

Har familieuka betydning for de forskjellige pårørendes livskvalitet, og hvilken vekt bør en legge på oppfølgingen etterpå?

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA),
Sørlandet Sykehus HF, Kristiansand

Anett Benham, Raymond Madsen, Kristin Baatz, Elisabeth Møllen, Ellen Jacobsen og
Jahn Gunnar Arntsen

Forskningsserie fra A-klinikken

Kristiansand S.

2010

Nr. 25

Kontaktinformasjon:

*Sørlandet Sykehus HF
Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand
Postboks 416
4604 Kristiansand*

*Kontaktperson:
Bente Hjemdahl
bente.hjemdahl@sshf.no
Tlf. 38148000*

Hjemmeside: www.avhengighetsbehandling.no

Opptrykk ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Kristiansand, 2010

ISBN 978-82-91191-23-2

FORORD

Dette er en prosjektoppgave som er utarbeidet av 6 studenter ved Universitet i Agder (UiA). Oppgaven er skrevet i løpet av vårsemesteret 2010 og er en obligatorisk prosjektoppgave i sosionomstudiet, kurset SO 302 Sosialt arbeid 6.

Gruppesammensetning

Gruppen som analyserer undersøkelsene består av 6 ulike individer. Vi har våre verdier og erfaringer som legger grunnlaget for hvordan vi analyserer. Bakgrunnen vår som sosionomstudenter er også med på å forme vår forståelse. Dette er viktig å ta i betraktning når man skal se kritisk på de svarene vi kommer frem til. Det at vi er så heldige å være 6 personer vil forhåpentligvis være med på å skape bredde i tolkningen. To av medlemmene i gruppa har hatt praksis og er i dag i arbeid på ARA, ett medlem har fått observere basisbehandling og familieuka over 14 dager, mens resten ikke har noen tilknytning til rusomsorgen. Det er en fordel å ha medlemmer med stor kunnskap om programmet og behandlingstilbud. Dette er med på å gi oss økt forståelse rundt undersøkelsene. Vi tar i betraktning at dette også kan være med på å forme vår tolkning. Vi ser derfor på det som en fordel at vi også er tre utenforstående med på analysen. Dette er med på å skape en større bredde i tolkningen av data.

Takk til

Bente Hjemdahl og Øystein Kristensen fra ARA som var ansvarlig for undersøkelsen fra 1996, Eva Norbakk og Åse Isaksen fra ARA for innsamling av data fra 2008-kullet, Jon Kåre Vederhus, ARA, for bearbeiding av data, Atle Fosse, ARA, og Tove Johnsen, UiA, for god og nyttig veiledning.

Kristiansand, april 2010

Anett Benham, Raymond Madsen, Kristin Baatz, Elisabeth Møllen, Ellen Jacobsen og Jahn Gunnar Arntsen

Innhold

0.0	Innledning	s. 4
0.1	Oppdraget fra ARA	s. 4
0.2	Gjennomføring	s. 4
0.3	Problemstilling	s. 4
1.0	Rusmiddelmisbruk	s. 5
1.1	Rusmiddelmisbruk i et samfunnsperspektiv	s. 5
1.2	Rusmiddelmisbruk i et familieperspektiv	s. 6
1.3	Rusmiddelmisbruk, sykdom eller umoral	s. 7
2.0	Presentasjon av ARA og behandlingen	s. 8
2.1	A-klinikken er blitt ARA	s. 8
2.2	Behandlingsfilosofien på Basis og dens historie	s. 8
2.3	Kort beskrivelse av behandlingsopplegget i Basis	s. 11
3.0	Familieprogrammet	s. 13
3.1	Familieuken	s. 13
3.2	Oppfølgingsgrupper for pårørende	s. 13
3.3	Al-Anon	s. 13
4.0	Metode	s. 14
4.1	Kvalitativ metode	s. 14
4.2	Kvantitativ metode	s. 14
4.3	En kort presentasjon av de to spørreundersøkelsene	s. 15
4.4	Mulige feilkilder	s. 15
4.5	Arbeidsprosessen i gruppa	s. 16
5.0	Etterundersøkelsen av familieprogrammet ved basisposten	s. 18

6.0	Drøfting av noen hovedfunn	s. 28
6.1	Hvilket utbytte har pårørende av familieuken?	s. 28
6.2	Er utvalget inhabilt?	s. 30
6.3	Hvorfor deltar flere kvinner enn menn i familieuka?	s. 31
6.4	Andel partnere synker	s. 32
6.5	Andel barn øker	s. 33
6.6	Hvorfor deltar så lav andel i oppfølgingsprogrammet	s. 34
6.7	Vurdering av kost/nytte	s. 35
7.0	Noen tanker og råd til ARA	s. 37
7.1	Alternativ måte for oppfølgingsgruppe for pårørende	s. 37
7.2	Samsvar mellom spørreundersøkelser	s. 37
8.0	Oppsummering	s. 40
8.1	Hvilket utbytte har pårørende hatt av familieuka	s. 41
8.2	Hvorfor deltar flere kvinnelige pårørende enn mannlige i fam.uka	s. 41
8.3	Hvorfor er sammensetningen av deltakere vesentlig endret	s. 41
8.4	Hvorfor deltar så lav andel i oppfølgingsprogrammet	s. 42
8.5	Vurdering av kost/nytte	s. 42
9.0	Til slutt	s. 42
	Litteraturliste	s. 43

Diverse vedlegg

0.0 Innledning

0.1 Oppdraget fra ARA

ARA (avd. for rus- og avhengighetsbehandling) ønsker å foreslå et prosjektarbeid som tar for seg å analysere en spørreundersøkelse som sykehuset har foretatt i forhold til pårørende som har deltatt i Familieuken i 2008. Familieuken er en del av Basisbehandlingen ved vår avdeling. Spørreundersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvilke utbytte pårørende har hatt av å delta i familieuken.

Det er foretatt en tilsvarende spørreundersøkelse i 1996, og vi ønsker at den nyere undersøkelsen sammenlignes med de tall og konklusjoner en kom fram til da.

Videre finner vi det interessant å få utdypet de svarene en finner ved at det gjennomføres kvalitative intervjuer mot samme målgruppe med 3-4 pasienter/informanter. Det beste ville være å hente informanter fra de som har deltatt i familieuken 2008. Dette må avklares med FOU-avdelingen/etisk komité. Vi ønsker at de studentene som har vært i praksis hos oss høsten 2009 deltar i dette prosjektarbeidet.”

0.2 Gjennomføring

Det ble tidlig klart at vi ikke kunne gjennomføre bestillingen slik den foreligger fra ARA. Grunnen til dette er at godkjenning for kvalitative intervjuer fra FOU-avdelingen/etiske komité ved Sørlandets sykehus HF ikke ville kunne foreligge før etter flere måneder. Vi har derfor valgt å konsentrere oss om analysen av de to aktuelle undersøkelsene. Vi tar også med en del informasjon om rusproblematikk, ARA, basisbehandlingen, familieprogrammet etc. for å sette undersøkelsen inn i en helhetlig ramme. På bakgrunn av problemstillingen reflekterer vi over noen hovedfunn, og kommer med noen konkrete anbefalinger til ARA.

0.3 Problemstilling

”Har familieuka betydning for de forskjellige pårørendes livskvalitet, og hvilken vekt bør en legge på oppfølgingen etterpå?”

1.0 Rusmiddelmissbruk

1.1 Rusmiddelmissbruk i et samfunnsperspektiv

Det har vært en dramatisk økning i bruk av rusmidler i vestlige land siden siste halvdel av forrige århundre. En amerikansk studie viser at 13,2 prosent av befolkningen var alkoholmisbrukere, 5,4 prosent var alkoholavhengig. Omkring 7,9 prosent var narkotikamisbrukere, mens 3 prosent var narkomane, altså avhengige av narkotika. (Kessler et al. 2005)

En studie basert på strengere kriterier for definisjon av rusmiddelmissbruk viste at seks prosent av befolkningen i USA har et behandlingsbehov for rusmiddelmissbruk. (Narrow et al. 2002) Norske forekomststudier indikerer at de amerikanske angivelsene også gjelder for norske forhold.

Omkring 40 000 norske barne og unge har foreldre som er storkonsumenter av alkohol. (Clausen & Kristoffersen 1994) På bakgrunn av slike statistikker kan man regne seg fram til at mellom 160 000 til 230 000 norske barn og unge lever i en familie preget av rusmisbruk.

Rusmidlers totale skadeomfang i vårt samfunn er vanskelig å tallfeste eksakt. På midten av 1990-tallet regnet man at om lag 2 – 300 000 nordmenn var skadet av alkohol og ytterligere 5 – 700 000 har alkoholproblemer innen sin nærmeste familie. Fem til ti mennesker dør hver dag av alkoholskader, og 100 til 200 barn fødes hvert år med utviklingskade på grunn av mødrenes alkoholmisbruk. Skader som følge av voldsutøvelse og bilkjøring under påvirkning av alkohol er sterkt økende. Kostnadene for næringslivet i form av fravær og lav produktivitet utgjør astronomiske summer. Bak tallene og de mer observerbare skadene skjuler det seg ofte ufattelige tragedier i form av sammensatte fysiske og mentale lidelser som vanskelig lar seg måle. Skader og sykdommer som skyldes bruk av rusmidler beslaglegger imidlertid store ressurser i alle deler av helse- og sosialvesenet og utgjør fra 10 – 12 milliarder kroner årlig. For den enkelte skadelidende og for samfunnet samlet sett, utgjør dette i tillegg en stor sosial belastning. (Ansvar-Varde)

1.2 Rusmiddelmissbruk i et familieperspektiv

Rusmiddelmissbrukende foreldre har ofte selv levd opp under kaotiske forhold hvor rusmiddelmissbruk hos deres foreldre og mishandling, seksuelle overgrep og omsorgssvikt overfor dem var en del av oppveksterfaringene. (Rowe & Liddle 2003)

Rusmiddelmissbruk hos foreldre er en betydelig risikofaktor for at barna utsettes for omsorgssvikt og mishandling og utvikler en rekke psykiske lidelser (Moss et al. 2002)

Det har blitt sagt at den familien som lider av rusmiddelavhengighet, lever i et hus med en flodhest i dagligstuen, og denne flodhestens eksistens må fornektes. Ingen kan unngå å legge merke til flodhesten siden den opptar hele dagligstuen både gjennom sin fysiske størrelse og den redsel den sprer. Den er nærværende, påtrengende, massiv og binder det meste av familiens kraftressurser.

Å fornekte flodhesten gjør bare alt mer krevende. Familien lykkes likevel i å tilpasse seg situasjonen, men ikke uten å gjøre store omorganiseringer og ommøbleringer både i seg selv og i omgang med hverandre. Familien utvikler tre regler, og det blir livsnødvendig å følge dem; *du skal ikke snakke, du skal ikke føle, du skal ikke stole på noen.*

Med tausheten til hjelp får flodhesten være i fred. Man gir deg ikke i kast med den. En del av denne tausheten består i å holde fasaden ved like. Man vet også at barn i en rusmiddelmissbrukers familie er meget lojale mot foreldrene sine, selv om de har blitt svært dårlig behandlet.

Med den andre grunnregelen – ”du skal ikke føle” – begynner man å ordne rom for flodhesten inne i seg selv, i sin egen person. Når flodhesten begynner å romestere rundt, vekker den forskjellige følelser; redsel, hat, sorg, ensomhet, forlatthet og avvisning. Men ingen av disse følelsene blir noen sinne synlige i de speil som omgir barn. Altså finnes de ikke. På denne måten begynner barnets person å klargjøre rom for flodhesten, og litt etter litt antar barnets jeg en flodhests form. ”Du skal ikke føle” er trolig en av de mest destruktive regler et menneske kan følge.

”Du skal ikke stole på noen” får også ødeleggende konsekvenser. Denne regelen frarøver nemlig mennesket all kontakt. Barnet isoleres fra sine foreldre, sine søsken, ja egentlig blir det skilt fra hele menneskeheten. Mistenksomheten innvirker også på barnets evne til å møte og uttrykke sine egne følelser. Mangelen på tillit hindrer barnet i å vise følelsene sine, og følelser er broen der vi kan gå over til andre mennesker. Kontakten med egne følelser gjør kontakten med andre mennesker mulig. Derfor blir også denne regelen spesielt effektiv, og den trengs for at flodhesten ikke skal bli lagt merke til. Barn i en rusmiddelavhengigs familie hører til blant de ensomste skapninger på jorden. Dersom man ikke kan stole på sine egen foreldre, fører det lett til at man ikke kan stole på noe i hele verden, siden foreldreskapet for barna er en prototype av ”verden”. (Hellsten, T, 1999)

1.3 Rusmiddelmissbruk, sykdom eller umoral

Viktige faktorer innen rusomsorgen er ut til å støtte begrepet rusmiddelavhengighet som en sykdom heller en noe umoralsk, slik man gjerne så dette begrepet tidligere. Dersom rusmiddelavhengighet er noe umoralsk – da er en rusmiddelavhengig et umoralsk menneske. Begrepet vi bruker sier noe om dette menneskets tilstand, dets verdi og vesen. Hvem av oss vil være dårlige, mislykkede, verdiløse? Ingen. Derfor leder rusmiddelavhengigheten – dersom den betraktes som noe umoralsk – til stadig dypere skam og synkende selvfølelse for de menneskene som lider av den. Disse personers forsvar og forsvarsbehov øker, og leder så til øket rusmisbruk, og til en stadig dypere rusavhengighet.

Men dersom rusmiddelmissbruk betraktes som en sykdom, sier man noe om menneskets situasjon, dets aktuelle helse – ikke om dets person. Dette leder til at forsvaret avtar og at rusmiddelavhengighet blir et fenomen som kan behandles. Å betrakte rusmiddelavhengighet som en sykdom innebærer altså at det finnes håp for de som lider av den.

Til tross for at det er bred enighet i fagmiljøene om at rusmiddelavhengighet er en sykdom, blir ofte realiteten en annen når avhengigheten kommer tilstrekkelig nær et menneske – inn i ens egen familie, i arbeidsfellesskapet, i slekten. Her går ofte de gamle moralske oppfatningene av med seieren. (Hellsten, T, 1999)

2.0 Presentasjon av ARA og behandlingen

2.1 A-klinikken er blitt ARA

A-klinikken i Kristiansand hadde i 2004 50 års jubileum. Før 2004 var det en fylkeskommunal institusjon og var organisert sammen med Ruspoliklinikken under navnet Vest-Agder Klinikkene. Fra 2004, i forbindelse med at helseforetakene fikk ansvar for rusbehandling i Norge, gikk organisasjonen inn under Sørlandets Sykehus HF og ble da organisert under Klinikkk for psykiatri og avhengighetsbehandling. Navnet på organisasjonen er *Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)*. ARA er spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til personer med rus- og avhengighetsproblemer i Agder fylkene og til mennesker som står dem nær. ARA er en av i alt ni avdelinger innen Klinikkk for psykisk helse - psykiatri og avhengighetsbehandling i Sørlandet sykehus HF.

Poliklinikkene ved ARA tilbyr samtalerterapi og individuell oppfølging til personer som har rusproblemer og / eller rusavhengighet og / eller spillavhengighet. Voksne rusmisbrukere kan få tilbud om utredning / diagnostisering ved mistanke om ADHD. Pasienter med langvarig og alvorlig opiatavhengighet kan få tilbud om medikamentassistert rehabilitering. Dersom problematikken er for omfattende til å kunne behandles poliklinisk, vil poliklinikken motivere og tilrettelegge for annen behandling, for eksempel Basis, som er et intensivt døgntilbud over 6 uker ved ARA.

Poliklinikkene tilbyr også par-, familie- og individualterapi for familier og pårørende som har opplevd avhengighets- / misbruksproblemer og gruppetiltak for barn og ungdom som har pårørende med rusproblemer. ”Regnbueprogrammet” er ARA’s eget tilbud til barn av personer med rusproblemer, og gir et omfattende tilbud.

(<http://www.sshf.no/artikkel.aspx?m=192>)

(<http://www.avhengighetsbehandling.no/html/dogn-hoved.html>)

2.2 Behandlingsfilosofien på Basis og dens historie

Tolvtrinnsbehandlingen blir i Skandinavia ofte kalt Minnesotamodellen.(Gudmundsson, O. Tyrfingsson, T, 1987). Omkring 1950 startet man en alkoholavhengighetsbehandling på tre ulike sykehus i Minnesota (Pioneer House, Hazelden og Willmar State Hospital) som baserte seg på den filosofi man hadde innen AA-bevegelsen om tilfriskningens 12 trinn, og forsøkte å

bryte seg løs fra psykiatrien og vanemessig tenkning om alkoholisme. AA, Minnesotamodellen og 12-trinnsbehandling blandes ofte sammen, selv om dette ikke er helt korrekt. Mens AA er en snart 60 år gammel selvhjelpsbevegelse og verdens største, er Minnesotamodellen eller 12-trinnsmodellen en nyere type behandlingstiltak som har lånt de 12 trinn fra AA / NA. (Narcotics Anonyme, 2001) Disse ”trinnene” består i å innrømme at en har et rusproblem, søke hjelp, foreta en selvransakelse, prate konfidensielt med noen om hva man finner i selvransakelsen, gjøre opp for seg der en ser at en har påført andre skade, og arbeide med andre rusavhengige som ønsker tilfriskning. Det er derfor et svært praktisk program.

”hva kan jeg gjøre i dag for å holde meg rusfri”? Sentralt i programmet er og at det legges vekt på hva som refereres til som ”en åndelig oppvåkning”. Det legges vekt på oppvåkningens praktiske side, ikke dens filosofiske eller metafysiske betydning. AA/ NA er i seg selv ikke-religiøse, og oppmuntrer hvert enkelt medlem til å kultivere en individuell forståelse, religiøs eller ikke, av denne ”åndelige oppvåkning”. Modellen karakteriseres av at selvhjelpgruppens grunnleggende filosofi og tenkning integreres med biomedisinske og psykososiale synspunkter på rusavhengigheten. Grunnprinsippene ble opprinnelig utviklet for alkoholavhengighet, men videreutviklet av Ian Cain i 1958 til å omfatte alle rusmidler, og kan etter Gudmundsson og Tyrfinngsson, Nordisk medicin, 1987, vol 102;4:127-30 summeres opp på følgende måte:

1. Rusmiddelavhengighet er en sykdom

Den rusavhengige fortsetter og ruse seg, til tross for alle de sosiale, fysiske og psykiske konsekvenser som rusingen medfører. Pasienten har mistet kontrollen og er blitt sykkelig avhengig av rusmidlet. (Lundberg og Stockenstrøm, 1987) Man betrakter den som ufrivillig og forskjellig fra fleksibiliteten som karakteriserer den viljemessige bruk. Kontrolltapet sammen med den patologiske avhengighet av rusmidlet støtter hypotesen om sykdom.

2. Rusmiddelavhengighet er en ”non-blame” sykdom.

Dvs. den rusmiddelavhengige er ikke personlig ansvarlig for eller skyldig i sin avhengighet, men derimot ansvarlig for sin nykterhet. Rusmiddelavhengighet skal likestilles med andre sykdommer og pasienten skal hjelpes, men ikke anklages eller straffes. Man forsøker å komme bort fra at rusmiddelavhengige er svake mennesker som mangler viljestyrke og karakter.

3. Rusmiddelavhengighet er kompleks sykdom som utvikler seg gradvis over tid og gir sosiale, psykiske, fysiske og åndelige problem.

Man må forstå og ta hensyn til alle de ulike aspekter av sykdommen, for å kunne være i stand til å hjelpe rusmiddelavhengige. Det blir feil å isolere en del av problemene uten å bevare et helhetssyn. Derfor kan man ikke ensidig anvende en psykiatrisk, sosial eller fysisk modell for å forklare eller behandle sykdommen. Man må forstå hvilke konsekvenser et ukontrollert rusmiddelmissbruk kan ha for alle livets ulike aspekter. Sosialt leder rusmiddelavhengigheten til ustabile arbeidsforhold, skilsmisser og dårlig økonomi. Fysisk kan rusavhengigheten føre til en rekke sykdommer og psykisk ser man en mengde forandringer hos mennesket, som angst, dårlig selvrespekt og pessimisme.

4. Rusmiddelavhengighet er en kronisk primær sykdom.

Man prøver ikke å benekte at mange har store bakenforliggende sosiale problem, som kanskje har påvirket deres rusmisbruk, men kontrolltapet og avhengigheten er blitt så dominerende når pasienten søker behandling at rusmiddelavhengigheten må anses å være det primære hovedproblem. Denne forståelse, at rusmiddelavhengighet er en primærlidelse, er ytterst viktig. Dette krever at rusmiddelavhengigheten behandles som en sykdom i seg selv og ikke som symptom på noe annet, men det liker ofte ikke pasienten. Den rusmiddelavhengige må bringes til det punktet at han forstår at hans rusmiddelavhengighet er hovedproblemet i hans liv, og at hans sosiale, psykiske og fysiske uhelse snarere er en følge av rusmiddelavhengigheten enn årsak til den. Derfor må denne behandles for seg. Pasienten kan dessuten som alle andre ha en psykiatrisk sykdom som er behandlingstrengende, men rusavhengigheten krever sin spesielle behandling.

5. Rusmiddelavhengighet er en familiesykdom.

Hver rusmiddelavhengig har omkring seg flere mennesker, ektefelle, barn, foreldre, søsken, som ofte er i dårlig psykisk og fysisk balanse (Egil Nordlie) etter flere år sammen med den rusmiddelavhengige. Man har vendt seg til en meget usikker livssituasjon og bygd opp sitt eget forsvar med ofte uttalt skyldfølelse. (Lundberg og Stockenstrøm, 1987) Det anvendes derfor et familieperspektiv slik at man kan få de pårørende med i behandlingen, før pasienten reiser hjem fra behandlingsinstitusjonen. Erfaring har vist at barna trenger et eget barneprogram.

6. Sykdommen er progressiv

Prognosen er mye bedre om pasienten kommer tidlig til behandling. Derfor skal man forsøke å stille en tidlig diagnose og behandle pasienten aktivt i en tidlig fase.

7. Sykdommen kan behandles, men den kan ikke helbredes.

Sykdommen kan behandles i den forstand at den rusmiddelavhengige kan lære seg å leve i tilfriskning, uten å bruke rusmidler, men er kronisk i den forstand at ny bruk av rusmidler vil føre til tilbakefall til den anhengighet man var i før behandling.

2.3 Kort beskrivelse av behandlingsopplegget i Basis

Basis er en sengepost ved ARA som leverer intensiv gruppebehandling til rusavhengige.

Behandlingen består også av forberedelse før innleggelse, rehabiliteringspost og oppfølging.

Behandlingen har en total varighet på 12 - 15 måneder, hvorav 6 ukes intensiv døgntil behandling.

Familieuken med tilhørende oppfølgingsgrupper for pårørende er en del av Basisprogrammet.

Behandlingen i Basis bygger på Anonyme Alkoholikers 12-trinnsprogram

(<http://www.avhengighetsbehandling.no/html/dogn-hoved.html>)

Pasientene inngår i en åpen gruppe der en til enhver tid har en gruppestørrelse på 9-11 pasienter. Med åpne grupper menes at det går ut to og kommer inn to nye pasienter hver uke. Dette medfører en rulling i gruppen i forhold til at det stadig kommer nye medlemmer og i forhold til at pasientene befinner seg i forskjellige faser av behandlingen. Behandlingen er intens og har et krevende program. Det stilles store krav til åpenhet, ærlighet og villighet. (Lehmann, Lundberg, Stockenstrøm, 1987)

Pasientene forventes å dele sine innerste tanker og følelser med hverandre på en åpen og ærlig måte. Pasientene tar aktiv del i hverandres tilfriskning via å engasjerer seg i hverandre og gi hverandre tilbakemeldinger. Det forutsettes også at de stiller seg villige og åpne til selv å ta imot tilbakemeldinger fra medpasienter og terapeuter.

Denne nakenheten og åpenheten i gruppen medfører sterke prosesser og store forventninger til hverandre. Pasientene lærer også mye av hverandres prosesser.

I fjerde eller femte uke av behandlingen har pasienten familieuke. Det vil si at pasientens pårørende og familie blir invitert til behandling på sykehuset i fire dager. I disse dagen settes det hovedfokus på den pårørendes egen situasjon med målsetning om å gi kunnskap og

verktøy til å håndtere den situasjonen de står oppe i. Dette både til eget og den rusavhengiges beste.

I familieuken blir det også arrangert møter mellom den pårørende og Basispasienten hvor den pårørende får anledning til å fortelle den rusavhengige sine opplevelser og bekymringer knyttet til konkrete episoder influert av den rusavhengiges rusmisbruk.

(<http://www.avhengighetsbehandling.no/html/dogn-hoved.html>) I den andre delen av familiemøtet får den pårørende tilbakemelding på sine opplevelser fra den rusavhengige.

De beskrevne møter foregår ved at begge grupper, Basispasienter med terapeuter samt pårørende med terapeuter, sitter i samme rom i en sirkel med de to aktive parter i senter.

Møtene er sterke, vare og følelsesladede. Denne delen av Basisbehandlingene er det knyttet sterke følelser til som redsel, usikkerhet, skam, forventning, sårhet osv.

Familieuken er således en sentral del av Basisbehandlingen. I tillegg er den sårbar fordi så mye følelser og forventninger ligger åpent og opplyst.

3.0 Familieprogrammet

3.1 Familieuken

Som nevnt over er familieuken en integrert del i Basisbehandlingen. Den retter seg i hovedsak mot den pårørende og dennes situasjon, men en sentral del av familieuken er møtene med den pårørendes rusavhengige som er i Basisbehandlingen.

Forutenom familiemøtene inneholder behandlingsopplegget i familieuken gruppesamtaler, undervisning og presentasjon av selvhjelpsgruppen for pårørende til rusmisbrukere (AL-ANON). Familieteamet og Regnbuen, som også er behandlingsopplegg som ligger under ARA, presenterer sitt arbeid som i hovedsak dreier seg mot barn av rusmisbrukere.

<http://www.avhengighetsbehandling.no/html/dogn-hoved.html>

3.2 Oppfølgingsgrupper for pårørende

På lik linje med Basispasientene tilbys de fleste pårørende som har deltatt i familieuken et oppfølgingsprogram hvor de kan delta i gruppesamlinger ved sykehuset to timer hver fjortende dag i et år. Her kan deltagerne snakke om og få tilbakemeldinger på sine opplevelser og følelser i forbindelse med å være pårørende til en rusmisbruker.

3.3 Al-anon

Al-anon er selvhjelpsgrupper for pårørende til rusavhengige. Det er ca 24000 grupper verden over. Al-anon er en plass hvor medavhengige møter likesinnede i ulike deler av rusforløpet. Dette kan være en ressurs hvor medlemmene får støtte og inspirasjon hos hverandre. De Tolv Trinn og De Tolv Tradisjoner er vesentlige i Al-anon gruppene da tanken er at alkoholisme er en familiesykdom. Dette er dessuten med på å gi økt innsikt i det den rusavhengige går, skal gå eller har gått gjennom. For å bli medlem må man være venn eller familie til noen med alkoholproblemer. <http://www.al-anon.alateen.org/norway>

Fokuset til Al-anon er at familiemedlemmer til den som har rusproblemer, kan møtes og snakke om sine følelser rundt det å ha en rusavhengig i nær familie. Det kan være frykt for at de skal begynne og ruse seg, tanker rundt det å ha en rusavhengig i familien, m.m Al-anon praktiserer både for alkoholikere og narkomane for fokus er rusen.

4.0 Metode

”..en metode er således et redskap, en fremgangsmåte for å løse problemer og komme frem til ny erkjennelse. Alle de midler som kan være med på å fremme dette målet, er en metode.”
(Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn, 1996:14)

I denne delen av oppgaven vil vi beskrive hvordan vi har arbeidet med oppgaven. Vi fokusere mest på kvantitativ metode, da begge undersøkelsene er kvantitative. Vi vil peke på forskjeller i spørreundersøkelsene som mulige feilkilder i vår oppgave. Dette for å kunne skape en større forståelse for hva man kan legge i en slik analyse.

4.1 Kvalitativ metode

I bestillingen fra ARA ligger et ønske om bruk av kvalitativ metode, i form av intervju av en ”håndfull” pasienter. Denne delen av oppgaven måtte vi dessverre legge bort, da vi ikke ville rekke å få godkjenning av etisk komité i tide. Søknad om en slik godkjenning burde nok vært sendt i forkant av oppdraget. Vi mener det ville kunne styrke oppgaven betydelig å få belyst spørreundersøkelsen med oppfølgende/klargjørende spørsmål. På den måten vil vi lettere finne ut hva deltakerne satte pris på ved oppholdet, hva fungerte bra, og hva var det eventuelt de savnet? Betrakter også deltakerne i familieprogrammet rusmiddelavhengighet som en familiesykdom, slik ARA gjør, og i så fall, hvorfor er det ikke flere som gjennomfører oppfølgingen og/eller deltakelse i AI-anon. Vi vil anbefale at en lignende undersøkelse i fremtiden også følges opp av en intervju-undersøkelse.

Observasjon ble også brukt som metode, ved at to av studentene i gruppa som hadde praksisplass ved ARA var observatører i familieuka under praksisperioden. En tredje student har også fått anledning til å delta som observatør i basisbehandlingen, herunder familieuka. Hensikten ved observasjonene var bl.a. å få et bedre grunnlag for å foreta en analyse av undersøkelsene, og få teorien mer ”under huden”.

4.2 Kvantitativ metode

I denne oppgaven er to kvantitative undersøkelser analysert opp mot hverandre. De kvantitative undersøkelsene er fra 1996 og 2009. Undersøkelsene besto av ulike spørsmål for å belyse områder som ble vurdert viktige i forhold til deltakernes livskvalitet. Vi ønsker

gjennom analysen å kartlegge likheter og forskjeller mellom de to undersøkelsene og å se om det har skjedd noen utvikling. På denne måten ønsker vi å få større forståelse i forhold til om familieuka har betydning for de pårørendes livskvalitet. Ønsket er å kunne få en innsikt som kan føre til økt kvalitet på familieuka.

Kvantitative data er kort fortalt empiri i form av tall (Jacobsen, Dag Ingvar, 2003:36). Her finner vi stor grad av struktur og planlegging. Metoden er meget forskerstyrt da forskeren definerer spørsmål og svaralternativer på forhånd. Dette for å få mest mulige målbare resultater (Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn, 1998). Forskerne trenger ikke direkte kontakt med intervjuobjektene. En fordel med kvantitativ metode er at man kan undersøke større folkemengder. Gjerne også over kort tid.

4.3 En kort presentasjon av de to spørreundersøkelsene

Den siste undersøkelsen ble foretatt i 2009, og var en undersøkelse som ble sendt samtlige deltakere i familieuka i 2008. ARA har hatt ansvar for, og utført, spørsmålsformulering/svaralternativer, målgruppe, utsendelse og registrering av undersøkelsen. Vi har fått de ferdige tallene, uten noe underliggende råmateriale, til analyse. Dette førte til at vi ikke har noen mulighet til å finne underliggende sammenhenger, noe som nok ville gitt en bedre analyse med større validitet.

Den eldste undersøkelsen er foretatt i 1996. Målgruppen var de som gjennomførte familieuken i 1994. Her ble spørreskjema sendt ut i prioritert rekkefølge, med ”nærmeste pårørende” som første prioritet. Denne undersøkelsen er utarbeidet av fire studenter ved Høgskolen i Agder, linje for helse og sosialadministrasjon. Disse hadde selv ansvar for utarbeidelse av spørreskjema, valg av målgruppe, utsendelse og registrering, men i tett samarbeid og under veiledning fra ARA, som i den tiden het A-klinikken.

4.4 Mulige feilkilder

4.4.1 Uklarhet i svaralternativer

En ulempe med kvantitativ metode er at man ikke kan rydde bort misforståelser underveis. Dette viste seg å bli en metodefeil i den første undersøkelsen. Det forekom flere spørsmål hvor det var uklarhet, noe som igjen førte til at resultatene på disse spørsmålene ble gjort ugyldige. I undersøkelsen i 2009 ble flere svaralternativ endret. Ved at svaralternativene ble fjernet/forandret vil det bli vanskeligere for oss å foreta en analyse. Dette vil være en feilkilde

i oppgaven vår. Det er også vanskelig å forstå hva som ligger bak de svarene deltakerne gir. En naturlig vei videre vil derfor kunne være å utføre en kvalitativ undersøkelse, hvor vi gjennom intervju kunne utforsket dette nærmere.

4.4.2 Ulik spørsmålsformulering og overforståelse

Det var ulikeheter i spørsmålsformuleringen fra den ene til den andre spørreundersøkelsen. Dette ser vi på som en naturlig forbedring av de spørsmålsformuleringene som fungerte dårlig i 1996. Som ett resultat av dette vil det bli vanskeligere å sette spørsmålene opp mot hverandre i analysen. Det er usikkert om vi vil forstå spørsmålene slik de er intendert. Dette må vi ta med oss som en mulig feilkilde. Samtidig kan dette være med på å gi økt innsikt fordi vi muligens ser større sammenhenger enn utgangspunktet tilsier. Det vi må være forsiktige med er at vi ikke overforstår data. Overforståelse av data er når man legger mer til svarene enn det er lagt opp til (Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn, 1996). Kan dette være med på å gjøre at oppgaven ikke blir representativ? Det er større sjanse for misforståelser og overforståelse av data i vår oppgave. Dette har med at vi tolker data som vi ikke har vært med på å samle inn selv.

4.4.3 Kommunikasjonsgapet

Holme og Solvang peker på kommunikasjonsgap mellom respondenten og forskeren. Når man har kvantitativ undersøkelse vil dette gapet ofte bli større da man ikke har mulighet til oppklaringer underveis. Det finnes også et kommunikasjonsgap mellom forsker og mottaker av forskningsresultatene (Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn 1996:270). Målet er at dette gapet skal bli minst mulig. I denne oppgaven vurderer vi det slik at gapet dessverre blir større i og med at vi ikke har vært med på utførelsen av undersøkelsene.

4.4.4 Tidsaspektet og tidsfeilslutninger

Tidsaspektet fra familieuken til spørreskjema var ulikt i de to undersøkelsene. Undersøkelsen som ble gjort i 1996 ble sendt til deltakere som var med i familieuka i 1994. Den undersøkelsen som ble gjort i 2009 ble sendt til deltakere som var med i familieuka i 2008. Denne forskjellen i tid mellom opplegg på ARA og undersøkelsen kan være med på å gi ulike svar. Deltakerne i den første undersøkelsen hadde lenger tid til å fordøye opplegget på ARA og lenger tid til å se effekten. Kan dette være med på å gi variasjoner i de svarene vi kommer frem til? Vi tar med dette som en mulig feilkilde i oppgaven vår.

4.5 Arbeidsprosessen i gruppa

Vi valgte å starte arbeidet med å sette opp en plan over prosessen, med arbeidsoppgaver fordelt på den enkelte deltaker, delmål og tidsfrister. Det ble naturlig at de som hadde hospitert ved ARA, både som utplasserte studenter, og som ren observatør i basis/familieuka, ble de som fikk ansvar for å skrive om selve behandlingstilbudet og holde kontakt med ARA for veiledning. Veiledning fra ARA skjedde fortløpende etter behov. Gruppa hadde flere samlinger i plenum, og mot slutten gikk koordinatøroppgaven på rundgang i gruppa.

5.0 Etterundersøkelse av familieprogrammet ved basisposten

Denne delen av oppgaven er en ren analysedel, hvor vi presenterer resultatene fra begge spørreundersøkelsene, analyserer resultatet fra 2009-undersøkelsen og ulikheter mellom de to undersøkelsene.

Deltakere i familieprogrammet 2008: N=111 av 154,72 % svarprosent, innhentet i 2009 (Deltakere i familieprogrammet 1994, svarprosent 75 %, innhentet i 1996) **Data fra 1994-kullet er skrevet i kursiv inne i parentes.** Spørsmålsstilling er noenlunde lik, men svaralternativene er ofte ulike og ikke helt sammenlignbare.

5.1 Kjønn:

Mann	32,10 %
Kvinne	67,90 %

Som neste spørsmål vil vise er det kun ca 16 % av deltakerne i familieprogrammet som er partnere/eks partnere til den rusavhengige. Den store forskjellen i kjønnsfordeling kan derfor ikke utelukkende forklares i at flertallet av pasientene i basis er menn. Det kan også indikere at kvinnelige pårørende har et større behov for oppfølging enn mannlige pårørende, eller tar et større ansvar for å motta slik oppfølging.

5.2 Forhold til den rusavhengige:

Partner	12,73 % (36 %)
Foreldre	34,55 % (21 %)
Søsken	26,36 % (11 %)
Eks	3,64 % (21 %)
Barn	10,91 % (7 %)
Annet	11,82 % (4 %)

I oppgaven fra 1994 er svarene fra foreldre og barn utelatt i oppsettet. De utgjør 28 % av det totale utvalget som blir $N=67$ etter omregning. Vi har valgt å omgjøre tallene i tabellen fra den forrige undersøkelsen for at de skal bli mer sammenlignbare med tall fra 2008.

Gruppen barn og foreldre er ikke delt opp i 1994. Det er den i 2008. I 2008 utgjør foreldre 74 % av totalen av barn og foreldre. Vi har forutsatt at fordelingen mellom disse kan overføres til foreldre/barn-gruppen i 1994. Gjennom denne omregningen, som også fremgår i detalj under, har vi fått 1994-tallene for dette spørsmålet.

Gruppen foreldre og barn er tatt ut av oppsettet i 1994. Resten er 48 svar.

Det angis at gruppen foreldre og barn er 28 % av totalen. Det vil si at 48 er 72 % av totalen.

Dette medfører at totalt antall svar på dette spørsmålet i 1994 er 67 svar.

For lettere å kunne sammenligne svarene på dette spørsmålet med svarene i 2008 har vi omregnet prosenten slik at alle grupper er tatt med.

	UNDERSØKELSE 1994		UNDERSØKELSE 2008				
	% av N =48	Antall av 48	% av N=67		% AV TOTAL	ØKNING/RED	
ektefeller	50 %	24	36 %		13 %		-23 %
eks ektefelle	29 %	14	21 %	57 %	4 %	17 %	-17 %
søsken	15 %	7	11 %		26 %		15 %
annet	6 %	3	4 %		12 %		8 %
totalt	100 %	48					
foreldre	utelatt	14	21 %		34 %		13 %
barn	utelatt	5	7 %		11 %		4 %
Totalt inkl foreldre og barn		62	100 %	57 %	100 %		0 %

Prosenten for foreldre og barn i 1994 er totalt 28 %. I 2008 er barn 11 % og foreldre 34 %. Prosentvis lik fordeling i 1994 gir tall som over.

Det er i øyenfallende at antallet partnere og ”eks’er” er redusert. Noe som kan tyde på at dagens partnere trekker seg hurtigere ut av et ”negativt” forhold, men som på den annen side kan være en ren metodefeil, da spørreskjemaene for 1994-undersøkelsen ble sendt ut til ”nærmeste pårørende”, hvor ektefelle/samboer var første prioritet. Det lave antall partnere/eks’er kan også indikere at flere av pasientene på basis er forholdsvis unge, hvor ruskarrieren har vært prioritert fremfor en livspartner. Vurderingen av disse svarene må også sees i sammenheng med neste spørsmål.

5.3 Bor du sammen med?

Ja	21,90 % (31 %)
Nei	78,10 % (69 %)

Sammenligningen viser en vesentlig nedgang i antall som bor sammen med den rusavhengige.

Bakgrunnen må sees i sammenheng med forrige spørsmål. Denne tabellen har heller ikke noe

alternativ for ”til og fra”, eller ”begge deler”. Det kunne vært spennende å se om behandlingen på basis og familieuka endrer noe på dette spørsmålet.

5.4 Har den rusavhengige brukt rusmidler etter utskrivning?

Nei, ikke som jeg vet (<i>totalavhold</i>)	63,11 % (44 %)
Betydelig mindre (<i>Mindre enn før</i>)	18,45 % (24 %)
Noe mindre (ikke alternativ)	8,74 % (ikke alternativ)
Som før (som før/verre)	8,74 % (16 %)
Verre (regelmessig)	0,97 % (6 %)

Antall rusavhengige som har brukt rusmidler betydelig mindre enn før, eller ikke i det hele tatt er økt betydelig ved siste undersøkelse, fra 68 % til 81,5 %. Om dette predikerer en større suksess i behandlingen er vanskelig å si, da tidsrommet fra behandlingen i basis, til innhenting av data var lengre for 1994-kullet enn for 2008-kullet. Det vil også være av betydning at færre pårørende borsammen med den rusavhengige i 2009-undersøkelsen, og derfor ikke vil være så godt orientert om den rusavhengiges eventuelle tilbakefall. Det er kun 0,97 % i siste undersøkelse som opplyser at rusmisbruket er blitt verre etter behandlingen, noe som vil si kun en person.

5.5 Har du gått i Al-Anon?

Aldri gått	79,09 % (60 %)
Gått kun noen få ganger (1-2) (<i>sluttet</i>)	10,91 % (13 %)
Gått av og til (3-6 x pr. halvår) (<i>sporadisk</i>)	3,64 % (20 %)
Gått jevnlig (2 x pr mnd eller mer) (<i>regelmessig</i>)	6,36 % (8 %)

Hele 90 % av respondentene svarer i 2009 at de aldri har gått, eller kun gått 1-2 ganger i Al-Anon. Dette er et forbløffende høyt tall tatt i betraktning av at klinikken betrakter avhengighet som en familiesykdom, og betrakter medavhengighet som en egen lidelse.

Familieprogrammet legger også vekt på å informere om tilbudet og oppfordrer deltakerne til å

bruke det. Er familieprogrammet og de pårørende på kollisjonskurs her, eller er det andre forklaringer. Dette spørsmålet søker vi å belyse bredere i neste kapittel.

5.6 Har du deltatt i oppfølging?

Ikke deltatt selv om jeg fikk tilbud (<i>aldri</i>)	76,09 % (57 %)
Gått noen få ganger, men sluttet (<i>Vært med</i>)	8,70 % (13 %)
Gått jevnlig (Ja, i 11 måneder)	15,22 % (30 %)

At nesten 80 % i 2009-undersøkelsen ikke har deltatt kan sees i sammenheng med forrige spørsmål. Vi legger imidlertid merke til at det er en halvering i antall som har gått jevnlig i forhold til undersøkelsen fra 1996. Hvis vi forutsetter at det hovedsakelig er partnere som deltar i oppfølging, er imidlertid oppslutningen meget god, da under 13 % av respondentene opplyser å være partner til pasienten. Også dette blir nærmere drøftet i senere kapittel.

5.7 Har familieuka bidratt til at du har bedt om mer profesjonell hjelp?

(Har noen av respondentene søkt hjelp hos psykolog/psykiater)

Ja	Ca 10,00 % (20 %)
Nei	Ca 90,00 % (80 %)

Det er en klar nedgang i antall som har søkt ytterligere profesjonell hjelp. Dette drøftes nærmere i sammenheng med de to foregående spørsmål. Dette må også sees i sammenheng med at færre av deltakerne i 2009-undersøkelsen bodde sammen med den rusavhengige.

5.8 Hvordan er forholdet ditt til den rusavhengige nå?

Verre	6,60 % (9 %)
Uforandret	17,92 % (29 %)
Bedre	43,40 % (26 %)
Mye bedre	32,08 % (40 %)

Antall som svarte ”uforandret” på dette spørsmålet er sterkt redusert fra 1994 til 2008-kullet. Dette kan ha sammenheng med at færre av respondentene i siste undersøkelse bor sammen med, eller er partner til den rusavhengige. Antallet som svarer ”bedre” eller ”mye bedre” har imidlertid økt med 10 % og nå passert 75 % av respondentene, hvilket må sies å være svært bra.

5.9 Hvis bedre forhold, tror du det skyldes...

Mest den rusavhengiges behandling	36,59 % (22 %)
Mest min deltakelse i familieuka	7,32 % (22 %)
Begge deler	54,88 % (49 %)
Andre forhold	1,22 % (7 %)

Nær 99 % av de som oppgir å ha fått et bedre forhold til den rusavhengige tilskriver behandlingen/familieprogrammet æren for dette i 2009-undersøkelsen. Det er en dreining i retning av at flere tillegger behandlingen av den rusavhengige størst betydning. Kan dette igjen ha en sammenheng med andre sammensetninger av relasjonene i de to undersøkelsene og at færre bor sammen med den rusavhengige. Dette kan også sees i sammenheng med nedgangen i deltakelse hos Al-Anon og oppfølgingen.

5.10 Dersom nye regler, klarte du å gjennomføre dem?

Av og til	24,05 %
Som regel, nesten alltid	64,56 %
Alltid	11,39 %

Svaralternativene mellom de to undersøkelsene er så ulike at vi bare valgte å ta med 2008-kullet her. Det er interessant å merke seg at nesten 65 % svarer at de alltid klarte å gjennomføre nye regler, hvor dette var aktuelt, når vi vet hvor sterkt medavhengighet kan arte seg.

5.11 Hvordan har hverdagen din vært etter familieuka?

Mye bedre	22,22 % (50 %)
Bedre (litt bedre)	53,70 % (37 %)
Uforandret (<i>som før</i>)	20,37 % (11 %)
Verre	3,70 % (2 %)

Det er 11 % færre som svarer ”mye bedre” eller ”bedre” i den siste undersøkelsen i forhold til 1994-kullet. Det er nærliggende å peke på den endrede relasjonssammensetning også her, da man kan anta at en positiv endring i hverdagen slår sterkest ut hos en partner og andre som bor sammen med den rusavhengige.

5.12 Hvis bedre hverdag, tror du det skyldes...

Mest den rusavhengiges behandling	20,00 % (22 %)
Mest min deltakelse i familieuka	20,00 % (22 %)
Begge deler	56,47 % (49 %)
Andre forhold	3,53 % (7 %)

Her betinger spørsmålet at hverdagen til de som svarer er blitt bedre, noe ca 76 % svarte i forrige spørsmål. Fordelingen på de ulike svaralternativene er svært like i de to undersøkelsene og hele 76 % legger stor vekt på familieuka.

5.13 Vil du anbefale familieuka til andre?

Ja	98,15 % (97 %)
Vet ikke	1,85 % (3 %)

Med unntak av to personer, svarte alle at de vil anbefale familieuka til andre, noe som indikerer at de har fått et positivt utbytte. For 1994-kullet var også ”nei” et svaralternativ, men ingen benyttet dette da.

5.14 Hva synes du om informasjonen på forhånd?

Svært bra	37,50 % (25 %)
Jevnt bra	44,23 % (40 %)
Bør forbedres	18,27 % (35 %)

Informantene i 1994-kullet hadde ikke mottatt noen konkret forhåndsinformasjon, men likevel mente kun 35 % at dette burde forbedres. Tallene for 2008-kullet er vesentlig mer positive, til tross for at vi nok er mer kravstore i dag, noe som indikerer at familieprogrammet har forbedret sin forhåndsinformasjon.

5.15 Hva synes du om familieukas varighet?

For kort	11,11 % (47 %)
Passe	87,04 % (51 %)
For lang	1,85 % (2 %)

Varigheten på familieuka er den samme ved de to undersøkelsene, 4 dager. I den eldste undersøkelsen, svarte mange på et åpent oppfølgings spørsmål at det ble for mye informasjon på kort tid, og at de derfor ville foretrekke et lengre program. Dette har endret seg mye til 2008-kullet, noe som både kan ha sammenheng med sammensetningen av de pårørende, og at travelheten generelt i samfunnet har økt (hvor mye tid man er villig til å sette av for dette).

5.16 Hvilket utbytte hadde du av det du lærte om rusavhengighet?

Ikke noe utbytte (bør forbedres)	0,93 % (1 %)
Lite utbytte	0,93 %
En del utbytte (jevnt bra)	20,37 % (35 %)
Stort utbytte	49,07 %
Svært stort utbytte (svært bra)	28,70 % (64 %)

”Stort utbytte” var ikke noe svaralternativ for 1994-kullet, men summerer vi dette alternativet og ”svært stort utbytte” for 2008-kullet, finner vi at 78 % var meget fornøyd. Om dette er en økning er vanskelig å si, fordi noen av de som svarte ”jevnt bra” av 1994-kullet kanskje hadde svart ”stort utbytte” om dette var et alternativ.

5.17 Hvilke utbytte hadde du av det du lærte om medavhengighet?

Ikke noe utbytte (bør forbedres)	1,85 % (6 %)
Lite utbytte	1,85 %
En del utbytte (jevnt bra)	17,59 % (31 %)
Stort utbytte	40,74 %
Svært stort utbytte (svært bra)	37,96 % (63)

Heller ikke her er svaralternativene helt sammenlignbare, men vi konstaterer at hele 79 % av 2008-kullet svarer ”stort utbytte” eller ”svært stort utbytte”.

5.18 Hvilke utbytte hadde du av familiemøtene?

Ikke noe utbytte	1,85 %
Lite utbytte	5,56 %
En del utbytte	23,15 %
Stort utbytte	33,33 %
Svært stort utbytte	36,11 %

Dette spørsmålet finner vi kun i siste undersøkelse, men ser at hele 93 % oppgir å ha hatt ”en del utbytte” eller bedre.

5.19 Hvilket utbytte hadde du av å være sammen med andre familier?

Lite utbytte (ikke aktuelt)	1,85 % (1 %)
En del utbytte (uten betydning)	23,15 % (2 %)
Stort utbytte (negativt)	36,11 % (2 %)
Svært stort utbytte (positivt)	38,89 % (90 %)

I dette spørsmålet er svaralternativene svært ulike, men summerer vi rubrikkene ”en del utbytte” og bedre, tilsvarer det mer enn 98 % av respondentene, og bør være sammenlignbart med de 90 % som svarte ”positivt” av 1994-kullet. Den store andelen positive svar predikerer svært tydelig at det er riktig å bruke grupper som metode i behandlingen.

5.20 Alt i alt, hva synes du av utbytte av familieuka for din egen del?

Ikke noe utbytte	0,91 %
Lite utbytte (lite)	0,91 % (2 %)
En del utbytte	15,45 %
Stort utbytte (bra)	40,00 % (36 %)
Svært stort utbytte (svært bra)	42,73 % (62 %)

Her svarer hele 83 % av 2008-kullet ”stort utbytte” eller bedre. Vi finner en nedgang i svaralternativet ”svært stort utbytte”/”(svært bra”) med nesten 20 %. Hvorvidt dette har sammenheng med respondentenes opplevelse av familieuka, eller er en metodefeil fordi svaralternativene er forskjellige er vanskelig å si. Det kan også ha sammenheng med sammensetningen av deltakerne og den generelt økende kravmentalitet i samfunnet. Man kan generelt slå fast at det store flertall av deltakerne mener å ha fått et stort utbytte av deltakelsen.

6.0 Drøfting av noen hovedfunn

Vi vil her drøfte noen funn vi har funnet spesielt spennende, og viktige vil vi tro, for familieuka på ARA. Vi stiller også noen kritiske spørsmål.

6.1 Hvilket utbytte har pårørende av familieuken?

Det viser seg i denne undersøkelsen, som i undersøkelsen fra 1994, at deltagerne i familieuken er svært fornøyde og har hatt stort utbytte av å delta i familieuken. Deltagerne er blitt spurt om sitt utbytte i forhold til følgende:

Det de har lært om rusavhengighet

Det de har lært om medavhengighet

Utbytte av familiemøtene

Utbytte av å være sammen med andre

Alt i alt, utbytte for egen del

På alle de fem ovennevnte spørsmål viser svarene en overveiende tyngde mot fornøyd og veldig fornøyd. Vi ser likevel noen variasjoner som det kan være interessant å dvele ved.

Eksempelvis er det 20 % fra 2008 kullet som svarer at de har hatt ”En del utbytte” av det de har lært om rusavhengighet, mens 35 % av 1994-kullet sier de hadde ”Jevnt bra” utbytte av å lære om rusavhengighet.

Videre finnes det to svaralternativ fra 2008 undersøkelsen som uttrykker høyere tilfredshet med utbytte, dette er ”Stort utbytte” og ”Svært stort utbytte”. Summen av svarprosenten på disse to svaralternativene er hele 80 %. I 1994 ser vi at 64 % har svart det svaralternativet som er bedre enn ”jevnt bra utbytte”. Dersom en forutsetter at ”En del utbytte” betyr det samme for deltagerne i 2008 og i 1994 som ”Jevnt bra” ville gjort, ser det ut som at deltagerne i 2008 er mer fornøyd og tilfreds enn de som deltok i 1994.

Tallene viser det samme når det gjelder spørsmålet om utbytte av det de lærte. En annen forklaring til forskjellene i svarprosentene mellom de to årene, kan være forskjellen i ordlyden i de forskjellige svaralternativene. Svaralternativet som ligger i midten i 2008 ”Stort utbytte” kan like gjerne tolkes slik at dersom de i 2008 ikke hadde hatt dette svaralternativet hadde de falt ned til ”En del utbytte/jevnt bra” istedenfor opp til ” Svært stort utbytte/svært bra”.

En annen mulighet er at noen av de som ligger i denne boksen ville valgt oppover og noen nedover hvilket kunne resultert i at vi hadde fått en identisk svarprosent for de to årene.

Det sistnevnte finner vi dog mest naturlig, og refleksjonene viser at forskjellene i svaralternativene medfører en vesentlig usikkerhet og feilkilde, i forhold til muligheten rundt å kunne tolke data.

I dette tilfellet, hvor det er forskjellig ordlyd i svaralternativene, vil tolkningen av uttrykksoppfattelse bli en større del av tolkningen enn selve tolkningen av innholdet i svarene. Spørsmålet om deltagerne har hatt utbytte av familieuken finnes bare i 2008 undersøkelsen og kan derfor ikke sammenliknes med tidligere tall. Uansett viser svarene også her at 93 % av deltagerne har hatt en del utbytte til svært stort utbytte.

Når det gjelder neste spørsmål om utbytte av å være sammen med andre, er svaralternativene i de to undersøkelsene så forskjellige at det ikke er noe poeng i å sammenligne tallene. Dog fremgår det også her at 98 % (90 %) har hatt "En del utbytte" til "Svært godt utbytte". På siste spørsmål om utbytte, hvor en spør om hvordan utbytte har vært alt i alt for deltagerens egen del, ser vi at det i 1994 ligger en stor andel svar helt i øverste skifte. Hele 98 % svarer at de har fått stort utbytte (bra) til svært stor (svært bra) utbytte. Det beste svaralternativet heter "svært bra" i 1994 og "svært stort utbytte" i 2008.

Etter vår oppfatning er disse svaralternativene svært like. Svarprosenten i 1994 er høyere (62 %) enn hva en finner i 2008 (43 %). Gjennom dette kunne en tenkt at deltagere i 2008 stiller høyere krav før de blir svært fornøyd enn hva de gjorde i 1994. Dette hadde vært nærliggende å tenke seg ettersom det er en diskurs i samfunnet der borgerne i større grad enn tidligere har forventninger om at staten har en plikt til å ordne opp i de problemstillinger borgerne står oppe i.

Selv om dette er en nærliggende tanke finner vi det mer nærliggende og se på hvilke svaralternativer de hadde i 1994. Neste svar på skalaen nedover var "bra" i forhold til at de i 2008 også hadde svaralternativet "stort utbytte". Vi mener at de som svarer "stort utbytte" viser større grad av tilfredshet og utbytte enn de som svarer "bra". Konklusjonen i forhold til dette forsøket på å se om det finnes forskjellig i graden av fornøydhet fra 1994 til 2008, syntes ikke å fremkomme av oppgaven. Alle virker bare veldig fornøyd med det opplegget de har fått delta i.

Etter vår mening er dette igjen bemerkelsesverdig. Det er en kjent sak at den offentlige rolle og ansvar i forhold til å skulle håndtere helseproblemer er vesentlig økt de siste 20 årene. Samfunnet har tatt over oppgaver som tidligere hvilte på det private/familien. Tilsvarende har borgerne i samfunnet en økt forventning i forhold til at det skal være sånn. Dersom en stadfester dette som en sannhet, ville det vært mest sannsynlig at deltagerne i 2008 ikke var like fornøyde som de som deltok i 1994, dersom familieprogrammet var likt på de to tidspunktene.

En behandling utvikler seg i takt med økte forventninger i samfunnet. Dermed får vi frem et bilde av at det er sannsynlig at familieprogrammet har vært i vekst og utvikling i løpet av tiden som har gått. Avdelingen har klart å møte de nye krav og forventninger samfunnet og borgerne stiller til tilbudet. De klarer fremdeles å ha og opprettholde et tilbud som er midt i blinken i forhold til behov og ønsker hos deltagerne. Ut fra tallenes tale mener vi dette er nærliggende sannheten.

6.2 Er utvalget inhabilt?

Sist men ikke minst har vi funnet det nødvendig å se på de spørsmålene som stilles og den settingen som finnes rundt undersøkelsen. Kan det være grunn til å tenke at deltakerne vil komme til å svare svært positivt uansett? Er spørsmålene arrangert på en slik måte at de kan være gjenstand for motstand i forhold til å uttrykke eller tilkjenne misnøye?

Alternative tanker vi har vært innom i denne forbindelsen er følgende hypoteser:

Vil en deltaker som frivillig har valgt å investere fire dager, borte fra arbeid og andre forpliktelser, være tilbøyelig til å vise en positiv holdning til programmet. Ved å vise en negativ holdning vil hun/han gå imot sitt eget valg og overbevisning om at deltagelsen ville være bra?

Får en kun deltagere i familieuken som på forhånd har bestemt seg for at dette er bra?

En annen tanke til refleksjon er om de tunge temaene og de sterke opplevelsene i familieuken kan skape relasjoner til avdelingen som gjør at deltagerne føler de ikke vil skuffe personalet ved å gi uttrykk for en negativ holdning? Det er kjent at terapeuter og andre ansatte som er involverte, gir av seg selv og tilkjenner et åpent og ærlig ønske om å hjelpe deltagerne i den vanskelige situasjonen de er i.

Vi har gjennomgått og vurdert spørsmålene over i forhold til om disse elementene kan ha betydning for svarene. Vi har kommet til at eventuelle årsaker mellom de ”gode” svarene og settingen deltagerne står i, ikke kan tillegges en sannsynlig årsak for de gode resultatene. En av vurderingene som begrunner denne konklusjonen er at en forventer at deltagerne vil gi en ærlig og åpen vurdering i spørreundersøkelsen selv om de hatt sterke opplevelser og blitt knyttet til avdelingen. For oss er det naturlig å tenke seg at deltagerne forstår at spørreundersøkelsen er et ledd i den videre utviklingen av programmet, og at eventuelle negative opplevelser vil ha positiv betydning.

I denne vurderingen er det også viktig å merke seg de som ikke har svart på spørreundersøkelsen. Er det grunn til å forvente at de negative svarene ligger i denne delen av utvalget. Vi finner det nærliggende å tro at tilfredsheten i denne delen av utvalget er lavere enn i den delen som har valgt å svare.

Dersom en forutsetter at alle av dem som ikke har svart ville svare negativt medfører dette at svarprosenten på ”stort utbytte” og ”svært stort utbytte” ville blitt 60 %. Dette er altså dårligste mulige resultat. Vi ser her at også i dette tilfelle er det over 50 % som har stort utbytte. Dette mener vi er bra. Videre mener vi at det ikke er sannsynlig at alle i gruppen som ikke har svart ville svart negativt. Etter vår oppfatning finnes det flere årsaker til at de som ikke svarer har valgt å ikke svare.

6.3 Hvorfor deltar flere kvinner enn menn i familieuken?

I spørreundersøkelsens første spørsmål framgår det at det er dobbelt så mange kvinner som deltar i familieuken i forhold til menn. En kan tenke seg at dette skyldes at det gjennomgående er flere menn i behandling enn det er kvinner. Dette er også et faktum som vil medføre en større kvinneandel blant partnere i familieuken. Dog fremkommer det at det kun er 16 % av de deltagende i familieuken (i 2008) som er partnere eller eks partner/ektefelle. Dermed ser vi at det ikke utelukkende er den høye mannsandelen i Basisbehandlingen som er årsaken til den høye andelen av kvinner i familieuken.

Når en reflekterer over hvorfor det er slik at deltagerandelen for kvinner er høyere enn deltagerandelen for menn, kan en tenke seg flere forklaringer.

For det første kan det være at kvinner i større grad enn menn føler at de har *behov* for veiledning og oppfølging i en slik situasjon.

En annen forklaring kan være at de pasientene som deltar i Basis i større grad inviterer kvinner blant de pårørende enn menn. Årsaken her kan for eksempel være at de tenker at kvinnene vil være *mer skånsomme i sin omtale og dom* enn hva mennene vil være.

Det kan også tenkes at Basispasientene tenker at kvinner i større grad enn menn vil kunne *håndtere den nærhet og åpenhet* som kreves i familieuken.

Videre kan det være at kvinner, i større grad enn menn, *opprettholder kontakt og nærhet* til den rusavhengige. Mens mennene (fedre og brødre) kanskje har gjort seg ferdig med den rusavhengige og laget en distanse som det er vanskelig å invitere over.

Deltagere i familieuken skal ha en viss villighet og engasjement for å velge å delta i et oppfølgingsprogram som varer over fire arbeidsdager.

I dette ligger det et annet element som kan forklare at kvinner er overrepresentert i deltagerantallet. Kanskje kvinner i større grad enn menn *har anledning, vilje og mulighet* til å være borte fra jobb i fire dager.

Hvorfor er sammensetningen av deltagerne relasjon til den rusavhengige endret vesentlig i løpet av de siste 14 år?

6.4 Andel partnere synker

Undersøkelsen viser at det i 1994 var nesten 57 % av deltagerne som var partnere eller eks-partnere til den rusavhengige. I 2008 var kun 17 % partnere eller eks partnere. Dette er en vesentlig endring i deltagersammensetningen fra 1994 til 2008.

I 1996 ble det sendt ut spørreskjema til et utvalg av de som deltok i familieuken i 1994.

Utvalget var slik at partnere var prioritert først, deretter sønn/datter. Totalt 94 spørreskjema ble sendt ut. Svarprosenten var på 75 %.

Ifølge studentene som skrev oppgaven i 1996 var det utvalget som ble sendt ut representativt for gruppen som deltok i familieprogrammet.

I 2009 ble det sendt ut spørreskjema til alle som deltok i familieprogrammet i 2008, totalt 154 spørreskjema. Svarprosenten denne gangen var på 72 %

På tross av at studentene i 1996 mente at det var sendt ut spørreskjema til et representativt utvalg, mener vi at forskjellen i utvalgsmetoden har hatt betydning i forhold til at andel svar fra partnere har sunket fra 1996 til 2009. Dog mener vi at dette ikke er den eneste årsaken til reduksjonen i antall partnere.

I tallmaterialet vi har mottatt fra Ara fremgår det at det var totalt 23 ektefeller/ekser som deltok i familieprogrammet i 2008. Tallmaterialet viser at det var minst dobbelt så mange i samme kategori i 1994.

Årsaken til dette kan ligge i at parforhold lettere går i oppløsning i dag enn hva det gjorde for 14 år siden. Familiesammensetningene endres, og det er mer vanlig enn tidligere at familier går i oppløsning.

Det kan se ut som at andre deltagere i familien er blitt mer fremtredende og sentrale i familien. Blant annet ser vi at andelen av søsken, foreldre og barn har økt siden 1994. Vi tenker at denne utviklingen er positiv for programmet og det utbytte deltagerne får av å være med. Det er nærliggende å tenke seg at en foreldre/partner til en rusmisbruker kan ha stor nytte av å se hvilke konsekvenser et rusmisbruk kan ha for andre familiemedlemmer. Tankene her går spesielt til barn som med sin deltagelse vil formidle barnets syn og opplevelse generelt i situasjonen. En annen mor/far som deltar i programmet, vil kanskje oppdage forhold og konsekvenser for egen familie som han/hun ikke har sett tidligere.

6.5 Andel barn øker

Vi kan se av svarprosenten at 11 % av deltagerne i 2008 var barn og 35 % foreldre. Svaralternativ for disse to gruppene er ikke med i spørreundersøkelsen fra 1994-kullet. Dog har vi omregnet tallene og ser at prosentandelen av barn har økt fra 1994. (Etter våre beregninger fra 7 % til 11 %.)

Det er flere momenter som taler for og imot at andel barn i pårørendebehandling øker. Som følge av blant annet økt alkohol- og rusforbruk blant unge (Samsø 2005) og rusreformenes ventetidsgaranti for unge rusmisbrukere (www.fmr.no), tar en stadig inn yngre pasienter i Basisbehandling. Dette skulle tilsi at gruppen nå har færre barn som var store nok til å kunne delta i familieuken. Altså en forventning om at andel barn i familieuken skulle vært redusert.

Ifølge informasjon fra Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling har alltid barn hatt et vesentlig fokus i behandlingen. Etableringen av Regnbueprogrammet tidlig på 90-tallet viser også dette. Tidligere var det også lavere aldersgrense for å kunne delta i familieuken. I 1994 var aldersgrensen 7 år mot 16 år i 2008. Dette skulle også tilsi at andelen barn skulle ha sunket siden 1994.

Dog viser svarprosenten at det ikke er slik, men omvendt.

Tidligere omtalte utvalgsmetode fra 1996, hvor utsendelse til barn ble prioritert nummer tre, etter partnere og foreldre, har nok en viss betydning i forhold til at andel barn i 2008 er høyere.

Dog mener vi at hovedforklaringen på dette ligger i at mangelen på barn i 1994 ikke skyltes at de ikke fantes, men at de ikke ble sett og inkludert på samme måte som de gjør i dag.

I forhold til dette tenker vi ikke på syn forankret i rusbehandlingen spesielt, men et samfunnssyn på barn som i de siste tiår er vesentlig endret. Barn har i vesentlig større grad enn tidligere blitt tatt på alvor og sett i kraft av sin egenskap som barn, ikke som små mennesker i ventestadiene på å bli voksne. Samfunnet generelt har fått mere kunnskaper om hvor viktig det er for barn å snakke om det de opplever.

I de senere år har det blitt satt mer fokus på barn og de skadene de tar av å leve i en familie med rusmisbruk (Hansen, Frid A: 2001)

Dette fører en inn i en tankerekke som det kan være interessant å forfølge videre. Kan det være at vi i 2008 bare er et sted på veien i forhold til utviklingen når det gjelder fokus, interesse og engasjement i barna til rusmisbrukere.

Dersom en foretar en ny undersøkelse om 20 år, vil en da se at barna er kommet ennå sterkere i fokus?

I forhold til dette kan en reflektere over at det i disse dager innføres ny rutiner i

Basisbehandlingen. I forberedelse til behandling har en planer om at en, i større grad enn tidligere, skal ta barna inn allerede i behandlingens første fase.

En har i større grad enn tidligere forstått konsekvensene av at barn lever med rusmisbruk, og at dette er en gruppe mennesker som er i risikozonen for å gå inn i rollen som fremtidig rusmisbruker.

Samfunnets modighet og kompetanse på barn har økt. Det å snakke med barn og la deres stemme blir hørt, er et felt som har vært i rask utvikling de siste år. (Øvereide, Haldor: 2000)

6.6 Hvorfor deltar så lav andel i oppfølgingsprogrammet?

Det fremgår ovenfor at det er en stor tilfredshet blant pårørende for familieuken.

På tross av dette viser undersøkelsen at det er få pårørende som velger å delta i avdelingens videre oppfølgingsprogram for pårørende. Bare 15 %, som har sunket fra 30 % i 1994, angir at de har deltatt regelmessig i oppfølgingsprogrammet som de fikk tilbud om etter familieuken.

Oppfølgingsprogrammet går ut på at pårørende får tilbud om å møtes til gruppeterapi en gang hver 14. dag.

Når det gjelder spørsmål om hvorfor oppfølgingsprogrammet ikke blir prioritert blant pårørende, på tross av at de er fornøyd med det opplegget de har blitt presentert i familieuken, kan en tenke seg forskjellige årsaker til dette.

For det første får ikke alle tilbud om å delta i oppfølgingsprogrammet. Det er i hovedsak partnere som får dette tilbudet. I tillegg gis det også ofte tilbud om oppfølgingsprogram til foreldre.

Boavstand fra behandlingsstedet har også betydning for om det er relevant å invitere deltagere fra familieuken til oppfølgingsprogrammet. Som følge av fritt sykehusvalg er det mange av Basispasientene som kommer fra andre steder i landet og som har familier som er hjemmehørende der. Videre oppfølging i Kristiansand blir dermed upraktisk.

Videre kan vi tenke oss at dette også handler om ”tidsklemma”. Det er en kjent problemstilling at folk har et større aktivitetsnivå og forventninger i forhold til arbeid, skole og barn enn hva som var vanlig for 14 år siden. Tempo i samfunnet har økt, og derigjennom prioriterer folk annerledes i dag enn tidligere. Dette kan medføre at flere ikke finner tid til å delta i oppfølgingsprogrammet.

Foruten om tidsklemma kan vi tenke oss at gruppeterapi ikke syntes forlokkende for de pårørende på tross av at de fikk en positiv forsmak i familieuken. Selv om opplegget i familieuken oppleves som bra kan det være at dette ikke frister til gjentakelse sånn uten videre. I forbindelse med familieuken har den pårørende fått anledning til å forberede seg både praktisk og psykisk til det som skal skje. De er gjerne skjermet for omverdenen og livet ellers i den perioden da familieuken pågår. Det kan være at hverdagslivet ikke tillater regelmessige avbrudd i form av oppfølgingsgrupper.

I tillegg kan det tenkes at de pårørende opplever det for krevende å skulle sette seg inn i en gruppe for å dele noen av de mest såre tingene i livet på en vanlig tirsdag. Selve opplegget er utmattende og krever deltagelse, engasjement og innlevelse. Om det ikke er ens egen sorg og smerte en skal kjenne på, så skal en delta og være et medmenneske i andres smerte. Dette krever overskudd, behov og prioritering.

6.7 Vurdering av kost/nytte

Uansett årsak viser det seg at det er ganske få som deltar i det videre oppfølgingsprogrammet for familien selv om dette er en vesentlig del av den aktiviteten familieteamet ved avdelingen bruker sin tid på.

Dersom en ser på kost-nytteverdi i forhold til oppfølgingsprogrammet og familieuken kan en finne noen tall som sier noen om ressursbruken i forhold til nytte, alternative behov og løsningsalternativer.

(Våre skjønsmessige tall i forhold til forbrukt tid på familieprogrammet er vurdert i samråd med Ara.) Familieuken forbruker ca 70 % av to terapeuters hele årsverk (familieuken hver annen uke og forberedelse til familieuken, minimum to dager pr familieuke). Dette utgjør 1,40 årsverk. I 2008 har det deltatt 157 personer i familieuken ifølge oppsett fra familieteamet. Hvert årsverk utgjør 1950 timer, totalt 2730 timer pr år som utgjør 17 timer pr pasient i familieuken. Tilsvarende forbruker pårørende gruppene ca 15 % av to terapeuters hele årsverk (1,5 dag annenhver uke). Dette utgjør 0,3 årsverk, 585 timer pr år. Ifølge oppsett fra familieteamet var det 11 personer som benyttet seg av pårørende gruppene i 2008. Dette utgjør et tidsforbruk på 53 timer pr person pr år. Mer enn tre ganger så mye tid går med til dette tilbudet enn til familieuken.

Dette til ettertanke og vurdering av om tilbudet kunne vært løst på en annen måte, som tok mindre ressurser og som også gir større deltagelse og nytteverdi for flere.

Forslag til en alternativ modell er beskrevet under råd til ARA.

7.0 Noen tanker og råd til ARA

Vi viser til ovenstående analyse og ønsker å komme med noen refleksjoner og råd rundt et par av hovedfunnene.

7.1 Alternativ måte for oppfølgingsgruppe for pårørende

ARA er i en endringsprosess hvor nye tilbud skal bygges ut. Blant annet skal det utvikles en dagvariasjon av Basisbehandlingen. Dagbehandlingen skal, etter det vi har forstått, på mange måte ligne på dagens døgnbaserte Basisprogram med Familieuke, forberedelse av pasienter og oppfølging av pasienter og pårørende. Det nye opplegget gir rom for å integrere gamle løsninger med nye slik at dette kan bidra til å løse tidligere utfordringer og problemstillinger. Når det gjelder oppfølgingsgruppen for pårørende har vi vist under kapittelet "Hovedfunn" at tidsforbruket på dette er over tredobbelt av hva som medgår i familieuken. Sammenlignet med familieuken syntes tilfredsheten å være minst like stor for familieuken som for oppfølgingsgruppene. Mange pårørende velger bort tilbudet selv om de som velger å delta gir uttrykk for stor grad av nytteverdi i tilbudet de mottar.

Vi vil her skissere et forslag til en alternativ måte å løse oppfølgingsønske ovenfor pårørende. Denne løsningen baserer seg på dagens system. Begrensninger som følger av dette, vil kunne avhjelpest i forestående endringsprosess i avdelingen. Vi ser at pårørendegrupper krever mye tid og har tenkt på muligheten for å innlemme dette tilbudet som en del av familieukene. Forslaget vårt går på å invitere de pårørende som er i oppfølgingsgruppen til å delta i en del av familieuken. Formålet for denne delen bør etter vår mening være samme som før, at de som deltar får gi og mottar tilbakemelding på sin situasjon her og nå. Også i dette tilfellet tilbakemelding både fra medpasienter i oppfølgingsprogrammet, deltakere i familieuken og fra terapeutene ved ARA.

7.1.1 Tanker og teorier rundt dette:

Taushetsplikt

På lik linje med hva pårørende møter i sin familieuke og oppfølgingsgruppen i dag må de ha taushetsplikt og lojalitet i forhold til den informasjon som mottas på møtet. Vi kan ikke se at taushetsplikten blir ytterligere utfordret enn ellers ved denne løsningen.

På lik linje

Vi ser for oss at ”erfarne” pårørende går inn i gruppen på lik linje med de andre deltagerne og få like stor oppmerksomhet og fokus på sitt som de som er i familieuken. Vi tenker ikke at de skal være en form for bidragsyttere i forhold til ”ferskere” pasienter utover det en vanligvis forventer av gjensidig utbytte i gruppeterapisituasjoner.

Perspektiver fremover og bakover i tid

Vi kan se en fordel for begge parter (de nye og de gamle) å få se perspektivene fremover og bakover i tid i forhold til behandlingen. Den erfarne vil bli minnet om hvordan det er og ”være i det” og gi dem styrke og trygghet i det de har lært. De kan bidra med sin erfaring, de kan bli styrket gjennom nye refleksjoner og tilbakeblikk på gamle mønstre. Nye pasienter vil gjennom de mer erfarne få større innsyn i hvor veien går. Kanskje de kan se (med egne øyne) at medavhengighet kan håndteres og at livet og roen kan vende tilbake.

7.1.2 Fordeler og utfordringer ved en slik løsning:

7.1.3 Samholdet

De ”gamles” samhold og nærhet med hverandre, vil etter vår mening kunne bli påvirket ved en slik løsning? Risikoen for at nærheten mellom de som går fast i oppfølging vil bli redusert er til stede. Vi tenker det er viktig å tenke på dette samholdet og å gjøre noe for å opprettholde den dynamikken og nærheten som finnes i denne gruppen. Dog tenker vi at dette kunne vært løst ved at de får tildelt et grupperom, 45 minutter+ pause og gjerne rundstykker og kaffe. På åpen basis de kan snakke om sine opplevelser og tanker de siste 14 dager. Deretter en økt på 1-2 timer sammen med familiegruppen av foreldre, barn, søsken osv.

7.1.4 Hva skal de ”gamle” få fra de ”nye”?

Vi tror at nye representanter av pårørende vil kunne gi påfyll for erfarne medavhengige. Å bli minnet på frustrasjonen og håpløsheten vil kunne medføre at de blir ytterligere bevist og nær sin egen tilfriskning. Det å komme tilbake til det samme rommet vil også kunne gi assosiasjoner til egen læring i tilsvarende situasjon. Vi vet at familieuken er en sterk og skjellsettende erfaring. Gjenntagelser/skygger av dette, mener vi kan forsterke læringen.

7.1.5 Hva skal de ”nye” få fra de ”gamle”?

De nye får anledning til å se inn i fremtiden, dette både i form av utfordringer og i form av mestring. Å møte erfarne, som har utviklet seg fra samme ståsted som de selv er på, vil etter vår mening kunne gi en stor læringsverdi.

7.1.6 Lar det seg praktisk gjennomføre?

Hver enkelt kan ikke få like mye tid som de i pårørendegruppene fikk tidligere. Dog vil de få nyttig og effektiv tid i forkant av møtet. Fellesmøte må være ganske effektivt og fortellinger og tilbakemeldinger må begrenses i forhold til tilgjengelig tid. Dersom gruppene blir for store (over 10) mener vi en bør dele seg i to rom med en terapeut i hver gruppe. De gamle pårørendegruppene behøver nødvendigvis ikke dele seg. For de andre, som ikke har de ”erfarne” pårørende med seg, vil jo ikke ha det noe annerledes enn tidligere. Det vil dog være en terapeut mindre.

7.1.7 Når skulle dette la seg gjøre?

Det bør etter vår mening skje etter familiemøtene. Familieuken, undervisningen og familieukene bør være tilbakelagt stadiet når dette møtet kommer i gang, fredag morgen før undervisning om å komme hjem er et forslag.

Ytterligere problemstillinger vil dukke opp dersom en velger å reflektere videre rundt løsningen.

7.2 Samsvar mellom spørreundersøkelser

Som det fremgår tidligere i oppgaven er det forskjeller i spørsmålsstillingene og svaralternativene i de to undersøkelsene som gjør sammenligninger mer usikre og vanskeligere enn om de hadde vært identiske. Dersom et av formålene med undersøkelsen er å kunne sammenligne utviklingen over år, er det etter vår mening viktig at undersøkelsene som sendes ut er like. Utvalget bør også være likt.

Vi vil foreslå at det lages en standard undersøkelse som brukes fast. Dette vil gjøre resultatene av undersøkelsene tydeligere og mer troverdige. En vil da også unngå å bruke ressurser på tolkninger som ligger utenfor de felt som er interessante for avdelingen. (Eksempelvis forskjellen på betydningen av ”god” i forhold til ”bra”.)

8.0 Oppsummering

Som det fremgår tidligere i oppgaven er det forskjeller i spørsmålsstillingene og svaralternativene i de to undersøkelsene som gjør sammenligninger mer usikre og vanskeligere enn om de hadde vært identiske. Dersom et av formålene med undersøkelsen er å kunne sammenligne utviklingen over år, er det etter vår mening viktig at undersøkelsene som sendes ut er like. Utvalget bør også være likt.

Vi vil foreslå at det lages en standard undersøkelse som brukes fast. Dette vil gjøre resultatene av undersøkelsene tydeligere og mer troverdige. En vil da også unngå å bruke ressurser på tolkninger som ligger utenfor de felt som er interessante for avdelingen. (Eksempelvis forskjellen på betydningen av ”god” i forhold til ”bra”. Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling har gjennomført to kvalitative undersøkelser ovenfor deltakerne i familieuken ved Basisbehandlingen for å måle tilfredsheten og utbytte av behandlingen. Den første spørreundersøkelsen er sendt ut i 1996 og gjelder et utvalg av de som deltok i familieuken i 1994. Utvalget som det ble sendt ut spørreskjema til var prioritert ved at ektefeller/partnere var 1.prioritet.

Spørreundersøkelsen som ble sendt ut i 2009 til alle de som deltok i familieuken i 2008 var litt endret (forbedret) i forhold til den første undersøkelsen. Både spørsmålene og svaralternativene ble i noe grad endret. I 2008 er også utvalget forskjellig i forhold til at det ved denne undersøkelsen er sendt ut spørreskjema til alle som deltok i programmet.

For den første spørreundersøkelsen er det skrevet en oppgave som beskriver og analyserer de funn som kom fram av undersøkelsen.

Vår oppgave har vært å beskrive resultatene fra spørreundersøkelsen i 2009 og sammenligne disse resultatene med resultatene og tolkningene fra 1996.

I oppgavens første del har vi beskrevet behandlingsopplegget ved ARA for at de senere analyser kan sees og forstås i den sammenhengen de står i på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført.

Under denne delen har vi gått litt tilbake i avdelingens historikk og filosofi samt sette litt på de prinsipper og oppfatninger om rusmiddelavhengighet som ligger til grunn for behandlingen.

Vider i oppgaven har vi presentert spørsmålene og svaralternativene med svarprosent for de to undersøkelsene satt opp mot hverandre. Til hvert spørsmål er det knyttet korte kommentarer og synsvinkler.

Under drøfting av hovedfunn har vi lagt vekt på følgende tema med underliggende drøftninger:

8.1 Hvilket utbytte har pårørende hatt av familieuken ?

Undersøkelsene viser at deltagerne er svært fornøyd med behandlingsopplegget i familieuken. På tross av forskjeller i spørsmål og svaralternativer i de to undersøkelsene som gjør analysen mer usikker og uklar, mener vi det er grunn til å konkludere med at deltagerne begge årene er svært fornøyde med det utbytte de har hatt av familieuken.

Videre i tolkningen finner vi grunn til å tro at behandlingen utvikler seg i takt med de økte krav og forventninger til helsetjenester som stilles i samfunnet. Vi har heller ikke funnet at utvalget som svarer er ”inhabilt” i forhold til å gi et korrekt bilde av svarene på undersøkelsen.

8.2 Hvorfor deltar flere kvinnelige pårørende enn mannlige pårørende i familieuken?

Dette er neste hovedfunn vi har valgt å se på. Vi har gjort oss tanker som at det er flere menn i Basisbehandling enn kvinner, at kvinner har et større behov for hjelp og veiledning i en slik situasjon, at kvinner i større grad enn menn blir invitert av Basispasienter fordi de er mer skånsomme i sin omtale og dom av den rusavhengige, at kvinner lettere håndterer den åpenhet og nærhet som kreves i familieuken, at kvinner i større grad enn menn opprettholder kontakten med den rusavhengige og at kvinner i større grad enn menn har anledning, vilje og mulighet til å delta i et fire dagers intensivt program for pårørende.

8.3 Hvorfor er sammensetningen av deltageres relasjon til den rusavhengige endret vesentlig i løpet av de siste 14 år?

Vi ser at andel partnere synker og at antall barn øker. Våre refleksjoner rundt dette er at utvalgsmetoden, større grad av havarerte ekteskap og yngre rusmisbrukere er noe av årsaken til at det er færre ektefeller. Og at barns betydning i samfunnet generelt er en viktig del av årsaken til at barns deltagelse øker.

8.4 Hvorfor deltar så lav andel i oppfølgingsprogrammet?

Gjennom samtaler med ARA har vi fått informasjon om at ikke alle blir invitert til å delta i det videre oppfølgingsprogrammet. I hovedsak er det partnere som blir spurt. Fritt sykehusvalg, som medfører at en stor andel av Basispasientene kommer fra andre steder i landet og at dermed familiene deres er tilreisende langveisfra. Dette medfører at det ikke er praktisk mulig at de deltar i den videre oppfølgingen.

Videre har vi vurdert årsaker som at programmet nedprioriteres som følge av ”tidsklemma” og at det kan bli for krevende for den enkelte i hverdagen.

8.5 Vurdering av kost/nytte

Vi har sette på en kost/nytte analyse i forhold til tidsforbruk pr pasient i de to delene av familieprogrammet. Det viser seg at tid pr pasient i oppfølgingsprogrammet er vesentlig høyere enn hva som brukes pr pasient i familieuken. Vi mener det er grunnlag for å vurdere om alternative metoder for oppfølgingsprogram.

Til slutt i oppgaven har vi kommet med noen tanker og råd til ARA. Disse knytter seg til et forslag til ny modell for oppfølgingsprogrammet og tanker rundt at fremtidige spørreundersøkelser bør utformes likt dersom en ønsker en god mulighet for sammenligning av svardata fra en periode til en annen.

9.0 Til slutt

Vi ønsker å takke ARA for muligheten til å arbeide med deres spørreundersøkelser. Vi har blitt imponert over det arbeidet som utføres ved avdelingen både i forhold til innhold og den betydningen det har for de menneskene som mottar hjelp fra avdelingen.

For oss har det vært svært lærerikt å få innblikk i de behandlingsmetoder som foreligger og få anledning til å oppleve hvordan dette fungerer i praksis.

Kunnskap om rus, arbeid med rusmiddelmissbruk og hvordan dette håndteres ved deres avdeling har gitt oss videre inspirasjon og interesse i forhold til å jobbe dette feltet i fremtiden.

LITTERATURLISTE

Anonyme Alkoholikere (2004): *Storboka*

Ansvar-Varde (1996): *Informasjonsbrosjyre vedrørende alkoholskader*

Gudmundsson, O Tyrfinngsson, T.(1997): «*Så fungerer Minesotamodellen. Alkoholistbehandling i Island*», Nordisk Medicin

Hansen, Frid A(2001): “*Barn som lever med foreldres rusmisbruk*”, Pensumtjeneste

Hellsten, Tommy (1999): ” *Flodhesten i dagligstuen – om medavhengighet og om møte med barnet i oss.* ”g-perspektiv AS, Sørumsand

Holme, Idar Magne og Solvang, Bernt Krohn(1996): ”*Metodevalg og metodebruk*”, Tano, Oslo

Jacobsen, Dag Ingvar(2003): ”*Forståelse, bedrivelse og forklaring*”, Høyskoleforlaget, Kristiansand

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005): “*Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-iv disorders*”. Archives of General Psychiatry, 62.

Kristensen, ”*Noen familieperspektiver på alkoholistbehandling*” (Forskningsserie fra A-klinikken, nr 4)

Kvale, Steinar.(1997): «*Den kvalitative forskningsintervjun*», student litteratur : Lund

Lundberg, Hans og Stockenstrøm, Ragnhild(1987): “*Alkoholisme – en familiesykdom som kan behandles*”, Alfa behandlingssenter i Norge

Moss, H. B., Lynch, K. G. Herdie, T.L., & Baron, D.A. (2002) :” *Family functioning and peer affiliation in children of fathers with antisocial personality disorder*” American Journal of Psychiatry

Narcotics Anonyme (2001): «*Anonyme narkomane. Narcotics anonymous world services*», INC, Chatsworth, California USA

Stamsø, Mary Ann(2005): ”*Velferdsstaten i endring*”, Gyldendals Akademiske

Vederhus, Kristensen (2005): ”*Resultater av Tolvtrinnsbehandling ved rusmiddelavhengighet*” (Forskningsserie fra A-klinikken nr 22)

Øvereide, Haldor(2000): “*Samtaler med barn*”, Høyskoleforlaget AS

Aanensen,(1989): ”*Å leve med en alkoholiker*” (Forskningsserie fra A-klinikken nr 8)

Aasen, Gutvik mf.(1996): ”*En bedre hverdag?*” (Forskningsserie fra A-klinikken, nr 17)

Nettsider :

Avdeling for rus og avhengighetsbehandling v Sørlandets sykehus HF:

<http://www.avhengighetsbehandling.no/html/dogn-hoved.html>

Knut T. Reinås i Forbundet mot rusgift, artikkel “**Statlige - fylkeskommunene – statlige**”

<http://www.fmr.no/rusreformen-statlige-fylkeskommunene-statlige.175492-9430.html> -2004

Al – anon <http://www.al-anon.alateen.org/norway>

ISBN 978-82-91191-23-2