26). Når ungdommen er over 18 år uten at rusbehandlinger påbegynt, trer helse- og omsorgstjenesteloven § 10-4 inn. Denne paragrafen viser til at den rusavhengige på grunnlag av eget samtykke kan flytte inn på rusbehandlingsinstitusjon (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §10-4)

Rusbehandlingskollektiver lener seg på en teori om at praktisk og sosial læring utøves i et fellesskap, også omtalt som medleverskap. Medleverskap innebærer at de ansatte bor og jobber på institusjonen sammen med ungdommen. Felles målsetting for kollektivene er at bostedene skal være et trygt sted slik at ungdom og voksne i fellesskap kan etablere positive miljøer.

Målgruppen i ulike ruskollektiv kan variere og deles derfor inn i tre ulike målgrupper. Den første målgruppen er ungdom under 18 år som plasseres etter barnevernsvedtak. Den andre målgruppen omfatter ungdom over 18. Den tredje gruppen tar for seg ungdom både under og over 18 år (Kristoffersen, Holth & Ogden, 2011, s. 36-37).

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) §1-3b) definerer en pårørende som den personen pasienten velger at skal anses som pårørende og nærmeste pårørende. Det vil si at pasienten selv kan bestemme at en person, som ikke er tilknyttet ved familieband, kan være nærmeste pårørende (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §1-3b). Videre vil likevel en pårørende kunne defineres som alle familiemedlemmer og nære personer som berøres av rusmisbruket. Pårørende kan da være foreldre, søsken, barn, partnere, og andre som står personen nær (Andresen, 2012, s. 401).

Hvor mye informasjon pårørende kan få, avhenger av lovverket i pasient- og brukerrettighetsloven. § 3-3 tilsier at nærmeste pårørende skal ha informasjon om brukerens helsetilstand og helsehjelpen som ytes dersom brukeren samtykker til det. §3-4 viser til at dersom brukeren er under 16 år, skal den som har foreldreansvaret informeres. Hvis brukeren er under 18 år, sier §3-4 at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal gis til den som har foreldreansvaret (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §§3-3 og 3-4). Pårørendetilbudet i de ulike behandlingsinstitusjonene er forskjellig. Det er ikke per nå en rendyrket form for behandling som innlemmer hele familien i ungdommens rusmisbruk. Bjørnstad (2007) har undersøkt hvilke tilbud som finnes for pårørende til mennesker med ruslidelser. Tilbud fra behandlingsstedene kan innebære rådgivning, informasjon, kursing, gruppevirksomhet og behandling rettet mot pårørende (Bjørnstad, 2007, s. 95).

1.2 Hva vet vi om hvordan det er å være pårørende?

Pårørende til mennesker med ruslidelser har ofte store belastninger og psykiske symptomer. Dersom et familiemedlem får et rusproblem, påvirkes hele familien (Hoel & Geirdal, 2017, s. 2). Bente Birkeland og Bente Weimands (2015) kvalitative undersøkelse tar for seg levekår hos voksne pårørende til personer med rusavhengighet. Mange av informantene rapporterte om dårlig fysisk og psykisk helse knyttet til belastning over lengre tid som pårørende. Hverdagen er i stor grad preget av angst og uro for egen del, men også for den som har rusproblematikk. Konstant uro følger med som konsekvens av å være pårørende. Uroen er knyttet til at telefonen

kan ringe med dårlige nyheter, å bli oppsøkt av den med rusproblematikk eller å ikke vite hvor den rusavhengige befinner seg. Depresjon, sorg, håpløshet og isolasjon er også konsekvenser de pårørende rapporterer om (Birkeland & Weimand, 2015, s. 26-30). Orford et al. (2012) skriver også i sin artikkel om pårørende til personer med alkohol- og narkotikaproblemer, at pårørende er sterkt belastet med bekymring. Sorgfølelser knyttet til tapet av en god relasjon med den rusavhengige er ofte omtalt av pårørende. Disse følelsene medfører ofte negative elementer som å være såret, bitterhet, skuffelse, sinne og hat. Dette kombinert med positive minner og håp knyttet til å se bedring hos den rusavhengige skaper ofte en følelse av ambivalens (Orford et al., 2012, s. 72-73).

Birkeland & Weimand (2015) beskriver at det krever styrke og utholdenhet for å kunne ivareta familien i en slik situasjon. Egen styrke oppleves positivt og godt å kjenne på. Samtidig oppleves det utmattende og negativt å være den sterke over tid, som kan føre til manglende egenomsorg og utslitthet. Skyld og skamfølelse ovenfor den vanskelige situasjonen oppstår ofte blant de pårørende. Belastninger forekommer også i form av innestengte følelser på grunn av at de pårørende må sette til side og legge lokk på sine egne følelser (Birkeland & Weimand, 2015, s. 30-33).

Medavhengighet er et begrep som ofte brukes innenfor rusomsorgen. Begrepet innebærer at pårørende kan ha utviklet et destruktivt levemønster som en reaksjon på andre menneskers rusmisbruk. Videre at de pårørende tilpasser seg den rusavhengiges atferd og på den måten mister evnen til å se egne ønsker og behov. En medavhengig pårørende har latt den rusavhengiges oppførsel påvirke seg og er som følge av det kun opptatt av å kontrollere den rusavhengige (Hagen & Hagen, 2006, s. 29-30). Medavhengighet er ikke en sykdom, men den pårørende kan bli syk av det. Samtidig kan det bidra til å muliggjøre at den rusavhengige forblir avhengig. Muliggjøring handler om pårørendes forsøk på å gjøre så godt de kan, med utfallet at misbruket likevel øker. Ved muliggjøring legges det til rette for videre misbruk ved å frata rusavhengige ansvaret og fjerne konsekvensene (Hagen & Hagen, 2006, s. 73-75).

Birkeland og Weimands (2015) viser også hvordan deres informanter omtaler seg som medavhengige. Pårørendes velbefinnende er avhengig av hvordan den rusavhengige har det. I hjelpeforsøkene muliggjorde de pårørende videre rusbruk. Funnene viser også at innsikt i begrepet medavhengighet har bidratt til pårørendes prosess med bearbeidelse og kunnskap. Denne prosessen er viktig for å mestre hverdagen (Birkeland & Weimand, 2015, s. 40).

1.3 Hva vet vi om pårørendes mestringsstrategier?

Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse er undersøkt i Hoel og Geirdal (2017) sin kvantitative studie. De fant at tre problemfokuserte mestringsstrategier i sammenheng med tre emosjonsfokuserte mestringsstrategier i størst grad ble brukt. De problemfokuserte strategiene var instrumentell støtte (søke råd og veiledning), aktiv mestring og planlegging. De emosjonsfokuserte strategiene var selvdistraksjon, aksept og emosjonell støtte. Humor som er en emosjonsfokuserert strategi, ble minst brukt. Økt grad av belastning viste sammenheng med økte psykiske plager, som igjen viste sammenheng med økt bruk av strategien planlegging. Økt bruk av mestringsstrategien aksept, viste seg å ha en sammenheng med mindre grad av psykiske plager (Hoel & Geirdal, 2017, s. 5). Å akseptere situasjonen slik den er og selv-oppofrelser, er mestringsstrategier som finnes hos de pårørende. Det fremkommer også hyppig at pårørende håndterer sin situasjon ved å ukritisk støtte den rusavhengige, eller rett og slett at pårørende blir handlingslammet (Ordford et al., 2012, s. 73). På den annen side fant Hoel & Geirdal (2017) at foreldre til en rusmisbruker kjenner ekstra ansvarsfølelse og handlingsmotivasjon.

Å være pårørende medfører stadig nye utfordrende situasjoner uten fasit for håndtering. Planlegging for håndtering av den aktuelle situasjonen er nødvendig og forklarer hvorfor pårørende øker bruken av strategien planlegging ved økt belastning. Aktiv mestring viste seg også som en av de mest brukte problemfokuserte strategiene. Aktiv mestring innebærer direkte handlinger som forsøk på å redusere de negative konsekvensene ved rusmisbruket eller forsøk på å fullstendig fjerne rusproblemet (Hoel & Geirdal, 2017, s. 7). Emosjonsfokuserte strategier er mye brukt av pårørende. Den emosjonsfokuserte strategien aksept virker spesielt viktig for pårørende i situasjoner som er vanskelige å endre. Resultatene viser at desto mer den pårørende aksepterer situasjonen, jo færre symptomer rapporteres det om (Hoel & Geirdal, 2017, s. 8).

1.4 Foreliggende kunnskap om pårørende- og familieinvolvering i behandling

Forskning viser at systemisk familierapi er mer effektivt for unge rusavhengige enn for voksne rusavhengige. Den viser også at det gir best effekt å kombinere ulike metoder og tilnærminger (Selbekk & Duckert, 2009, s. 26-27).

Fagpersoners erfaring med familieorientert praksis i rusbehandling er undersøkt av Kalsås, Selbekk & Ness (2020). Behovene pårørende har i møte med helsetjenesten er belyst i studien til Hanssen og Sommerseth (2014). En tydelig struktur i familiearbeidet er avgjørende for å lykkes. Struktur hjelper terapeuten med å få til et godt familiearbeid til tross for den eventuelle taushetsplikten og individfokuset som så ofte preger rusbehandling (Kalsås et al., 2020, s. 253). Det er nødvendig at helsetjenesten ser den pårørende i det relasjonelle perspektiv. Den naturlige sosiale rollen til personen blir utfordret av rollen som pårørende. Pårørendes emosjonelle behov må etterspørres og bli gitt oppmerksomhet fra hjelpetjenesten (Hanssen & Sommerseth, 2014, s. 68-72). Respekt og gjensidighet innebærer pårørendes behov for å bli møtt med vennlighet, omtanke og interesse. Det vil si at de pårørende blir lyttet til, at behandlingsstedet tåler uenighet eller innspill. Helsepersonell må forholde seg til pårørende som individuelle personer med individuelle behov. Informasjon kan bidra til en trygghet for at den rusavhengige er godt ivaretatt (Hanssen & Sommerseth, 2014, s. 70).

Familiebehandling er av betydning for å styrke tilknytningen og relasjonene innad i familien (Kalsås et al., 2020, s. 253). Det å være pårørende kan være så altoppslukende at det blir vanskelig å ivareta familie og venner. På den andre siden, kan det være lett å bruke opp nettverket. Støtte og råd fra helsetjenesten er dermed svært verdifullt, ved at de pårørende får andre å spille på (Hanssen & Sommerseth, 2014, s. 70). Familieorientert tilnærming bidrar til at familien lettere kan ta stilling til hvordan videre kontakt kan være. Å involvere familien øker terapeutens forståelse, innsikt og mulighet for å gjøre gode behandlingsvalg (Kalsås et al., 2020, s. 254). At pårørende kommer i kontakt med andre pårørende, fremkommer som en viktig forutsetning for egen mestring (Hanssen & Sommerseth, 2014, s. 68-72).

1.5 Temaets relevans for familiebehandling

De tre siste årene har jeg gjennom studiene opparbeidet meg kunnskap om familierapi. Familierapifokuset får familiemedlemmene til å erkjenne et delt ansvar og fjerner merkelappen «syndebukk». Familierapi legger vekt på ressurser og muligheter. Med en slik oppmerksomhet vil familiemedlemmer alltid representere en ressurs når problemene skal løses, uansett hvordan de har oppstått (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 16).

Systemteori er ett av flere begreper innen familierapi som representerer forsøk på å beskrive kompleksiteten det innebærer å jobbe med større sosiale kontekster (Johnson & Torsteinsson,

2012, s. 27). Generell systemteori handler om å forstå en familie som et system som utgjør noe mer enn summen av delene. Det vil si at det gir lite mening å forstå ungdommens problem uten å se det i sammenheng med familien og konteksten. Systemteori vil ta avstand fra å forstå hendelser lineært og heller søke å forstå hendelser som en sirkulær interaksjon (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 28). I en lineær forståelse vil et rusproblem kunne omtales som at ungdommen har tatt feil valg i livet og at problemet ligger hos den rusavhengige. Sirkulær tenkning åpner opp for å se mening og forståelse i en større kontekst. Med en sirkulær tenkning forstås rusproblemet ved å se på forhold mellom alle medlemmene i familien, de andre nettverk ungdommen inngår i og kontekstuelle faktorer (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 29). Da jeg intervjuer foreldre for å undersøke forhold og samspill mellom de tre ulike aktørene: foreldre, ungdom og behandlingssted, finner jeg denne formen for tenkning svært relevant og meningsfull.

1.6 Oppgavens oppbygging

Oppgaven består av seks kapitler. I innledningen har jeg beskrevet min motivasjon, feltet, tidligere forskning på pårørende, formål og problemstilling. I kapittel to presenterer jeg studiens teoretiske perspektiv: mestring, medvirkning og salutogenese. Kapittel tre er metodekapittelet som inneholder en redegjørelse for mine valg av metodisk tilnærming, rekruttering av informanter og gjennomføring av intervjuer, valg av analyseverktøyet tematisk analyse og selve analyseprosessen. Kapittel fire presenterer funnene; temaene som analysen resulterte i. I kapittel fem diskuterer jeg funnene opp mot teori og tidligere forskning. Kapittel seks er en avslutning og oppsummering av oppgavens hovedfunn.

2 Teoretisk forankring

I dette kapittelet vil jeg presentere studiens teoretiske forankring, som sammen med tidligere forskning utgjør det analytiske rammeverket for studien i en systemisk og sirkulær forståelsesramme. I kapittelet om tidligere forskning fremkom det at foreldre kan havne i en livskrise og oppleve ulike belastninger når deres barn utvikler et rusproblem. For å forstå, analysere og tolke foreldrenes forståelse, meninger og handlinger, vil jeg først presentere teori om mestring og tre teorier som gir grunnlag for å forstå mestring. På bakgrunn av at regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021) nevner pårørende i sammenheng med ressurs og involvering, vil jeg presentere teori om medvirkning og videre hvordan medvirkning kan forstås. Dernest vil jeg redegjøre for

Antonovskys (2013) teori om salutogenese og opplevelse av sammenheng (OAS), da dette kan bidra i forståelsen om hvordan og hvorfor foreldre vektlegger sine ulike behov.

2.1 Mestring

Mestring handler om å håndtere stress, sykdom og kriser, på en helsefremmende måte. Det handler også om å bedre situasjonen ved å ta i bruk de ressursene en har eller kan få tilgang til (Lazarus, 1999, s.102). Rusmiddelavhengighet er kompleks og vil utsette både ungdommen og dens pårørende for stress. For å håndtere stress bruker pårørende ulike mestringsstrategier, som sammen med sosial støtte vil virke inn på graden av påkjenninger den pårørende opplever (Andresen, 2012, s.418). Lav mestring kan gi økt stress og høy mestring kan minske stress. Det er dokumentert at en person ikke vil bruke samme mestringsstrategi ovenfor forskjellige trusler. Derfor må man ta utgangspunkt i at personen vil tilpasse valget av mestringsstrategi ut fra trusselens betydning, kravene den stiller og hvordan trusselen endrer seg over tid (Lazarus, 1999, s. 102).

2.1.1 Attribusjonsteori

Attribusjonsteori handler om hvordan vi *årsaksforklarer egen og andres atferd*, samt hvilke følger de ulike forklaringene kan ha. *Sosialisering og identitet* er også sentrale begrep som kan trekkes inn i attribusjonsteori. Ved opplevelse av skjebnesvangre hendelser i livet, kan mestringsevne handle om hva slags tillit vi gradvis har utviklet til oss selv, personer rundt oss og til andre hjelpemidler. Dette gjelder særlig den etablerte tilliten i relasjonen mellom barn og foreldre tidlig i barndommen. Tilliten som barn under vanlige omstendigheter har til sine foreldre, kan gi en grunnleggende tillit til seg selv og omgivelsene. Det kan gi en tro på at egne og andres ressurser kan mobiliseres når en møter utfordringer, som igjen kan gi grunnlag for mestringsstrategier (Heggen, 2007, s.74). I attribusjonsteori vurderes det om situasjonen kan påvirkes eller ikke og hvilken betydning dette har for valg av mestringsstrategier. Oppmerksomheten rettes mot de forklaringene eller fortolkningene personen har på hvorfor det resulterer i mestring eller feiling (Heggen, 2007, s. 73).

Skillet mellom indre og ytre forklaringer er viktig. *Indre forklaringer* peker på at mestring eller manglende mestring er forårsaket av forhold hos personen. Det kan være at personen har for lite kunnskap og ferdigheter, at personen kunne gjort mer eller ikke er utholdende nok. *Ytre*

forklaringer ligger utenfor personen, som for eksempel tilgang på hjelpemidler eller mangel på personer rundt som stiller opp (Heggen, 2007, s. 73).

I den grad mestring eller mangel på mestring attribueres til indre eller ytre forhold som en selv kan påvirke ved egen innsats eller hjelp fra andre, økes sjansen for mestring. Mennesker kan utvikle faste attribusjonsmønstre. Dette kan være alt fra opplevelsen av god mestringsevne til de som attribuerer manglende mestring til forhold de selv ikke kan endre. For å oppnå endring for sistnevnte, må det skapes erfaringer som kan hjelpe personen til å se andre forklaringer på manglende mestring enn før. I de tilfeller hvor mestring oppnås, må det legges vekt på at det ikke er tilfeldigheter, men at det kan ha vært bestemte handlinger som skapte bedre resultat (Heggen, 2007, s.74).

2.1.2 Problemfokuset og emosjonsfokuset mestring

Mestring kan deles inn i de to hovedfunksjonene problemfokuset- og emosjonsfokuset mestring. I den problemfokuset mestringsstrategien, *tilegner personen seg informasjon om hva som må gjøres og gjennomfører handlinger* som endrer den problematiske relasjonen mellom person og miljø. Mestringsstrategiene kan rette seg mot enten personen selv eller miljøet. For eksempel kan en forelder skaffe den rusavhengige ungdommen et tilbud om behandling (Lazarus, 1999, s. 114).

Å inneha en kompetanse og mulighet for å søke om hjelp og støtte, blir regnet som en svært viktig mestringsstrategi innenfor problemfokuset mestring. Det er viktig at personen som tar i bruk denne mestringsstrategien har et nettverk, som han/hun vet kan brukes når det er behov. Det vil på denne måten være en sammenheng mellom evnen til å søke hjelp og kvaliteten på nettverket. Det offentlige og/eller det private hjelpeapparatet hører til her, da den enkelte i stor grad må rette sine strategier mot den hjelpen det offentlige har å tilby og bruke strategier for å få den hjelpen som faktisk er mulig og realistisk (Heggen, 2007, s. 71).

Den emosjonsfokuset mestringsstrategien er rettet mot en *regulering av følelsene* knyttet til situasjonen som skaper stress. Dette gjøres for eksempel ved å unngå å tenke på trusselen eller å revurdere den uten å endre realiteten rundt situasjonen. Emosjonsfokuset mestring endrer den sosiale handlingens relasjonelle mening, men ikke den reelle relasjonen mellom person og miljø. Revurdering handler om å klare å forstå situasjonen på en annen måte, som gjør at man ikke går i selvforsvar. Det er en av de mest effektive måtene å håndtere destruktive følelser på.

For eksempel kan foreldre revurdere sin situasjon ved å anerkjenne at deres ungdom har et rusproblem, men at ungdommen er ung og rusavhengigheten såpass fersk at det vil være store muligheter for at barnet kan bli rusfritt (Lazarus, 1999, s.115-116).

Om det er problemfokuset eller emosjonsfokuset mestring som benyttes, vil være avhengig av både kjennetegn ved personen og omgivelsene, men også hvilket problem som skal løses. En passiv form for fortrenning av sykdomsforståelse kan anses som uheldig fordi de som fortrenger eller bagatelliserer, i liten grad vil være tilgjengelig for behandling. På den annen side kan fortrenning som strategi oppleves som adekvat hvis det handler om fortrenning av en kronisk sykdom som utgjør en alvorlig og vedvarende belastning (Heggen, 2007, s. 71).

2.1.3 Sosial og symbolsk kapital

Ved å forstå mestring som noe som går utover det individfokuset, kan mestring være et uttrykk for hvilke ressurser som finnes i samspillet eller i relasjonen til omverden (Heggen, 2007, s. 77). Bourdieus begreper om sosial og symbolsk «kapital» kan egne seg til å belyse slike ressurser. Kapital generelt defineres av Bourdieu (1989) som knappe ressurser det er konkurranse om mellom individer og grupper i samfunnet (Bourdieu, 1989 sitert i Aakvaag, 2008, s. 151). Sosial kapital handler om å ha tilgang til sosiale nettverk og medlemskap i grupper som for eksempel familie, venner, kolleger, naboer, eller bekjente (Aakvaag, 2008, s. 153).

Sosial kapital henviser videre til at forbindelser i det sosiale nettverket, som har ressurser andre medlemmer i gruppen kan få utbytte av (Lin, 2001, s. 19). Utbytte deles av Lin (2001) inn i fire ulike former som kan være forankret i ressursene i et sosialt nettverk. Den første er *informasjonsflyt*. Relasjonene gir tilgang til informasjon om muligheter og valg som ellers ville være vanskelig tilgjengelig. Den andre handler om at det sosiale nettverket kan gi mulighet til *innvirkning*, at relasjonene egner seg for å legge inn et ord i en sak som gjelder en eller flere medlemmer av nettverket (Lin, 2001, s. 19-20). Den tredje formen for utbytte går ut på at nettverket verdsetter og hjelper medlemmene på en slik måte at medlemmene får *tilgang på gode ressurser* som nettverket rår over. Den siste formen for utbytte handler om at nettverket kan medvirke til å utvikle eller *forsterke personens selvforståelse, anerkjennelse eller identitet* gjennom emosjonell støtte. Disse forsterkningene, er essensielle for vedlikehold og opprettholdelse av mental helse og tilgangen på ressurser (Lin, 2001, s. 20).

Verdien til sosial kapital kan vektlegges i tre elementer. Det første elementet går ut på *antallet personer* som er innenfor ens sosiale nettverk, som til enhver tid er klar for å hjelpe. Det andre elementet innebærer *styrken* disse relasjonene har når det gjelder å være i beredskap til å hjelpe. Det tredje elementet er hvilke *ressurser* personene i det sosiale nettverket rår over (Flap, 2002, s. 36).

Symbolsk kapital handler om anerkjennelse eller verdsettelse av handlinger eller kjennetegn ved en person eller gruppe. Symbolsk kapital er således felles verdier og en felles kjennskap til hva som er verdifullt innad i en sosial gruppe. Symbolsk kapital er et relasjonelt begrep som forutsetter samspill med andre. Det er relasjonene som danner selve den sosiale kapitalen og dermed muliggjør den symbolske kapitalen som igjen gjør mestring mulig (Heggen, 2007, s. 78). En kombinasjon av sosial kapital og symbolsk kapital vil i de fleste sammenhenger utgjøre et godt grunnlag for mestring. Selv om sosial kapital gir tilgang til de viktigste ressursene i mestringen av de oppgavene en står ovenfor, er ikke sosial kapital uten videre et tilstrekkelig kriterium for mestring. Sosiale nettverk må ha et funksjonelt kvalitativt innhold. Å ha et nettverk preget av rus eller kriminalitet legger for eksempel ikke til rette for mestring om målet er å finne veien ut av rus eller avvikende adferd (Heggen, 2007, s. 79).

2.2 Medvirkning

Medvirkning på individnivå er høyt verdsatt i nasjonalt lovverk, offentlige dokumenter og forskning. Begrepet har vært forstått med ulike definisjoner, som «selv-hjelp» og «borgerinvolvering». Medvirkning innebærer at mennesker blir gitt større gyldighet og som følge av det inkluderes og involveres i større grad i fremtiden. Det er en stor forskjell mellom å være deltakende og å ha gyldighet for å kunne påvirke utfallet av situasjonen (Arnstein, 1969, s. 216). Medvirkning er illustrert av Arnstein (1969) som en stige med åtte trappetrinn. Graden av medvirkning øker jo høyere trappetrinn det er. Stigen er delt opp i følgende trinn: 1. manipulasjon, 2. terapi, 3. informering, 4. konsultasjon, 5. lytte til personens mening, 6. partnerskap, 7. hovedvekten i beslutninger, 8. fullstendig bestemme prosessen (Arnstein, 1969, s. 216).

De laveste trinn på Arnsteins stige viser til ikke-deltakelse og omfatter *manipulasjon* (1) og *terapi* (2). Formålet med manipulasjon er å opplyse personen eller å oppnå personens støtte. Terapi handler om å engasjere personen i aktivitet for å kurere dem fremfor å endre konteksten

som skaper vanskene for personen. Her er ikke hensikten å involvere personene i utforming av prosessen, men å helbrede personene (Arnstein, 1969, s. 218). Arnsteins fremstilling av begrepet terapi, er en utgått forståelse av terapi da medvirkning har fått plass i dagens terapi. Arnsteins beskrivelse av terapi er derfor kun gyldig som redegjørelse av stigen, ikke for hvordan dagens terapi utføres. Trinn 3 og 4 innebærer en lav grad av å gi personene en stemme og lytte til deres mening. Dette gjøres ved *informering* og *konsultasjon* til personen. Å informere personen om deres rettigheter, plikter og muligheter kan være det første viktige steget mot medvirkning. Likevel er det her ikke lagt opp til at personen kan ytre egne meninger eller argumentasjon. Konsultasjon vurderes også som et viktig steg mot medvirkning. Konsultasjon uten sammenheng med andre trinn i stigen, vil likevel ikke gi personen forsikring om at bekymringene eller forslagene vil tas videre. Ved tilbud om informasjon eller konsultasjon, gis personen mulighet til å bli hørt. Likevel vil ikke dette gi personen gyldighet til å bestemme eller ha videre påvirkning på situasjonen. Informering og konsultasjon vil på denne måten ikke gi en forsikring om at situasjonen personen er i, vil endre seg (Arnstein, 1969, s. 219).

Personens mening blir vektlagt i større grad i trinn 5: *lytte til personens mening*. Her får personen aktivt lov til å medvirke og tar større del i beslutningsprosessen. Likevel vil behandlerne i dette trinnet beholde myndigheten til å bestemme (Arnstein, 1969, s. 220). *Partnerskap* definerer trinn seks og viser økende grad av medvirkning. Personen får her mulighet til å argumentere og diskutere med behandlerne. Det foreligger her en enighet mellom personen og behandlerne om å dele beslutningsmyndighet. Her får altså personen mulighet til å bli enig med behandlerne om videre beslutninger. Dette innebærer også at personen får et ansvar for de beslutninger som tas (Arnstein, 1969, s. 221). De øverste trinnene i trappen, er trinn 7 og 8. Disse innebærer at personen får *hovedvekten i beslutninger* eller *totalt bestemmer prosessen* (Arnstein, 1969, s. 217). Det er viktig å skille mellom medvirkning og absolutt kontroll, da ingen har eller kan ha absolutt kontroll (Arnstein, 1969, s. 216). Med dette i bakhodet er det ikke nødvendigvis slik at målet i seg selv bør være brukerstyring: at personen totalt bestemmer prosessen.

2.3 Salutogenese

Teorien om salutogenese har flere berøringspunkter til attribusjon, fordi den særlig handler om hvilke oppfatninger av sammenheng personer i stress og krise opplever (Heggen, 2007, s. 75). Patogenese innebærer at oppmerksomheten er rettet mot sykdommens årsaker. Antonovsky

(2013) hevder at ved å vektlegge patogenese kan muligheten for mestring innsnevres. Granskningen handler ensidig om stressfaktoren, symptomet, hva som er årsaken og hvordan det kan fjernes (Antonovsky, 2013, s. 29-30).

Det salutogene perspektivet retter oppmerksomheten mot faktorer som fremmer bevegelse mot god helse. Dette gjøres ikke bare ved å ha få risikofaktorer eller se på hvordan man mestrer disse, men heller se på faktorer som er direkte helsebringende. Det salutogenetiske perspektiv vil ikke se på enkeltmennesker, men mennesker i en helhet. På denne måten vil det salutogenetiske perspektiv rette oppmerksomheten mot at mennesket aktivt tilpasser seg et miljø som innehar stressfaktorer. En salutogen tankegang vil på denne måten åpne opp for å undersøke hva som skjer når en person utsettes for belastninger som det ikke eksisterer noen umiddelbart tilgjengelig eller automatisk adaptiv respons mot (Antonovsky, 2013, s. 30).

2.3.1 Opplevelse av sammenheng (OAS)

For å forstå hvilke faktorer som bidrar til god helse, utarbeidet Antonovsky (2013) begrepet opplevelse av sammenheng, heretter omtalt som OAS (Antonovsky, 2013, s. 37).

Begrepet defineres slik:

«Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky, 2013, s. 41)

Antonovsky (2013) er overbevist om at OAS er avgjørende for et menneske for å kunne bevare sin plassering på kontinuumet mellom helse og uhelse. Alle kjernefaktorene som bidrar til å kunne takle sykdom er kjennetegnet ved at de gjorde det mulig å sette alle stressfaktorene inn i en meningsfylt sammenheng. Definisjonen av OAS kan deles inn i de tre kjernekomponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. (Antonovsky, 2013, s. 38).

Begripelighet handler om at de stimuli en utsettes for i både det indre- og ytre miljø, oppfattes som kognitivt forståelige, strukturerte, sammenhengende, velordnet og klar informasjon. Begripelighet er motsatsen til at en opplever stimuli som kaotisk, tilfeldig, uorganisert, uforståelig og uventet. Ved høy skår på begripelighet, vil en kunne forvente at de stimuli som

kommer i fremtiden er forutsigbare, eller at de kan settes inn i en sammenheng og forklares dersom de kommer overraskende (Antonovsky, 2013, s. 39-40).

Håndterbarhet er definert som opplevelsen av i hvilken grad man har tilstrekkelige ressurser til rådighet til å kunne takle de kravene som stimuliene eller krisene stiller. Her vises det til at å ha noe til rådighet også kan bety ressurser man ikke selv har kontroll over, men som kontrolleres av en annen man har tillit til. Dette kan være en partner, kollega, venn eller behandlingsansatt. Ved sterk opplevelse av håndterbarhet, vil en ikke tenke at livet behandler en urettferdig eller at en er offer for omstendighetene, men at livet noen ganger går i motbakke. En person med høy opplevelse av håndterbarhet vil være i stand til å takle motbakkene, bearbeide sorgen og komme seg videre (Antonovsky, 2013, s. 40).

Meningsfullhet handler om i hvilken grad livet rent følelsesmessig er forståelig. Det handler om at noen av tilværelsens problemer og krav oppleves som verdt å bruke engasjement, innsats og krefter på. Dette betyr ikke at for eksempel en forelder som skårer høyt på meningsfullhet, vil ta sitt barns tilbakefall i rusmiljø med glede – det betyr at personen er villig til å ta utfordringen, finne mening i den og gjøre sitt beste for å anstendig komme seg gjennom situasjonen (Antonovsky, 2013, s. 41).

Antonovsky (2013) gjennomførte en undersøkelse i Israel som viste svært høy korrelasjon mellom begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, men den viste også unntak fra dette. Det kan være situasjoner der en persons erfaringer blir plassert høyt i en av komponentene, men lavt i de to andre, eller at personen blir plassert høyt i to komponenter og lavt i en annen. For eksempel kan en person befinne seg i en situasjon hvor den sosiale rollen skaper livsopplevelser preget av indre sammenheng med en balanse i over- og underbelastning. Likevel kan potensialet ignoreres og gi personen en opplevelse av lite eller ingen medbestemmelse. Denne erfaringen gir høyt utslag på komponentene begripelighet og håndterbarhet, men lavt utslag på meningsfullhet (Antonovsky, 2013, s. 42).

Antonovsky (2013) fant at en sterk opplevelse av håndterbarhet er avhengig av en sterk opplevelse av begripelighet. Han forklarer dette med at det er en forutsetning å vite hvilke krav man står ovenfor for å ha en opplevelse av å ha de nødvendige ressursene til rådighet. Det er derimot ikke nødvendigvis slik at opplevelsen av høy begripelighet alltid fører til opplevelse av høy håndterbarhet. Man kan for eksempel ha en sterk opplevelse av begripelighet uten å tro at

man kommer til å klare seg fint. Kombinasjonen høy begripelighet og lav håndterbarhet ser ut til å være avhengig av å ha en sterk opplevelse av mening, ettersom engasjement og en forståelse av situasjonen vil skape en sterk motivasjon for å finne ressurser. Selv om alle komponentene i OAS er viktige, er ikke alle like viktige (Antonovsky, 2013, s. 43-44).

Meningsfullhet er komponenten som ser ut til å være mest sentral. En lav skår på meningsfullhet vil antakelig bare *midlertidig* gi høy skår på begripelighet og håndterbarhet. Ved å være engasjert vil det være større mulighet for å finne forståelse og ressurser. Nest viktigst ser begripelighet ut til å være, ettersom opplevelse av høy håndterbarhet er forutsatt forståelse. Håndterbarhet er likevel av betydning ettersom opplevelsen av å ikke ha ressurser tilgjengelig, svekker opplevelsen av mening og vilje til å mestre situasjonen (Antonovsky, 2013, s. 44).

2.4 Oppsummering

Mestring handler om å håndtere utfordrende situasjoner på en måte som ivaretar god helse. Manglende mestringforsøk kan forklares ved indre eller ytre attribusjon. Muligheten for videre mestring er avhengig av at personen attribuerer manglende mestringforsøk til forhold som kan endres av en selv. Mestringsstrategier kan deles inn i problem- og emosjonsfokuserert mestring. Problemfokusererte strategier handler om hvordan personen fysisk gjør handlinger eller endringer for å mestre en situasjon. Emosjonsfokusererte mestringsstrategier dreier seg om hvordan personen følelsesmessig tilnærmer seg og forholder seg til problemet. Sosial og symbolsk kapital kan være et godt grunnlag for mestring. Sosial kapital handler om å være en del av en gruppe eller et nettverk. Symbolsk kapital muliggjøres når personen har sosial kapital og innebærer at personene i nettverket har felles verdier. Medvirkning handler om at personen i ulik grad blir involvert. Arnsteins (1969) stige demonstrerer gradene av medvirkning ved å gå fra trinn en: manipulasjon, til trinn åtte: full beslutningsmyndighet. Salutogenese fokuserer på hvordan personen kan oppnå god helse. For å forstå hvordan god helse oppnås har Antonovsky utarbeidet forståelsen om opplevelsen av sammenheng. OAS har tre komponenter som kan veilede oss i forståelsen av veien mot god helse. De tre komponentene er: begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

3 Metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvorfor jeg valgte å samle inn data med et kvalitativt forskningsdesign. Jeg vil gjennom dette kapitlet beskrive hvordan jeg har rekruttert informanter, gjennomført intervjuene og analysert data.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign

Kvalitativ forskning innebærer å studere hvordan noe gjøres, oppleves, sies, utvikles eller fremtrer. Kvalitativ forskning er utarbeidet for å kunne belyse menneskelige opplevelser og erfaringsprosesser. Gjennom kvalitativ forskning forsøker en å forstå konkrete personer og de sosiale prosessene de står i (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 16). Forskningsintervjuet vil ofte være et viktig og effektivt instrument i en kvalitativ studie. Hensikten med å intervju mennesker er å få tilgang til deres opplevelse av ulike fenomener i deres livsverden (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 34-35). Forskningsintervjuet kjennetegnes som en samtale med en viss struktur som går dypere enn en hverdagsamtale (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 22). Semistrukturerte intervjuer inneholder åpne spørsmål. Ved bruk av de åpne spørsmålene inviteres informanten til å snakke om historier, erfaringer, minner, meninger og refleksjoner. Åpne spørsmål betyr at spørsmålene ikke har et allerede formulert svaralternativ, men at informanten fritt kan svare med egne ord. Denne typen spørsmål fungerer godt for å gi forskeren rik og kompleks informasjon fra informantene (Magnusson & Marecek, 2015, s. 47).

Jeg ønsket i mitt prosjekt å undersøke foreldres forståelse og mening knyttet til erfaringer som foreldre til en rusavhengig ungdom, hva de mener en foreldreressurs er og ikke minst hva foreldrene trenger for å kunne være en ressurs for sin ungdom. Etersom jeg ønsket å finne foreldres opplevelser, erfaringsprosesser og forståelse, valgte jeg kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert intervju som metode. Jeg vurderte at denne metoden ville gi meg den kompleksiteten jeg søkte. Utførelsen av de semistrukturerte intervju vil jeg komme tilbake til i delkapittelet 4.5: Gjennomføring av intervjuer.

3.2 Vitenskapsteoretisk posisjon

3.2.1 Hermeneutikk

Hermeneutikk er læren om hvordan ulike samfunnsmessige fenomener og kulturuttrykk kan fortolkes (Järvinen & Mik-Meyer, s. 127). Hermeneutikk innebærer at forskeren, gjennom utforskning av dypere meningsinnhold enn det som er åpenbart på overflatenivå, kan fortolke menneskers handlinger (Thagaard, 2013, s. 41-43). Det finnes ikke kun en sannhet, hermeneutisk tilnærming gir grunnlag for tolkning av fenomener på flere nivå. I det første nivå vil forskeren være en aktiv deltaker og fortolke hva som skjer under intervjuet. Annengrads fortolkninger dreier seg om at forskeren tolker informantens egen tolkning av virkeligheten.

Tredjegradsfortolkninger går ut på forskerens tolkning av handlinger ut fra teorier som viser handlingens underliggende eller skjulte betydning (Fangen, 2010; Geertz, 1973; Ricoeur, 1974, sitert i Thagaard, 2013, s. 42-43).

Mennesker er meningssøkende og vil hele tiden forsøke å forstå og skape mening av sin virkelighet. Forståelsesprosessen igangsettes ved et møte eller en samtale. I et intervju vil alle deltakere være mer enn tilskuere og tre inn i en relasjon. Horisontsammensmelting er en prosess innenfor hermeneutikken som handler om at samtaler ikke er mulig dersom intervjueren tviholder på forutinntatte forståelser av andre. Ved å få informasjon fra informanten, kan intervjueren sortere forforståelsen, nye dimensjoner kan belyses og en ny forståelse kan dannes. Ny forståelse vil gi intervjueren flere spørsmål som vil vise enda flere sider ved informanten. Dette kan sammenlignes med at det går en pendel mellom horisontene til intervjuer og informant som skaper ny forståelse (Thomassen, 2006, s. 88).

Min studie vil være preget av en hermeneutisk tilnærming og en bevissthet rundt horisontsammensmelting. Jeg vil tolke fenomenet jeg studerer på de tre nivåene ved å være en aktiv deltaker i intervjuet, analysere og tolke informantens forståelse og til slutt tolke informantenes forståelse i lys av teori og tidligere forskning. Horisontsammensmeltingen innebærer at jeg som intervjuer må være åpen for ny informasjon fra informantene, sortere de forforståelsene jeg har og i forlengelsen av det danne ny forståelse.

3.3 Forforståelse

Forforståelse defineres som de meninger og inntrykk forskeren i forkant har om fenomenet som undersøkes. Forforståelsen vil kunne påvirke hva som observeres og hvordan observasjonene tolkes (Johanessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 34-35). Min forforståelse er preget av erfaringsbasert kunnskap som behandler for rusproblematikk hos ungdom. Jeg har derfor opparbeidet meg tanker, erfaringer og meninger innen dette feltet. Videre har forforståelsen påvirket hva jeg ville undersøke nærmere. Refleksjoner om hvordan min forforståelse preger tilnærmingen i denne studien har vært viktig.

Ved gjennomføring av prosjektet har jeg vært bevisst Thomassens (2006) beskrivelse om å dekonstruere profesjonell kunnskap. Ansvarlighet og troverdighet handler om at jeg som forsker har en dialogisk og reflekterende posisjon til de menneskene jeg skal møte og den

kunnskapen jeg besitter. Dette gjøres ved å konstant problematisere, utprøve og kritisere den viten jeg har. Deretter utforske hva viten innebærer, åpne viten for undersøkelse og forvandling. En dekonstruksjon av profesjonell kunnskap handler således ikke om å forkaste den kunnskapen en allerede har, men å engasjere seg i en refleksjonsprosess hvor de tidligere kunnskaper settes på prøve og det stilles spørsmål til hvordan vi har ervervet oss de tankene vi har. En dekonstruksjon av profesjonell kunnskap vil på samme side handle om å dekonstruere sin egen makt og autoritet og skape en ekte dialog med informantene (Thomassen, 2006, s. 186-187).

Ved oppstart av dette prosjektet var jeg bevisst min forforståelse i form av profesjonell kunnskap og erfaringer fra praksis. Jeg ble under tiden som behandler opptatt av sirkulær tenkning og at arbeid med familien som system i rusbehandling hadde potensial for forbedring. Intensjonen med denne oppgaven er å belyse foreldres syn. Jeg merket raskt at jeg ble en aktiv medskaper, som det første nivået i hermeneutisk tolkning tilsier: jeg er en aktiv deltaker og fortolker hva som skjer under intervjuet. Med et hermeneutisk perspektiv på oppgaven var jeg opptatt av å være åpen for å ta imot ny innsikt og gjennom en horisontsammensmeltning ønsket jeg å tilegne meg en ny forståelse av foreldrene. Jeg ønsker ikke i denne oppgaven å «bevise» min forforståelse. Formålet er å forstå foreldrene i et nytt lys og skape ny forståelse om hvordan behandlingsinstitusjoner kan møte foreldre, styrke dem som ressurs og bidra til en systemisk endring i en sirkulær prosess. Jeg jobbet med å dekonstruere min profesjonelle kunnskap ved å gjennomgå mange refleksjoner og tenke kritisk på den forkunnskapen jeg besitter.

Jeg startet alle intervjuene med å informere om min erfaringskunnskap. Jeg opplevde at dette gav informantene en tillit til meg som behandler. Jeg fikk også inntrykk av at min erfaringskunnskap forenklet informasjonsflyten fra informantene, da vi kunne snakke med den samme diskursen. «En diskurs kan defineres som bestemte måter å snakke om bestemte ting på innenfor bestemte domener» (Aakvaag, 2008, s. 309). Jeg var observant og stilte oppfølgingsspørsmål når foreldrene gav informasjon som kan ha flere betydninger. Dette var for å sikre at jeg noterte ned deres faktiske mening. I denne studien går jeg frem som forsker og ikke behandler. Det var viktig for meg å understreke for informantene at jeg forsøker å legge vekk min forforståelse for å få ny forståelse. I forskerposisjonen er jeg opptatt av å gi informantene rom til å si sin mening uten å oppleve at de må tilfredsstille min forforståelse. Derfor opplyste jeg informantene om at deres forståelse var deres sannhet og det var det jeg var på utkikk etter.

3.4 Utvalg, rekruttering og avgrensing

Formålet med prosjektet er å få informasjon om hva foreldre selv mener definerer en pårønderressurs og hva de trenger for å kunne være dette. Kriteriene for aktuelle informanter var at det måtte være en forelder som har eller har hatt barnet sitt til rusbehandling. Jeg ønsket å studere foreldrerollen og valgte derfor å ikke å skille mellom fedre og mødre. Jeg åpnet for at informantene kunne bli intervjuet alene, eller som par. Jeg valgte å ikke avgrense alderen hos foreldre. Mer relevant var å avgrense alderen til informantenes ungdommer. Kriteriet ble dermed satt på at den rusavhengige måtte være ungdom. Begrunnelsen for dette er at relasjon mellom foreldre og deres barn vil være ulik i forskjellige stadier i livet og det ville vært stor forskjell på en ungdom eller en voksen i rusbehandling. Jeg uttrykte i informasjonsskrivet at jeg ønsket foreldre som har eller har hatt ungdom i rusbehandling. Utvalget ble dermed definert ut fra at foreldrene selv mente deres barn var ungdom i rusbehandlingstiden, eller hvem behandlingsstedet vurderte som aktuelle for min forespørsel.

Ungdommenes eller behandlingsstedenes forståelse av foreldre i et ressursperspektiv er ikke undersøkt i denne studien. Ettersom jeg selv har jobbet med rusbehandling og har hatt mye interaksjon med ungdommer, var det et bevisst valg å kun undersøke foreldrenes forståelse og beskrivelser i jakten på nye perspektiver. Under innsamlingen av data utforsker jeg likevel ungdommens behov slik foreldrene forstår dem. Dette blir en subjektiv antakelse fra foreldrene. Likevel vil det gi informasjon om hvordan foreldre handler og håndterer situasjoner ut fra deres forståelse av ungdommens behov.

Ved første søk etter informanter, benyttet jeg meg av metoden målrettet nominasjon. Denne metoden innebærer å be om hjelp fra individer som ikke selv er aktuelle som deltakere i studien selv (Magnusson & Marecek, 2015, s. 38). Jeg tok kontakt med flere behandlingssteder med en forespørsel om de kunne sende henvendelsen videre til nåværende eller tidligere foreldre. I første omgang kom jeg i kontakt med tre informanter. To av intervjuene var med en forelder, og det siste ble gjennomført som parintervju med både mor og far. For å skaffe flere informanter, valgte jeg å ta i bruk snøballmetoden. Denne metoden innebærer å spørre informantene om å foreslå andre mulige informanter. Dette la jeg frem som en forespørsel og ikke et krav (Magnusson & Marecek, 2015, s. 38). Ved bruk av snøballmetoden, fikk jeg ytterligere en mor til aleneintervju og et foreldrepar til parintervju.

På dette tidspunktet i prosessen, var jeg fornøyd med å ha gjennomført fem intervjuer, men vurderte det som gunstig å gjennomføre ett eller to intervjuer til for at jeg skulle få nok materiale. Magnusson & Marecek (2015) mener at det ikke er noe idealnummer på hvor mange informanter som trengs. Det handler mest av alt om forskningsspørsmålet for studien, hvor stor mengde materiale hvert intervju gir og om materialet er mettet (Magnusson & Marecek, 2015, s. 38). Til min glede fikk jeg etter hvert ytterligere en henvendelse som resultat fra mitt første arbeid med målnominasjon. Dermed hadde jeg seks intervjuer med til sammen 8 personer og besluttet at materialet var mettet. Jeg var nå klar til å begynne analyseprosessen.

Presentasjon av informantene:

Lise har en datter som har vært i rusbehandling både da hun var under og over 18 år.

Bente har en sønn som har vært i rusbehandling da han var under og over 18 år.

Morten & Kristine har en datter som har vært i rusbehandling da hun var over 18 år.

Trine har en sønn som har vært i rusbehandling både da han var under og over 18 år.

Simen & Anne sin datter har vært i rusbehandling både da hun var under og over 18 år.

Erik har en sønn som har vært i rusbehandling både da han var under og over 18 år.

3.5 Utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervjuer

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide. Dette for at jeg skulle ha en struktur å forholde meg til, slik at grunnlaget for informasjonsinnhenting i de ulike intervjuene ville være lik. Thagaard (2013) belyser at målsettingen med kvalitative intervjuer er å utforske de tema det er ønskelig å få mer informasjon om. Spørsmålene burde stilles på en inviterende måte som får informanten til å reflektere over spørsmålene (Thagaard, 2013, s. 100). Ved utarbeidelse av min intervjuguide, fant jeg semistrukturert intervju som mest passende for mitt formål. Jeg var opptatt av å ikke påvirke intervjuene med den forforståelsen jeg allerede har. For å minimere min påvirkning av hva informantene forteller, var semistrukturert intervju et godt utgangspunkt. Intervjuguiden består av åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål var mulig dersom det er nødvendig. Intervjuguiden inneholder alle spørsmål og tema som jeg er opptatt av å undersøke, men ettersom det er et semistrukturert intervju var jeg ikke nødt til å følge den til punkt og prikke (Magnusson & Marecek, 2015, s.47).

Intervjuene ble gjennomført fra våren til høsten 2020. Jeg startet alle intervjuene med å informere om formålet med studien. Deretter fortalte jeg om min yrkesbakgrunn og hvorfor jeg var opptatt av dette temaet. Jeg ønsket at informantene skulle snakke fritt og sa derfor at jeg så på dem som eksperter i sine liv og at jeg var interessert i å høre om og lære av deres forståelse. Som utgangspunkt for denne studien, ønsker jeg å vite hvordan foreldre selv mener at de kan være en ressurs for sin ungdom gjennom behandling. En ressurs kan være mange ting og mennesker har behov for ulik støtte i ulike situasjoner. Etersom jeg ikke ønsker å la min forforståelse prege studien valgte jeg å spørre informantene hvordan de forstod at de kunne være en ressurs og hva det betyr å være en ressurs. Dette er første spørsmål i intervjuguiden. Temaene ellers i intervjuguiden handler om hvordan det er å være forelder for et barn med rusavhengighet, hvilke erfaringer de har med behandlingsstedene de har vært i kontakt med og hvilke behov de selv har hatt under behandlingstiden. Jeg ønsket også høre om deres forståelse av foreldre-barn relasjonen og om den har vært i endring fra utvikling av rusproblem til behandlingsslutt. Til slutt ønsket jeg å høre hvordan foreldrene stiller seg til og forstår begrepet medavhengighet. Dette er etter min erfaring et begrep som er brukt mye i pårørendearbeid.

Intervjuene ble gjennomført på informantenes premisser ved at de fikk bestemme hvor og når intervjuet skulle gjennomføres. Jeg valgte å være fleksibel på dette punktet ettersom jeg ønsket at informantene skulle oppleve intervjuene så komfortabelt som mulig og uten belastning. Informantene hadde også ganske stor geografisk avstand til mitt bosted, som medførte at to av intervjuene ble gjennomført over telefon. Jeg gjennomførte tre intervjuer hjemme hos informantene og et intervju på café. Jeg erfarte at informantene var ulike i hvor mye de pratet ut fra et spørsmål. Noen informanter pratet mye og samtalen gled ut i tema som ikke var en del av min intervjuguide, slik at jeg måtte avbryte og stille nye spørsmål. Andre informanter hadde korte svar på mine åpne spørsmål, og jeg måtte da stille flere oppfølgingsspørsmål.

Jeg valgte å gjennomføre intervjuene med muntlig samtykke og uten lydopptaker. Thagaard (2013) belyser at det finnes ulemper og fordeler ved bruk av både opptak og notater gjennom intervjuet. Ved lydopptak vil alt som sies bli bevart i sin opprinnelige form og forskeren kan ha full oppmerksomhet på informantens svar og reaksjoner. Ved bruk av notater vil mengden data reduseres ettersom det er umulig å få skrevet ned alt som blir sagt. Ved å skrive notater underveis vil analyseprosessen starte allerede under intervjuet ettersom noteringen underveis bidrar til en umiddelbar sortering av informasjonen. Det er av avgjørende betydning at forskeren skriver referat umiddelbart etter intervjuet. Da er stoffet fremdeles ferskt. Det kan

være utfordrende for intervjueren å mestre en kombinasjon av å skrive notater, gi informanten tilstrekkelig oppmerksomhet og å stille spørsmål. Således blir den sosiale interaksjonen med informanten amputert (Thagaard, 2013, s. 112).

Jeg noterte underveis i intervjuene og unnlot å skrive informasjon som ville være avslørende for informantens identitet. Jeg var bevisst ulempene ved å gjøre notater og ikke bruke lydopptak i intervjuene. Jeg konsentrerte meg derfor om å være så mye til stede som mulig og delta i sosial interaksjon. For at notatene skulle være mest mulig nær sin opprinnelige form, forsøkte jeg å skrive så fullstendige setninger som mulig samtidig som jeg var nærværende i intervjuet. Dette balanserte jeg ved å skrive noe av informasjonen i stikkordsform. Effektene av å skrive notater var også positivt ettersom det gav informantene naturlige pauser. Ettersom informantene fortalte om følelsesmessige tema, var det fint å rette oppmerksomheten mot noteringen.

Intervjuene varierte fra 50 minutter til to timer. I intervjuene med foreldrepår var det to stemmer og det fremkom mer informasjon og intervjuet varte lenger. Umiddelbart etter hvert intervju renskrev jeg notatene for å utdype informasjon og erstatte stikkord med hele setninger. Jeg skrev også ned inntrykk, reaksjoner og tanker jeg hadde hatt underveis i intervjuet. På denne måten opplevde jeg å få notater som dekket det aller meste som kom frem. Jeg tar høyde for at det er vanskelig å være aktiv i intervjuet, samtidig som jeg skal skrive ned mest mulig. Derfor gav jeg informantene tilbud om å lese gjennom notatene i etterkant slik at de kunne bekrefte dem, legge til viktige utsagn som manglet eller si ifra om noe var feil. Fire av informantene leste gjennom og bekreftet at det som stod var riktig. En informant ønsket ikke å lese gjennom, da det opplevdes som en påkjenning, men samtykket til at jeg brukte informasjonen. En siste informant ønsket å presisere noe som ble sagt. Jeg la derfor ved informantens presisering til materialet.

3.6 Tematisk analyse

For gjennomføring av analysene besluttet jeg å bruke tematisk analyse. Dette er en metode for å identifisere, analysere og rapportere de mønster, temaer og kategorier som kommer frem i funnene (Braun & Clarke, 2006, s 79). En temasentrert analyse studerer informasjon om hvert tema fra alle informantene. Det er viktig og nødvendig å gå i dybden og sammenligne informasjonen mellom de ulike informantene for å få en dyptgående forståelse av de ulike

temaene. En kritikk mot temasentrert analyse er at teksten oppløses og ulike utsnitt av teksten vil tas ut fra sin opprinnelige sammenheng. Ved bruk av temasentrert analyse er det derfor viktig å sette informantens utsagn inn i den opprinnelige sammenheng (Thagaard, 2013, s. 181).

Kategorier i et datamateriale kan identifiseres med en induktiv eller deduktiv tilnærming. Forskeren må ta stilling til om analysen skal være induktiv eller deduktiv (Braun & Clarke, 2006, s 83). Med en induktiv tilnærming, vil kategorier identifiseres med sterk kobling til datamaterialet. Induktiv tilnærming vil således bety at kategoriene som dannes, har en sterk sammenheng med selve datasettet. Induktiv tilnærming innebærer å ikke la seg påvirke av egen forforståelse. Den andre analysetilnærmingen innebærer at analysen er drevet av forskerens teoretiske og analytiske interesser. Denne formen for tematisk analyse kalles deduktiv og gir ofte tynnere beskrivelser av datamaterialet i sin helhet, men vil i motsetning kunne gi en mer detaljert beskrivelse av visse deler av materialet. I motsetning til induktiv tilnærming, vil en deduktiv tilnærming være drevet av forskerens forforståelse og interesse (Braun & Clarke, 2006, s 84). Thagaard (2013) har et annet syn på bruken av induktiv og deduktiv tilnærming. Hun mener at det gjennom analyseprosessen ofte skiftes mellom utforskningen av meningsinnholdet i empiri og det å innarbeide teoretiske begreper. Det vil si at analysen inneholder både induktive og deduktive tilnærminger (Thagaard, 2013, s. 187). Jeg vurderer at forskeren må ta stilling til hvilken tilnærming som brukes gjennom analysen, men at analysen kan drives ut fra begge tilnærmingene ved forskjellige stadier i analysen. Jeg har valgt å bruke begge tilnærminger i analyseprosessen, men vil skille mellom de forskjellige stadiene og hvilken tilnærming jeg bruker hvor.

Braun & Clarke (2006) deler tematisk analyse inn i seks ulike steg. Videre vil jeg gjennomgå de ulike stegene og hvordan jeg utførte dem i min analyse.

Steg en: Bli kjent-fasen

Det første steget handler om å bli kjent med sine data, lese gjennom flere ganger og skrive ned umiddelbare ideer. Det er viktig å gjøre seg godt kjent med den fulle og hele dybden og bredden i materialet (Braun & Clarke, s. 87, 2006). Braun & Clarke (2006) anbefaler at materialet leses gjennom på en aktiv måte minst en gang før koding, som beskrives nedenfor. Ved gjennomlesningen vil ideer og identifisering av mulige mønster fremkomme, som kan være lurt å notere ned underveis i lesingen (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Jeg erfarte at denne fasen startet

allerede ved gjennomføring av intervjuene, da jeg der fikk ideer om analysemuligheter. Dette steget innebærer hermeneutikkens første nivå av tolkning. Jeg var bevisst at jeg allerede under intervjuet startet tolkningsprosessens første nivå som handler om tolkningen knyttet til kommunikasjon med informantene. Jeg la merke til ting informantene var enige om, og hva de hadde ulike syn på. Jeg noterte meg noen tanker og la vekk intervjuene en stund for å kunne ta opp analyseprosessen senere med litt avstand til stoffet. Da jeg startet opp igjen, fortsatte tankeprosessen gjennom notering i intervjuene. Jeg leste gjennom alle intervjuene to ganger og skrev ned mine umiddelbare tanker før jeg startet den systematiske kodingen.

Steg to: Koding

Det andre steget i tematisk analyse er å kode interessante trekk ved dataene på en systematisk måte og samle relevante data til de spesifikke kodene. Koder identifiserer egenskaper ved materialet som virker interessant for forskeren. Koding er en del av analysen ettersom det handler om å organisere materialet inn i meningsfulle grupper. Koder skiller seg fra kategorier ved at kategoriene er bredere og omfatter flere koder (Braun & Clarke, 2006, s. 88).

Jeg valgte å starte kode-prosessen med en induktiv tilnærming. Det vil si at jeg forsøkte å identifisere koder med et åpent sinn uten å ha en forestilling om at materialet skulle passe inn i min analytiske forforståelse. Den induktive tilnærmingen i denne fasen av analysen passer godt med det andre nivået i hermeneutisk tolkning ettersom jeg her tolker informantens egen tolkning av virkeligheten uten å forstå det ut fra andre forestillinger. Denne formen for tilnærming synliggjorde mange ulike koder. Her måtte jeg ta et valg om jeg skulle gjøre en rikelig beskrivelse av hele datasettet, eller om jeg skulle velge ut deler. Etter å ha lest gjennom kodene, vurderte jeg at det var nyttig å gå for en rikelig beskrivelse av hele datasettet for å få kunne gi leseren en forståelse av de fremtredende og viktige temaene. Jeg vurderte også at dette vil hjelpe meg å få belyst og diskutert mitt forskningsspørsmål på best mulig måte. De foreløpige 12 kodene ble: åpenhet i jobb, mestringsstrategi, å være til stede for barnet/støttespiller, fordeling av ansvar/aksept/skyld/skam, ettervern for foreldre, stå sammen med noen, veiledning, inkludering av foreldre(medvirkning), forventning til foreldre, foreldres bidrag i form av informasjon, tillit til behandlingsstedet og historier.

Steg tre: Kategorisering

Tredje steg viderefører steg to ved å analysere fram kategorier som relevante koder kan sorteres i. Etter å ha definert hvilke koder som går inn under samme kategori, sorterte jeg alle data som

tilhørte de enkelte kodene inn i identifiserte kategorier. Her begynte tankeprosessen om forholdet mellom de ulike kodene og mellom forskjellige nivå av kategorier. Kodene ble plassert inn i foreløpige kategorier. På dette punktet begynte det å bli synlig hvilken betydning de ulike kategoriene har. Jeg var likevel opptatt av å ikke låse meg til eller forkaste noen tanker (Braun & Clarke, 2006, s. 89-90).

Kategoriene som dannes, kan bli identifisert på enten et eksplisitt nivå eller et fortolkende nivå. En tematisk analyse legger primært vekt på ett av disse nivåene. Med eksplisitt nivå menes at kategoriene er identifisert ut fra overflatemeningene og under analysen går ikke forskeren forbi det en informant har sagt. Det fortolkende nivå handler om å gå forbi det eksplisitte nivå ved å identifisere og undersøke underliggende ideer, antakelser og konsepter. (Braun & Clarke, 2006, s 85). Min kategorisering er identifisert primært på et eksplisitt nivå, da jeg har beskrevet data og organisert dem ut fra informantenes utsagn. I dette steget kom jeg frem til følgende kategorier med tilhørende koder:

Kategorier	Koder
Medvirkning/informering/inkludering	ettervern for foreldre, veiledning, inkludering av foreldre(medvirkning), foreldres bidrag i form av informasjon, tillit til behandlingsstedet
Betydningen av andre i lik situasjon	stå sammen med noen
Bearbeiding og erkjennelse	fordeling av ansvar/aksept/skyld/skam, mestringsstrategi, åpenhet i jobb
Reetablering/relasjon/roller/akseptere andres historie	å være til stede for barnet/støttespiller, historier, forventning til foreldre

Steg fire: Danne fullstendige kategorier

I fjerde steg sjekkes det om kategoriene er i tråd med de tidlige ideene i trinn 1 og om kategoriene passer til datasettet i sin helhet. I denne fasen blir det synlig hvilke kategorier som må forkastes på grunn av for smalt datamateriale, hvilke kategorier som går inn i hverandre og hvilke kategorier som må deles opp (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Gjennom dette steget vurderte jeg at deduktiv tilnærming ville være gunstig. Bruken av deduktiv tilnærming i dette steget samsvarer godt med hermeneutikkens tredjegradsfortolkninger ved å tolke dataene ut fra teorier som kan vise handlingens skjulte betydning. For å gjennomføre dette steget måtte jeg finne teorier som kunne brukes til å forstå kategoriene. Jeg landet på teori om mestring,

medvirkning og teori om salutogenese. En gjennomgang av kategoriene med utgangspunkt i mine teoretiske og analytiske interesser sikret deretter at kategoriene passet til datasettets helhet og det forskningsspørsmålet jeg ønsket å utforske. Deretter ble jeg bevisst på endringene som måtte gjøres i kategoriene. Jeg vurderte at kategoriene ikke representerte fullstendig sammenhengende mønster og endret derfor på flere av dem. En kategori ble splittet opp i to, en ble endret og noen koder ble flyttet. Jeg ble også bevisst at jeg manglet en kategori som representerte mitt hovedspørsmål i forskningsspørsmålet. Derfor la jeg til en ekstra kategori som inneholder foreldres forståelse av begrepet foreldreressurs. Jeg ble sittende igjen med fire kategorier i sammenheng med forskningsspørsmålet.

Steg fem: Spesifisere kategoriene og definere navn

Steg fem handler om å utvikle klare definisjoner og navn for hver kategori. Her er det viktig å ikke bare identifisere historien kategoriene forteller, men også hvordan kategorien passer inn i resten av datasettet (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Utarbeidelsen av navn for kategoriene var en utfordrende prosess. Jeg kom omsider frem til følgende kategorier, hvor en av kategoriene ble delt inn i to underkategorier. Kategoriene er spesifisert med tilhørende definisjoner:

- **Foreldre som ressurs fra et foreldreperspektiv**
foreldre som er til stede, foreldre som klarer seg bra selv, ikke-dømmende og fremtidsrettet oppmerksomhet, foreldre som innehar nødvendig informasjon
- **Årsaksforklaringer**
skam og stigma, plassering av skyld, tillatelse til å være forelder
- **Samarbeid - involvering**
 - ◆ **Motta informasjon fra behandlingsstedet**
Generell informasjon: veiledning og læring, mulighet for tilbakefall, håndtering av eventuelt videre rusmisbruk
Spesifikk informasjon: ungdommens utvikling
 - ◆ **Gi informasjon til behandlingsstedet**
foreldrenes kunnskap, muligheten til å bestemme og sette spillerommet selv
- **Sosial støtte**
åpenhet i jobbsituasjon, snakke med andre som står i samme situasjon, behandlingsstedet som støttespiller, andre foreldres råd og refleksjoner

Steg seks: Utforming av rapport

Rapporten er beskrevet i kapittel 4: Presentasjon av funn.

3.7 Personvern og forskningsetikk

I dette kapitlet skal jeg diskutere hvilke etiske spørsmål som kan oppstå gjennom en forskningsprosess og hvordan jeg har forholdt meg til disse spørsmålene gjennom mitt forskningsprosjekt. Kvalitativ forskning vil ha mange etiske problemer, men også potensiale som det er viktig at forskeren er bevisst. Et grunnleggende etisk problem ligger i at kvalitativ forskning handler om menneskers private liv og erfaringer og plasserer de private ytringene inn i en offentlig sfære. Samtidig gir dette rom for å bringe marginaliserte gruppers stemme frem (Brinkmann, 2020, s. 581).

Forskningsprosjekter som innebærer behandling av personopplysninger, havner innunder personopplysningsloven fra 2001. Dette gjør prosjektet meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), som er et personvernombud som vurderer prosjektet opp mot forskningsetiske regler (Thagaard, 2013, s. 25). Prosjektet mitt ble meldt til NSD for godkjenning. Som følge av at informantene mine ikke bare skulle snakke om seg selv, men også om deres ungdommer, fikk jeg to valg fra NSD. Enten kunne jeg melde fra om at prosjektet inkluderte tredjepersoner, gjøre endringer og gå en ny runde for å få godkjenning av NSD til å ta lydopptak. Det andre alternativet var å gjennomføre intervjuene anonymt, uten anvendelse av lydopptaker, ikke innhente personopplysninger eller bakgrunnsopplysninger. Dette innebærer også å ikke innhente signerte samtykkeskjemaer, men at muntlig samtykke er tilstrekkelig.

Fra et personvernperspektiv avgjorde jeg at alternativ to, å gjennomføre intervjuene anonymt, var å foretrekke. Jeg vurderte at dette ville være tilstrekkelig for å få den informasjon i intervjuene som jeg ønsket. Samtidig mente jeg at denne metoden ville gi størst mulighet for å rekruttere informanter. Informantene kunne da føle seg trygge på å dele sin erfaring med meg i et intervju uten noen fare for at de eller deres barn ved et senere tidspunkt kunne bli gjenkjent. Jeg erfarte at flere av informantene var svært opptatt av og delvis bekymret for at de ikke skulle være anonyme nok. De fortalte at dersom de skulle intervjues om sin rolle som foreldre, ville det jo være uunngåelig å fortelle om barnet i behandling. Informantene presiserte nøye at deres

ungdom ikke under noen omstendigheter måtte gjenkjennes i det som ble skrevet med tanke på fremtidsmuligheter, blant annet med hensyn til jobb.

Ved gjennomføringen av intervjuene, var det viktig for meg som intervjuer å reflektere over hvordan jeg skulle møte informantene. Jeg var bevisst på å ikke gå inn i en terapeutrelasjon og startet derfor alle intervjuene med å informere om formålet med studien, dele min interesse for temaet og forklare at jeg så på informantene som ekspert på sine egne liv. Jeg vurderte at dette kunne gi informantene opplevelse av at de var til hjelp for meg (Brinkmann, 2020, s. 596).

Gjennom analyseprosessen har jeg vært bevisst på å vise denne respekten «i praksis». Jeg er ydmyk til at informantene har hjulpet meg ved å dele sine tanker, meninger og forståelser. Det er viktig å gjennomføre analysen og presentasjonen av funnene på en slik måte at informantene kjenner seg igjen og opplever at deres meninger ble vektlagt og vurdert som vesentlige bidrag til feltet. For å sikre dette, har jeg kontrollert og validert funnene så nøyaktig som mulig. Jeg har vært bevisst å ikke la meg påvirke av mine opparbeidede erfaringer. Materialet er nøye gjennomgått for å unngå å ignorere interessante resultater på grunnlag av min forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

3.8 Reliabilitet og validitet

Forskningens kvalitet vurderes ut fra forskningens konkrete gjennomførelse og målsetninger. God kvalitet i kvalitativ forskning er graden av metodologisk refleksjon som forskeren foretar. Disposisjonen i oppgaven burde være velbegrunnet og leseren skal ha mulighet til å forstå og sette seg inn i hvordan forskeren har utført prosjektet fra start til slutt (Brinkmann & Tanggaard, 2020, s. 660). For å vurdere og studere forskningens kvalitet, er reliabilitet og validitet sentrale begreper (Thagaard, 2013, s. 193).

Forskningens reliabilitet dreier seg om en kritisk vurdering av forskningens tillitsvekkende og pålitelige gjennomføring. Begrepet reliabilitet kan deles inn i ekstern og intern reliabilitet. Ekstern reliabilitet vurderer om forskningen er repliserbar. Repliserbarhet innebærer at det samme prosjektet kan utføres med de samme metodene og få samme resultat. Intern reliabilitet vurderer hvilken grad beskrivelser av prosessen samsvarer med hva forskeren faktisk har gjort. Det innebærer at forskningsprosessen gjøres transparent (Thagaad, 2013, s. 201-203).

Hermeneutikk og forståelsen av horisontsammensmeltning preger min studie. Som forsker har jeg i intervjuene inngått i en horisontsammensmeltning med mine informanter. Ved å være åpen for ny informasjon fra informantene samtidig som jeg har vært bevisst min egen forforståelse, har jeg kunnet opparbeide meg en ny forståelse. Intervjuene har på denne måten vært preget av en samskapning mellom forsker og informant. Informasjonen som fremkommer i intervjuene, er avhengig av både meg som forsker og informantene i studien. Selv ikke den samme forskeren vil få samme resultat ved å studere samme situasjon flere ganger, da forskeren ikke kan opptre på samme måte hver gang (Thagaard, 2013, s. 203). Kravet om repliserbarhet og ekstern reliabilitet kan derfor ikke forventes i kvalitativ forskning.

For å oppnå intern reliabilitet har jeg vært bevisst på å ha et åpent og reflektert forhold til innsamling av data, analysing av data og presentasjon av funn. Jeg har notert valg og vurderinger underveis for å kunne være mest mulig transparent i min redegjørelse for utvikling av data. I presentasjon av funn har jeg redegjort for hva som er informantenes utsagn og hva som er min sammenstilling av flere utsagn. Studien har imidlertid en svakhet. Svakheten ligger i at intervjuene ikke ble tatt opp med lydopptak. Jeg er bevisst at mine notater til en viss grad blir preget at min rekonstruksjon av utsagn.

Validitet dreier seg om at tolkninger fra ulike studier kan bekrefte hverandre. En studie oppnår validitet ved gjennomsiktighet i form av redegjørelse for hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonene. En redegjørelse av forskerens forforståelse og erfaringskunnskap er nødvendig for å oppnå validitet (Thagaard, 2013, s. 205). For å oppnå validitet i mitt prosjekt, har jeg brukt tidligere forskning og teori for å se om mine funn kan underbygges av annen kunnskap innenfor feltet, eller gi ny innsikt. Jeg har brukt tidligere forskning om belastninger og mestringsstrategier ved å være pårørende, samt om pårørende- og familieinvolvering i behandling. Teorier om mestring, medvirkning og salutogenese, har dannet mitt teoretiske grunnlag da disse er velbrukte innenfor pårørendeforskning. Samtidig har min forståelse vært preget av systemteori, med særlig vekt på sirkularitet.

Erfaringskunnskapens påvirkning av studien har jeg redegjort for i kapittel 3.3: forforståelse. Min egen erfaring fra arbeid med rusbruklidelser kan være både en styrke og en svakhet i studien. Med grunnlag i min erfaringskunnskap, vil jeg kunne si noe om resultatenes validitet. De overordnede temaene i form av behov samsvarer med mine erfaringer fra arbeid med fenomenet. Det fremkom likevel meninger og synsvinkler som utfordret min forforståelse. Jeg

fikk på denne måten dypere innsikt i hva foreldres behov gjennom ungdommens behandlingstid er. Svakheten ligger i at det er vanskelig å helt sortere vekk egen forforståelse gjennom intervjuene og analysen. Selv med oppmerksomheten mot å legge vekk forforståelsen for å åpne opp for ny forståelse, er jeg bevisst at det er vanskelig å ikke bli farget av egen forutinntatthet. Jeg har hyppig stilt kritiske spørsmål til min forforståelse og rettet blikket mot å finne ny kunnskap fra informantene. Tilnærmingen har hjulpet meg med å skille mellom informasjonen som fremkom i intervjuene og mine egne vurderinger.

4 Presentasjon av funn

Dette kapittelet presenterer temaene som den tematiske analysen resulterte i. Jeg redegjør for de funn som er gjort i hver kategori. Fremstillingen er gjort i en kombinasjon av sitater fra intervjuene og mine oppsummeringer.

4.1 Foreldre som ressurs fra et foreldreperspektiv

Mellommenneskelige ressurser vil bli definert annerledes enn materielle ressurser. Begrepet ressurs kan ha ulik betydning for mennesker i ulike situasjoner. Det er ikke gitt at de samme faktorene gjør at man opplever mennesker som en ressurs i enhver situasjon. På bakgrunn av dette spurte jeg mine informanter om hva de mente var en ressurs og på hvilken måte de mente at foreldre kunne være ressurser for ungdommene sine i rusbehandling.

Seks informanter nevner at det å være en ressurs, handler om å være til stede for ungdommen sin. Lise forteller: *«det er viktig å være til stede for ungdommen, det har betydd mye for ungdommen at vi foreldre kom på samlinger med behandlingsstedet, det gjorde at ungdommen ikke følte seg alene»*. Foreldrene har en forståelse av at det er viktig for ungdommen å se at foreldrene fortsatt er der for dem og stiller opp. Dette kobles til å være en god foreldreressurs. Foreldrene viser tilstedeværelse ved å delta på arrangementer i forbindelse med behandlingen, delta på møter, stille opp og treffe ungdommen.

Seks informanter mener at det er viktig å se fremover, se ungdommens utvikling og ikke dømme ungdommen for tidligere handlinger eller hendelser. Trine sier det slik: *«en ressurs er en som lytter, er forståelsesfull og ikke-dømmende»*. Foreldrene understreker videre at aksept av ungdommens historie er nødvendig for å opprettholde den gode kontakten, dialogen og samarbeidet med ungdommen. Dette innebærer at foreldrene må svelge noen kameler og tåle noen tap for å vinne noen seiere. Lise forteller: *«jeg har støttet barnet og ikke slått hånden av*

barnet. Vi snakker ikke så mye om det som har vært, da jeg ser at barnet mitt ikke ønsker det. Jeg har sagt til barnet mitt at vi kaster det som har vært i søppelkassen, så kan vi starte med blanke ark». Det fremkommer at det er viktig at foreldre er ydmyke og lyttende til ungdommens opplevelser. Foreldrene understreker at de må anerkjenne ungdommens virkelighetsbeskrivelser selv om foreldrene selv ikke kjenner seg igjen eller er enig i disse.

Informantene mener at det hele tiden er viktig å endre seg for å kunne fortsette å være en ressurs. Erik forteller: *«det er en grunn for at ting ble slik de ble, det er lett å falle inn i samme mønster igjen. Det er viktig at foreldre har innsikt og kan reflektere over ting, ta et skritt tilbake».* Anne beskriver det som følgende: *«du er en ressurs hvis du er åpen for kommunikasjon. En ressurs er en som har evne til å ta imot råd og endre seg selv».* Det understrekes at det kan være vanskelig å hjelpe og bidra ettersom det er en grunn til at man har kommet dit man er. Det er lett å gå inn i det samme mønsteret som før. Ved å lytte, åpner foreldrene opp for ungdommens forståelse og viser seg tilgjengelig for å gjøre endringer som ungdommen ser på som nødvendig.

Videre var informantene nøye med å understreke at de må ha det godt selv for å kunne være en ressurs. Det var fremtredende hos fem informanter. Dette sier de på bakgrunn av erfaring med en fortid med store belastninger. Trine forteller: *«Mange utslitte, men optimistiske foreldre møtes i rusbehandlingssettingen».* Kristine utdyper: *«for å kunne være en ressurs, måtte vi tro på at familiebehandlingen var for oss selv. Vi lurte på om vi nok en gang skulle bli fortalt hva vi skulle gjøre annerledes. Det er et maktforhold mellom behandler og familie og de profesjonelle burde være forsiktige med ordene som brukes. Foreldre burde møtes på en måte slik at det ikke foreligger forventninger om at de skal være en ressurs».* Informantenes utsagn forteller om utslitte foreldre som har gjort utallige forsøk på å hjelpe ungdommen med å bli rusfri. Ungdommen har endelig begynt i rusbehandling, det skaper håp hos foreldrene. Det tyder også på at foreldrene først og fremst har behov for å komme seg på beina selv. Deretter blir det mulig å se på hvordan de kan være en ressurs for ungdommen.

4.2 Årsaksforklaringer

Når en ungdom eller ung voksen utvikler et rusproblem, utfører kriminelle handlinger, dropper ut av skolen eller ikke mestrer hverdagen på grunn av rusmisbruk, er det forståelig dersom foreldre stiller seg spørsmål om hva som gikk galt. Foreldre har en stor rolle i ungdommens oppdragelse og har dermed påvirkningskraft for at barna utvikler seg til å bli velfungerende voksne. Dette temaet er fremtredende i alle de seks intervjuene jeg gjorde. Det er imidlertid

varierende om foreldrene bebreider seg selv eller om de plasserer forklaringen på andre forhold enn familien.

To informanter forteller at det ikke handler om dem som familie, eller at problemet har ligget i hjemmet. Lise beskriver det slik: *«jeg har hevet hode, jeg har hele tiden tenkt at dette handler om barnet, ikke om meg som mor, jeg har aldri opplevd at noen har dømt meg. Jeg har vært sint, frustrert og forbannet over datteren min sine handlinger mange ganger»*.

Seks foreldre forteller på den annen side at de har gransket seg selv og sin rolle i utviklingen av barnets rusproblematikk. Trine forteller at hun var overbevist om: *«dette er meg, det må være noe jeg har gjort»*. Kristine og Morten forteller at det var gjennom familiebehandlingen at foreldrene fikk hjelp til å plassere følelsene riktig og forsone seg med at det var noe de ikke fikk til. Erik sier rett ut: *«selvfølgelig er vi foreldre en del av problemet»*. Å plassere problemet utenfor seg selv og utenfor hjemmet, blir omtalt som å ha hodet hevet. Skamfølelsen er kanskje dermed mindre tilstedeværende enn hos foreldrene som bebreider seg selv. Likevel kan foreldre som forstår seg selv som en del av problemet få hjelp til å bearbeide tidligere hendelser.

Hvilke fordommer foreldrene hadde til andre foreldre med ungdom i rusbehandling, kan også forstås som en del av deres egen granskning og plassering av skyld. Trine forteller om første gang hun gikk inn døren på familiebehandling og måtte spørre i resepsjonen om hun hadde gått riktig. Hun beskriver forventningene slik: *«Jeg forventet at alle foreldrene hadde skinnvester og olajakker, men alle var normale»*. Mitt inntrykk er at foreldrene hadde en underliggende fordom om at det må være noe galt med foreldrene for at deres ungdom skal utvikle en rusavhengighet.

Jeg reflekterer over hvilke årsaksforklaringer og forståelser behandlere sitter med og på hvilken måte de bidrar til å forme foreldrenes forståelse av årsaker og eventuell skyld. Simen forteller om en behandler de møtte: *«behandlerne begynte å borre i familien, de lette etter feil, lette etter hva som, eller hvor det hadde gått galt. Hvis de ikke finner noen feil, vet de ikke hva de skal gjøre»*. Begrepet medavhengighet er bidragende til foreldrenes oppfatning og refleksjon om seg selv som pårørende. Kristine beskriver sin opplevelse av begrepet slik: *«Jeg er opptatt av at ting er litt mer nyansert enn den tanken om at medavhengighet nærmest er en livslang sykdom som følger pårørende»*. Trine omtaler det på denne måten: *«medavhengighet er det samme som medmenneskelighet for meg. Hvis noen gråter, stopper jeg bilen og vil hjelpe til, det er sånn jeg er. Det er urettferdig å bruke dette begrepet på den måten, det er personlig»*. Foreldrene

føler seg stemplet og definert som medavhengig kun fordi de faller under definisjonen pårørende. Medavhengighet har overført foreldrenes gode egenskaper til å bli sett på som noe negativt. Like fullt blir medavhengighet forstått som en sykdom som foreldrene aldri vil få bukt med.

Informantene beskriver imidlertid at begrepet samtidig har vært nyttig for egen refleksjon og selvforståelse. Trine sier for eksempel at: *«Begrepet har også hjulpet meg. Det har fått meg til å bli mer bevisst over hva jeg gjør, og handlingene er mer gjennomtenkte. Det har også hjulpet meg med å bearbeide hva jeg har gjort»*. Foreldrene har blitt bevisst handlinger de har gjort, men som de i dag ser at ikke var konstruktive. Morten beskriver det slik: *«jeg taklet rusen dårlig. Jeg begynte å gjøre ting. Noen ting jeg gjorde var bra, andre ting jeg gjorde var bare ødeleggende for meg og tilretteleggende for datter. Jeg har skjønt at gjennomtenkte ting er bra, andre ting man bare gjør er mindre bra»*. Anne beskriver at begrepet medavhengighet har gitt en bevisstgjøring på egne handlinger og hvordan ting henger sammen. Det hjelper foreldre å forstå seg selv og sin effekt på ungdommen. Det vil også være lettere å gjøre endringer hos seg selv dersom foreldrene får større forståelse og grunnlag for refleksjon.

4.3 Samarbeid – involvering

Hva gjør du da, når ditt barn har utviklet rusproblematikk? Hvordan skal du møte det, håndtere det og sette grenser? Samtlige informanter forteller om behov for informasjon i ulike former. Kategorien er delt inn i de to underkategoriene: «å få informasjon», og «å gi informasjon». Inndelingen er gjort på bakgrunn av funnene som viste foreldrenes behov for å få både generell informasjon om behandling, spesifikk informasjon om deres ungdoms prosess, samt at de selv ønsket å gi informasjon som de mener var nyttig for behandlerne.

4.3.1 Motta informasjon fra behandlerne

Informantene beskriver et behov for å få informasjon fra behandlingsstedet både i form av generell informasjon som gis til alle foreldre og spesifikk informasjon som er tilpasset den enkelte. Jeg har derfor i dette delkapittelet skilt mellom generell og spesifikk informasjon.

Generell informasjon

Lise beskriver veiledning og læring fra behandlingsstedet som viktig: *«jeg har fått enorm veiledning fra behandlingsstedet, dette har gitt meg verktøy som jeg har hatt bruk for i*

etterkant». Kristine, Morten og Trine mener at informasjon og veiledning om hvordan rusbruken kan håndteres ikke bare er nødvendig under behandlingstiden, men også før ungdommen starter i behandling. Kristine forteller: *«mange foreldre tenker at de kan løse problemet selv og bruker lang tid på å skulle løse det selv. Det finnes arenaer hvor man kan få hjelp, men foreldre vet ikke om det»*. Ved å øke foreldres kunnskap vil foreldre få flere verktøy og større grunnlag for å håndtere situasjonene de står i som foreldre til en rusavhengig ungdom. Behandlingsstedets informering og veiledning vil kunne være med på å forberede og trygge foreldrene.

Bente forteller at hun har fått veldig god innsikt i hvordan de jobber på behandlingsstedet. Informasjonen har gitt henne tillit til behandlingsstedet og at behandlingen fungerer. Viktigheten av å få informasjon om behandlingsmetodikken blir adressert av samtlige informanter. Erik forteller: *«det er viktig å ha tillit til behandlingsstedet når ungdommen din ringer og klager. Som forelder kan du da være støttende, men med en tro om at det behandlingsstedet gjør er riktig»*. Kristine forteller: *«det er ikke så viktig å vite hvordan behandlingen utføres. Foreldrene ikke har noe med behandlingen å gjøre»*. Dette var Trine uenig i. Hun uttrykker det som en mangel gjennom behandlingen at hun ikke fikk informasjon om hvordan de jobber. Trine forteller: *«det kan bli litt stammespråk blant de ansatte som vi foreldre ikke forstår, det ble brukt flere termer som jeg ikke visste hva var. Jeg skulle også ønske at de forklarte hvorfor ting var som de var, jeg skjønner jo at det er en tanke bak alt de gjør i behandling»*. Det er uenighet blant foreldrene hvorvidt de ønsker informasjon om hvordan rusbehandlingen gjennomføres. Noen foreldre mener det er tillitsskapende og betryggende. Andre mener derimot at foreldre skal fokusere på å være foreldre, så kan behandlingsstedet ta seg av behandlingen.

Etter et langt opphold innen rusbehandling, er det forventet at problematikken skal minske og ved utskrivning håper foreldre på et nytt liv. Men er det sånn at rusproblematikken er helt borte etter behandling? Kan foreldre forvente seg dette? Flere av informantene forteller om årevis med ulike tiltak for sine ungdommer. Morten sier følgende: *«det er viktig å lære foreldre å takle den situasjonen de er i. Det er mange som aldri klarer å bli rusfri. Dersom vår datter hadde hatt et rusproblem til hun var 40 år, hadde vi som foreldre trengt hjelp til å takle dette»*. Det foreligger et håp hos foreldrene om at ungdommen skal bli rusfri, men i bevisstheten er foreldrene innforstått med at ikke alle klarer det. Å ha et barn som forblir rusavhengig utover voksenlivet, og kanskje for alltid, skaper et nytt behov hos foreldrene.

Hvordan skal man da forholde seg til dette og være forberedt på hva man står ovenfor når ungdommen avslutter behandling? Informantene er opptatt av to ulike aspekter knyttet til informasjonsbehov: At de får kunnskap nok til å være bevisst ulike utfall, og dernest at de får jevnlig oppdateringer underveis om hvordan det går med ungdommen. Lise forteller: *«jeg synes det var bra at behandlingsstedet forberedte meg på at selv om ungdommen nå er rusfri, kan det oppstå tilbakefall. Men selv om vi opplever nedturer, kan det gå bra»*. Med informasjon om at behandling kan ha ulike utfall til ulike tidspunkt, blir foreldre bevisst at de må vite hvor de kan henvende seg dersom det ikke går bra. Trine uttrykker viktigheten av å vite hvor hjelpen er før krisen oppstår. Mot slutten av behandlingstiden er det viktig med kunnskap om at nedturer kan komme, men at det ikke betyr at hele prosessen er ødelagt. Dette gir foreldrene mulighet til å være emosjonelt forberedt på eventuelle tilbakefall. Noe som i sin tur bidrar til at foreldrene vet hvordan de skal håndtere det.

Spesifikk informasjon

Et annet aspekt ved å motta informasjon handler om ungdommens utvikling gjennom behandlingstiden. Alle åtte informantene nevner dette som et tema. Lise forklarer det på denne måten: *«behandlingsstedet hadde flere samtaler med meg og datter sammen. Da handlet det om min relasjon til datter, datters utviklingsprosess og hva datteren følte»*. Lise forklarer videre viktigheten av disse samtalene: *«det var veldig fint å bli inkludert som mor, hvis ikke hadde jeg følt meg satt til siden»*. Trine beskriver det slik: *«jeg skulle ønske jeg fikk litt mer hjelp i henhold til å oppdatere meg om utviklingen underveis. Du får tilbake en sønn du ikke kjenner igjen. Han kjenner ikke igjen deg heller. Du er redd og stiller masse spørsmål»*. At foreldrene får informasjon og innsikt i ungdommens utvikling kan gi foreldrene en opplevelse av at de er verdsatt. Det kan også gi en trygghet at foreldrene er innforstått med hvilke utviklingssteg ungdommen har tatt. Relasjonen mellom foreldre og ungdom ivaretas bedre dersom foreldrene følger med på ungdommens utvikling.

Informasjon om ungdommens utvikling, skaper større forståelse for hvor ungdommen står i dag. Det gir foreldre en større opplevelse av kontroll når de får greie på hvilke skritt som er gått. Bente forteller: *«det var både kjekt og tøft å følge med på utviklingen. Det var tøft å høre når ungdommen slet, men jo ærligere behandlingsstedet var, jo fortere aksepterte foreldrene at ungdommen hadde tilbakefall»*. Trine utdyper viktigheten av å få informasjon om utviklingen fra behandlingsstedet med et litt annet perspektiv: *«jeg har opplevd så mye galskap at jeg har*

enda større behov for å få tilbakemeldinger om hvordan det går. Jeg har alltid en frykt for hva som foregår». Erik har et litt annet perspektiv på dette og sier: «jeg hadde ikke så mye kontakt med behandlingsstedet. Da slappet jeg av, jeg visste at han var der og oppførte seg. Behandlingsstedet har kontroll». Foreldres behov for oppdatering og kontakt med behandlingsstedet varierer. For noen er denne kontakten avgjørende for å få tillit til at behandlingen er bra. Dersom det allerede foreligger en tillit til behandlingsstedet, rapporterer informantene om at «no news is good news». Tilliten til behandlingsstedet ser dermed ut til å være en grunnleggende faktor for foreldrenes behov.

4.3.2 Gi informasjon til behandlerne

Foreldrene i studien har vært del av ungdommens nærmeste system fra de var barn, gjennom tiden rusproblematikken utvikles og helt frem til ungdommen flytter ut av hjemmet og inn på en behandlingsinstitusjon. De har blitt kjent med sitt barn gjennom utviklingen og oppdragelsen. Foreldrene opparbeider seg på denne måten en kunnskap om sitt barn som andre mennesker hverken har eller kan opparbeide seg på kort tid. Denne kunnskapen mener informantene kan være vesentlige for behandlerne i sitt arbeid for å hjelpe ungdommen med å finne veier ut av rusen. Det er spesielt to informanter som uttrykker at de besitter en kunnskap om sitt barn som er viktig for behandlingsstedet å få innsikt i.

Bente forteller om sin opplevelse av at behandlingsstedet har spurt og lyttet til henne om hennes kunnskap rundt ungdommen. Hun forteller: *«helt fra begynnelsen har behandlingsstedet vært veldig interessert i å få informasjon fra foreldrene. De har ringt hvis ungdommen har stukket av, etterlyst triggerpunkter hos ungdommen og ettersøkt informasjon fra ungdommen var liten og frem til nå»*. Bente har vært i kontakt med flere behandlingssteder og forteller om sin erfaring fra det første stedet der hennes kunnskap om ungdommen ikke ble brukt: *«hvis de bare hadde snakket med oss foreldre, kunne vi hjulpet dem med å se når ungdommen vår lyver»*. To informanter forteller at de har uttalt bekymring for ungdommen sin uten å bli lyttet til. Simen forteller: *«vi tok opp en bekymring ved at vi mistenkte at ungdommen ruste seg. Behandlingsstedet svarte oss at det ikke var noen indikasjoner på dette og at de bare trodde ungdommen testet foreldrene»*. Morten forteller en lignende historie: *«jeg fortalte ungdommen at jeg mistenkte at hun ruset seg igjen, eller at det var noe annet som ikke var bra. Behandler satt seg ned med meg etter samtale med datter og fortalte at det går så fint med henne. Tre uker senere skrev hun seg ut av behandling»*.

Morten beskriver frustrasjonen over å ikke få dele sin kunnskap slik: *«noe som overrasket oss ved behandlingen, var at de ikke innhentet informasjon om ungdommen fra foreldrene. De spurte ikke om noen ting, det syntes vi var rart. Vi kunne sagt noe om hvordan hun er, hvordan hun reagerer, at hun lett kan flyte gjennom behandling uten å gå i dybden. Dette måtte behandlingsstedet finne ut av selv»*. Kunnskapen foreldrene har om sine ungdommer kan bidra til å bedre behandlingstilbudet ungdommen får. Uheldige situasjoner kunne vært unngått dersom behandlingsstedet hadde vært villig til å ta til seg og anerkjent foreldres kunnskap. Det forutsetter at behandlingsstedet er villig til å lytte. Verken Kristine eller Morten opplevde at behandlingsstedet etterspurte deres kunnskap om ungdommen. Behandlingen ble avsluttet, med det resultat at ungdommen hadde behov for behandling ved et senere tidspunkt. Denne gangen krevde de å få dele sin kunnskap med behandlingsstedet.

Informantene forteller altså om situasjoner hvor de har brukt sin kunnskap om sitt barn og fortalt behandlingsstedet om sin mistanke om at alt ikke var så bra i behandlingen. Behandlingsstedene velger tilsynelatende i disse situasjonene å ikke lytte til foreldrene. Foreldrenes synspunkt er at den kunnskap de har om sine ungdommer kan bidra til å bedre behandlingstilbudet ungdommen får. De mener at uheldige situasjoner kunne vært unngått dersom behandlingsstedet hadde vært villig til å ta til seg og anerkjenne foreldres kunnskap.

Når det gjelder opplevelsen av behandlingsstedets forventninger til foreldrenes rolle i behandlingen, forteller informantene at de ikke har opplevd noe særlig forventningspress. Bente forteller:

«Jeg har fått lov til å bestemme og sette spillerommet selv. Jeg har fått lov å si til behandlingsstedet at jeg ikke kan håndtere ungdommen under rus fordi jeg blir så redd at det smeller i hodet. Jeg har fått lov til å bidra med det jeg har følt at jeg har mestret. Jeg tror ikke at det er alt foreldre kan hjelpe til med. Behandlingsstedet har tatt seg av rusproblematikken og jeg har fått mamma-oppgaver som å minne ungdommen på jakke når han fryser, lage mat og bare være familie. Jeg har sluppet å stå med pekefinger og jeg har sluppet å være redd for å feile».

Erik forteller at behandlingsstedet oppfordret til deltakelse fra foreldre, men at han aldri opplevde det som en forventning. Foreldrene har fått lov til å sette grenser for seg selv.

Foreldrene har ikke blitt ilagt forventninger som har gått utover de mulighetene de har til å stille opp som en ressurs.

4.4 Sosial støtte

Samtlige informanter forteller om viktigheten av å få og oppleve støtte fra andre, særlig støtte fra andre foreldre i samme situasjon. Informantene beskriver dette som veldig viktig for å ikke føle seg alene, samt å få aksept på tanker og følelser. Bente beskriver det på denne måten: *«det er veldig fint å få luftet hodet. I slike settinger kan man snakke om at man blir redd, sint, såret og vil grine»*. Tre av informantene nevner at møter med andre foreldre er en trygg og nyttig arena for å dele sin historie, snakke om erfaringer og dermed kunne bearbeide disse. Simen forteller: *«ungdommen min har blitt voldtatt, når jeg fortalte dette i fedregruppen, var det mange som gråt. Det er tungt å bære på den hemmeligheten alene. Hver gang jeg deler min historie, leger jeg mine sår»*. Erik forteller at det var vanskelig å begynne å snakke om sin historie, men påpeker at det er viktig for den mentale helsen å sette ord på ting. Et annet viktig aspekt med støtten fra andre foreldre, er det å se at rusproblematikk kan ramme alle familier. Trine setter ord på dette: *«det er mest betryggende å få vite at dette skjer i alle familier, det skjer folk du ser opp til også. Du selv som forelder behøver ikke å ha gjort noe galt. Å se dette tar vekk skammen»*. Lettelsen av aksept og følelser preger møtet med andre foreldre i samme situasjon. Aksept kanskje i særlig grad, da foreldrene ser at de andre foreldrene er normale mennesker med normale liv. Videre viser dette seg spesielt nyttig for bearbeiding av de tøffe opplevelsene de har stått i som foreldre til en rusavhengig ungdom.

To av informantene formidler at de har lært seg å åpne for nye refleksjoner ved at temaer har blitt tatt opp av behandlingsstedet til diskusjon mellom foreldre. Dialogen har åpnet for refleksjon og lærdom uten at behandlingsstedet har sagt hva de skal gjøre. Kristine forteller: *«vi har aldri mottatt direkte veiledning, men vi har deltatt i tette samtaler i ring med andre pårørende. Det skjer mye der som smitter over på familiestruktur»*. Utsagnet til Simen underbygger påstanden om at samtaler med andre foreldre øker bevisstheten: *«det som er bra med familiearbeid, er å snakke om hvor mye man skal gi blant annet i mobilabonnement og penger. Jeg ble bevisst at jeg har et valg som forelder, jeg kan være med og påvirke. Det blir i disse settingene lagt normer uten at noen forteller deg hva du skal gjøre eller ikke gjøre»*. For tre av informantene har det vært viktig å snakke med foreldre i samme situasjon, andre foreldres råd veies tyngre enn behandlingsansattes råd. Rådene blir tillagt mer vekt ved at disse foreldrene

har stått i de samme eller lignende situasjoner med egne barn. De har erfaringer som har gitt god effekt, men også erfaringer som kanskje ikke gav ønsket effekt.

I intervjuene omtales også støtte fra jobb, venner og andre nettverk. Det er ulikt hvor åpne informantene har vært på jobben sin om den situasjon de er i privat. De fleste informantene forteller at det har vært nyttig å informere kollegaer og leder på jobb. Kristine påpeker at hun har vært ærlig om sin familiesituasjon, men at det er fornuftig å velge hvilke arenaer en deler med. Dette begrunner hun med at hun selv har opplevd at folk har blitt rare, eller at det virker som de er redd for å si noe feil etter at hun har vært åpen med dem. Lise har vært åpen på arbeidsplassen sin og forteller at: *«jeg var åpen om det som var, det hjalp meg å fungere i jobben. Jeg hadde falt sammen om jeg ikke delte situasjonen min med kollegaer på arbeidsplassen. Jobb ble som en friplass for meg og jeg har fått fri når jeg hatt behov for det»*. Det fremkommer spesielt at foreldrene må være trygge på at informasjonen om deres situasjon privat møtes på en god måte. Dersom de ikke er trygge på dette, er det bedre å ikke si noe. Hvilke faktorer som avgjør om det er trygt eller ikke, fremkommer ikke, annet enn som en følelse en må kjenne på.

At jobb er et sted foreldre kan være noe annet enn bare pårørende, er også fremtredende hos Trine. I motsetning til Lise, valgte Trine å ikke dele noe med kollegaer på arbeidsplassen. Hun forteller: *«jeg har ikke sagt noe på jobben. Jeg forstod at det ikke ville bli akseptert og at det ville være kommentarer i gangene. Jeg måtte ha en plass hvor jeg kunne være normal. Jeg hadde et dobbeltliv, jeg var glad for at jeg gjorde det sånn, men jeg skulle ønske det ikke hadde vært sånn»*. Anne forteller at det er viktig å være åpen i arbeidssituasjonen, men at det kommer an på arbeidsgiver. Anne og Simen mener også at det kan ha en bakside for ungdommene hvor åpne foreldrene er når ungdommen skal tilbake til hverdagen, treffe naboer, nærmiljøet og på et tidspunkt få seg jobb.

Den siste faktoren innenfor kategorien støtte fra andre som informantene snakker om, handler om støtte fra behandlingsansatte eller andre ansatte i hjelpeapparatet. Når behandlingsstedet for en periode tar over oppdrager-, behandler- og omsorgsrollen i hverdagen, er det fordi foreldrene trenger hjelp til noe utover det de kan tilby selv. Her er behandlingsstedet ekspertene og kan være en fin sparringspartner for foreldre. Lise forteller om dette på denne måten: *«en helg ungdommen var hjemme på permisjon ringte jeg behandlingsstedet for å få råd. Jeg fikk støtte, ro og bekreftelse fra behandlingsstedet på det jeg hadde gjort. Det er godt å ha*

behandlingsstedet i bakhånd». Bente sier noe av det samme: «*hvis jeg er urolig kan jeg ringe behandlingsstedet. De hører på hva jeg sier, men står beinhardt på det de mener er det beste å gjøre. Jeg har lært meg å stole på dem*». Trine beskriver nyttige samtaler med behandlingsstedet som noe mer enn direkte veiledning. Hun forteller: «*behandlingsstedet prøver ikke å få deg til å endre deg, de prøver å få deg til å tenke selv*». Informantene beskriver altså behandlere og andre ansatte som hjelpsomme støttespillerne ved at de bidrar til å trygge foreldrene i deres handlinger og avgjørelser.

5 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg drøfte funnene i lys av tidligere forskning og mine teoretiske perspektiver. Det overordnede perspektivet på systemteori og sirkularitet blir også løftet frem i diskusjonen. I det første delkapittelet; 5.1, drøfter jeg første del av problemstillingen, hva foreldre legger i å være en ressurs. Funnene forstås her i hovedsak ut fra teori om sosial kapital, med Lin (2001) sine former for utbytte og Flap (2002) sine elementer ved sosial kapital. De øvrige delkapitlene bidrar til diskusjon av de to siste delene av problemstillingen. Her handler det om hvordan det kan tilrettelegges for at foreldre kan være en ressurs og hvorfor de trenger dette. De ulike teoriene blir brukt til diskusjon i flere delkapitler der det er relevant, men de ulike kapitlene er likevel diskutert i størst grad opp mot noen hovedteorier:

Kapittelet om årsaksforklaringer forstås i størst grad ut fra attribusjonsteori, samarbeid-involvering drøftes med mest vekt på teori om OAS og medvirkning, og sosial støtte forstås hovedsakelig ut fra teori om sosial og symbolsk kapital.

5.1 Foreldre som ressurs fra et foreldreperspektiv

Ungdommene som er til behandling, må ta i bruk mestringsstrategier for å lære seg å fungere i en verden uten rusmidler. De må kunne motstå rusens tiltrekningskraft og stresset det innebærer å slutte med noe man er avhengig av. Fire informanter forteller at de er opptatt av å være til stede for ungdommen. Dette forstår jeg som foreldrenes betydning som sosial støtte. Sosial støtte kan i forlengelsen ses på som *sosial kapital*. Ungdommene har tilgang til og medlemskap i sin familie. Foreldrene er dermed en del av ungdommens sosiale kapital. Ved medlemskap i sin familie, vil ungdommen kunne få utbytte av ressursene familien har (Lin, 2001). Tilstedeværelsen for ungdommen knyttes ikke kun til å være fysisk til stede, men også å møte ungdommen på en god måte, lytte, vise forståelse og ikke dømme. Dette forstår jeg i lys av Lin (2001) sin fjerde form for utbytte: nettverkets mulighet til å medvirke i personens utvikling av selvforståelse, identitet eller anerkjennelse gjennom emosjonell støtte (Lin, 2001). Når

foreldrene møter ungdommen på et emosjonelt plan, kan ungdommens selvforståelse, anerkjennelse og identitet forsterkes. Dermed vil foreldrene kunne ses på som en viktig bidragsyter i ungdommens utviklingsprosess. I tillegg vil en slik tilnærming kunne være avgjørende for at kontakten og samarbeidet med ungdommen er godt.

Foreldrenes anerkjennelse av ungdommens forståelse kan på bakgrunn av mine funn og forskningen til Hoel & Geirdal (2017) og Orford et al. (2012) jamføres med den emosjonsfokuserte mestringsstrategien *aksept* i sammenheng med den problemfokuserte mestringsstrategien *aktiv mestring*. I dette perspektivet har foreldrene akseptert at de har en annen forståelse av fortiden enn ungdommen og at begges forståelse kan være riktig på hver sin måte. Foreldrene velger strategier som aktivt handlende mennesker og møter ungdommens behov for aksept av sin historie.

Anerkjennelse av ungdommens forståelse, kan videre forstås i lys av attribusjonsteori. Attribusjonsteori handler om hvordan en årsaksforklarer manglende mestring og hvilken påvirkning det har på fremtidige mestringsforsøk (Heggen, 2007). Ungdommens form for attribusjon kan ifølge teorien ha stor effekt på ungdommens mestringsevne og motivasjon. Med foreldrenes anerkjennelse av ungdommens historie og forståelse, fungerer foreldre som en støtte for ungdommens attribusjon. Likevel vil sjansen for mestring minske dersom ungdommen kun legger vekt på forklaringer som de selv ikke kan påvirke ved egen innsats.

Foreldrene beskriver at for å være en god ressurs, kreves det at de innehar informasjon, kunnskap og trygghet. De legger også vekt på at man er en ressurs dersom man kan ta imot veiledning, være villig til å ha en åpen kommunikasjon og følge rådene som gis. På denne måten blir de i stand til å endre seg selv. Dette kan ses i lys av Lins (2011) første form for utbytte, at relasjonene gir tilgang på informasjon om muligheter og valg. Jo mer informasjon foreldrene har, jo mer kunnskap og trygghet får de. Dermed blir det lettere å kunne gi informasjon om hvilke muligheter den rusavhengige har, spesielt innad i familiesystemet. I tillegg vil en forelder med kunnskap og informasjon kunne være tryggere i møte med ungdommen og nye muligheter i familierelasjonen kan oppstå.

Funnene bekrefter eksisterende forskning om den belastning pårørende opplever, både fysisk og psykisk (Birkeland & Weimand, 2015). Foreldrene beskriver seg selv som tappet for krefter, og at de har prøvd mye. Foreldrene påpeker at de må ha det godt for å kunne være en slik ressurs

de har beskrevet. Viktigheten av dette kan forstås ved Flaps (2002) inndeling av sosial kapital i tre elementer. Elementene handler om (1) å ha et *visst antall personer* innenfor sitt sosiale nettverk som er klare til å hjelpe, (2) at *relasjonene har en viss styrke* for å kunne hjelpe, samt (3) at de kan *nyttiggjøre seg de ressurser som finnes*. For å være klar til å hjelpe er det avgjørende å ha tid, overskudd og energi. Dersom foreldre skal ha kapasitet til å fungere som sosial kapital for sin ungdom, påpeker foreldrene at familiebehandlingen også må bidra til bedring for foreldrene. Foreldrene må dermed få hjelp til å få det bedre selv, og i forlengelsen av det vil de ha større kapasitet til å være en ressurs. Når foreldrene får det bedre selv, vil de kunne få bedre forståelse for hvordan de kan være en god ressurs for sin ungdom. Dersom behandlingsstedet bidrar til bedring i foreldres situasjon, bidrar de også til å styrke de tre elementene i ungdommens mulighet til å nyttiggjøre seg foreldrene som sosial kapital (Flap, 2002).

Foreldre er en ressurs når de evner å lytte til og akseptere ungdommen, motta veiledning og bedre egen situasjon. Dette kan forstås ut fra sirkulær tenkning. Disse faktorene vil ikke gi en lineær effekt som kun endrer foreldres situasjon. Den *sirkulære prosessen* fører til at ungdommen som en del av systemet også vil påvirkes. Foreldres funksjon som sosial kapital for ungdommen styrkes. At ungdommen gjør fremskritt i behandling og får den støtten som trengs, vil igjen kunne ha en positiv effekt på foreldrene ved at foreldrenes stress og bekymringer kan minskes. Gjensidig endring hos foreldre og ungdom fører til en endring i hele familiesystemet.

Som nevnt i regjeringens pårørendestrategi, må behandlingsstedet være forsiktig med hva de pålegger foreldre, slik at det ikke skapes en urealistisk forventning om hva pårørende kan bidra med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Foreldres rolle som ressurs kan også medføre at foreldre blir stående i et potensielt *dilemma* eller *konflikt*. Foreldrene dras mellom ønsket om å være best mulig ressurs for sin ungdom, og det å bevare egen helse uten å bli utslitt.

5.2 Årsaksforklaringer

Et av temaene som kom frem i intervjuene handler om plassering av skyld, som kan kalles årsaksforklaring. Foreldrene legger ulik vekt på årsaksforklaringen. To informanter forteller at de oppfatter at rusproblemet er forårsaket av ungdommen eller andre forhold, ikke av hjemmet eller dem som foreldre. Denne årsaksforklaringen kan tolkes som en *lineær forklaring* (Johnsen

& Torsteinsson, 2012, s. 28). For å forstå foreldres årsaksforklaringer og hvordan de ulike forklaringene påvirker foreldres mestringsevne vil jeg benytte attribusjonsteori (Heggen, 2007). Foreldrenes forståelse av at rusproblematikken ikke handler om forhold ved dem selv eller familien kan tolkes som en *ytre attribusjon*, da foreldrene attribuerer problemet til forhold utenfor seg selv. Å attribuere mangel på mestring til forhold en ikke kan endre, minsker sjansen for mestring (Heggen, 2007). I forlengelsen av det kan en slik attribusjon hemme foreldres mestringsforsøk, da det virker lite hensiktsmessig for foreldrene å forsøke å endre noe som er utenfor deres kontroll. Likevel vil en sirkulær forståelse av familien åpne opp for at foreldre har en rolle i det systemet ungdommen inngår i. Foreldrene har således en gjensidig påvirkningskraft ved å endre seg selv eller gjøre noe annerledes.

Foreldrenes attribusjon til ytre forhold som ligger utenfor deres kontroll, kan forstås i lys av den emosjonsfokuserte strategien *aksept*. Det er sammenheng mellom økt bruk av aksept og færre symptomer. Aksept som strategi kan være spesielt viktig å bruke i situasjoner som er vanskelige å endre (Hoel & Geirdal, 2017; Orford et al., 2012). Ettersom det er ungdommen som har et rusproblem og ikke foreldrene, kan det oppleves vanskelig for foreldre å endre situasjonen. Da kan det tenkes at foreldrenes aksept av situasjonen bidrar til at foreldre får redusert sin opplevelse av belastning.

De seks andre foreldrene har en *sirkulær årsaksforklaring*: de ser på seg selv som en del av et dysfunksjonelt system og de leter etter feil hos seg selv (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Å se på seg selv og egne handlinger omtales i attribusjonsteorien som *indre forklaringer* (Heggen, 2007). Foreldrene forklarer manglende mestring ved å rette blikket mot forhold hos seg selv. Foreldrenes attribusjon av rusproblematikken til sin rolle som forelder, kommer til syne når de forteller om deres første møte med andre foreldre i samme situasjon. Foreldrene forteller om fordommer overfor de andre foreldrene: At de ikke kan være normale mennesker i normale klær og med normale jobber. Selv om foreldrene selv har normale klær og normale jobber, hadde de en forestilling om at det måtte være noe annerledes med de foreldrene som får rusavhengige barn. Dette underbygger min tolkning av foreldres sirkulære forståelse av at det er noe i hjemmet eller hos foreldrene som bidrar til utviklingen av et rusproblem.

Det er vanskelig å gjøre noe med fortiden. Ved å bli bevisst hva en kunne gjort annerledes, vil det foreligge forutsetninger for å handle på en bedre måte i fremtiden. Mange foreldre uttrykker at det er vanskelig å finne årsaken til at ungdommen utviklet et rusproblem. Ungdommen inngår

i flere system og systemene påvirker hverandre i ulik grad. Sirkulær tenkning utelukker muligheten til å finne enkelt-årsaker til problemet (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Dette gjør det utfordrende å attribuere manglende mestringsforsøk. Å ta på seg skylden for rusproblemet til ungdommen sin uten å forstå hvor problemet lå, vil se ut som en indre forklaring, uten at foreldrene har mulighet til å gjøre noe med det. Dette kan forstås som en destruktiv prosess hvor foreldre tynges med skyldfølelse, uten mulighet til å gjøre noe med det.

Simen og Annes opplevelse av at behandlerne fokuserte på å finne feil hos dem som foreldre og familien, kan på den annen side forstås som et forsøk fra behandler om å hjelpe dem med å attribuere mangelen på mestring til indre forhold – som de kan gjøre noe med. Heggen (2007) mener at behandlere kan hjelpe de som har utviklet destruktive faste attribusjonsmønstre, med å finne andre forklaringer på manglende mestring. Men Simen og Anne forteller at behandler ikke fant noen «feil» hos dem og ble rådløse. Foreldrene ble sittende igjen med en følelse av at behandlingssystemet dømmer dem. Problemet blir forstått som foreldrenes feil, uten at foreldrene har fått attribuert problemet til faktiske forhold de kan gjøre noe med. Som vist i informantenes eksempel, vil det være avgjørende at behandler balanserer godt mellom å finne nyttige attribusjonsmønstre uten å tillegge foreldrene skyld- og skamfølelse. I tillegg høres det ut som behandleren hadde en lineær årsaksforståelse (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 28). Forstått i et systemisk- og sirkulært perspektiv, vil en lineær forståelse kunne være et hinder for å forstå den fulle kompleksiteten som ligger i rusmisbruket.

Begrepet *medavhengighet* er også en måte å attribuere manglende mestring på. Foreldrene nevner dette begrepet med to ulike synsvinkler: 1. som en urettferdig betegnelse og 2. som et bidrag til bevisstgjøring. Medavhengighet brukes ofte i generell forstand, som en lidelse som treffer alle pårørende. Noen av foreldrene opplever det urettferdig å bli kalt medavhengig. Foreldres forståelse av at medavhengighet er en livslang sykdom, kan tolkes som en *indre attribusjon* av manglende mestring. Med en indre attribusjon, legges det ikke til rette for at foreldre kan endre sin situasjon. Kunnskap om medavhengighet vil ut fra noen foreldres forståelse kunne hjelpe dem til å bli mer bevisst egne handlinger. Medavhengighet kan på denne måten forstås som en mulighet til å tenke nøyere gjennom egne handlinger og attribuere både vellykkede mestringsforsøk og manglende mestring til indre forhold som personen kan gjøre noe med. Denne forståelsen støtter funnene til Birkeland & Weimand (2015): Økt innsikt i begrepet medavhengighet kan bidra til bearbeidelsesprosessen og er dermed en forutsetning for videre mestring.

Attribusjon kan forstås som *emosjonsfokusert* mestring. Som tidligere nevnt, kan attribusjon til ytre forhold utenfor foreldres kontroll sammenlignes med den emosjonsfokuserte strategien aksept. Å tillegge manglende mestringsforsøk til ytre eller indre forhold foreldre kan gjøre noe med kan forstås som *revurdering*. Revurdering er spesielt dekkende for situasjoner hvor foreldrene har måttet endre attribusjonsmønster (Heggen, 2007). Ved foreldres attribusjon av rusproblematikken, kan forståelsen av og følelsene knyttet til situasjonen endres. Dette endrer ikke det reelle rusproblemet. Likevel vil en attribusjon til forhold foreldre kan gjøre noe med, muliggjøre problemfokusert mestring. Ettersom foreldrene nå har kjennskap til hva de kan gjøre noe med, har de muligheten til å tilegne seg informasjon og gjennomføre handlinger som endrer situasjonen.

5.3 Samarbeid - involvering

Som nevnt tidligere, mener foreldrene at behandlingsstedets utveksling av informasjon er en forutsetning for at de kan være en ressurs. Informering kan bidra til økt tillit og trygghet for at ungdommen er godt ivaretatt (Hanssen & Sommerseth, 2014). Informasjon i form av veiledning, kunnskap samt informasjon om behandlingen ungdommen mottar og ungdommens utvikling, er forhold foreldrene er mest opptatt av. I tillegg fremkommer foreldres behov for å dele sin kunnskap med behandlingsstedet. Dette drøftes videre i underkapitlene «motta informasjon *fra* behandlingsstedet» og «gi informasjon *til* behandlingsstedet».

5.3.1 Motta informasjon fra behandlingsstedet

Her vil foreldrenes behov for å motta informasjon drøftes. Diskusjonen er inndelt i om informasjonen er generell eller spesifikk.

Generell informasjon

Alle foreldrene forteller om viktigheten av å få informasjon, veiledning og lærdom fra behandlingsstedet av ulike årsaker. Hvorfor dette er viktig, kan tolkes i lys av Antonovskys (2013) tre elementer innenfor OAS: håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Opplevelsen av håndterbarhet handler om å føle at man er i stand til å takle motbakker og utfordringer (Antonovsky, 2013). Når foreldrene får verktøy gjennom veiledning, kan deres opplevelse av *håndterbarhet* økes, da foreldrene blir mer rustet til å håndtere utfordringene som kommer. Opplevelsen av håndterbarhet styrkes ikke bare ved at en selv opplever å kunne håndtere de kravene krisene stiller, men også ved de ressurser som kontrolleres av andre, som

i dette tilfellet kan være behandlingsstedet. Dermed kan det være avgjørende at foreldre får innsikt i hvordan behandlingsstedet jobber, som igjen kan gi foreldrene en tillit til at behandlingsstedet kan håndtere de stimuli og kriser som oppstår.

Foreldrene synes det er vanskelig å få hjelp med rusproblematikken før ungdommen starter i behandling. Dette synliggjør en mangel på opplevd håndterbarhet i forkant av behandling. Foreldrene har ikke verktøyene som trengs, ingen å få informasjon av eller et behandlingssted de kan få hjelp fra. Det resulterer i at mange foreldre over lang tid har mislykkede forsøk på å løse problemet selv. Dette kan føre til mangel på opplevd mestring og lite håndterbarhet. Mangel på mestring over tid kan gå utover opplevelsen av *meningsfullhet*. Meningsfullhet handler om at noen av tilværelsens problemer virker verdt å bruke krefter på (Antonovsky, 2013). En tilværelse preget av gjentatte mislykkede mestringsforsøk, vil sannsynlig ikke bidra til at livet er følelsesmessig forståelig. Motivasjonen for å bruke engasjement, krefter og innsats kan synke som følge av dette.

Foreldrene har tre ulike synsvinkler på behovet for innsikt i behandlingsmetodikk. Den første er at innsikt kan gi tillit til behandlingen som ungdommen mottar. Dersom foreldre har innsikt i behandlingen, vil den være kognitivt forståelig for foreldrene og opplevelsen av *begripelighet* øker. Opplevelsen av begripelighet innebærer at fremtidige situasjoner er forståelige eller forutsigbare (Antonovsky, 2013). Når ungdommen ringer foreldrene og klager over behandlingsstedet kan de være lojale mot behandlingsstedet dersom de har en opplevelse av begripelighet knyttet til behandlingen. En annen synsvinkel er at ikke alle foreldrene er interessert i å vite hvordan behandling utføres. Dette kan skyldes at behandlingen er utenfor foreldres kontroll, eller at de ikke vil utsettes for forventninger som krever at de forstår behandlingsopplegget. Dette kan også forstås ut fra komponenten begripelighet - det kan oppleves mer begripelig å holde avstand til behandlingsformen foreldrene uansett ikke kan eller skal ta del i.

Den tredje synsvinkel handler om foreldres behov for å forstå tanken bak alt som gjøres i behandlingen. Ut fra komponenten begripelighet, kan foreldre oppleve lite begripelighet når det ikke er forståelig og strukturert hva behandling er og hvorfor det gjøres på den måten (Antonovsky, 2013). Begripelighet er en komponent som virker viktig for foreldre. Likevel ser det ut til at foreldre kan oppnå en opplevelse av begripelighet på ulike måter. Dette kan i likhet

med funnene i Hanssen og Sommerseths (2014) studie forstås som foreldres behov for tillit til at deres ungdom er ivaretatt.

Foreldrene er tydelige på at det er viktig å ha et realistisk forhold til sin situasjon. De tar det ikke for gitt at ungdommen etter behandling lever et problemfritt liv uten utfordringer. Foreldrene forteller for eksempel at det har vært viktig at behandlingsstedet bevisstgjør foreldre om at ungdommen etter behandling kan få tilbakefall, men at tilbakefall ikke nødvendigvis betyr at det ikke vil gå bra med ungdommen. Opplevelsen av *meningsfullhet* kan styrkes ved at foreldre gjøres bevisst på risiko for tilbakefall, og at tilbakefall ikke nødvendigvis betyr at håpet om en rusfri ungdom minsker. Foreldrenes motivasjon til å bruke engasjement og krefter kan på denne måten økes ved at håpet ivaretas.

Tilværelsen blir mer *begripelig* for foreldre dersom de er forberedt på det som kan komme (Antonovsky, 2013). Det vil skape en større forutsigbarhet. Foreldrene understreker at det er viktig å vite hvor de kan henvende seg for å få hjelp ved behov, og at de har strategier å bruke dersom de i fremtiden utsettes for uforutsigbart stimuli. Dette handler også om en opplevelse av håndterbarhet. Foreldre er klare til å handle og håndtere de stimuli som kommer, ved at de har kunnskap og innsikt. Opplevelsen av *håndterbarhet* kan øke dersom foreldre vet hvor de skal søke hjelp og hva slags hjelp de kan få. Ikke alle klarer å bli rusfri og det er behov for hjelp til å håndtere situasjonen som den er. Det kan være viktig å lære seg å akseptere at ungdommen kanskje ruser seg resten av livet. Dette kan forstås ut fra Antonovskys (2013) *meningskomponent*. Det handler om viktigheten ved at noen av tilværelsens oppgaver oppleves verdt å bruke engasjement på, selv om det sannsynligvis vil være tungt å være forelder til en ungdom som har et rusproblem over mange år.

Dette kan i sin tur forstås som at behandlingsstedet ses på som en del av foreldres sosiale kapital. Det fremkommer at behandlingsstedet har særdeles god mulighet til å gi foreldrene informasjon og veiledning, dette inngår i Lin (2011) sin første form for utbytte. Foreldrene benytter seg av *behandlingsstedet som sosial kapital* og mottar utbytte i form av informasjonsflyt. Denne type informasjon fra behandlingsstedet vil være vanskelig tilgjengelig andre steder. Min tolkning av informantene er derfor at de opplever behandlingsstedet som en svært viktig sosial kapital for foreldrene. Det ser også ut som at dersom foreldre får informasjon og kunnskap om ulike tema, bidrar det til deres opplevelse av begripelighet og håndterbarhet. Dette kan videre bidra til at foreldrene forstår og vet hvordan de kan håndtere ulike stimuli de kan utsettes for. I et sirkulært

perspektiv, forstås dette som at foreldrene vil være bedre rustet til å møte ungdommen, slik at ungdommen har større forutsetning for endring som foreldrene blir bevisst. Videre kan systemet endres ved denne gjensidige påvirkningen.

Generell informasjon til foreldre kan dekke de to hovedfunksjonene av mestring: *emosjonsfokusert* og *problemfokusert* mestring (Heggen, 2007). Verktøy og veiledning til foreldre kan ses på som den problemfokuserte strategien ved at foreldrene tilegner seg informasjon som gir dem grunnlag for å gjøre handlinger som forbedrer deres situasjon. Foreldrene er opptatt av å være forberedt på tilbakefall og opparbeide seg kunnskap om hvor de kan få hjelp dersom de trenger det i fremtiden. Dette vil således handle om planlegging som er en problemfokusert mestringsstrategi. I tillegg vil det å være forberedt på fremtiden og mulige tilbakefall også kunne forstås som en emosjonsfokusert funksjon, da det gir foreldrene muligheten til å allerede før tilbakefall revurdere situasjonen slik at følelsene er regulert. Foreldres interesse for informasjon om behandlingens form kan forstås som en emosjonsfokusert strategi. Det ser ut til å bidra til at foreldrene gjennom dette får regulert følelser knyttet til situasjonen. At noen *ikke* ønsker informasjon om dette, kan tolkes som den emosjonsfokuserte strategien unngåelse ettersom foreldrene ikke ønsker informasjon om noe som ligger utenfor deres rom for handling.

Foreldrenes behov for generell informasjon kommer frem i form av veiledning, forståelse av behandlingsmetodikk, forberedelse på mulige utfordringer i fremtiden og å vite hvor de kan henvende seg for å få hjelp i fremtiden. Disse formene for informasjon legger til rette for det tredje og fjerde trinnet på Arnsteins (1969) medvirkningsstige: informasjon og konsultasjon. Ved å få informasjon og veiledning, starter foreldres første steg mot medvirkning. Det er likevel en *forutsetning at det suppleres med andre trinn* i Arnsteins (1969) stige for å oppleve medvirkning. Foreldrenes uttrykk om mangel på informasjon før ungdommen begynner i behandling, viser til liten følelse av medvirkning.

Spesifikk informasjon

Alle foreldrene forteller at det har vært viktig for dem å få jevnlig oppdateringer om ungdommens utvikling. Dette gir en følelse av å være inkludert, være forberedt på fremtidens stimuli og ikke minst oppleve stimuli som forståelig, strukturert og sammenhengende. Oppdateringene kan være et viktig element for opplevelsen av *begripelighet*. Som en informant sier, så får du tilbake en ungdom fra behandling som du ikke kjenner igjen. Dette beskriver det

motsatte av begripelighet, at stimuli oppleves som kaotisk, uforståelig og uventet. Foreldrene nevner en utrygghet knyttet til ungdommens utvikling gjennom behandlingen. Stimuli som kommer overraskende, blir vanskelig å sette inn i en sammenheng og forklare dersom foreldre ikke har fått mulighet til å følge med underveis. For å oppleve høy begripelighet ved å opprettholde eller skape forutsigbarhet og forståelse, kan foreldre være avhengige av å få oppdateringer underveis.

Likevel er det uenighet blant foreldrene på dette punktet. Noen mente det var godt at behandlingsstedet ikke ringte. Da visste forelderen at ungdommen var ivaretatt og at behandlingsstedet hadde kontroll. Dette kan forstås som at forelderen opplevde begripelighet ved tilliten til at behandlingsstedet var dyktige, og at ungdommen hadde en positiv utvikling så lenge behandlingsstedet ikke ringte foreldrene. Angst, uro og bekymring preger hverdagen til de pårørende. Det nevnes spesielt at dette er knyttet til at telefonen skal ringe med dårlige nyheter og samsvarer med funnene til Birkeland og Weimand (2015) og Ordford et al. (2012). På den måten kan stillhet fra behandlingsstedet, dempe angsten og uroen hos foreldrene.

Behandlingsstedets informering til foreldre om ungdommens utvikling, kan forstås som et bidrag til en *emosjonsfokusert* mestringsstrategi. Foreldrene kan motta informasjon om utviklingen av behandlingen og som følge av det få en ny forståelse av situasjonen. Dette bidrar til foreldres regulering av følelsene som er knyttet til ungdommens rusproblem. Foreldrene som ikke ønsker denne typen informasjon underveis har kanskje allerede *revurdert* sin situasjon og opplever en god regulering av følelsene. Når foreldrene ikke får ny informasjon, trenger de ikke å gjøre en ny revurdering. Dette kan også forstås som den emosjonsfokuserede mestringsstrategien unngåelse.

At ungdom og foreldre utvikler og endrer seg gjennom behandling, kan gjøre fremtidig stimuli uforutsigbart og uforståelig for både ungdommen og forelderen. Det ser ut til at både foreldrenes og ungdommens opplevelse av begripelighet ved forutsigbart og forståelig fremtidig stimuli vil styrkes ved at foreldre følger med på ungdommens utvikling, og at ungdommen følger med på foreldrenes utvikling. Ved å få informasjon om ungdommens utvikling kan også opplevelsen av *meningsfullhet* øke dersom utviklingen viser tegn til at det er verdt å bruke videre krefter på å få ungdommen rusfri.

Informasjon om ungdommens utvikling kan synes viktig, da dette i likhet med generell informasjon omfatter Arnsteins (1969) trinn tre: informering. Det kan også tenkes at foreldrene gjennom større innsikt i utviklingen har større forutsetning for å si sin mening og i forlengelsen av det får større følelse av deltakelse. Dette gir igjen større forutsetning for deltakelse og medvirkning på Arnsteins (1969) femte trinn: å lytte til personens mening. Det forutsetter selvsagt at behandlingsstedet åpner opp for en slik medvirkning. Dette drøftes videre i neste delkapittel.

5.3.2 Gi informasjon til behandlingsstedet

Funnene i studien viser at flere av foreldrene selv mener de besitter kunnskap om sine barn. Foreldrene som sosial kapital for ungdommene, kan forstås i et sirkulært perspektiv. Foreldrene har kunnskap om sine barn som de ønsker å formidle til behandlingsstedet. Dette kan være kunnskap som ungdommen i utgangspunktet ikke ønsker å dele med behandlingsstedet, men som både foreldre og behandlingsstedet mener vil gagne ungdommen. For eksempel forteller en informant at foreldrene kan hjelpe behandlingsstedet med å gjennomskue når ungdommen lyver. Gjennom dialog kan behandlingsstedet oppnå ny forståelse som kan skape nye handlingsmuligheter (Kalsås et al., 2020). *Foreldre kan være sosial kapital for behandlingsstedet* ved at de har ressurser som behandlingsstedet kan få utbytte av. Med en sirkulær tanke, er dette informasjon som vil gi behandlingsstedet utbytte, ved å for eksempel lettere avdekke at ungdommen har tilbakefall. Igjen ville dette gitt ungdommen utbytte, ved at behandlingsstedet kan møte ungdommen på riktig måte og gi nødvendig behandling. Dette vil igjen gi større forutsetninger for at foreldrene mestrer sin hverdag og kan være en enda bedre ressurs for ungdommen.

Foreldrenes behov for å formidle sin kunnskap til behandlere kan forstås som en *problemfokusert* mestringsstrategi. Foreldrene har kunnskap som de aktivt velger eller ønsker å dele med behandlingsstedet. Ved å dele bidrar de til at behandlingsstedet får større forståelse for ungdommen og dens historie. Videre kan foreldres problematiske situasjon endres ved at foreldre og behandlingsstedet oppnår lik forståelse. Slik kan foreldre og behandlingsstedet få en ny måte å gripe problemet på. I likhet med funnene i Hanssen og Sommerseth (2014), viser mine funn at *respekt og gjensidighet er viktig*. Det fremkommer at foreldrene ønsker å bidra med informasjon om seg selv og at de får være med og påvirke spillerommet og begrensninger for seg selv og sin rolle. Foreldre setter begrensninger for hva de kan bidra med, hva de har forutsetning for og er realistiske til sin rolle i behandlingen. Pårørende har behov for å bli møtt

med respekt og gjensidighet. Behandlingsstedet må møte foreldrene med vennlighet, omtanke og interesse og de må tåle deres uenigheter og innspill.

Behovet for å bli møtt med en grad av medvirkning på trinn seks: *partnerskap* i Arnsteins (1969) stige vises gjennom foreldres behov for å dele sin kunnskap. Foreldrene etterlyser på denne måten et samarbeid med behandlingsstedet der foreldrenes kunnskap om sine ungdommer gjøres gyldig og lyttes til av behandlingsstedet. Samtidig viser foreldrene til viktigheten av å bli lyttet til og tatt hensyn til når de forteller om sine behov for grenser. Dette kan forstås som trinn syv i Arnsteins (1969) stige og har nest høyest grad av medvirkning. I dette trinnet får foreldrenes innspill *hovedvekten* i beslutningene.

I en salutogen forståelsesramme vil *opplevelsen av mening* styrkes dersom foreldres potensial anerkjennes. Foreldrenes opplevelse av å bli anerkjent øker når de gis en opplevelse av medbestemmelse gjennom å dele sin kunnskap og erfaring. En forelder med høy skår på begripelighet og håndterbarhet, vil kunne skåre lavt på meningsfullhet dersom de opplever lite eller ingen medbestemmelse. Som Antonovsky (2013) påpeker, er meningsfullhet tilsynelatende den viktigste komponenten. Som følge av dette ser det ut til at foreldrenes mulighet til medvirkning, er avgjørende for OAS.

5.4 Sosial støtte

Jeg har tidligere vært inne på elementer som synliggjør viktigheten av sosial kapital. I dette kapitlet belyses i tillegg symbolsk kapital som muliggjøres ved sosial kapital. Symbolsk kapital innenfor pårørendegruppen er unik ved at foreldre til ungdom med rusproblematikk kan anerkjenne og verdsette handlingene eller kjennetegnene hos de andre foreldrene. Foreldrene legger stor vekt på verdien av å møte foreldre som er i eller har stått i tilsvarende situasjon. Dette er symbolsk kapital som flere av foreldrene forteller at de ikke møter blant venner eller øvrig nettverk som aldri har stått i de samme utfordringene.

Foreldrene nevner viktigheten av den *symbolske kapitalen* ved at de kan dele sin historie med de andre pårørende og dermed få leget sine sår. Ettersom disse menneskene har felles symbolsk kapital, er det ekstra virksomt å dele situasjoner og hendelser foreldrene har stått i. Opplevd skam- og skyldfølelse uten å vite hva som kan gjøres med det, kan hindre muligheten for mestring. Møtene mellom pårørende foreldrene, kan hjelpe med å ta vekk skamfølelsen. Møte

med andre pårørende kan også hjelpe foreldre til å sortere egen opplevelse av historien. Videre kan dette bidra til foreldres attribusjon til forhold de kan gjøre noe med. Lin (2001) sin fjerde form for utbytte av ressurser i det sosiale nettverk er relevant her ettersom denne type nettverk kan bidra til gjenopprettelse av selvbilde, selvforståelse og anerkjennelse. Tidligere forskning bekrefter at møte med andre pårørende er svært viktig for foreldre. Kontakten med andre pårørende fremkommer i likhet med Hanssen og Sommerseths (2014) studie som en viktig forutsetning for foreldrenes mestring.

Foreldrene nevner at samtaler med andre foreldre er positivt, det skaper bevissthet om at det finnes valgmuligheter. Frihet til å velge og oversikt over valgmuligheter vil sannsynligvis øke opplevelsen av *håndterbarhet*. Å være låst til destruktive handlinger, vil redusere opplevelsen av håndterbarhet. Gjentatte mislykkede mestringsforsøk, kan utløse minsket motivasjon. Å lytte til andre foreldre som har opplevd motgang og fremgang kan være en faktor som gir nettopp håp og tro og økt *meningsfullhet*. Innsikt i hva som har vært effektivt og resultatløst hos andre foreldre, kan gi foreldrene ny motivasjon og økende opplevelse av *meningsfullhet*. Den problemfokuserede mestringsstrategien blir gjeldende her. Ved å snakke med andre foreldre i samme situasjon, tilegner de seg kunnskap om hva de kan gjøre og hva som nytter eller ikke. Dette ser ut til å gi foreldrene ny innsikt, nye valgmuligheter og ny handlekraft. Ny giv kan være helt nødvendig, da noen foreldre som følge av å ha en rusavhengig ungdom beskriver seg som handlingslammet (Orford et al., 2012).

Foreldrene forholder seg ulikt til åpenhet med øvrig nettverk. Noen foreldre mener det har vært viktig for dem å være åpen med arbeidsgiver. En annen forteller at det å være åpen om sin situasjon på jobb ikke kjentes riktig i redsel for å ikke bli akseptert. Foreldrenes arbeidsplass er en del av deres sosiale kapital. Den symbolske kapitalen i denne sammenhengen hadde andre verdier, annen verdsettelse av handlinger og kjennetegn enn det som er felles for foreldre som er i samme situasjon. Ved å ikke fortelle om sin situasjon på jobb, kan den opparbeidede symbolske kapitalen beholdes og verdsettelsen av de handlinger som var arbeidsrelaterte kan vedvare. Andre foreldre mener at det var avgjørende å være ærlig om sin situasjon på jobb som av den grunn blir opplevd som en fri plass. En av foreldrene mener at det er viktig å velge hvilken arena en er åpen og ærlig om sin situasjon. Hoel & Geirdal (2017) viser at den emosjonsfokuserede mestringsstrategien *selvdistraksjon* er mye brukt. Arbeidsplassen blir av to foreldre spesifikt omtalt som en fri plass. Å se på arbeidsplassen som en fri plass kan forstås som bruk av den emosjonsfokuserede mestringsstrategien *selvdistraksjon* på arbeidsplassen.

Foreldrene kan benytte denne strategien uavhengig av om de forteller om sin situasjon eller ikke.

Den siste arenaen foreldre nevner som sosial støtte eller sosial kapital, er behandlingsansatte. Foreldrene beskriver behandlingsansatte som en god sparringspartner, som innehar kunnskap, informasjon og ressurser. Det fremgår at behandlingsansatte kan være en viktig del av foreldres sosiale kapital, hvor foreldre kan få mye utbytte dersom de benytter seg av det. Foreldre må inneha kompetanse som gjør dem i stand til å søke hjelp og støtte. Dette kan handle om å benytte seg av aktiv mestringsstrategi i en problemfokuset tilnærming. Foreldrenes behov for at behandlingsstedet kan være en sparringspartner, kan knyttes opp til Arnsteins (1969) femte trinn i medvirkningsstigen. Å ha en sparringspartner gir muligheten til å dele tanker og meninger.

Den problemfokuserende strategien sosial støtte omfavner alle formene for sosial kapital som er nevnt. Det fremkommer at foreldrene gjennom å ta i bruk mestringsstrategien sosial støtte, også kan lene seg på den emosjonsfokuserende mestringsstrategien selvdistraksjon.

6 Oppsummering og avslutning

Hensikten for denne studien var rettet mot foreldres opplevelse og forståelse av å være en ressurs for ungdom gjennom rusbehandling med følgende spørsmål:

Hvordan beskriver foreldre til ungdom i rusbehandling rollen som pårønderressurs og hvilke forhold omkring behandlingen har betydning for at de kan mestre en slik rolle?

Problemstillingen ble belyst gjennom seks semistrukturerte intervjuer med foreldre som har eller har hatt sin ungdom i rusbehandling. Mestring, medvirkning og salutogenese har utgjort det teoretiske rammeverket for analysen. Like fullt har en sirkulær forståelse preget tolkningen. Oppgaven i sin helhet tar for seg relasjonen mellom foreldre, ungdom og behandlingssted, og funnene er derfor forstått i lys av en sirkulær tenkning.

Foreldreressursen blir definert som positiv tilstedeværelse. Med det menes å møte ungdommen på en måte som oppleves som positivt. Viktigheten av å møte ungdommen med en tilnærming som er tilpasset ungdommens utvikling er gjennomgående. Gjennomføring av dette krever en bevissthet og villighet hos foreldrene til å ta imot veiledning som også fører til endring hos foreldrene. Til slutt er det avgjørende at foreldrene selv har det bra for at de skal kunne stille opp som en ressurs for sine ungdommer. I likhet med funnene til Birkeland og Weimand (2015)

og Hoel og Geirdal (2017), viser min undersøkelse at foreldrene har store belastninger som pårørende. Det er viktig å ikke undervurdere kompleksiteten ved å være en foreldreressurs. Funnene i studien tilsier at foreldrene har sammensatte og til dels forskjellige behov for å kunne opprettholde funksjonen som en ressurs gjennom ungdommens behandlingstid. Dette kan skape en konflikt eller et dilemma, da foreldre dras mellom å være best mulig ressurs for sin ungdom, og å bevare egen helse uten å bli utslitt.

Foreldre attribuerer ulikt. Noen attribuerer til forhold utenfor seg selv og ser ut til å ha en lineær årsaksforståelse. Andres attribusjon ser ut til å være preget av en sirkulær forståelse og foreldrene leter etter forklaringer ved seg selv. Foreldre har behov for å utveksle informasjon med behandlingsstedet. Ved å motta informasjon starter det første steget mot medvirkning. Det er likevel ikke nok å kun motta informasjon for å oppleve medvirkning. Foreldrenes mulighet til å dele sin kunnskap og forståelse med behandlingsstedet er avgjørende. Ved å oppfylle disse behovene, opplever foreldrene høyere grad av medvirkning. Disse behovene virker også tilretteleggende for høyere OAS hos foreldrene. Med en sirkulær forståelsesramme vil en kunne si at økt følelse av involvering og anerkjennelse av sin kunnskap, skaper økt OAS, som igjen forsterker foreldrenes mulighet til å være en ressurs for sin ungdom. Foreldre har et stort behov for sosial støtte via sosial og symbolsk kapital. Den sosiale støtten fremkommer i ulike arenaer, men møtene og erfaringsutvekslingene med andre foreldre i lik situasjon ser mest virkningsfullt ut. I likhet med studien til Hanssen og Sommerseth (2014) viser min studie at møte med andre pårørende kan være en viktig faktor for opplevelse av mestring.

Implikasjoner for videre forskning og praksis

Studien er egnet til å belyse foreldres rolle i et behandlingsopplegg som primært retter seg mot ungdommen og veien til rusfrihet. Studien bidrar med å peke på hvordan behandlingsinstitusjoner kan være bevisst på å møte foreldres behov samt spille foreldre gode i rollen som en ressurs. Foreldrene kan møte barrierer i sitt forsøk på å være en ressurs dersom deres kunnskap om ungdommen ikke blir etterspurt eller vektlagt. I medvirkningsforståelsen kan mangelen på mulighet til å bidra gi en opplevelse av avmakt. En implikasjon for praksis kan dermed være at behandlingsstedet kan bryte ned de opplevde barrierene ved å gå inn i et samarbeid med foreldrene. Det vil være viktig at behandlingsstedet tilrettelegger for medvirkning ved informering, men også å kombinere med medvirkning på et høyere nivå i Arnsteins (1969) stige. Det handler ikke nødvendigvis om fullstendig brukerstyring, men å

finne et steg der man kan samarbeide og anerkjenne at ulike kunnskaper bidrar med ulike kompetanser inn i en helhetlig forståelse av ungdommen.

Det vil være interessant å forske videre på dette temaet fra ungdommens ståsted. Hva mener ungdommen selv at foreldre kan bidra med inn i behandling? Hvilke faktorer har vært viktige eller har manglet for dem under deres tid i behandling? En sammenligning av foreldrenes, ungdommenes og behandlingsstedets forståelse kan være interessant for å maksimere innsikten i hvordan potensialet til en foreldreressurs kan muliggjøres.

Selv om funnene i min studie ikke kan generaliseres, ser jeg på funnene i denne studien som et viktig bidrag til innsikt i foreldres behov og mulighet for å være en ressurs for deres ungdom i behandling. Jeg har blitt invitert inn i foreldrenes tanker og forståelser som igjen har gitt meg en ny kunnskap. Jeg håper deres meninger blir lest og betraktet som et viktig bidrag til behandling av rusavhengighet og inkluderingen av de pårørende. Foreldre vil alltid ha en mulighet for å være en ressurs i løsningen av problemet, men de har behov som behandlingsstedet må møte for å kunne realisere sitt potensiale som ressurs.

7 Litteraturliste

- Andresen, Nina E. (2012). Pårørende. I Lossius, K. (red.), *Håndbok i rusbehandling. Til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2.utg, s. 399-426). Gyldendal akademiske.
- Antonovsky, A. (2013). *Helsens mysterium: den salutogene modellen*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Arnstein, S.R. (1969). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- Barnevernloven (1992). *Lov om barneverntjenester*. (LOV-1992-07-17-100). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Birkeland, B. & Weimand, B. (2015). En kvalitativ undersøkelse av levekår hos voksne pårørende til personer med rusproblemer. IS-2399. Helsedirektoratet.
- Bjørnstad, T.C. (2007). *Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer* (ISF Rapport 2007:2). Institutt for samfunnsforskning.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog*. (3.utg, s. 581-600). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2020). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduction. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog*. (3.utg, s. 15-23). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog*. (3.utg, s. 33-63). København: Hans Reitzels Forlag.
- Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2020). kvalitet i kvalitative studier. I S. Brinkmann & L. Tanggaard (Red.), *Kvalitative metoder: en grundbog*. (3.utg, s. 657-670). København: Hans Reitzels Forlag.
- Flap, H. (2002). No man is an island: the reasearch programme of a social capital theory. I O. Faverreau & E. Lazega (Red.), *Conventions and Structures in Economic*

- Organization: Markets, Networks and Hierarchies* (s. 29-59). Edward Elgar Publishing Limited.
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Rusbruklidelser i Norge*. (Folkehelse rapporten-4) <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/folkehelse rapporten-2014-pdf.pdf>
- Hagen, B. & Hagen, F. (2006). *Det er ok å bli sint på dem du er glad i! – en bok om medavhengighet og rusmisbruk*. Ruskompetanse.
- Hanssen, H. & Sommerseth, R. (2014). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møte med helsetjenesten. *Norsk Tidsskrift for Helseforskning*. 10(2). 68-72. <https://doi.org/10.7557/14.3323>
- Heggen, K. (2007). Rammer for mestring. I T-J. Ekeland & Heggen, K (Red.), *Mestring og myndiggjøring* (s.64-82). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2021). Vi – de pårørende: Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m..* (LOV- 2011-06-24-30)). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hoel, T. L. & Geirdal, A., Ø. (2017). Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien*, 2016(11). 1-12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.59839>
- Johannessen, A. Christofferen, L. & Tufte, P.A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5. Utg.). Abstrakt forlag AS
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. (2012). *Lærebok i familierapi*. (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Järvinnen, M. & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse: syv tradisjoner*. (1.utg). Hans Reitzels forlag
- Kalsås, Ø. R., Selbekk, A.S. & Ness, O. (2020). "Jeg får et helt annet innblikk": Fagpersoners erfaringer med familieorientert praksis i rusbehandling. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 37(3), 243-261. <https://doi.org/10.1177/1455072520914207>

- Kristoffersen, C. H., Holth, P., & Ogden, T. (2011). *Modeller for rusbehandling, en kunnskapsoversikt*. <https://www.nubu.no/getfile.php/1310136-1415102063/Filer/nubu.no/Intranett/Dokumenter/Rapporter/2011%20Modeller%20for%20rusbehandling%2C%20en%20kunnskapsoversikt.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion - A new synthesis*. Springer publishing company. Inc.
- Lin, N. (2001). *Social capital: A theory of social structure and action*. Cambridge university press
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015) *Doing interview-based qualitative research: a learner's guide*. Cambridge University Press
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L. (2012). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine*. 78(1), 71-77. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Selbekk, A.S. & Duckert, F. (2009). *Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest: kartlegging og kunnskapsoppsummering*. (KORFOR- 02). <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20familieorienterte%20tiltak%20innenfor%20spesialisert%20rusbehandling%20i%20helse%20vest%20ferdig%20rapport%209korfor.pdf>
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse*. (4.utg.). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal akademisk
- Aakvaag, G., (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag AS

Vedlegg 1: Intervjuguide

«Foreldreressurs i rusbehandling»

Jeg presiserer at informantene anonymiseres og holdes konfidensielt. Jeg oppfordrer informantene til å snakke fritt og at de ikke skal være redd for å spore av.

Spørsmål:

- Hva er en ressurs?
- Hva er det som gjør at en forelder blir en ressurs for barnet sitt under rusbehandling?
- Kan du si litt om hvordan det er å være forelder til et rusavhengig barn?
- Har du deltatt på noe i regi behandlingsstedet til ungdommen din, som har vært rettet mot deg som forelder?
 - o Hvilke tilbud/hjelp har du fått?
 - o Hvilke positive/negative opplevelser har du av den hjelpen/tilbudet du fikk?
 - o Hvilke tilbud utover dette kunne vært nyttig for deg som for deg?
- For å styrke deg i din foreldrerolle som en forelder – hva tenker du at du hadde behov av under plasseringsperioden?
- På hvilken måte opplever du å bli involvert i ungdommens behandling og utvikling?
 - o Hvordan synes du det skal være?
- Opplever du at behandlingsstedet har vært til hjelp/ikke hjelp i familiestrukturen i hjemmet med tanke på foreldre-barn roller?
 - o I så fall på hvilken måte?
 - o På hvilken måte kunne de hjulpet?
- Hva tenker du burde være målet for hvordan foreldrerollen skal se ut gjennom behandlingen og ved avslutning av behandling?
- Hvilken rolle opplever du at behandlingsstedet forventer/legger opp til at du som forelder skal ha under og etter behandlingstiden? Hva synes du om dette?

Vedlegg 2: informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet «Foreldrerollen som ressurs i ungdommers rusbehandling»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å beskrive hva foreldre mener er viktig for at de skal få best mulige forutsetninger for å fungere som en størst mulig ressurs for ungdommer i rusbehandling. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet er å beskrive hvordan foreldre opplever egen rolle, mulighet og evne til å være en ressurs gjennom ungdommens rusbehandling. Jeg ønsker å studere hvordan foreldrerollen utfordres og endres gjennom barns utvikling av rusproblematikk og behandlingsforløp.

Formålet er også å beskrive hvordan foreldre opplever at behandlingsinstitusjoner legger til rette for systemisk tenkning og foreldres rolle, samt på hvilken måte foreldre opplever at de har behov for at behandlingsinstitusjoner legger til rette for dette. Jeg er opptatt av å undersøke hva foreldre opplever at de er i behov av fra behandlingsstedet for å selv styrke sin foreldrerolle og være best mulig ressurs for deres barn gjennom rusbehandlingen.

Datainnsamlingen vil bestå av ca 5-7 intervjuer av foreldre eller foreldrepar. Dette er en masteroppgave på ca 45-55 sider, hvor det forskes på følgende problemstilling:

"Hva trenger foreldre til ungdom plassert på rusbehandling fra behandlingsstedet, for å styrke sin foreldrerolle til å være en ressurs i ungdommens rusbehandling?"

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet - storbyuniversitetet ved veileder Nicolay B. Johansen.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Kriterier for å bli trukket til å delta er at du/dere per dags dato har barn/ungdom som er under behandling for rusmisbruk eller at du/dere har hatt det tidligere. Utvalgsmetoden er målnominasjon, det vil si at jeg tar kontakt med personer/institusjoner som ikke er en del av studie, men som kan nominere og videreformidle informasjonen til passende informanter. Jeg håper at de som er interessert i å delta, vil kontakte meg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det et intervju. Det vil ta ca 40-60 min. Intervjuet vil omhandle spørsmål om dine tanker, meninger, holdninger og erfaringer rundt foreldrerollen når barnet ditt utvikler et rusproblem og utviklingen/ endringen av foreldrerollen i løpet av behandlingstiden. Intervjuet vil også omhandle spørsmål om dine tanker, meninger, holdninger og erfaringer rundt hvordan behandlingsstedet legger til rette for, eller burde legge til rette for at du som forelder får gode forutsetninger til å fungere som en ressurs for ungdommen. Disse opplysningene registreres ved at jeg noterer underveis. Jeg vil ikke notere ned noen personopplysninger eller bakgrunnsinformasjon om deg eller ditt barn.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet og samtykket foreligger muntlig, dette for å ikke oppbevare noen dokumenter med informasjon om deg. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du ønsker å delta i studien ta kontakt med:

- Frida Karoline Karlsson (student), 45049241, fridakarlsson043@gmail.com

Har du spørsmål om studien, kan du ta kontakt med:

- OsloMet ved Frida Karoline Karlsson, 45049241 (student) og Nicolay B. Johansen, nicjo@oslomet.no (veileder)
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen, 672 35 534, personvernombud@oslomet.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Nicolay B. Johansen (veileder) og Frida Karoline Karlsson (student)