



Høgskolen
i Innlandet



Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Turid Wangenstein

Når stigma og skam står i veien

for at barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet
får beskyttelse og meningsskapende samtaler.
En kvalitativ studie.

Ph.d.-avhandling i Barn og unges deltakelse og kompetanseutvikling
2020



PhD Dissertations in Child and Youth Participation and Competence Development (BUK) Ph.D.-avhandlinger i barn og unges deltakelse og kompetanseutvikling (BUK)

- No. 1** **Heid Nøkleby:** Symptomer på spiseforstyrrelser og bruk av dopingmidler blant kvinner og menn i behandling for rusmiddelavhengighet.
- No. 2** **Mari Pettersvold:** Barns demokratiske deltakelse i barnehagen: fordring og utfordring: en kritisk, tolkende studie av vilkår for at barns rett til medvirkning i barnehagen kan realiseres i samsvar med intensjonene.
- No. 3** **Hilde Marie Thrana:** Kjærlighet og sosialt arbeid. En studie av kjærlighetens betydning i barnevernets praksis.
- No. 4** **Stine Vik:** Tidlig innsats i skole og barnehage. Forutsetninger for forståelser av tidlig innsats som pedagogisk prinsipp.
- No. 5** **Erik Hagaseth Haug:** Kvalitet i norske skolers karriereveiledning - I spennet mellom storsamfunnets behov og elevenes autonomi.
- No. 6** **Karolina Dmitrow-Devold:** Norwegian Girls in Mainstream Blogging. Performed Blogging Selves, Experienced Digital Competences, Gendered Discourses.
- No. 7** **Hege Somby:** Vi gjør noe med ... eller hva skal jeg si da? Vi gjør noe anna!»: Elevbedrift som inkluderende arbeidsmåte for elever med særlige behov.
- No. 8** **Karen Parish:** An embedded human rights logic? A comparative study of International Baccalaureate schools in different contexts.
- No. 9** **Øystein Skundberg:** «Du skal have agtelse for dit eget lille legeme» : Barn og unges seksualitet i tekster om oppdragelse 1792-1952.
- No. 10** **Ulrika Håkansson:** Keeping Mind in Mind: Parental Reflective Functioning and Executive Functioning in Mothers with Substance Use Disorder.
- No. 11** **Øyvind Snipstad:** Ways to be a person: How schools contribute to 'making up' intellectually disabled pupils.
- No. 12** **Cathrine Grimsgaard:** Om å holde noe av et barns liv i sin hånd: Samtaler mellom profesjonelle og barn som har psykisk syke eller rusavhengige foreldre: et etisk og narrativt perspektiv. En hermeneutisk og fenomenologisk studie.

Turid Wangensteen

Når stigma og skam står i veien

for at barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet
får beskyttelse og meningsskapende samtaler.
En kvalitativ studie.

Ph.d.-avhandling

2020

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Trykk: Flisa Trykkeri A/S

Utgivelsessted: Elverum

© Turid Wangensteen, 2020

Det må ikke kopieres fra publikasjonen i strid med Åndsverkloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med Kopinor.

Illustrasjonsfoto omslag: Anne Marie Løkken

Ph.d.-avhandling i Barn og unges deltakelse og kompetanseutvikling nr. 13

ISBN trykt utgave: 978-82-8380-172-9

ISBN digital utgave: 978-82-8380-173-6

ISSN trykt utgave: 2535-7433

ISSN digital utgave: 2535-7441

Sammendrag

Foreldres rusmiddelavhengighet rammer barna hardt, uavhengig av type rusmiddel, sosioøkonomisk bakgrunn og bosted. Det mange av barna har til felles er opplevelsen av redsel, skam og svik, men også av kjærlighet og nærhet til sine foreldre. Hensikten med denne studien var å få økt forståelse for barns opplevelser og behov når foreldre har rusmiddelavhengighet. Overordnet problemstilling er: *Hvordan opplever barn og unge sin oppvekst med foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvordan får de hjelp til å skape mening knyttet til sine barndomserfaringer?* Datamaterialet består av kvalitative intervjuer med 12 ungdommer/unge voksne som har foreldre med rusmiddelavhengighet, og 7 foreldre/pasienter og 18 barneansvarlige i rusbehandling. Avhandlingen bygger på sosialkonstruksjonistiske og systemiske perspektiver. Det er benyttet to analytiske tilnærminger: fortolkende fenomenologisk analyse (IPA), og paradigmatisk analyse av narrativer. Analysen av datamaterialet resulterte i tre overordnede funn: 1. Stigma og skam knyttet til foreldres rusmiddelavhengighet oppleves som en ekstra belastning for barna. 2. Relasjonen mellom barn og foreldre er viktig, også når de ikke bor sammen. Barn har behov for beskyttelse mot foreldres rusmiddelbruk, men ikke nødvendigvis mot foreldrene. 3. Barn og unge har behov for, men mangler muligheter til å skape sammenheng og mening gjennom samtaler med voksne.

Funnene er diskutert gjennom å se til tidligere forskning, samt en systemisk tilnærming med teorier og diskurser knyttet til familieliv, foreldreskap, barns oppvekst, rusmiddelavhengighet, stigma og meningsskapende samtaler. Studien konkluderer med at stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelavhengighet kan stå i veien for at barna får nødvendig beskyttelse, kontinuitet i viktige relasjoner og meningsskapende samtaler med trygge voksne. Utvikling av nye diskurser og handlingsalternativer knyttet til forståelsen av foreldreskap og rusmiddelavhengighet, kan bidra til å gi barna og familiene bedre tverrfaglig hjelp og støtte.

Abstract

Parental substance use disorder (SUD) strongly affects children, regardless of the type of substance, socioeconomic background and place of residence. What many of the children of parents with SUD have in common is their experience of fear, shame, and betrayal, but they also love and feel a closeness to their parents. The purpose of this study was to gain broader knowledge and understanding of children's experiences and needs when parents have a SUD. This topic was explored through the main research question: *How do children and adolescents perceive their childhood with parents with substance use disorder, and what support is provided to help them to create meaning related to childhood experiences?* The data consist of qualitative interviews with 12 adolescents/young adults who have parents with SUD, 7 parents/patients, and 18 therapists responsible for working with children and families in SUD treatment. The thesis is based on social construction and systemic perspectives. Two analytical approaches have been used: interpretive phenomenological analysis (IPA) and paradigmatic analysis of narratives. The analysis of the data resulted in three main findings: 1. Stigma and shame related to parental SUD are perceived as an extra burden for the children. 2. The relationship between children and parents is essential, even when they are not living together. The child needs protection against substance use but not necessarily against the parents. 3. Children and young people are in need of, but lack opportunities to create coherence and meaning through conversations with adults. These findings are discussed by looking at previous research, as well as a systemic approach with theories and discourses on family life, parenthood, childhood, SUD, stigma, shame, and meaningful conversations. The study suggests that stigma and shame related to parental SUD may interfere with the child being provided the necessary protection, continuity in significant relationships, and meaningful conversations with trusted adults. Development of new discourses and alternative actions in relation to the understanding of parenthood and SUD, may contribute towards providing children and families with sufficient interdisciplinary help and support.

Forord

Dette har vært fire intense, spennende, krevende og lærerike år. Det er mange som på ulike vis har bidratt, som har vist interesse, diskutert, vært kritiske, oppmuntrende, og tilstede og støttende. Tusen takk til:

- Tyrilistiftelsen som gjorde det mulig for meg å gjøre et doktorgradsarbeid som en del av jobben min.
- Doktorgradsprogrammet *Barn og unges deltakelse og kompetanseutvikling* på Høgskolen i Innlandet, som har skapt en god ramme rundt arbeidet.
- Alle mine flotte og modige informanter som raust har delt sine historier og erfaringer med meg.
- Hovedveileder, førsteamanuensis Astrid Halså (Høgskolen Innlandet), og biveileder, professor Jørgen Gustav Bramness (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse / Universitetet i Tromsø), for berikende diskusjoner og korreksjoner, og mest av alt for klokskap og tålmodighet.
- Referansegruppa som har bidratt til å skape retning og mening til prosjektet: Martine Kihle Dalsrud, Jane Bottolfsen, Lise Aasmundstad og Sigrun Dalsaune Jansen.
- Sigrun Dalsaune Jansen for faglig utviklingsarbeid og samskriving.
- Ulrika Håkansson, Halvor Fauske og Steven Conolley, for lesing og kommentarer underveis i prosessen.
- Hilde Farmen på biblioteket på HiNN for all hjelp og veiledning.
- Anders Bisgaard i Tyrili for korrekturlesing og god forskningsformidling.
- Kollegaer i Tyrili, spesielt FoU og barneansvarlige, for gode diskusjoner og tilbakemeldinger.
- Stipendiatkollegaer for fine og nyttige lunsjsamtaler og skriveseminarer. En spesiell takk til Lena Westby for kontorfellesskap, viktige faglige samtaler og samarbeid, og til Katrine Giæver for fine skrive- og studieturer i inn- og utland.
- Forskernettverket i BarnsBeste for nyttige samlinger.
- Debby Lorimer for fine illustrasjoner og uvurderlig språkhjelp.
- Kristin Nilseng og Ekilibre Pilates som har gjort kroppen min i stand til å lese og skrive time etter time.

- Venner og familie som har hatt tro på meg og som har vært der for meg, ikke minst når livet har vist seg som mest krevende.
- En spesiell takk til mine foreldre som alltid har stilt opp og heia på meg, jeg vet jeg har vært heldig med dem; til Glenn som har gjort livet mitt så innholdsrikt; og til Rolf for støtte, vennskap og kjærlighet.

Oversikt over avhandlingens artikler

Artikkel 1:

Turid Wangensteen, Jørgen Gustav Bramness, Astrid Halså (2018): *Growing up with parental substance use disorder: The struggle with complex emotions, regulation of contact and lack of professional support*. Child & Family Social Work, 10.1111/cfs.12603. Publisert.

Artikkel 2:

Turid Wangensteen & Lena Catherine Lossius Westby (2019): *Breaking the cycle: Young people's stories of protection and support while growing up with parental substance use disorder*. Child Care in Practice, <https://doi.org/10.1080/13575279.2019.1664989>. Publisert.

Artikkel 3:

Turid Wangensteen, Sigrun Dalsåune Jansen, Astrid Halså (2019): *Foreldreskap og rus – den tause skammen. Barn og unge som har foreldre i rusbehandling blir i liten grad invitert til barne- og familiesamtaler*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, volum 16, 2019, nr 1, s 5-15. Publisert.

Artikkel 4:

Turid Wangensteen, Astrid Halså, Jørgen Gustav Bramness (2020): *Creating meaning to substance use problems: a qualitative study with patients in treatment and their children*. Journal of Substance Use, doi=10.1080/14659891.2020.1715497. Publisert.

Innhold

Sammendrag	i
Abstract	ii
Forord	iii
Oversikt over avhandlingens artikler	v
Innhold	vii
1. Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn.....	1
1.2 Målsetting og problemstilling.....	4
1.3 Vitenskapsfilosofisk perspektiv og avklaring av sentrale begreper	6
1.4 Referansegruppens bidrag	8
1.5 Avhandlingens struktur	9
2. Tidligere forskning.....	11
2.1 Sårbare barn	12
2.2 Resiliente barn.....	15
2.3 Familiebaserte tiltak.....	16
2.4 Kontakt mellom foreldre og barn som ikke bor sammen	17
2.5 Samtaler med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet.....	18
2.6 Barn som pårørende – implementering av lovendringer.....	20
2.7 Behovet for ytterligere forskning	23
3. Teoretiske perspektiver.....	25
3.1 En systemisk tilnærming.....	25
3.2 Familieliv, foreldreskap og barndom.....	27
3.3 Rusmiddelavhengighet	33
3.4 Stigma og skam.....	36
3.5 Meningsskapende samtaler	39
3.6 Oppsummering.....	41
4. Metode	43
4.1 Sosialkonstruksjonismen	43
4.2 Valg av informanter	45
4.3 Intervjuguidene	46
4.4 Rekruttering.....	47
4.5 Informantene.....	48
4.6 Intervjuene	51
4.7 Analysen	52

4.8	Etiske refleksjoner	55
4.9	Metodologiske refleksjoner	57
4.10	Studiens begrensninger	60
5.	Presentasjon av artiklene og funnene.....	63
5.1	Artikkel 1.....	63
5.2	Artikkel 2.....	65
5.3	Artikkel 3.....	67
5.4	Artikkel 4.....	69
5.5	Oppsummering av funnene.....	73
6.	Diskusjon	75
6.1	Foreldreskap og rusmiddelproblemer – et dobbelt stigma	75
6.2	Familien som konstituerende for identitet og tilhørighet.....	79
6.3	Meningsskapende samtaler	81
7.	Avsluttende refleksjon.....	85
7.1	Implikasjoner for praksisfeltet.....	85
7.2	Anbefalinger	89
7.3	Studiens bidrag til forskningsfeltet.....	91
7.4	Forslag til videre forskning	91
	Litteratur.....	93
	Artikkel 1	107
	Artikkel 2	117
	Artikkel 3	133
	Artikkel 4	147
	Vedlegg.....	155

1. Innledning

«Mens jeg bladde i fotoalbumene, svidde det bak øyelokkene. Det var ikke det at jeg ikke unte dem den fine barndommen de fikk, det var bare det at jeg skulle ønske min egen hadde vært litt mer lik deres.»

Sitatet er hentet fra Anne Bitsch sin bok «Går du nå, er du ikke lenger min datter» (Bitsch, 2017, s. 111). Foreldres rusmiddelavhengighet rammer barna hardt, uavhengig av type rusmiddel, sosioøkonomisk bakgrunn og bosted. Det mange av disse barna har til felles, er opplevelsen av redsel, skam og svik, men også av kjærlighet og nærhet til sine foreldre (Backett-Milburn, Wilson, Bancroft, & Cunningham-Burley, 2008; Velleman & Templeton, 2016). Denne avhandlingen handler om barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, om unges narrativer om det som var krevende i oppveksten, og om det de opplevde som beskyttende og støttende. Den handler om hvordan en oppvekst med foreldre med rusmiddelavhengighet tematiseres med barn og unge: hvem snakker med dem, hva snakker de om, og hvordan snakker de om det? Datamaterialet består av kvalitative intervjuer med unge som har foreldre med rusmiddelavhengighet, og foreldre/pasienter og barneansvarlige i rusbehandling. Studien har en sosialkonstruksjonistisk og systemisk tilnærming. Dette innebærer en forståelse om at kunnskap og meningsinnhold utvikles i og mellom ulike sosiale systemer, gjennom språklig forhandling og koordinering (Bateson, 1972; Gergen, 2011).

1.1 Bakgrunn

Det er sterke forventninger om at foreldre skal ta ansvar for sine barns behov for emosjonell, sosial, materiell og økonomisk trygghet og forutsigbarhet (Lind, Westerling, Sparrman, & Danesboe, 2016; Sommer, 2014). Vestlige, kulturelle normer for godt foreldreskap, knyttes gjerne til idealer om at foreldrene er stabilt tilstede for barna, hjemme, i skolesammenheng og på fritiden. Barna skal sikres en god barndom, og forberedes best mulig til voksenlivet (Lareau, 2011; Morgan, 2019). Foreldre forsøker så godt de kan å leve opp til de forventningene de selv har, eller som de tror omgivelsene har, om hva som er godt

foreldreskap (Dermott, 2016; Lind et al., 2016). Denne avhandlingen diskuterer blant annet hvordan vi kan forstå de kulturelle normene for foreldreskap, når en eller begge foreldrene har rusmiddelavhengighet, og hvordan disse normene kan sees i sammenheng med forståelsen av rusmiddelavhengighet, stigma, og meningsskapende samtaler med barna.

Det er glidende overganger mellom rusmiddelbruk, rusmiddelproblemer og rusmiddelavhengighet. Her benyttes i hovedsak begrepene rusmiddelavhengighet og rusmiddelproblemer. Det inkluderer alle typer rusmidler, alkohol, legemidler og illegale stoffer. Rusmiddelavhengighet kjennetegnes blant annet av svekket impuls kontroll, nedsatt sensitivitet og tap av kontroll over bruken av rusmidler (Mørland & Waal, 2016; West & Brown, 2013). Mange av de som strever med rusmiddelproblemer har en oppvekst med store psykososiale belastninger, mange har psykiske lidelser, lite utdanning og arbeidserfaring, og opplever sosial eksklusjon og ensomhet (Biong & Ytrehus, 2012; Hole, 2014). Rusmiddelavhengighet kan, naturlig nok, ofte føre til at foreldrene strever med å skape nødvendig trygghet og forutsigbarhet for sine barn (Velleman & Templeton, 2016). I denne studien undersøker jeg om, og hvordan informantene inkluderer temaer knyttet til stigma og skam i sine narrativer om seg og sin familie. Flere studier beskriver hvordan kombinasjonen av foreldreskap og rusmiddelavhengighet er forbundet med stigma (Delås, 2015; Werner & Malterud, 2016a; Weston, 2010). Begrepet stigma oppsto blant de gamle grekerne. Stigma var et kroppslig merke, påført av andre, som signaliserte at personen var annerledes og hadde dårlig moral (Goffman, 1968). Familier, hvor foreldrene har rusmiddelavhengighet, kan bli sett på som annerledes fordi de bryter med kulturelle normer for godt foreldreskap, og fordi de har rusmiddelproblemer (Weston, 2010). Mange som opplever stigma føler skam over å være annerledes, og over å ikke være i stand til å ta vare på barna sine. Også de som på ulike måter er assosiert med den stigmatiserte, som barn, andre familiemedlemmer og fagfolk, kan oppleve å bli stigmatisert, kun i kraft av å omgås eller være i familie med den stigmatiserte (Goffman, 1968; Sheehan, Niewglowski, & Corrigan, 2017). Det å ikke kunne kontrollere inntaket av rusmidler, og i tillegg påføre familien store belastninger, kan oppleves som skamfullt (Luoma, Chwyl, & Kaplan, 2019; Weston, 2010). Skammen rokker ved folks selvbilde, man føler seg mindre verdt og utilstrekkelige (Brown, 2006; Skårderud, 2001; Weston, 2010). Med skam følger ofte sosial

isolasjon og taushet, fordi det skambelagte og skammen er vanskelig å sette ord på og snakke om (Brown, 2006; Link & Stuart, 2017).

Barns utvikling og trivsel avhenger av mange ulike faktorer, som tilknytning og samspill med nære omsorgspersoner, skole, venner og fritidsaktiviteter (Bruner, 1990; Sommer, 2014). Psykososiale belastninger over tid, som foreldres rusmiddelavhengighet, kan bidra til at barn og unge utvikler problemer knyttet til psykisk helse, skole og sosiale relasjoner (Connors et al., 2009; Felitti & Anda, 2010; Raitasalo & Holmila, 2017). Omgivelsenes evne til å beskytte og støtte barna er av avgjørende betydning for i hvilken grad barna eventuelt utvikler problemer, og noen barn blir flyttet ut av hjemmet på grunn av foreldrenes rusmiddelbruk (Bunkholdt & Kvaran, 2015; Rutter, 2012; Sameroff, 2010; Sommer, 2014). I denne avhandlingen er jeg opptatt av de unge informantenes opplevelser og refleksjoner knyttet til oppveksten, har de fått nødvendig beskyttelse og hjelp, og hvordan forteller de om relasjonen til foreldre de ikke bor sammen med?

Barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet har blitt beskrevet som de usynlige barna. Selv når foreldre har mottatt hjelp og behandling fra statlige og kommunale helse- og sosialtjenester, har barna blitt oversett (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Det har imidlertid gradvis blitt et større fokus på barn som pårørende. I 2010 kom det endringer i det norske lovverket, som pålegger helsepersonell å ivareta barn som pårørende til foreldre eller søsken med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, eller somatisk sykdom/skade (Bergem, 2018; Helsedirektoratet, 2012; Kjellevoid, 2008; T. Ruud et al., 2015). Målet er å kartlegge barna, vite hva slags omsorgssituasjon de har, og å gi dem nødvendig informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010). En tilnærming til barn som pårørende er å tilby samtaler, slik at de kan få informasjon om foreldrenes helsetilstand og behandling, og mulighet til å sette ord på egne opplevelser, tanker og følelser. Gjennom å skape en historie om seg og sin familie sammen med andre, kan barnas erfaring og opplevelse bli anerkjent og akseptert. Det kan bidra til å skape mening og sammenheng i en krevende livssituasjon (Bruner, 1990; A. K. Ruud, 2011; Øvreeide, 2009). Denne avhandlingen handler om ulike

erfaringer knyttet til barn og unges samtaler om sine oppveksterfaringer, og om hvordan slike samtaler gjennomføres når foreldre er i rusbehandling.

1.2 Målsetting og problemstilling

Gjennom mange år som ansatt i Tyrilistiftelsen, som tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har jeg møtt utallige pasienter som forteller om en oppvekst preget av foreldrenes rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser. På et tidspunkt utviklet de selv alvorlige problemer. Jeg har også møtt pasientenes barn. Barn som i større eller mindre grad har fått beskyttelse mot foreldrenes rusmiddelbruk, og barn og unge som har måttet klare seg selv, og mestre livets utfordringer med liten støtte av trygge voksne. Mange av dem har selv utviklet problemer, og slik kan utfordringer knyttet til psykisk helse og rusmidler overføres fra generasjon til generasjon. Som barnevernspedagog har jeg ønsket å rette et spesielt fokus mot barna. Hvordan opplevde/opplever de sin oppvekst? Hva slags hjelp og støtte har de fått, hvem har snakket med dem, og hvordan har de snakket om oppveksten og foreldrenes rusmiddelavhengighet? Som familieterapeut er jeg opptatt av familierelasjoner, og av å se familien som en helhet. Hvordan forstår vi relasjonene mellom barna og foreldrene? Og hvordan forstås selve fenomenet rusmiddelavhengighet?

Det finnes relativt få kvalitative studier som fokuserer på disse spørsmålene. Det er flest kvantitative studier om barn som pårørende, og et flertall handler om barn som har foreldre med kreft eller psykiske lidelser. Det er heller ikke mange studier som handler om samtaler med barn som er pårørende. De få som finnes, er ofte rettet mot å evaluere konkrete samtaletilbud (Grimsgaard, 2019; Grove, Reupert, & Maybery, 2015; Reupert & Maybery, 2010; Lorna Templeton & Sipler, 2014). Det er heller ikke så mange studier som benytter en systemisk tilnærming i søken etter mønstre og sammenhenger innad i, og mellom ulike systemer knyttet til studiens tema. På bakgrunn av dette så jeg et behov for å utvikle det kunnskapsgrunlaget vi har, og søke en mer helhetlig tilnærming til disse familiene, med mål om å bedre forstå og snakke med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet.

Den første tanken bak dette forskningsprosjektet var derfor å få økt kunnskap og forståelse om hvordan en oppvekst med foreldre som har rusmiddelavhengighet blir tematiseres med barna. Dette var utgangspunktet for utvelgelse av tre ulike informantgrupper: unge som har foreldre med rusmiddelavhengighet, foreldre med rusmiddelavhengighet og barneansvarlige i rusbehandling. Hensikten var å få ulike perspektiver på samtaler med barn, og å samle gode og nyttige opplevelser knyttet til hvem som hadde snakket med barnet, hva de hadde snakket om, og hvordan de hadde snakket om det. Relativt tidlig i prosessen med å intervju informantene ble det imidlertid tydelig for meg at jeg ikke fikk de dataene jeg trodde at jeg skulle få. Det var få av informantene som hadde konkrete eksempler på samtaler de hadde hatt, og enda færre eksempler på at de opplevde samtalene som nyttige og gode. Derfor ble den overordnede problemstillingen justert til å også handle om de unge informantenes opplevelser av oppveksten, da det var dette de var mest opptatt av i samtalene med meg. Problemstillingen er: *Hvordan opplever barn og unge oppveksten med foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvordan får de hjelp til å skape mening knyttet til sine barndomsopplevelser?*

Fire forskningsspørsmål ble utarbeidet, med mål om å konkretisere problemstillingen. De ble noe endret og utviklet gjennom møtene med informantene, i analysen, og under prosessene med skriving av fire vitenskapelige artikler, basert på datamaterialet. Forskningsspørsmålene er:

1: *Hvordan opplevde/opplever unge mennesker med foreldre med rusmiddelavhengighet sin oppvekst og relasjonen til foreldrene, og hvordan ble/blir dette tematisert med dem?*

2: *Hva slags beskyttelse og støtte opplevde de unge å få i oppveksten?*

3: *Blir pasientenes barn invitert til barne- og familiesamtaler når foreldre er innlagt i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og hva hemmer eventuelt slik involvering av barna?*

4: *Hvordan forsøker informantene å skape mening knyttet til foreldres bruk av rusmidler?*

Studien befinner seg innenfor det relativt nye, tverrfaglige forsknings- og fagfeltet *Barn som pårørende*. Dette inkluderer barn og unge under 18 år som har foreldre eller søsken med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, eller somatisk sykdom/skade, en gruppe som stadig får mer oppmerksomhet både nasjonalt og internasjonalt. I Norge er dette forankret gjennom lovregulering om helsepersonells plikt til å ivareta barn som pårørende (Helsepersonelloven, 1999; Specialisthelsetjenesteloven, 2001). Det er opprettet Nasjonalt kompetansesenter for barn som pårørende, *BarnsBeste*, og det er i økende grad tema for forskning. Når jeg refererer til forsknings- og fagfelt i denne avhandlingen handler det om *barn som pårørende*, og mer avgrenset *barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet*.

1.3 Vitenskapsfilosofisk perspektiv og avklaring av sentrale begreper

I denne avhandlingen har jeg benyttet den amerikanske psykologen Kenneth Gergens teori om sosialkonstruksjonisme (Gergen, 1985, 2001; Gergen, Josselson, & Freeman, 2015). Det er en søken etter økt forståelse av den sosiale virkeligheten, om menneskelige relasjoner og kommunikasjon, denne avhandlingen handler om. Gergens fokus på språk og meningsdannelse i et relasjonelt samspill mellom mennesker, synes derfor som en nyttig tilnærming til studien om barn og unge, foreldre med rusmiddelavhengighet og meningssskapende samtaler. Temaet og problemstillingen har et relasjonelt fokus, både knyttet til familieliv, foreldre og barn, og til meningssskapende samtaler. Et sentralt poeng i Gergens sosialkonstruksjonisme er forståelsen av at den sosiale virkeligheten utvikles og konstitueres gjennom kommunikasjon mellom mennesker, med et felles språk, og innenfor en gitt kulturelle kontekst. Denne vitenskapsfilosofiske tilnærmingen er nært forbundet med Gregory Batesons *kommunikasjonsteori* og Jerome Bruners *kulturpsykologi*, som begge bidrar med sentrale teoretiske perspektiver i denne avhandlingen (Bateson, 1972; Bruner, 1990).

Institusjonaliserte, kulturelle måter å snakke om virkeligheten på innenfor et fagområde, eller i det offentlige rom, omtales gjerne som *diskurser*, det som definerer det virkelige, det

rasjonelle og det gode (Gergen, 2011). Gergen (2011) benytter blant annet Wittgensteins teori om språkspill og livsform for å forstå hvordan ulike fenomener og handlinger knyttes sammen gjennom en koordineringsprosess, som bidrar til utvikling av en felles enighet om hva ordene betyr, hva som er virkelig, og verdimesig godt. Denne koordineringen, utviklingen av diskurser, finner sted i et relasjonelt samspill i ulike miljøer, fag- og forskningsfelt, og innenfor aktuelle kulturelle tradisjoner. Diskurser endres gradvis når premissene endres, for eksempel gjennom utvikling av ny kunnskap og nye teorier, eller ved at sentrale aktører definerer ting på nye måter. På den måten kan holdninger, normer og praksis innenfor et fagområde, eller blant «folk flest», utvikles og endres. *Kontekst* beskriver den meningsbærende rammen vi forstår disse prosessene innenfor, der språket skaper en felles forståelse av samspillet, atferd og følelser (Anderson, 2003; Bateson, 1972). I et tverrfaglig forskningsfelt, som *Barn som pårørende* representerer, innebærer det at det ikke bare er innad i hver fagdisiplin som psykologi, medisin eller sosiologi, meningsinnholdet skal koordineres, det skal også gjøres på tvers av disse. Dette er ingen enkelt oppgave, fordi de ulike fagdisiplinene også har ulike tradisjoner for forskning og formidling. Det er allikevel mulig og nødvendig, slik jeg ser det, å forsøke å integrere kunnskap fra ulike fagfelt i søken etter å bedre forstå og hjelpe barn og unge som har foreldre med rusmiddelavhengighet (Sameroff, 2010; Sommer, 2018).

Kunnskap er dynamisk, ideer om den sosiale virkeligheten er i endring og utvikling, og de er uløselig knyttet til aktuelle kulturelle normer og verdier (Gergen, 2011). Derfor er også ulike fortolkninger av virkeligheten kime til konflikter. Transformativ dialog i og mellom ulike fagfelt, hvor de tradisjonelle forståelsesformer er gjenstand for åpen og kritisk refleksjon, kan bidra til samskaping av ny erkjennelse, en ny virkelighetsforståelse, og ny praksis. Fordi temaet i denne avhandlingen kan knyttes til ulike fagområder, som psykologi, familierapi, barnevern, medisin og sosiologi, har det vært nyttig å forstå denne tverrfagligheten gjennom det sosialkonstruksjonistiske paradigmet. Det er språket som tydeliggjør forskjellene i de ulike forskningstradisjonene, og det er språket som kan skape en større helhetlig og felles forståelse. På samme måte kan samtaler bidra til å skape ny *mening*, altså en forståelse av betydning og sammenheng, knyttet til ulike situasjoner, relasjoner, tanker og følelser

(Anderson, 2003; Bruner, 1990; Gergen, 2011). Denne tilnærmingen har vært nyttig fordi jeg har fokusert spesielt på meningskapsende samtaler mellom barn og voksne.

Denne studien handler også om barn og unges opplevelser, tanker og følelser, altså om mentale prosesser, slik de forteller om det i samtale med meg som forsker. Innenfor en sosialkonstruksjonistisk tilnærming kan opplevelser, tanker og følelser forstås som indre fornemmelser og dialoger, som er sosialt konstruert gjennom språket. Selvet utvikles og defineres gjennom relasjoner til andre mennesker, og til den kulturen de er en del av, og mening skapes gjennom de livshistorier hver enkelt forteller om seg selv til andre (Bruner, 1990). I denne studien har det vært viktig å fortolke informantenes narrativer gjennom en forståelse av mennesket som refleksivt og relasjonelt, altså med evne til å skape mening til fortiden i lys av nåtiden, og til nåtiden i lys av fortiden (Bruner, 1990; Gergen, 2011). Jeg forstår begrepene *opplevelser, følelser og tanker*, som relasjonelle prosesser slik de fremstår og forstås i informantenes narrativer.

1.4 Referansegruppens bidrag

Ved oppstart av prosjektet inviterte jeg noen personer med ulik erfaring til å delta i en referansegruppe. Jeg ønsket at prosjektet skulle være praksisnært, og oppleves nyttig for ulike aktører på fagfeltet *barn som pårørende*. Referansegruppens medlemmer hadde ulik og sammensatt erfaring: som en oppvekst med foreldre med rusmiddelavhengighet, og/eller som tidligere rusmiddelavhengig og mamma, og/eller som barnevernspedagog, og/eller som ansatt i barneverntjeneste, brukerorganisasjoner og rusbehandling. De ble rekruttert gjennom brukerorganisasjoner og behandlingstiltak. Referansegruppen har møttes tre ganger i løpet av prosjektperioden, i tillegg har noen av medlemmene lest og kommentert artikkelutkast. I det første møtet utarbeidet vi de tre intervjuguidene som ble benyttet. Gjennom inngående diskusjoner fant vi frem til sentrale spørsmål og begreper som syntes hensiktsmessige, og som i stor grad bidro til å skape retning for prosjektet, som for eksempel fokuset på relasjonen mellom foreldre og barn. I det andre møtet fikk gruppen presentert foreløpige funn, og vi snakket sammen om hvordan disse kunne forstås og vektlegges.

Sentralt var diskusjonen om å gi plass både for de vonde og vanskelige opplevelsene, og for beskyttelse, gode opplevelser og fine samtaler. På det siste møtet tok vi utgangspunkt i funnene og diskusjon av disse, og vi utarbeidet sammen anbefalinger til utdanningsinstitusjoner, rusbehandling, barnevern og andre som på ulike arenaer møter barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet.

1.5 Avhandlingens struktur

Kapittel 2 gir en kunnskapsstatus, med oversikt over et utvalg aktuell forskning på feltet barn som pårørende, i hovedsak barn som pårørende til foreldre med psykisk sykdom og/eller rusmiddelproblemer. Kvantitative og kvalitative studier fra Europa, USA og Australia er inkludert, med en hovedvekt på nordiske studier. Kapittel 3 gir en oversikt over teoretiske perspektiver som bidrar til å belyse forskningsspørsmålene og funnene. Jeg har benyttet en systemisk tilnærming, og inkludert teorier og diskurser knyttet til forståelse av familieliv, foreldreskap, barndom, rusmiddelavhengighet, stigma og meningsskapende samtaler. Kapittel 4 om metode, inneholder en beskrivelse av, og diskusjon om forskningsprosessen, etiske og metodologiske refleksjoner, samt vurdering av studiens begrensninger. Kapittel 5 presenterer sammendrag av artiklene, samt en oppsummering av funnene. Kapittel 6 er en diskusjon av funnene, med utgangspunkt i tidligere forskning, og aktuelle teoretiske perspektiver. Kapittel 7 inneholder konklusjon; forslag til implikasjoner for praksis; anbefalinger i form av syv punkter, som er utarbeidet i samarbeid med referansegruppen; studiens bidrag til forskningsfeltet; samt forslag til videre forskning.

2. Tidligere forskning

De siste årene har det vært et økende fokus på barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet og/eller psykisk sykdom. Problemet knyttet til forskning om familier som preges av foreldres rusmiddelbruk, er at det på grunn av stigma, skam og hemmeligholdelse kan være vanskelig å rekruttere familiene til forskning. Det er av samme grunn vanskelig å vite hvor mange barn som har foreldre med alvorlige rusmiddelproblemer (Delås, 2015; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Weston, 2010). Mange familier lever med sine problemer uten at noen ser eller hjelper dem. Torvik og Rognmo (2011) anslo i sin studie om norske foreldres rusmiddelbruk og psykiske helse at rundt 290 000 (26 %) norske barn i alderen 0 til 18 år hadde foreldre som det siste året hadde hatt problemer knyttet til alkohol eller psykiske lidelser, i den grad at det gikk ut over foreldrefunksjoner i hverdagen. Rundt 30 000 (2,7 %) barn hadde foreldre med alvorlig alkoholavhengighet, og 115 000 (10,4 %) barn hadde foreldre med alvorlig psykisk lidelse. En annen norske studie fra 2015, viste at 5000 pasienter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og 29 000 pasienter i psykisk helsevern, har barn under 18 år (T. Ruud et al., 2015). Tall fra Storbritannia tilsier at rundt 30 % av alle barn har én forelder, og 8 % to foreldre med alvorlige alkoholproblemer. 3,6 % av disse barna hadde foreldre som brukte narkotiske stoffer i kombinasjon med alkohol, og 4 % hadde foreldre med samtidig rusavhengighet og psykiske lidelser (Manning, Best, Faulkner, & Titherington, 2009). Tall fra USA anslår at nærmere 12 % av barna lever med en rusmiddelavhengig forelder (Reupert, Goodyear, & Maybery, 2012).

Problemet med disse tallene er, som sagt, at de er usikre og vanskelig å sammenligne. Det er ulikt hvordan et rusmiddelproblem er definert, og det er en betydelig samvariasjon mellom rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser (Mørland & Waal, 2016), og derfor ulike hvor og om barna blir registrert. Det er og ulikt om informantene er barn, ungdom, foreldre eller helsepersonell. Det er uansett et betydelig antall barn det er snakk om, og på bakgrunn av retrospektive studier kan vi med sikkerhet si at det er mørketall, antallet er enda høyere. Voksne barn med foreldre med rusmiddelavhengighet forteller at foreldrenes rusmiddelbruk ble holdt hemmelig for omgivelsene da de var barn, og de inngår derfor ikke i noen statistikk

(Backett-Milburn et al., 2008; Orford, Velleman, Natera, Templeton, & Copello, 2013; Werner & Malterud, 2016a; Wilson, Cunningham Burley, Bancroft, & Backett-Milburn, 2012).

De to neste underkapitlene beskriver studier som fokuserer på henholdsvis risikofaktorer og *sårbare barn*, og på beskyttelsesfaktorer og *resiliente barn*. Dette er begreper som diskuteres noe mer i teorikapittelet, fordi de er omstridte, også innenfor forskningsfeltet *barn som pårørende*. Grunnen til at det er relevant å benytte begrepene her, er at det er mye forskning der begrepene risikofaktorer, beskyttelsesfaktorer og utvikling av resiliens benyttes. Det må imidlertid understrekes at mye av forskningen konkludere med at barn ikke er enten sårbare eller resiliente, de er begge deler (Bancroft & Wilson, 2007; Holmila, Itäapuisto, & Ilva, 2011; Sommer, 2014). Fordi det har vært et mål i denne avhandlingen å inkludere flere perspektiver og fagområder, har jeg også sett på forskning som omhandler familiebaserte tiltak når foreldre er rusmiddelavhengige, om kontakt mellom foreldre og barn som ikke bor sammen, om samtaler med barn som har foreldre med rusmiddelproblemer, og jeg har inkludert studier som omhandler implementering av loven om barn som pårørende. Avslutningsvis reflekterer jeg over behovet for ytterligere forskning knyttet til temaet barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet.

2.1 Sårbare barn

Det å leve sammen med en person med rusmiddelavhengighet er krevende, uavhengig av alder (Orford et al., 2013; Selbekk, Adams, & Sagvaag, 2018). Familiemedlemmer preges av utrygghet på grunn av personens uforutsigbarhet og endring i humør og oppførsel. Mange pårørende er redde for overdoser og død, det er økt forekomst av vold i disse familiene, og de lever oftere isolert og sosialt ekskludert (Orford, Velleman, Copello, Templeton, & Ibanga, 2010; Wilson et al., 2012). Mange familiemedlemmer utvikler depresjon, angst og stress (Ólafsdóttir, Hrafnadóttir, & Orjasniemi, 2018).

Barn er i særlig grad i en sårbar situasjon når foreldrene har rusmiddelproblemer fordi de er helt avhengige av foreldrenes omsorg (Felitti & Anda, 2010; Vygotskij, Cole, John-Steiner, Scribner, & Souberman, 1978). Studier om førskolebarn (0-6 år) har funnet at barn som har mødre med rusmiddelavhengighet har høyere risiko for å utvikle atferds- og emosjonsforstyrrelser, stemningsforstyrrelser og stress, og de har hyppigere sykehusinnleggelser enn andre barn (Raitasalo & Holmila, 2017; Ranta & Raitasalo, 2015). En studie fra USA undersøkte 4084 barn som var innlagt sammen med sine mødre i langtids rusbehandling, i perioden 1992–2000. Dette var mødre med svært omfattende og sammensatt problematikk knyttet til oppveksttraumer, psykiske lidelser, mangel på bolig, fattigdom og kriminalitet (Conners et al., 2009). Mange av barna var utsatt for rusmidler under svangerskapet. Flere hadde levd som hjemløse og i fattigdom sammen med sine mødre. De fleste hadde ingen kontakt med sin far, noen hadde kontakt med besteforeldre og andre familiemedlemmer. Barna scoret høyt på mange risikofaktorer og flere hadde utviklet betydelige somatiske og psykiske plager. Mange strevde med å fungere på skolen og med sosiale relasjoner. Studien konkluderer med at dette er barn som vil ha behov for langvarig og tverrfaglig oppfølging (Conners et al., 2009). Dette samsvarer med resultater fra annen forskning om at barn som opplever traumer, i form av å bli neglisjert eller bli utsatt for fysisk, psykisk og seksuell mishandling, kan få omfattende problemer med tilknytning, psykisk og somatisk helse, kognitiv og sosial fungering (Dube et al., 2001; Felitti & Anda, 2010; Haugland & Nordanger, 2015). Andre studier fokuserer mest på sårbarhet for å utvikle relasjonelle og sosiale problemer knyttet til det å vokse opp i fattige, og sosialt isolerte familier (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011). Studier om mødre med små barn, viser at mødre med rusmiddelavhengighet har dårligere mentaliseringsevne. Det betyr at de i mindre grad klarer å se og forstå barnet sitt, og de har mindre innsikt i hvordan deres egen atferd, mimikk og stemme virker på spedbarnet, noe som kan ha alvorlige konsekvenser for barnets utvikling (Håkansson, Watten, Söderström, Skårderud, & Øie, 2018). Halså (2017) beskriver mødre med psykiske lidelser: hvordan de strever med å leve opp til kulturelle forventinger om et altoppslukende moderskap, og hvordan de ser på seg selv som avvikere og skadelige for sine barn, på grunn av sykdommen. Foreldre som selv har vokst opp med sine foreldres rusmiddelavhengighet, kan også streve, med foreldrerollen, høyt stressnivå, og med å skape en trygg tilknytning til barna (Tedgård, Råstam, & Wirtberg, 2018; Wiig, Halså, Bramness, Myra, & Haugland, 2018).

I flere studier forteller barn og unge som har foreldre med rusmiddelavhengighet om sine erfaringer og opplevelser (Backett-Milburn et al., 2008; E. Kufås, Billehaug, Faugli, & Weimand, 2017; Sundfær, 2012). Først og fremst forteller de om omfattende belastninger, og om hvordan foreldrenes rusing preger hverdagen deres. De beskriver hvor krevende det er å leve med uforutsigbarheten og utryggheten hjemme, og om mangel på struktur og grenser. De synes det er vanskelig å forstå hvorfor foreldre oppfører seg merkelig. De opplever foreldrenes humørsvingninger, og beskriver foreldrene som kjærlige og omsorgsfulle den ene dagen, sinte og voldelige den neste. Noen foreldre blir liggende i senga, dag etter dag (Backett-Milburn et al., 2008; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Werner & Malterud, 2016a). I en norsk studie basert på en chattetjeneste for barn og unge, drevet av brukerorganisasjonen *Barn av rusmisbrukere*, kommer det frem at flere av de unge beskriver hjemmet som et fengsel. De forteller om alvorlige krenkelser både fysisk og psykisk, om hvordan de føler seg overlatt til seg selv, og at de opplever at de ikke er verdt å elske (E. Kufås et al., 2017). Disse, og andre barn og unge, forteller at de forsøker å hjelpe til i hverdagen så godt de kan. Mange tar mye ansvar for foreldrene, yngre søsken, økonomi og husarbeid. De forsøker også å ivareta sin egen personlige hygiene, måltider, lekser og medisiner (Kallander et al., 2017; Moore, Tim, McArthur, Morag, & Noble-Carr, 2011; O'Connor, Forrester, Holland, & Williams, 2014). En svensk studie handler om relasjonen mellom foreldre og barn etter at foreldrene har sluttet å ruse seg (Alexanderson & Näsman, 2017). Barna beskriver hvordan det endelig er plass til deres tanker og følelser, og at de etter hvert får en forståelse av hvordan foreldrenes rusmiddelbruk har påvirket deres liv. Mange lever med bekymring og angst for tilbakefall, og trenger lang tid, og mye hjelp for å bygge opp tillit og relasjonen til foreldrene, uavhengig av om de bor sammen med foreldrene eller ikke. Flere studier beskriver at barn føler seg ensomme, at foreldrenes rusproblem er noe de forsøker å holde hemmelig, og at de føler seg utenfor, og skamfulle over å være en annerledes familie (Delås, 2015; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Sundfær, 2012; Werner & Malterud, 2016a; Wiig, Haugland, Halså, & Myhra, 2017).

Forrester (2008) undersøkte hvordan det gikk med barn som hadde foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvor det ble iverksatt tiltak for å hjelpe familien å unngå

omsorgsovertakelse og flytting av barna. De barna som strevde mest med psykososiale problemer, var de guttene som ble boende hjemme hos foreldre som fortsatte å ruse seg og som utøvde vold mot partneren og barna. Disse guttene hadde også langt høyere bruk av rusmidler enn resten av utvalget. Dette gjenspeiler andre studier, som også viser økt risiko for at barna og ungdommene selv begynner å bruke rusmidler, for å håndtere traumer og psykiske plager eller for å oppleve tilhørighet og vennskap (Felitti & Anda, 2010; Galea, Nandi, & Vlahov, 2004; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Velleman & Templeton, 2016; Wiig et al., 2017).

Som vi ser, har vi mye kunnskap om at det kan ha alvorlige konsekvenser for barn å bo sammen med foreldre med rusmiddelavhengighet. De barna som har størst belastning, og som selv står i fare for å utvikle problemer, lever i familier uten noen rusfri voksenperson, den ene eller begge foreldrene har samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse, og det utøves vold (Forrester & Harwin, 2008; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Raitasalo & Holmila, 2017; Velleman & Templeton, 2016).

2.2 Resiliente barn

Det er imidlertid ikke slik at alle barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet selv utvikler alvorlige problemer. Noe forskning har sett på hvordan barn mestrer livet og klarer seg godt til tross for utfordrende barndomsopplevelser. Resiliens kan defineres som en kombinasjon av individuelle, relasjonelle og sosiale faktorer som virker beskyttende mot utvikling av psykososiale problemer, når barn lever i situasjoner som er potensielt skadelige (Agnafors et al., 2017; Backett-Milburn et al., 2008; Jaffee, Caspi, Moffitt, Polo-Tomas, & Taylor, 2007; Moe, Johnson, & Wade, 2007; Velleman & Templeton, 2016). Backett-Milburn (2008) beskriver i sin studie hvordan ungdommer beskyttet seg ved å rømme til rommet sitt for å slippe å være sammen med rusa foreldre, og hvordan de fant støtte i søsken, å kunne være hjemme hos venner og deres familie, og å ha besteforeldre eller andre familiemedlemmer de kunne være hos. Det å ha noen trygge voksne å snakke med, var essensielt, men også vanskelig fordi de skammet seg over familien sin. De beskrev forholdet

til foreldrene som nært. De hadde en tro på at foreldrene en dag skulle slutte å ruse seg og at de kunne være en vanlig familie som gjorde vanlige aktiviteter sammen (Backett-Milburn et al., 2008; Wilson et al., 2012). Andre studier viser lignende resultater. Beskrivelser av mulige beskyttelsesfaktorer og utvikling av resiliens, er at foreldre faktisk slutter å ruse seg, at barna blir beskyttet mot foreldrenes rusing, at de har omsorgsfulle og støttende relasjoner rundt seg, at de deltar i aktiviteter i nærmiljøet, at de fungerer bra på skolen, at de har en opplevelse av tilhørighet og at de klarer å regulere følelser (Moe et al., 2007; Noble-Carr, Barker, McArthur, & Woodman, 2014; O'Connor et al., 2014; Orford et al., 2010; Ronel & Levy-Cahana, 2011; Velleman & Templeton, 2016). Dette viser at generasjonsoverføring av problemer ikke må forstås som noe deterministisk. Mange av barna klarer seg godt, både gjennom ungdomstiden og som voksne, først og fremst fordi de får tilstrekkelig beskyttelse og støtte, og fordi de forstås av omgivelsene som deltakende og meningsbærende i sine liv, og som sårbare (Backett-Milburn et al., 2008; Gladstone, Boydell, & McKeever, 2006; Holmila et al., 2011).

2.3 Familiebaserte tiltak

Det finnes noen studier som har undersøkt om familiebaserte tiltak kan styrke foreldrekompetansen, og hjelpe barna når foreldre har rusmiddelproblemer. Toner et al (2008) undersøkte tiltak for gravide og småbarnsmødre. De fant at tverrfaglig sammensatte team som kom tidlig inn i den gravides/familiens liv, hvor tiltakene var tilpasset den enkelte familien, og hvor ansatte ble opplevd som åpne og fordomsfrie, skapte gode resultater for mødrene og barna. En metastudie om rusbehandlingstiltak for mødre og barn viser at mødrenes utvikling av et mer positivt selvbilde, evne til å gi og ta imot støtte og hjelp, følelsesregulering, og konkrete mål knyttet til egen prosess, kan bidra til å styrke foreldreferdigheter, og barnas utvikling og trivsel (Sword et al., 2009). Studier om systemisk familierapi, tiltak for gravide, hjemmebaserte tiltak, og institusjonsbehandling for foreldre der barna også er med, viser at slike tiltak kan bidra til å styrke foreldreferdigheter, bedre barnas livssituasjon, styrke relasjonen mellom foreldre og barn, forekomst av barnemishandling minskes, foreldrenes rusmiddelbruk avtar, og det blir færre omsorgsovertakelser (Forrester, Copello, Waissbein, & Pokhrel, 2008; Hammond &

McGlone, 2013; Hanson, Saul, Vanderploeg, Painter, & Adnopo, 2015; Rivera & Sullivan, 2015; Söderström, 2012; Wiig et al., 2017). Familiebaserte tiltak kan imidlertid være svært krevende for både foreldre og barn, og ikke hensiktsmessig for alle familier, særlig når foreldrene har en alvorlig rusmiddelavhengighet kombinert med psykisk sykdom, voldsproblematikk, og store relasjonelle og sosiale vansker (Forrester et al., 2008; Steenrod & Mirick, 2017; Wiig et al., 2018).

Samlet sett er disse ulike studiene relevante for denne avhandlingen fordi de søker å forstå familien som en helhet, og de fokuserer på relasjonen mellom foreldre og barn. Studiene viser også betydningen av at hjelpeapparatet kommer tidlig inn i disse familiene, og tiltak rettet mot foreldrene og dere problemer også er viktig for barnas trivsel og utvikling.

2.4 Kontakt mellom foreldre og barn som ikke bor sammen

I 2017 var i overkant av 9000 norske barn og unge i alderen 0–17 år under barnevernets omsorg og plassert utenfor hjemmet, i fosterhjem eller institusjon. Disse utgjorde 19 % av barn og unge med hjelp fra barnevernet i denne aldersgruppen (www.bufdir.no). Det finnes ikke statistikk på hvor mange av barna som er omsorgsplassert på grunn av foreldrenes rusmiddelproblemer.

Et viktig tema for barn og foreldre som ikke bor sammen, er hva slags kontakt de skal ha, og hvordan dette vurderes av barna, foreldrene og fagfolk. FNs barnekonvensjon og den norske barnevernloven stadfester barns rett til kontakt og samvær med sine foreldre som de ikke bor sammen med (Barnekonvensjonen, 2003; Barnevernloven, 1992; Bullen, Taplin, McArthur, Humphreys, & Kertesz, 2017). Dette er imidlertid et komplekst tema. Relasjonen mellom barn og foreldre med rusmiddelavhengighet, som ikke bor sammen, vil være preget av den historien de har sammen, og foreldrenes situasjon knyttet til rusmiddelbruk og psykisk helse. Det meste av forskningen på dette området handler om samvær mellom foreldre og barn som bor i fosterhjem, og hvor årsaken til omsorgsovertakelse ikke er

spesifisert. De fleste barn som bor i fosterhjem ønsker en viss kontakt med biologiske foreldre. Tilrettelagt kontakt er viktig for å ivareta tilknytningen mellom foreldre og barn, og kan bidra til bedret psykisk helse hos barna (Haight, Kagle, & Black, 2003; McWey, Acock, & Porter, 2010). Studiene understreker at det er viktig for barna at de har innflytelse over hyppighet og innhold i kontakten, og at voksne er åpne for at barn og unges ønske om samvær kan endre seg over tid. Barn og unge legger vekt på at de ikke vil presses til å ha kontakt dersom de opplever det som utrygt eller stressende, og at samvær skal finne sted på et hyggelig og trygt sted, der de kan gjøre aktiviteter sammen med foreldrene (Haight et al., 2003; Holmila et al., 2011; Kiraly & Humphreys, 2013; McWey & Mullis, 2004). Både foreldre og fosterforeldre må få tilstrekkelig hjelp og veiledning, slik at samvær oppleves som viktig og godt for barna (Bullen et al., 2017; Taplin & Mattick, 2014). Besteforeldre, søsken eller andre familiemedlemmer kan være viktige for barnet å opprettholde kontakt med, istedenfor, eller i tillegg til samvær med foreldrene (Kiraly & Humphreys, 2016).

Oppsummert viser forskningen at samvær og kontakt mellom foreldre og barn som ikke bor sammen, oppleves som viktig for barna. De ønsker å få uttale seg og delta i viktige beslutningsprosesser som angår deres liv. Vi har ingen forskning som tilsier at rusmiddelavhengighet i seg selv er grunn til at all kontakt mellom foreldre og barn skal opphøre, men kontakten må tilpasses det enkelte barnets behov og situasjon, og foreldrenes rusmiddelbruk, helse og fungering. Forskningen om kontakt mellom barn i fosterhjem og foreldre, er viktig for denne studien fordi mange av de unge informantene vokste delvis opp i institusjon eller fosterhjem, og de strevde med å regulere kontakten med foreldrene. Det finnes imidlertid få studier som fokuserer spesielt på familier hvor foreldrene har rusmiddelproblemer.

2.5 Samtaler med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet

Flere studier vektlegger behovet for langvarig, tverrfaglig hjelp og støtte til barn som lever under vanskelige oppvekstforhold, til foreldrene, og til dem som familie. De viser at det for barn og unge er spesielt viktig å bli møtt med respekt, både for dem og foreldrene. De må

oppleve at de blir forstått, og lyttet til av omsorgsfulle voksne. Det må føles trygt å gi uttrykk for sine følelser og tanker (Freake, Barley, & Kent, 2007; Holmila et al., 2011; Orford et al., 2010; Reupert & Maybery, 2010). Noen barn ønsker å snakke med foreldrene sine, andre familiemedlemmer, eller venner og deres familier, andre uttrykker behov for å snakke med profesjonelle. Både familiemedlemmer, venner, fastlege, terapeuter i psykisk helsevern for barn og unge, og barnevernsansatte kan være viktige samtalepartnere for barna (Gullbrå, Smith-Sivertsen, Rortveit, Anderssen, & Hafting, 2016; Halsaa & Kommisrud, 2016; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015).

Hvordan barna selv, og de voksne som snakker med dem, forstår fenomenet rusmiddelavhengighet, synes viktig. Sentralt for utviklingen av resiliens, er at barna frigjøres fra tanker om at foreldrenes rusing er deres skyld, og at de får kunnskap om at egne reaksjoner og plager kan være et resultat av foreldrenes rusing (Grové, Reupert, & Maybery, 2016; Moe et al., 2007; Mordoch, 2010). Reupert og Maybery (2010) har sett på hvordan profesjonelle kan støtte barn gjennom samtaler som handler om å øke forståelsen av foreldrenes problemer. De legger vekt på at samtalene skal preges av direkte kommunikasjon, at den voksne lytter til barna og ikke er forutinntatt. Kunnskap om foreldrenes situasjon og helse kan bidra til at barna bedre forstår sin verden og sine erfaringer, slik at de opplever større grad av sammenheng og mening. De får hjelp til å utvikle mestringsstrategier, og de vet hvem de skal kontakte hvis foreldrene får symptomer eller tilbakefall. På den måten kan barna få et språk som gjør at de kan snakke om sine erfaringer og opplevelser, og gi uttrykk for sine behov. Voksne må ikke vente på at barn skal be om informasjon og samtaler, de må få tilbud om det, eventuelt flere ganger (Reupert & Maybery, 2010). Flere studier fokuserer på nytten av gruppebaserte tilbud, for å gi barn informasjon og mulighet til å snakke om vanskelige opplevelser, tanker og følelser. Det å snakke med andre barn og unge kan skape mindre følelse av ensomhet og skam; det hjelper å vite at andre er i lignende situasjoner (Grove et al., 2015; Halsaa & Aubert, 2009; Isobel, Pretty, & Meehan, 2017; Lorna Templeton, Novak, & Wall, 2011; L. Templeton, Velleman, Hardy, & Boon, 2009; Trondsen, 2012). En ny norsk studie viser imidlertid at barn som deltar i samtalegrupper fordi foreldrene er psykisk syke eller rusmiddelavhengige, ikke nødvendigvis blir møtt på sine behov for å snakke om det som er vanskelig for dem.

Samtalene knyttes til barnas måte å håndtere og mestre livet på, mer enn til de livsbetingelsene de lever under, og det faktum at de får ikke nødvendig beskyttelse og hjelp. En slik tilnærming kan i verste fall føre til at barna blir enda mer usynliggjort, fordi deres erfaringer er for smertefulle for voksne å ta del i (Grimsgaard, 2019).

Oppsummert viser forskningen at det er relativt få studier som omhandler samtaler med barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer, og enda færre som omhandler barn som ikke bor sammen med foreldrene. Studier om barn som lever under vanskelige oppvekstforhold, viser at samtaler kan hjelpe dem å skape mening og sammenheng. De har ofte behov for å snakke om konkrete hendelser, relasjoner og sin egen livssituasjon. I tillegg kan pasient- og pårørendeundervisning være nyttig som en del av en prosess. Barn og unge er ulike, noen har behov for samtaler sammen med sine foreldre, andre ønsker ikke det. Noen har behov for samtaler med profesjonelle, for andre er det tryggere å snakke med fosterforeldre, venners foreldre eller en lærer. Det forskningen understreker, er at barn og unge har behov for noen samtalepartnere, som over tid kan bidra til å skape trygghet, mening og sammenheng. Det er imidlertid svært viktig at offentlige samtaletilbud ikke fungerer som en sovepute, mange av barna har behov for beskyttelse og hjelp, i tillegg til samtaler.

2.6 Barn som pårørende - implementering av lovendringer

Et stort problem for mange barn og unge som har vokst opp med foreldrenes rusmiddelavhengighet, er at de aldri har blitt sett, beskyttet og snakket med (Gullbrå et al., 2016; E. Kufås et al., 2017; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Orford et al., 2010). Werner og Malterud (2016a, 2016b) diskuterer hvordan kulturelle tabuer, stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer, hindrer fagfolk i å bli oppmerksomme på barna. Barna forsøker på sin side å opptre så normalt som mulig, og gjør det sånn sett vanskeligere å inkludere og beskytte dem. Profesjonelle, enten det er fastlege, foreldres behandlere eller sosialarbeidere, fokuserer først og fremst på personen som har problemet, altså den voksne, og for sjelden på barna (Gullbrå et al., 2016; S. D. Jansen, 2014; Selbekk &

Sagvaag, 2016). Dette kan ha sammenheng med at familier i liten grad sees som en helhet av hjelpeapparatet, og at barn ikke blir sett på som kompetente nok til å kunne inkluderes som en del av familien, når foreldre trenger hjelp (Backett-Milburn et al., 2008; Christiansen, 2012).

Helsepersonells plikt til å ivareta barn som pårørende innebærer at de skal kartlegge om pasienten har mindreårige barn eller søsken, og gjennom samtaler med pasienten forsøke å avklare barnas behov for informasjon og oppfølging. Deretter må de ha pasientens samtykke for å invitere til, og gjennomføre barne- og familiesamtaler, og for å etablere samarbeid med eventuelle hjelpetiltak rundt barnet (Bergem, 2018; Helsedirektoratet, 2012; Kjellevold, 2008; T. Ruud et al., 2015). For å koordinere arbeidet med barn som pårørende, skal alle helseinstitusjoner ha *barneansvarlig* personell (Halsa & Kufås, 2012; Spesialisthelsetjenesteloven, 2001).

Norske studier om barn som pårørende og barneansvarligrollen, konkluderer med at det har skjedd positive endringer knyttet til dette arbeidet, og at fokuset på pasientenes barn har økt (Lauritzen, Reedtz, van Doesum, & Martinussen, 2014). Rusfeltet blir i en studie fremhevet som de som i størst grad kartlegger om pasientene har barn, der to av tre barn er registrert i pasientjournal (Skogøy, 2016), noe som også innebærer at ett av tre barn faktisk ikke blir kartlagt. En støttende ledelse og strategier for ivaretagelse av barn på systemnivå er faktorer som kan bidra til at arbeidet med barn som pårørende blir utført i henhold til loven (Skogøy et al., 2018). De fleste studiene viser imidlertid at implementeringen av lovendringene har vært krevende. Rammene og ressursene for arbeidet er uklare og utilstrekkelige (Hjelmseth & Aune, 2018; Lauritzen, Reedtz, Doesum, & Martinussen, 2015; Lauritzen et al., 2014; Skogøy, 2016). Barn som har foreldre i rusbehandling har i liten grad deltatt i barne- og familiesamtaler (S. D. Jansen, 2014; Stavnes, Hagen, & Ruud, 2016). En vanlig forklaring på hvorfor barna i så liten grad blir invitert til barne- og familiesamtaler, er at foreldrenes behandlere opplever å ha for lite erfaring med å snakke med barn, og at de mangler kompetanse til å vurdere barnas omsorgssituasjon (Humerfelt, 2014; T. Ruud et al., 2015). De voksne pasientene er de som prioriteres i en travel hverdag, og noen behandlere

kan være engstelige for at relasjonen til foreldrene svekkes dersom de involverer barna, og eventuelt også barnevernet, i behandlingsprosessen (S. D. Jansen, 2014). Helsepersonell som har god kunnskap og erfaring med barn, er imidlertid de som er minst redde for at arbeidet med barn som pårørende skal påvirke behandlingsrelasjonen til foreldrene i negativ retning (Lauritzen et al., 2014).

En studie undersøkte familiers og helsepersonells erfaringer knyttet til arbeidet med barn som pårørende i fem helseforetak, som til sammen ga spesialisthelsetjenester til 34 % av den norske befolkningen (T. Ruud et al., 2015). Resultatene viste at de fleste helseforetakene hadde ansatt barneansvarlig personell. Det var til sammen 1400 barneansvarlige medarbeidere i disse helseforetakene. De ansatte beskrev selv at de hadde et spesielt engasjement for barn som pårørende. De færreste hadde fått frigjort tid til å utføre ansvarsoppgaven. Rundt 75 % av de barneansvarlige medarbeiderne hadde mottatt noe opplæring, mens helsepersonell for øvrig rapporterte å ha mottatt lite opplæring (T. Ruud et al., 2015). Barneansvarlige hadde en viktig rolle når det gjaldt det å holde sine kollegaer oppdatert på feltet barn som pårørende, og de forsøkte å bidra med veiledning og støtte (Skogøy, 2016; Svalheim & Steffenak, 2016).

Internasjonal forskning om barn som pårørende til foreldre som er pasienter i rusbehandling eller psykisk helsevern, viser lignende resultater. I Finland kartlegges det om pasienter i rusbehandling har barn, men barna ble sjelden invitert til barne- og familiesamtaler og de fikk ikke tilbud om direkte hjelp og støtte fra foreldrenes behandlere (Itpuisto, 2014). Forklaringene legges på at helsepersonell har for lite kunnskap til å støtte og veilede foreldrene i å delta i samtaler med barna, og de mangler forståelse for hvilken viktig rolle rusbehandlere kan ha for pasientenes barn. Maybery og Reupert (2009) og Lee et al (2012) har undersøkt hvorfor barn som har foreldre som er pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling i henholdsvis Australia og Storbritannia i så liten grad blir kartlagt og hjulpet. De peker blant annet på manglende systematikk og støtte til arbeidet fra ledelsen, om behandleres mangel på tid, mangel på kompetanse og ferdigheter knyttet til foreldreskap og barn, og at helsepersonell i liten grad klarer å motivere pasientene til å inkludere barna.

Manglende forståelse av nytten av å inkludere hele familien når foreldre er i rusbehandling, ser ut til å være en viktig barriere mot det å ivareta barn som pårørende (Selbekk et al., 2018; Selbekk & Sagvaag, 2016). Det er krevende å ha fokus både på pasienten og pasientenes barn i en behandlingssituasjon der problematikken er kompleks, og ofte knyttet til både rusproblemer, psykiske lidelser og omfattende sosiale problemer (Wiig et al., 2018). Dette understreker behovet for tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike instanser og etater, slik at disse familiene får best mulig og helhetlig hjelp og støtte (Hammond & McGlone, 2013; Panchanadeswaran & Jayasundara, 2012; Reupert et al., 2012; Reupert & Maybery, 2014; Toner et al., 2008; Wiig et al., 2018).

Som vi ser av denne forskningen, er det mange barrierer som hindrer helsepersonell i å ivareta barn som pårørende. Dette handler om mangel på kunnskap, kompetanse, tid, støtte fra ledelsen, og vanskelig samarbeid med pasienten. De fleste studiene konkluderer med at nettopp det at foreldre er i behandling, gir helsepersonell, barneverntjeneste og annet hjelpeapparat en unik mulighet til å se og snakke med barna. Dette krever imidlertid ressurser og vilje til tverrfaglig samarbeid.

2.7 Behovet for ytterligere forskning

Som vist, finnes det noe forskning om *barn som pårørende*. Forskningen viser at det er en fare for at barn som vokser opp med foreldrenes rusmiddelavhengighet selv kan utvikle alvorlige problemer med psykisk helse, sosialt, på skolen og med rusmidler. For å hindre at barna utvikler problemer, er det behov for at de blir beskyttet mot foreldrenes rusmiddelbruk, og at de får psykologisk og sosial støtte. Mange barn og unge ønsker å opprettholde kontakt med foreldre og andre familiemedlemmer etter at de har flyttet i fosterhjem, og de ønsker å delta i beslutninger knyttet til samvær. For at barna skal kunne beskyttes, og inkluderes i viktige beslutninger, må de snakkes med. Samtaler, individuelt eller i grupper, om det å vokse opp med foreldre med rusmiddelavhengighet, kan bidra til at barn i større grad får en

forståelse av foreldrenes problemer, og av situasjoner de opplever som krevende. Norsk helsepersonell er i en unik situasjon når det gjelder muligheten til å se og snakke med barna. Til tross for et økende fokus på barn som pårørende, og viktige endringer i positiv retning, er det fortsatt mange barn som ikke blir kartlagt og snakket med, tross lovens klare intensjoner.

Det er relativt få studier som fokuserer spesielt på barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, og det er svært få som har et tverrfaglig perspektiv, de fleste har enten psykologiske, medisinske eller sosiologiske tilnærminger. Det er en stor overvekt av kvantitative studier som søker å finne lineære årsaksforklaringer på barnas situasjon og problemer. Dette er studier som gir nyttig kunnskap, men det er også behov for studier som åpner for nye måter å forstå dette på, for eksempel gjennom en systemisk og sirkulær tilnærming. Jeg savner flere studier som handler om barnas opplevelser av sin egen og familiens situasjon, og at barn og unges stemmer kommer tydeligere frem. Flere studier handler om barnas situasjon når de bor sammen med foreldrene, og opplevelser knyttet til den livssituasjonen. Vi trenger mer kunnskap også om de som ikke bor sammen med foreldrene, om relasjonen og kontakten med foreldrene. Vi vet at samtaler kan være nyttige, men vi trenger å vite mer om hvordan samtaler eventuelt kan oppleves som beskyttelsesfaktorer i barnas liv, om hvordan samtaler kan bidra til å skape mening og sammenheng. Jeg mener at det er behov for mer forskning som fokuserer på hvordan mening skapes gjennom dialog i en relasjonell og kulturell kontekst, og som søker å ivareta kompleksiteten knyttet til barnas livssituasjon og meningsdannelse. Dette vil kunne få frem nye perspektiver og meningsinnhold, som kan bidra til å skape en endring for barn og familier som strever med foreldres rusmiddelproblemer.

3. Teoretiske perspektiver

3.1 En systemisk tilnærming

Forsknings- og fagområdet *barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet* er tverrfaglig og inkluderer et mangfold av teorier og diskurser, slik kapittelet om tidligere forskning viser. I min søken etter å forstå hvordan barn opplever oppveksten med foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvordan de har fått hjelp til å håndtere disse opplevelsene gjennom samtaler, har det vært nødvendig å inkludere ulike perspektiver, slik vi kan forstå det innenfor en systemisk tilnærming. Dette står ikke i motsetning til det sosialkonstruksjonistiske perspektivet, da sosiale systemer kan forstås som språkssystemer eller meningssystemer. «*Social kommunikasjon og diskurs skaber og bestemmer social organisering og sociokulturelle systemer. Sociale systemer er relationelle systemer, der er basert på sproglig interaksjon*» (Anderson, 2003, s. 105). Det systemteoretiske perspektivet kan bidra til å konkretisere hvordan ulike fenomener virker inn på hverandre, slik samspillet forstås av de som inngår i de ulike sammenhengene.

En systemisk tilnærming vektlegger helhet, relasjoner, kommunikasjon og samspill i forståelsen av virkeligheten og i studier med og av mennesker (Jensen & Ulleberg, 2011). Årsakssammenhenger forstås sirkulært, gjennom feedback sløyfer, som dynamiske og pågående prosesser uten en definert begynnelse eller slutt (Ølgaard, 2004). I en analytisk prosess som har en systemisk og sirkulær tilnærming, er det imidlertid nødvendig å lete etter mønstre og sammenhenger som har en mer lineær kausalitet; vi klarer ikke å ivareta alle perspektiver på en gang. Det innebærer at vi stopper opp ved enkelte relasjoner eller situasjoner for å forstå og fortolke en del av virkeligheten - vi *punktuerer* (punctuation) (Bateson, 1972; Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967). Gjennom punktuering, og forhandling om hvordan vi punktuerer, leter vi etter mønstre i samhandlingen innad i det enkelte systemet og systemer imellom. Kunnskap om slike samspillsmønstre kan bidra til å utvikle nye handlingsalternativer. Det innebærer et blikk både på helheten og på de ulike delene.

All form for kommunikasjon har et innholdsaspekt, altså et budskap, og et forholdsaspekt, en relasjonell og kulturell kontekst. Kommunikasjon bidrar til å skape og utvikle relasjoner, og samtidig har relasjonene avgjørende betydning for hvordan kommunikasjonen foregår. Kommunikasjon forstås som alt det vi foretar oss; alt vi gjør i samhandling med andre har et budskap (Eide, Eide, Keeping, & Eide, 2017; Watzlawick et al., 1967; Ølgaard, 2004). En systemisk tilnærming tar innover seg kompleksiteten i og mellom mennesker, relasjoner, kommunikasjon og kultur, og et fenomen gir mening når man forstår hvordan det inngår i en større sammenheng. Sånn sett kan sosiale systemer utvikles og forstås som sosiale konstruksjoner, og kunnskap om sammenhengene mellom dem utvikles gjennom kritisk refleksjon sammen med andre.

Det er altså innenfor rammen av systemisk og tverrfaglig tilnærming jeg forstår barns oppvekst, rusmiddelavhengighet, stigma og kommunikasjon. Innenfor samfunnsvitenskap er det ofte et mål å utfordre tradisjonelle konvensjoner, at forskeren søker å utvikle generativ teori, altså utforske om det finnes alternative måter å forstå og handle på (Gergen, 2011). I det følgende har jeg valgt ut noen områder som er knyttet til avhandlingens tema og forsøker å se dem i sammenheng. Hensikten er ikke å ta stilling til om de ulike teoriene er riktige eller gale, sanne eller usanne, men jeg tydeliggjør hvilke teoretiske perspektiver jeg mener er nyttige for å kunne utvikle en mer helhetlig forståelse av barns opplevelser, situasjon og behov når foreldrene har rusmiddelavhengighet.

Figuren under viser de områdene, eller språkssystemene, det har vært nyttig å inkludere i denne studien, slik de har vokst frem gjennom forskningsprosessen. Her er *meningsskapende samtaler* satt i sentrum og forsøkt forstått ved å se på samspillet mellom teorier og diskurser om *meningsskapende samtaler; familieliv, foreldreskap og barndom; rusmiddelproblemer; stigma og skam*. Utvelgelsen er basert på tidligere forskning, aktuell teori og studiens problemstilling: *Hvordan opplever barn og unge oppveksten med foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvordan får de hjelp til å skape mening knyttet til sine barndomsopplevelser?* Hvert av systemene består av flere mindre systemer, som igjen består av andre undersystemer. Modellen kan utvides for å vise ulike lag og hvordan ulike systemer

inngår i en helhet, slik for eksempel forståelsen av rusmiddelproblemer kan knyttes til samspillet mellom biologiske, psykologiske, sosiale og kulturelle faktorer og forhold (Engel, 1977; Frankel, Quill, & McDaniel, 2003).



Figur 1. *Samtaler med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet i et systemisk perspektiv*

3.2 Familieliv, foreldreskap og barndom

Familieliv

Familien beskrives i de aller fleste kulturer som den viktigste basen i barns liv. Familielivet konstrueres gjennom de relasjonene som er en del av systemet, og vel så mye av tradisjoner, og av kulturelle diskurser om hva en familie er. Familien består av personer som er bundet til hverandre gjennom en blanding av gjensidige forpliktelser og emosjonelle bånd. Familie kan både inkludere biologisk tilknytning og andre, nære relasjoner (Aarseth, 2018; Morgan, 2019; Smart, 2007). Familien som system har et indre liv med mer eller mindre tydelige grenser mot omverdenen, og den står i et gjensidig samspill med omgivelsene og den kulturen den er en del av (Dallos & Draper, 2010). I møte med familier hvor foreldrene har rusmiddelavhengighet, er det nyttig å forstå de rådende kulturelle normene for familieliv. I

vestlige kulturer er det kjernefamilien som fremstår som ideal for hva en familie er og bør være (Smart, 2007). Mange har sterke ønsker om å leve opp til ideen om den vellykkede kjernefamilien, samtidig som de bryter med dette idealet, ved at barna flyttes og foreldrene ikke er til stede for dem. Familien er imidlertid ikke et statisk og stabilt system. Den er i stadig utvikling og endring (Carter & McGoldrick, 1989; Sommer, 2014). Morgan (2019) beskriver familielivets praksis knyttet til tid og rom. Rommet beskriver det konkrete, og den geografisk plasserte basen for familielivet. Familien skaper sammen et hjem, gjennom forhandling av meningsinnhold, og som base for kjærlighet, tilhørighet og daglige rutiner. I våre dager er imidlertid ikke et hjem nødvendigvis geografisk sett en stabil enhet, familier flytter og mange barn beveger seg mellom to hjem. Sån sett rommer også familiebegrepet en stadig definering og redefinering av hvem som tilhører familien. Dette står i et gjensidig forhold til tidsdimensjonen knyttet til familielivet. Den enkelte familie er i stadig endring og utvikling gjennom de ulike fasene i livet knyttet til ekteskap, barnefødsler, oppvekst, utdanning, yrkesliv, sykdom og død (Carter & McGoldrick, 1989). Livet består av daglige rutiner og gjentatte ukentlige eller årlige begivenheter, og det inneholder markering av viktige endringer, som når et barn flytter hjemmefra, et bryllup feires eller et familiemedlem dør. I seremonielle sammenhenger skaper familien et felles narrativ på tvers av generasjoner, og fortid knyttes sammen med nåtiden (Morgan, 2019). Folk har ofte en forankring i sin familie som handler om betydningen av tilhørighet i et generasjonsperspektiv. Individuelle livsbaner blir meningsfulle i konteksten av andres liv som de er koblet til; foreldre, søsken, besteforeldre og oldeforeldre (Smart, 2007). I perioder kan det oppstå familieforhold og familiepraksiser som preges av tabu og hemmeligholdelse, og dette er også en del av familiens narrativ (Morgan, 2019; Smart, 2007, 2011). Ved å forstå sin egen og andres familier innenfor tid og rom på denne måten, dannes også normer for hva som er normalt og ikke, hvem som er like og hvem som er annerledes. Barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet oppleves ofte som unormale fordi de ikke lever i en vanlig kjernefamilie.

De relasjonelle båndene man har til familiemedlemmer oppleves imidlertid ofte som svært viktige; uavhengig av om man bor sammen eller ikke, og uavhengig av om relasjonene oppleves som gode eller dårlige (Smart, 2007; Sommer, 2014). Barns første og mest intense

minner formes ofte i en familie, fordi den danner rammen for følelser som kjærlighet, avvisning, sjalusi, varme, trygghet og redsel, slik de konstrueres i nære relasjoner. Derfor oppleves familien som noe helt spesielt, og barndomsminnene, som formes gjennom språkliggjorte prosesser, fremkaller gjerne sterke følelser (Bruner, 1990; Smart, 2007). Nære familierelasjoner kan være kjærlige og samtidig krevende og invaderende. Når livene er så innvevd i hverandre, både på et materielt, emosjonelt og metaforisk plan, så oppleves det som nærmest umulig å avslutte disse relasjonene (Smart, 2007). Denne forståelsen av familierelasjoner er sentral i denne avhandlingen fordi mange barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet opplever at de dras mellom nærheten og tilhørigheten i familien, og et behov for å skape avstand og slippe unna alle problemene (Wilson et al., 2012). I noen familier kan nettopp kriser, sykdom eller andre problemer knytte familiemedlemmene enda tettere sammen, slik at de fremstår som en enda sterkere og mer avgrenset enhet i møte med omgivelsene (Jones & Vedeler, 1996). Familier hvor foreldre har rusmiddelavhengighet kan være preget både av sterke bånd som binder dem sammen, og av behov for å skape avstand til det problematiske.

Nyere kunnskap om de sterke relasjonelle båndene i familien utgjør en viktig ramme for å forstå barns narrativer om oppveksten i familier hvor foreldre ruser seg. Disse familiene skiller seg ofte ut, for eksempel ved at foreldrene oppfører seg spesielt, eller ved at barn og foreldre ikke bor sammen. Dette kan skape sosial ekskludering og taushet, og det er vanskelig for barna å forstå sin egen og familiens livssituasjon.

Foreldreskap

Innenfor familiesystemet finnes det ulike relasjonelle konstellasjoner, og ulike områder man kan fokusere på. Foreldreskap er et slikt område, som det i denne avhandlingen har vært nyttig å se nærmere på. Jeg avgrenser her begrepet foreldreskap til å inkludere omsorg og oppdragelse av barn, både innenfor hjemmets fire vegger og i møte med omgivelsene, som helsevesen, barnehage, skole, fritidsaktiviteter og barnas venner og deres familier. Foreldreskap handler vel så mye om relasjonen, samarbeidet og kommunikasjonen mellom foreldrene (Dallos & Draper, 2010; Lind et al., 2016), men det er ikke et tema i denne

avhandlingen. Normer for godt foreldreskap er dynamiske og relatert til tradisjon og sosiokulturelle ideer om hva som er en god barndom og et godt familieliv, og til samfunnsmessige forhold knyttet til for eksempel utdanning og helse- og sosialtjenester (Dermott, 2016; Lind et al., 2016). Forståelsen av hva foreldreskap innebærer, preges sånn sett av kontekstuelle, kulturelle, sosioøkonomiske og samfunnsmessige forhold og diskurser. Hva som regnes som godt foreldreskap, varierer, og er tema for forhandling og endring. Det som svært ofte ligger fast, er forventningene om ivaretagelse av barns grunnleggende behov for fysisk, emosjonell, sosial og økonomisk trygghet og forutsigbarhet, noe som også er forankret i FNs barnekonvensjon og i norske lover (Barnekonvensjonen, 2003).

Forskning viser at foreldre som ruser seg, ofte ikke er i stand til å ivareta barnas behov for trygghet og forutsigbarhet. Et kulturelt vestlig ideal for godt foreldreskap, innebærer en intensiv og kontinuerlig oppfølging og oppdragelse av barna (Fauske, Kojan, & Storhaug, 2018; Lareau, 2011). Barna får mye oppmerksomhet. Deres liv er i stor grad styrt av foreldrene, og strukturert og organisert både på dagtid og etter skoletid. Tanken bak en slik intensiv kultivering (concerted cultivation), er at barna skal forberedes på voksenlivet, de skal bli selvstendige individer som gjør kloke valg. (Andenaes, 2014; Lareau, 2011). En slik foreldrestil kalles også autorativ; barna lærer å diskutere og forhandle, og de er deltakende i beslutninger som angår dem og familien (Halsa, 2017; Lareau, 2011; Rugkåsa, Ylvisaker, & Eide, 2017; Zilibotti & Doepke, 2014). Slike kulturelle normer kan fremstå som relativt smale og mange familier kan oppleve at de ikke passer inn, eller strekker til i møte med slik forventninger. Det kan handle sosioøkonomiske forhold, men det kan også handle om andre kulturelle forhold, hvor man har konstruert andre normer for hva som er viktig og godt i omsorg og oppdragelse av barn (Rugkåsa et al., 2017). I møte med barnevernets krav og forventninger om hva som er godt nok foreldreskap, kan det oppstå konflikter, fordi avstanden mellom foreldrenes og barnevernets forståelse er for stor, og fordi det gis for lite rom for forhandling og koordinering av meningsinnholdet (Fauske et al., 2018; Lareau, 2011)

Sosiokulturelle normer for foreldreskap har tradisjonelt sett stilt ulike krav til moderskap og faderskap. Mødres rolle overfor barna har vært å ivareta emosjonelle og daglige behov,

mens fedrene har hatt en mer instrumentell rolle knyttet til rasjonalitet og forsørgelse (Hennum, 2002; Sommer, 2014). Til tross for en utvikling der kvinner svært ofte arbeider utenfor hjemmet og fedre i stadig større grad tar mer ansvar for omsorgen for barna, viser forskning at det fortsatt er kvinnene som tar hovedansvaret for hjem og barn (Andenaes, 2014; Halså, 2017). Mødrene er også de som i stor grad opplever stigma og skam knyttet til det å ikke mestre morsrollen på grunn av psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet (Dolman, Jones, & Howard, 2013; Wiechelt, 2007).

Kunnskap om kulturelle normer for hva som regnes som godt foreldreskap og mødreskap er nyttig i denne avhandlingen, fordi brudd på disse normene kan skape opplevelse av stigma og skam, noe som ofte fører til sosial isolasjon og taushet. Det gjør at barna mister muligheten til å fortelle sin historie om seg og sin familie, både om det er som bra og om det som er vanskelig.

Barns oppvekst og utvikling

Idealene om godt foreldreskap henger sammen med idealene om en god barndom (Lind et al., 2016; Sommer, 2014). Barns oppvekst og utvikling er tema for flere fagfelt, og det finnes utallige teorier med fokus blant annet på kognitive og emosjonelle prosesser, tilknytning, familieforhold og sosioøkonomiske forhold (Sommer, 2014). Gjennom tidene har det også blitt benyttet ulike perspektiver i forståelsen av familier som har vært preget av foreldres rusmiddelavhengighet. Barna ble på 1800-tallet beskrevet som arvelig belastet og dermed moralsk fordervede og svake. Senere ble de definert som ofre for foreldrenes omsorgssvikt, mens et mestrings- og resiliensperspektiv i større grad har preget forståelsen av disse barna de siste 30 årene (Haugland & Nordanger, 2015). For å holde fast i en systemisk tilnærming, som inkluderer ulike fagområder, har jeg funnet det særlig interessant å forstå barns utvikling og oppvekstforhold gjennom å se til teori om *kulturpsykologi* (Bruner, 1990) og *dynamisk systemteori* (Sameroff, 2010; Sommer, 2018; Thelen, 2005). Disse knytter biologiske, psykologiske, relasjonelle og kulturelle perspektiver sammen til en helhetlig forståelse av barns utvikling og oppvekst. Barns oppvekst innebærer sånn sett et dynamisk samspill mellom ulike forhold, som gener, en naturlig biologisk og psykologisk utvikling,

relasjonen mellom foreldre og barn, oppdragelsesstil, foreldrenes mentale helse, familiens sosiale og økonomiske situasjon, sosialt nettverk, skole, venner, nærmiljø og sosiokulturelle normer, slik de ulike delene og helheten forstås som meningsystemer (Sommer, 2014). Dette er viktige elementer å inkludere, også i forståelsen av barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, selv om jeg i denne avhandlingen fokuserer mest på relasjonen til foreldrene, og på meningsskapende samtaler.

Forskning viser at disse barna er i en sårbar livssituasjon, og det kan være en fare for at de selv utvikler alvorlige problemer (Velleman & Templeton, 2016). Mange av barna har opplevd potensielt traumatiske hendelser, i form av omsorgssvikt, vold og overgrep (Haugland & Nordanger, 2015; van der Kolk, 2014). Foreldre som ruser seg, er i mindre grad i stand til å beskytte barna sine. Noen har voldelig og skremmende atferd, familien er oftere sosialt isolerte og barna får i mindre grad støtte til sosiale aktiviteter og skolearbeid. Slik mangel på trygghet og forutsigbarhet kan skape stressbelastninger og alvorlige utviklingspsykologiske forstyrrelser hos barna (Haugland & Nordanger, 2015; van der Kolk, 2014). Barn er imidlertid ulike. Hva som oppleves som traumatisk, vil derfor variere, også fordi hva som vurderes som potensielt traumatisk, forstås ulikt i ulike sosiale og kulturelle kontekster (Hagen, Barbosa da Silva, & Thelle, 2016). Hva slags hjelp og beskyttelse barnet får, vil også være av stor betydning for hvordan vonde barndomserfaringer preger dem senere i livet (Sommer, 2014). Trygghet, i form av beskyttelse mot voksne som utøver vold eller annen type omsorgssvikt, vurderes som helt nødvendig for at barna skal få en god utvikling. Slik trygghet skapes over tid, sammen med nære voksne som er i stand til å ivareta barnets spesielle behov. Barn som har opplevd traumer, har behov for reguleringsstøtte, slik at sterke følelser, som redsel og sorg, ikke blir for overveldende (Bath, 2015; van der Kolk, 2014).

På denne måten kan barn som lever i krevende livssituasjoner forstås innenfor rammen av begreper som resiliens (motstand mot å utvikle problemer til tross for alvorlige belastninger), risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer. Kritikere av denne forståelsesrammen hevder imidlertid at det er lite hensiktsmessig å sette merkelapper på barn, der noen

fremstår som «løvetannbarn» og andre som ofre - som om det er noe inne i barnet som er sterkt eller svakt. Barn forstås som aktive aktører i sine egne liv, evner å håndtere krevende situasjoner og kan selv bidra til å få det best mulig (Gladstone et al., 2006; Sommer, 2014). Jeg mener denne kritikken er berettiget, fordi resiliens ofte benyttes for å beskrive egenskaper ved barnets personlighet og mentale kapasitet, også kalt egoresiliens (Sommer, 2014). Det benyttes da lineære årsaksforklaringer for å forstå sammenhengen mellom risiko- og beskyttelsesfaktorer og grad av resiliens. Det har imidlertid vært en utvikling av forståelsen av resiliens, og begrepet benyttes nå oftere innenfor rammen av en systemisk forståelse. Dette inkluderer et dynamisk samspill mellom barnets kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling og fungering, nære relasjoner, hjelpeapparat, og sosioøkonomiske og kulturelle forhold, og fremstår som mindre deterministisk (Rutter, 2012; Sommer, 2014). Jeg synes det er nyttig å benytte begrepet innenfor en slik forståelsesramme, fordi det viser kompleksiteten knyttet til barns situasjon, når foreldrene har rusmiddelavhengighet. Vi har mye kunnskap om at det kan være potensielt skadelig og traumatisk for barn å vokse opp med foreldrenes rusmiddelproblemer; derfor er det behov for fokus også på beskyttelsesfaktorer.

3.3 Rusmiddelavhengighet

Folk har brukt rusmidler gjennom alle tider, enten av medisinske grunner eller i forbindelse med rekreasjon og fest. Slik det ble beskrevet i innledningen, benyttes fellesbetegnelsen rusmidler i denne avhandlingen. Rusmidler inkluderer alkohol, illegale stoffer og legale legemidler. Det er ulikt hvordan ulike rusmidler virker, både generelt og for den enkelte. Det er flytende grenser for når bruk av rusmidler går fra å være rekreasjonsbruk til problematisk bruk, og til man har utviklet en avhengighet. Det ene kan avløse det andre gjennom ulike perioder og slik forståelsen av bruk, problematisk bruk og avhengighet konstrueres ulikt av ulike personer og miljøer (Mørland & Waal, 2016; Nesvåg, 2011; West & Brown, 2013). Personer som har rusmiddelproblemer beskriver at de bruker rusmidler for å håndtere vanskelige følelser, krevende relasjoner, traumer og psykiske lidelser, og at det også gir glede og tilhørighet (Andresen & Lossius, 2012; Mørland & Waal, 2016). På et tidspunkt utvikles det en avhengighet, som kan forstås som biologiske og/eller psykologiske prosesser,

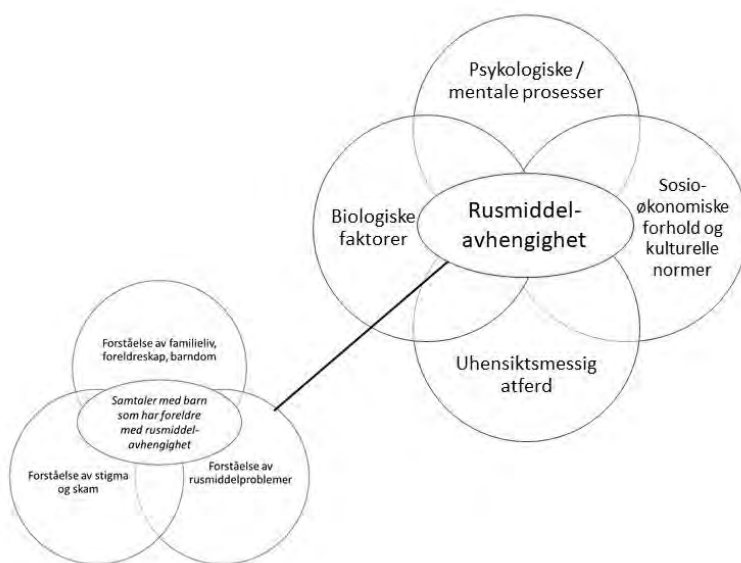
og vanskelige følelser og relasjoner forsterkes gjennom et liv der anskaffelse og bruk av rusmidlene blir prioritert over nærmest alt annet. Disse vanskelige opplevelsene, tankene og følelsene oppstår og forstås gjennom psykologiske, relasjonelle og sosioøkonomiske og kulturelle prosesser (Hole, 2014). Rusmiddelavhengighet innebærer ofte mangel på kontroll over bruken, og kan skape store problemer knyttet til somatisk og psykisk helse, relasjoner, økonomi, arbeid og utdanning. Dette beskriver en kompleksitet som forståelig nok er vanskelig for folk å forstå, og svært krevende for både barn og voksne å leve med (Hole, 2014; Mørland & Waal, 2016; Velleman & Templeton, 2016). En kompliserende faktor er at inntak av rusmidler forstyrrer folks kognisjon, impuls kontroll og den naturlige dopaminproduksjonen, noe som kan føre til uforutsigbar og uhensiktsmessig atferd (Fekjær, 2004; Hole, 2014; West & Brown, 2013). Dette bidrar til å redusere foreldrenes omsorgskompetanse, og kan gjøre barna utrygge og usikre. Rusmiddelbruk kan også ha store konsekvenser for familiens økonomi og sosiale status, og barna får ofte mindre støtte til skole og utdanning. Slik kapittelet om tidligere forskning på feltet viser, er det svært krevende for barn å leve sammen med foreldre som ruser seg.

Det er mange ulike teorier og diskurser om rusmiddelproblemer, og de er delvis vevd inn i hverandre. Ulike vitenskapelige perspektiver representerer ikke en entydig teori, men de fleste innehar elementer av biologi, psykologi eller sosiale forhold, og noen forsøker å kombinere disse. Verdens helseorganisasjon (WHO) og norske helsemyndigheter har en *biopsykososial* tilnærming til rusmiddelavhengighet, med mål om å integrere ulike forskningstradisjoner og teorier for å skape en mer helhetlig forståelsesramme (Engel, 1977; Mørland & Waal, 2016). Dette er et område det forskes mye på, og vi får stadig økt kunnskap om hvordan rusmiddelavhengighet kan oppstå, utvikles og forstås. Det diskuteres også om nytten av å diagnostisere rusmiddelproblemer; skaper det sykeliggjøring og økt stigma, eller bidrar det til mindre skamfølelse (Landheim, 2016)? Det oppleves naturlig nok ulik av dem som blir diagnostisert. Når jeg i denne avhandlingen benytter det diagnostiske begrepet rusmiddelavhengighet, er det fordi jeg mener det er nyttig. Diagnoser utløser rett til behandling, og kan bidra til mindre skam- og skyldfølelse. En diagnose kan bidra til å skape et skille mellom personen og problemet, personen *er* ikke sitt problem, hun *har* et problem, dermed eksternaliseres problemet (White, 2008). En diagnose og det å motta hjelp for

rusmiddelavhengighet innebærer ikke at pasienten selv er fratatt ethvert ansvar for sine handlinger, for å få det bedre eller for å bli frisk (Landheim, 2016). En tilfriskning foregår ofte i nært samspill med andre, og en behandlingsprosess vil ofte inkludere endring av tanke- og handlingsmønstre, i kombinasjon med psykologisk, relasjonell og sosial støtte og hjelp (Hole, 2014; Mørland & Waal, 2016). Denne studien inkluderer foreldre som har alvorlige rusmiddelproblemer. De aller fleste av dem har fått diagnosen rusmiddelavhengighet (World Health Organization, 2015)

Det er imidlertid ikke bare ulike vitenskapelige teorier som preger forståelsen av rusmiddelproblemer. Tankene og meningene til «folk flest» om hva rusmiddelproblemer handler om, er også sentralt for å forstå spillet mellom foreldreskap, rusmiddelavhengighet, stigma og meningskapende samtaler. Mange kjenner noen som har, eller har hatt, problematisk bruk av rusmidler, andre har egne erfaringer, og/eller meninger om rusmiddelpolitikk. Noen mener at folk med rusmiddelavhengighet er svake mennesker med dårlig moral. Et slikt ståsted fører med seg stigma og skam for de familiene som er berørt (Simonsen, 2016; Sundfær, 2012). Andre fremhever individets frie valg og retten til å ruse seg (Henden, 2016), noe som også kan skape stigma, fordi man, ut i fra en slik tankegang, frivillig påfører seg selv og familien store belastninger. Det er imidlertid flere som på ulike måter forsøker å nyansere og utvide forståelsen av rusmiddelproblemer. Fagfolk har blitt mer aktive i å dele sin kunnskap med dem som har rusmiddelavhengighet, pårørende og andre interesserte. I tillegg har portretter av mennesker med rusmiddelproblemer i skjønnlitteratur, filmer og dokumentarer bidratt til å skape en mer nyansert forståelse av problematikken (Lukens & McFarlane, 2004). Også interesseorganisasjoner for rusmiddelavhengige, pasienter og pårørende bidrar med sine erfaringer og sin kunnskap i politiske og faglige diskusjoner om blant annet forståelsen av rusmiddelavhengighet, og om avkriminalisering, behandling og skadereduksjon (Landheim, 2016). Disse kan sammen bidra til å skape en mer helhetlig forståelse, som utfordrer de eksisterende perspektivene på rusmiddelavhengighet, og åpner for nye og alternative diskurser.

Figur 2 viser forståelse av rusmiddelavhengighet innenfor en biopsykososial tilnærming, slik det har vært nyttig å forstå det i denne studien. Figur 2 viser hvordan ulike forhold virker inn på hverandre, og inkluderer biologiske og psykologiske faktorer, sosioøkonomiske forhold, kulturelle normer og personens atferd under påvirkning av rusmidler. Som tidligere beskrevet kan de ulike systemene deles inn i mindre systemer. Biologiske faktorer kan for eksempel inkludere gener, rusmidlenes virkning på hjernen, traumer og kroppslige opplevelser. Hvilke områder som vektlegges og punktueres av ulike forskere, fagfolk, pasienter og pårørende vil variere. Det sentrale er at en systemisk tilnærming skaper rom for ulike perspektiver og sammenhenger som det kan være nyttig å inkludere.



Figur 2: Forståelse av rusmiddelavhengighet i et systemisk perspektiv

3.4 Stigma og skam

Samfunnsvitenskapene har fokusert på stigma knyttet til psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet. Forskingen har søkt kunnskap om forekomsten av stigma, og om hvordan stigma kan minskes eller bekjempes (Link & Stuart, 2017; Livingston, Milne, Fang, & Amari, 2012; Stuart & Sartorius, 2017). Begrepet stigma oppsto blant de gamle grekerne. Stigma var et kroppslig merke, påført av andre, som signaliserte at personen var annerledes og hadde dårlig moral (Goffman, 1968). Vi finner igjen en lignende bruk av begrepet i dag, knyttet til personer som for eksempel har gjort kriminelle handlinger, har psykisk sykdom

eller fysisk funksjonsnedsettelse, er fattige eller har rusmiddelavhengighet. Stigma kan konseptualiseres innenfor tre dimensjoner som sees i sammenheng med hverandre i et systemisk perspektiv. Den første forstås som en kognitiv prosess der grupper av mennesker med samme type problem blir definert som stereotyper. Det betyr at de blir kategorisert og definert på bestemte måter. På individuell basis kan dette føre til selvstigma, altså at opplevelsen av å bli definert som annerledes blir internalisert (Goffman, 1968; Livingston et al., 2012; Sheehan et al., 2017). Den andre dimensjonen beskrives som affektiv og handler om folks fordommer overfor en spesiell gruppe mennesker som blir sosialt marginalisert (Livingston et al., 2012; Sheehan et al., 2017) Den tredje dimensjonen har et handlingsaspekt og knyttes til diskriminering av stigmatiserte grupper. Dette kan også foregå på samfunnsnivå gjennom for eksempel lovregulering (Livingston et al., 2012; Sheehan et al., 2017). I forståelsen av familier der foreldre har rusmiddelavhengighet er dette nyttige perspektiver, først og fremst fordi de viser hvor sterke krefter som ligger i et stigma; i samfunnets markering av noen mennesker som annerledes og mindre verdt. Studier viser at mennesker med rusmiddelavhengighet i større grad marginaliseres og diskrimineres enn mennesker med andre helseutfordringer, da rusmiddelproblemer ofte medfører uhensiktsmessig, uforutsigbar og skremmende atferd, og oftere behandles som et moralsk og kriminelt problem enn som et helseproblem (Livingston et al., 2012). Konsekvensene for dem som settes for stigma på grunn av rusmiddelavhengighet beskrives som alvorlige. Stigmaet forverrer deres fysiske og psykiske helse, de fullfører sjeldnere rusbehandling og de har mer risikofylt atferd, for eksempel ved at de deler sprøyter med andre (Link et al., 1997; Livingston et al., 2012; Simmonds & Coomber, 2009). Stigmaet bidrar sånn sett til å forsterke en negativ prosess, noe som også rammer barna hardt.

Det er utviklet forskning og teorier om hvordan stigma kan bekjempes. Det å minske stigma og diskriminering, handler først og fremst om å endre folks holdninger. Det er imidlertid en krevende prosess, hvor både de som blir stigmatisert, fagfolk, kjendiser og media spiller viktige roller. Disse kan på ulike måter bidra, ved å være åpne om egne problemer, bevisst egne holdninger og aktive støttespillere og advokater for marginaliserte grupper, og ved å dele kunnskap for å minske folks fordommer (Link & Stuart, 2017; Livingston et al., 2012; Stuart & Sartorius, 2017). I denne avhandlingen står det sentralt å prøve forstå både hva

stigma betyr, hvilke konsekvenser det kan få og hvordan det kan bekjempes. Slik kan vi øke forståelsen av hvordan også barna til foreldre med rusmiddelavhengighet opplever stigma, sosial eksklusjon og mangel på samtaler om deres livssituasjon.

Med stigma følger ofte skam. Skam over å skille seg ut, ikke å kunne kontrollere rusmiddelbruken, å være foreldre som ikke klarer å ta vare på barna sine, og å ha foreldre som ruser seg. Weston (2010) beskriver to typer skam, og begge forstås som språklige koordineringsprosesser som gir rammer for hva som er godt og verdifullt, vanlig og sosialt akseptert i møter mellom mennesker. Den ene type skamfølelse beskrives som et moralsk og etisk kompass, som bidrar til at vi oppfører oss ordentlig mot hverandre, og i tråd med sosiale og kulturelle normer. Dette er en nyttig og nødvendig skamfølelse. Den andre typen skamfølelse oppleves ofte som mer utfordrende, og oppstår når vi opplever oss stigmatisert – når andre beskriver og merker oss som annerledes (Link & Stuart, 2017; Weston, 2010). Skammen rokker ved vårt selvbilde, og vi føler oss mindre verdt og utilstrekkelige. Da blir skam en destruktiv følelse, fordi den definerer oss som personer, som hvem vi er (Brown, 2006; Skårderud, 2001).

Rusmiddelavhengighet og andre former for avhengighet er ofte forbundet med stigma og skam. Det å ikke kunne kontrollere inntak av rusmidler, og i tillegg påføre familien store belastninger, oppleves naturlig nok som skamfullt, spesielt for mødre. De opplever ofte et dobbelt stigma og en dobbel skam, i kraft av å være rusmiddelavhengige og ute av stand til å ta vare på barna sine (Brown, 2006; Sheehan et al., 2017; Wiechelt, 2007). Med skam følger ofte sosial isolasjon og taushet. Både skammen, og stigmaet som gjør at man skammer seg, er vanskelig å sette ord på og snakke om (Brown, 2006; Link & Stuart, 2017). Skamfølelse over familien kan føre til at barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet i mindre grad tør å fortelle andre om problemet, og de får ikke den beskyttelsen og hjelpen de har behov for.

3.5 Meningsskapende samtaler

Barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, opplever ofte situasjoner, hendelser og relasjoner som er smertefulle, krevende og skambelagte. Barna har behov for samtaler som kan skape mening til disse emosjonelt vanskelige opplevelsene. De har behov for å forstå dem og sette dem inn i en sammenheng. Gjennom samtaler med trygge voksne, og eventuelt sammen med andre barn som er i lignende situasjoner, kan de lettere bli kjent med, anerkjenne og håndtere vanskelige følelser. Det finnes et utall samtalemanualer og teknikker som benyttes av psykologer, sosialarbeidere, pedagoger og andre, i møte med barn som lever i krevende livssituasjoner. Disse kan være nyttige, men ikke relevante i denne avhandlingen, og jeg gjør derfor ikke nærmere rede for dem (Gamst, 2011; A. K. Ruud, 2011; Øvreeide, 2009). I det følgende fokuserer jeg på en *narrativ tilnærming*, som innebærer at mening utvikles gjennom samtaler, i relasjoner og innenfor en aktuell kultur (Bruner, 1990, 2004; Gergen, 2001, 2011). Dette perspektivet er aktuelt for denne studien av to grunner. For det første baserer datamaterialet seg på kvalitative intervjuer, der informantenes historier om seg og sin familie fortelles gjennom et samspill med forskeren. Informantenes narrativer ble fortolket ved at jeg forsøkte å forstå de relasjonelle og kulturelle rammene for de situasjonene de fortalte om, (og) slik de fremsto i intervjuet (Frank, 2005; Gergen, 2011). Den andre grunnen til at jeg er opptatt av meningsskapende samtaler, er at forskning viser at barn som får hjelp til å sette ord på sine opplevelser, opplever mindre ensomhet og skam knyttet til sin livssituasjon (Grove et al., 2015; Holmila et al., 2011; Reupert & Maybery, 2010). En narrativ tilnærming til samtaler med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, skaper derfor en nyttig forståelsesramme for å belyse og forstå funnene i denne studien. Gjennom å skape en historie om seg og sin familie sammen med andre, blir erfaringene og opplevelsene anerkjent og akseptert (A. Jansen, 2013; Johnsen, Sundet, & Torsteinsson, 2000; Lundby, 1998; A. K. Ruud, 2011; Øvreeide, 2009). Det å lytte til barnas historie, kan også bidra til at voksne forstår bedre; ikke bare det ene barnet, men sammenhengen historien er fortalt i og de menneskene som inngår i fortellingen (Bruner, 1990). For barn som har traumer, kan ofte en mer kroppslig tilnærming til samtaler, gjennom for eksempel bevegelse, lek og tegning, bidra til at barna får kontakt med ulike følelser og hjelp til å håndtere og regulere dem (Bath, 2015; A. K. Ruud, 2011). Barn og unge kan få hjelp til å skape mening gjennom å snakke om hvordan de forstår ulike situasjoner,

hendelser og relasjoner. Jerome Bruner (1990) hevdet at fordi psykologien har så sterk forankring i kulturen, må vi forstå mentale prosesser og meningsskapende kommunikasjon som et samspill mellom individ og kultur. Barn og unges historier, slik de selv forteller dem, er konstituerende for deres identitet. Selvoppfattelse utvikles og endres først og fremst gjennom bekreftelsen og anerkjennelsen man får av den andre, av samtalepartneren. En samtale som er preget av åpenhet og nysgjerrighet for den andres historie, kan bidra til utvikling av mening og en mer positiv selvforståelse (Anderson, 2003). Gjennom den kulturelle konteksten vet folk ofte hva som er vanlig og ikke, derfor inneholder fortellinger gjerne forklaringer på årsaken til det uvanlige (Bruner, 1990, 2003). Barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, opplever ofte på et tidspunkt at de er annerledes og forsøker å forstå. Mening utvikles altså gjennom kommunikasjon i relasjoner. Dette er nært forbundet med Batesons begrep *metakommunikasjon*, som handler om å sette et budskap inn i en sammenheng (Bateson, 1972). Det er ikke mulig å sette seg selv utenfor den konteksten man er i, gjennom språket og kommunikasjonen er vi alle deltakere i meningsskapende prosesser (Ølgaard, 2004). Det er heller ikke mulig å ikke-kommunisere. Fravær av samtale er også kommunikasjon (Bateson, 1972). Mangel på samtaler har altså et budskap. Dette poenget er viktig i forståelsen av barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, hvis livssituasjon har vært preget av omgivelsenes taushet. Når voksne unngår å snakke om et tema, oppleves det som et budskap om at noe er for farlig, for vanskelig eller for skamfullt å snakke om.

Meningsskapende samtaler kan bidra til at det enkelte barn utvikler mer en mer helhetlig historie om seg selv og sin familie, og en mer positiv identitet (Anderson, 2003; Bruner, 1990). Samtaler kan også endre folks holdninger, gjennom økt forståelse av brudd på kulturelle normer. Slik kan det skapes et større rom for mangfold, og stigmatisering og marginalisering av foreldre som ruser seg, (kan) minskes (Livingston et al., 2012; Stuart & Sartorius, 2017). Dette kan igjen bidra til at flere av disse barn blir oppdaget, beskyttet og snakket med.

3.6 Oppsummering

Jeg har i dette kapitlet forsøkt å vise hvordan samspill og sammenhenger mellom ulike sosiale systemer og perspektiver kan bidra til å skape en mer helhetlig forståelse av barns situasjon når foreldrene har rusmiddelavhengighet. Teorier og diskurser knyttet til familieliv, foreldreskap, barndom, rusmiddelproblemer, stigma og meningsskapende samtaler griper inn i hverandre og viser noe av den kompleksiteten mange barn forteller om. Jeg kunne ha inkludert andre systemer, som familiens boforhold, nabolag, venner, barnehage, skole og hjelpeapparat, men det har vært nødvendig å foreta en avgrensning på bakgrunn av studiens problemstilling, forskningsspørsmål og funn.

4. Metode

Utvikling av forskningsdesignen i denne studien, var et resultat av tidligere forskning og aktuell teori, og et mål om best mulig å belyse og diskutere problemstillingen: *Hvordan opplever barn og unge oppveksten med foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvordan får de hjelp til å skape mening knyttet til sine barndomsopplevelser?* Fordi jeg vært opptatt av informantenes narrativer om sine opplevelser, tanker og følelser knyttet til den enkeltes oppvekst, og hvordan de har snakket om dette, har studien en kvalitativ design. Studien fokuserer på her-og-nå-situasjonen og har samtidig et retrospektivt perspektiv. Den søker også å forstå mer av kompleksiteten knyttet til temaet, og å finne mønstre og sammenhenger i og mellom ulike sosiale systemer (Bateson, 1972; Engel, 1977; Sameroff, 2010). Informantenes meningsinnhold er fortolket inn i en kulturell ramme (Bruner, 1990). Dette kapitlet beskriver og diskuterer det metodologiske arbeidet som er gjennomført, med utgangspunkt i et sosialkonstruksjonistisk vitenskapsfilosofisk perspektiv (Gergen, 2011).

4.1 Sosialkonstruksjonismen

Det vitenskapsfilosofiske perspektivet i denne avhandlingen vokste frem gjennom møtene med både teori og informanter. Vitenskapsfilosofi skaper en ramme for hva vi forstår som viten eller kunnskap, og for hvordan vi kan oppnå slik kunnskap. Innenfor sosialkonstruksjonismen finnes det ikke én sannhet, eller én riktig måte å forstå virkeligheten på. Beskrivelser og forståelse av ulike fenomener har sitt utspring i hvordan vi snakker sammen om dem, innenfor det aktuelle forskningsfeltet vi er en del av. Sånn sett er ikke kunnskap om sosiale forhold å forstå som direkte beskrivelser av en objektiv virkelighet, men som noe som oppstår i møte mellom mennesker som sammen forhandler og koordinerer sin forståelse; som konstruerer virkeligheten (Gergen, 2011). Mennesket er unikt på grunn av evnen til å kommunisere med hverandre gjennom et felles språk. Den som studerer mennesker, vil alltid inngå i en relasjon til dem man studerer; det er ikke mulig å være en utenforstående observatør (Bateson, 1972; Skjervheim, 2001). Kunnskap er ikke

statisk, men i stadig utvikling, gjennom kritisk refleksjon over egne og andres ideer om virkeligheten (Gergen, 2011).

Denne studien søker å forstå barnas situasjon bedre, gjennom å se etter mønstre i samspillet mellom sosiokulturelle normer for familieliv, foreldreskap, rusmiddelavhengighet, stigma og samtaler med barna. Situasjoner, hendelser, relasjoner og fenomener får mening ved at vi skaper en forståelig sammenheng, gjennom et felles språk og konstruksjon av narrativer (Bruner, 1990; Gergen, 2001, 2011). Forskning og utvikling av ny forståelse springer ut av samspillet mellom informant, forsker, teorier, diskurser og de aktuelle kontekstene og kulturene de befinner seg i (Andenaes, 2014; Bateson, 1972; Gergen, 2011). Når ny mening skapes gjennom forskning, kan det bidra til at nye diskurser oppstår; nye normer og tradisjoner utvikles, og alternative handlingsmåter introduseres (Gergen, 2011). Sånn sett kan også denne studien få en nytteverdi. Jeg ønsker å utvikle en økt forståelse av barn og unge som har foreldre med rusmiddelavhengighet, gjennom økt forståelse av hva de strever med og hvordan de får hjelp og støtte. Jeg har et mål om at studien kan bidra til å skape endringer i praksis, til gode for de som trenger det mest. Studien har hatt en referansegruppe, bestående av medlemmer som har stor nærhet til temaet. De har bidratt til å skape retning for studien, og til å anbefale tiltak for utdanningsinstitusjoner og praksisfeltet på bakgrunn av funnene.

Det finnes ikke én metode som defineres som «den beste» innenfor sosialkonstruksjonismen. Det er problemstillingen og forskningsspørsmålene som skal styre hvilken tilnærming man benytter. Kvalitative metoder forstås imidlertid som mest nærliggende å benytte seg av (Gergen, 2011). I dette forskningsprosjektet har jeg valgt en dialogbasert forskningsmetode, med dybdeintervjuer både individuelt og i grupper. Hensikten har vært å utvikle kunnskap sammen med informantene –ikke om dem (Frank, 2005; Gergen et al., 2015). Jeg mener at kunnskap knyttet til den aktuelle problemstillingen best kan utvikles gjennom dialog. Det innebærer en tilnærming som preges både av konkrete spørsmål og svar og av at informanten forteller relativt fritt. Intervjubasert kunnskap kjennetegnes ved at den er relasjonell; den oppstår i møtet mellom forsker og

informant (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015). I det følgende beskrives og diskuteres det metodologiske arbeidet som er gjennomført.

4.2 Valg av informanter

Ungdom/unge voksne som har foreldre med rusmiddelavhengighet var en viktig gruppe informanter. Jeg ønsket at deres stemmer skulle komme tydelig frem. For å utvide perspektivene, og få ytterligere kunnskap om hvordan barnas oppvekst ble tematisert med dem, valgte jeg i tillegg å intervju foreldre med rusmiddelavhengighet. Jeg ønsket å lære av deres opplevelser og erfaringer med å snakke med sine barn. For å få vite mer om ivaretagelse av barn som pårørende, ønsket jeg i tillegg informanter som var barneansvarlige i rusbehandling. Jeg intervjuet også terapeuter, familiemedlemmer og fosterforeldre, noe som i stor grad bidro til å øke min forståelse av tematikken. Empiri fra de sistnevnte intervjuene er imidlertid ikke inkludert i noen av artiklene, og derfor ikke omtalt ytterligere her.

Ungdom/unge voksne som har foreldre med rusmiddelavhengighet: Denne gruppen informanter omtales i avhandlingen som *de unge informantene*. Jeg rekrutterte og intervjuet selv syv av de unge informantene, i tillegg bidro medforfatter Astrid Halså med intervjuer med fem unge voksne. Data fra disse fem eksterne intervjuene er inkludert i artikkel 1. Jeg satte ikke noen absolutte alderskriterier, men ønsket informanter som var i alderen ti år og eldre. Jeg trodde at barn som hadde fylt ti år, hadde hatt samtaler med voksne om å ha foreldre med rusmiddelavhengighet, og at de kunne formidle sine opplevelser, tanker og følelser. De unge informantene jeg brukte, var mellom 13 og 26 år gamle. Et inklusjonskriterium var at en av foreldrene deres var enten i aktiv rus eller i rusbehandling på tidspunktet for intervjuet. Tanken var at informantene da ville ha nærhet i tid til opplevelser og samtaler knyttet til foreldrenes rusmiddelbruk. På den andre siden ønsket jeg at de skulle ha en viss distanse, noe som ble ivare tatt ved at de ikke bodde sammen med foreldre som ruset seg. (Tanken var at) En slik distanse til problematikken kan skape større grad av refleksjon. Videre skulle ikke informantene selv ha utviklet alvorlige problemer knyttet til

rusmiddelbruk eller psykisk helse. Bakgrunnen for et slikt eksklusjonskriterium, var at dersom jeg hadde inkludert informanter som hadde utviklet store problemer, ville fokuset trolig ha rettet seg mer mot disse og hvordan de ble håndtert av vedkommende. Det hadde vært et viktig tema, men et annet prosjekt.

Foreldre/pasienter i rusbehandling: Inklusjonskriteriene var at de var foreldre til barn over fem år, og at de var i en eller annen form for rusbehandling. Disse informantene var altså både foreldre og pasienter, og omtales derfor også slik her. At barna skulle være over fem år, handlet om at jeg trodde det da ville være større sjanse for at noen hadde snakket med dem om foreldrenes problemer, enn hvis de var yngre. Jeg ønsket informanter som ikke var påvirket av rusmidler under intervjuet, derfor var pasientstatus i TSB et inklusjonskriterium. Målet med å intervju denne gruppen, var først og fremst å få kunnskap om samtaler de selv eller andre hadde hatt med deres barn. Samtidig var det et mål å få innsikt i deres historier om sine egne liv.

Barneansvarlige: Her var det eneste inklusjonskriteriet at de var barneansvarlige innenfor TSB.

4.3 Intervjuguidene

Jeg fikk god bistand fra medlemmene i referansegruppa til å utarbeide intervjuguidene. Sammen diskuterte vi hvilke spørsmål som best ville gi svar på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Vi lagde tre ulike, semistrukturerte intervjuguides som var tilpasset de ulike informantgruppene. Intervjuguidene til de unge informantene hadde et åpnende inngangsspørsmål: *Kan du fortelle litt om deg selv?* Videre hadde guidene detaljerte oppfølgingsspørsmål knyttet til forståelse av foreldrenes situasjon og problem, om samtaler om dette, og om kontakten med foreldrene. Intervjuguiden ble en huskeliste for meg under intervjuet. Den fungerte bra, ved at den både hadde åpnende og mer konkrete spørsmål. Jeg ville imidlertid trolig fått enda mer utfyllende informasjon, hvis jeg knyttet spørsmålene mer

til hverdagslivet mens de bodde hjemme, samt betydningen av skole, venner og fritidsaktiviteter. På den annen side var det relasjonen til foreldrene, og samtaler knyttet til oppveksten, jeg var mest opptatt av. Intervjuguiden til foreldrene/pasientene omhandlet spørsmål om informantenes barndom og liv, deres relasjon til barna sine, om samtaler de eller andre hadde hatt med barna, og om hvordan foreldrerollen ble tematisert i rusbehandling. Denne omfattende intervjuguiden gjorde at jeg fikk veldig mye informasjon, også om det som i utgangspunktet ikke var direkte relevant for problemstillingen. Deres narrativer om seg og sitt liv, skal imidlertid analyseres og skrives om på et senere tidspunkt. Intervjuguiden til de barneansvarlige informantene var mer konkret, og handlet om hvordan arbeidet med barn som pårørende og barneansvarligrollen var organisert. Samtidig inneholdt den også spørsmål om informantenes opplevelser og erfaringer knyttet til dette arbeidet.

Som en veiledende huskeliste fungerte intervjuguidene godt. Kanskje var prosessen, sammen med referansegruppa, vel så viktig som resultatet. Diskusjonene vi hadde om ulike måter å forstå temaet og problemstillingen på, gjorde at jeg ble mer bevisst på hvor omfattende denne tematikken er, samt på hvilke ord og begreper jeg benyttet og hvordan disse kunne forstås av informantene. Intervjuguidene til de ulike informantgruppene ligger vedlagt.

4.4 Rekruttering

Rekruttering av informanter i de ulike gruppene foregikk parallelt. Flere informanter bidro til å skaffe nye informanter. Jeg brukte «gatekeepers» til å rekruttere alle informantene (Heath, 2009). Det betyr at jeg ikke selv spurte direkte om å få intervjuet noen. Jeg benyttet ledelse ved ulike behandlingstiltak innenfor TSB til å spørre pasienter og barneansvarlige. De unge informantene ble rekruttert gjennom familiemedlemmer og brukerorganisasjoner. Noen tok selv kontakt og ønsket å bidra til forskningen, etter å ha lest om prosjektet i sosiale medier. Jeg rekrutterte ingen informanter som jeg tidligere hadde hatt behandlingsansvar for, da jeg

tenkte at det kunne minske min nysgjerrighet, åpenhet og intuitive interesse for informantenes historier.

Barn og unge som har foreldre med rusmiddelavhengighet og foreldre/pasienter i rusbehandling, er for mange forskere vanskelige grupper informanter å rekruttere. Jeg møtte også på noen utfordringer. Det var flere ungdommer som ble spurt av sine foreldre eller av brukerorganisasjoner om de ville delta i studien, og som takket nei. En av pasientene jeg intervjuet, trakk seg tre dager etter intervjuet, fordi han følte at han hadde utlevert sin tidligere samboer og deres sønn i for stor grad. De barneansvarlige var imidlertid den gruppen som var vanskeligst å rekruttere. Jeg tok kontakt med et stort antall behandlingstiltak innenfor TSB i helseregion Sør-Øst. Et fåtall svarte. Etter purringer var det noen flere som svarte, men da at de ikke kunne delta; fordi det var få pasienter som hadde barn, de ikke hadde barneansvarlig på det aktuelle tidspunktet, eller barneansvarlig hadde andre og mer presserende oppgaver i forbindelse med ledelse og derfor ikke mulighet til å delta i studien.

Av etiske hensyn har jeg ikke spurt «gatekeeperne» om hvem de var, de som ikke ville delta i studien, eller hvorfor de ikke ville delta. Det er et viktig prinsipp i forskning at deltakelse skal være frivillig, og at det skal være mulig å trekke samtykket sitt, også etter at intervjuet er gjennomført (Farrell, 2007). På bakgrunn av utfordringene i rekrutteringsprosessen, er min vurdering at de informantene som deltok i studien, ikke følte seg presset til dette – heller ikke av de som spurte dem – og at de hadde fått god nok informasjon om at det var mulig å trekke seg fra studien etter at intervjuet var gjennomført.

4.5 Informantene

Jeg intervjuet 7 unge informanter, 7 foreldre/pasienter og 18 barneansvarlige i rusbehandling. Jeg hadde ikke definert på forhånd hvor mange informanter jeg skulle rekruttere, men det var et ønske om å utvide antall unge informanter som gjorde at jeg

inkluderte de 5 eksterne i datamaterialet i den første artikkelen. En metodologisk begrensning er aldersspennet på de unge informantene. De var mellom 13 og 26 år gamle, noe som innebar at de befant seg på ulike stadier, både kognitivt og sosialt (Vink, Derks, Hoogendam, Hillegers, & Kahn, 2014). De eldste, de som var mer enn 20 år gamle, fortalte sin historie både retrospektivt og ut fra her-og-nå-situasjonen. De yngste snakket mest om sin aktuelle situasjon, men også noe om det som hadde vært. Disse intervjuene frembrakte både sammenlignbare og ulike opplevelser og refleksjoner. Aldersspennet bidro sånn sett til større bredde i datamaterialet. I artikkel 1 valgte jeg noen steder å skille mellom de yngste og de eldste informantene. I artikkel 2 inkluderte jeg kun data fra intervjuene med de fem eldste informantene, da temaet for artikkelen var aktuelle beskyttelsesfaktorer gjennom barndommen, og det derfor var et retrospektivt perspektiv jeg ønsket.

Antall informanter kan vurderes som en begrensning. Jeg intervjuet 7 (og inkluderte 5 eksterne i artikkel 1) unge informanter, 7 foreldre/pasienter og 18 barneansvarlige. Det finnes ikke noen fasit på hvor mange informanter en kvalitativ intervjustudie skal ha. Antallet avhenger først og fremst av formålet med undersøkelsen, og av forskningsspørsmålene (Kvale et al., 2015). Jeg kunne ha intervjuet flere informanter i hver gruppe og fått noen andre svar, og jeg kunne intervjuet færre og allikevel ha fått et utfyllende datamateriale. Både datamaterialets kvalitet, som jeg vurderte som svært god, og praktiske hensyn gjorde at jeg vurderte antallet informanter i de ulike gruppene som tilstrekkelig. En fordel med å ha få informanter, er at samskappingsprosessen som foregår under selve intervjuet, er lettere å huske under transkriberingen og når teksten skal leses og analyseres. Stemningen i rommet og den nonverbale kommunikasjonen kan være informasjon som går tapt, dersom man har intervjuer med for mange personer (Jensen & Ulleberg, 2011). Disse refleksjonene var førende for antall informanter, og jeg opplevde å ha fått utfyllende og gode data som gjorde det mulig å punktuere og analysere med utgangspunkt i de analytiske tilnærmingene jeg valgte (Kvale et al., 2015).

De syv + fem unge informantene som hadde foreldre med rusmiddelavhengighet, var tre gutter/menn og ni jenter/kvinner. Alle var etnisk norske. Kun to av disse informantene

hadde mødre uten rusproblemer, de resterende 22 foreldrene hadde, eller hadde hatt, alvorlig rusmiddelavhengighet, i hovedsak knyttet til bruk av illegale stoffer. Åtte av informantene hadde vokst opp delvis hjemme hos foreldrene og delvis i fosterhjem, de andre hadde vokst opp hos en eller begge foreldrene. Av hensyn til informantenes integritet og anonymitet, gjør jeg ikke ytterligere rede for detaljer i hver enkelt sin historie. Dette er grundigere beskrevet under avsnittet om *etiske refleksjoner*.

De 7 foreldrene/pasientene var 2 menn og 5 kvinner i alderen 36 til 47 år. De hadde til sammen 13 barn i alderen 4 til 26 år. Barna hadde bodd delvis sammen med foreldrene og delvis i fosterhjem. De var alle etnisk norske. Seks av de syv foreldrene/pasientene hadde selv vokst opp med foreldre med alvorlige rusmiddelproblemer. Informantene var pasienter i tre ulike behandlingstiltak for rusmiddelavhengighet; døgnbehandling og poliklinikk. De fleste av informantene i denne gruppen hadde problemer med illegale rusmidler, som heroin og amfetamin, i tillegg til bruk av alkohol og legale legemidler. Det finnes selvfølgelig mange ulike grupper innenfor de som definerer seg selv eller blir definert som personer med rusmiddelproblemer. De er mennesker med ulik sosioøkonomisk og kulturell bakgrunn, og slik var det også i dette utvalget. Her er dataene fra foreldrene/pasientene benyttet i artikkel 3, som handler om hvordan foreldrerollen tematiseres i rusbehandling, og i artikkel 4, som handler om forståelsen av rusmiddelavhengighet. Dette datamaterialet kan med fordel analyseres også med utgangspunkt i andre problemstillinger og forskningsspørsmål.

De 18 barneansvarlige jobbet i 10 ulike behandlingsavdelinger. Dette var selvstendige avdelinger med egen ledelse og egne barneansvarlige. De tilhørte imidlertid fire større tiltak for behandling av rusmiddelavhengighet, både offentlige og private, innenfor helseregion Sør-Øst. Alle informantene hadde minimum treårig helse- eller sosialfaglig eller pedagogisk utdanning. Mange hadde videreutdanninger og alle hadde flere års erfaring som behandlere innenfor TSB.

4.6 Intervjuene

Jeg gjennomførte alle intervjuene i perioden april 2016 til januar 2017. Intervjuene foregikk på mitt kontor, hjemme hos informanten, på institusjonen, eller på annet egnet sted som informantene valgte. De varte mellom en og to timer. Intervjuene med de unge informantene og foreldrene/pasientene var preget av åpne spørsmål, der jeg ba dem fortelle om seg selv. Dette førte til at jeg fikk sammenhengende narrativer der de fortalte om sitt liv, men i en dialogbasert form, der vi også snakket sammen, og hvor jeg bekreftet eller avkreftet både gjennom kroppsspråk og ord, der jeg mente å ha forstått hva de mente. Jeg fulgte også opp med konkrete spørsmål knyttet til forskningsspørsmålene (Heath, 2009; Kvale et al., 2015). Jeg vurderte tidlig at det var dybdeintervju som best ville belyse temaet og besvare forskningsspørsmålene. Det var imidlertid en vanskelig avveining om jeg kun skulle gjøre ett intervju med hver informant, eller flere. Et oppfølgingsintervju ville gitt informantene tid til å reflektere over egen historie, og mulighet for å fortelle mer utfyllende om sine opplevelser, tanker og følelser. Vi kunne ha oppsummert det første intervjuet sammen, og jeg ville fått dypere forståelse, ved at informantene bekreftet eller avkreftet min fortolkning av deres narrativer; vi kunne i større grad samsnakket og koordinert meningsinnholdet (Kvale et al., 2015). På den annen side var avtalen ved rekruttering at det kun skulle være ett intervju, fordi temaet kan være belastende å snakke med en fremmed forsker om, og fordi det er krevende nok å rekruttere informanter til én samtale.

Barneansvarlige ble intervjuet i fire grupper (2+5+10), én ble intervjuet individuelt. I disse intervjuene var det mer retningsgivende spørsmål, som: *Kan dere fortelle hvordan arbeidet med barn som pårørende er organisert her?* Gruppeintervju har den fordelen at informantene kan inspirere hverandre, og reflektere sammen over spørsmålene. På den måten kan de bidra med flere historier og perspektiver (Kvale et al., 2015).

Alle intervjuene ble tatt opp med digital lydopptaker. Jeg transkriberte alle intervjuene i sin helhet. Der det var aktuelt, skrev jeg informantens følelsesuttrykk i parentes, for eksempel når de gråt eller lo, og når det oppsto lengre pauser (Silverman, 2006). Jeg transkriberte

intervjuene fortløpende, både for å utvikle min egen intervjutilnærming og for å inkludere nye, aktuelle spørsmål eller innfallsvinkler i de neste intervjuene. Sånn sett ble transkriberingen en del av analysen (Silverman, 2006).

4.7 Analysen

Analysen av datamaterialet er den møysommelige og grundige prosessen med å forsøke å forstå og tolke dataene. Ulike deler av datamaterialet ble analysert, med tanke på å belyse og diskutere de ulike forskningsspørsmålene. Derfor var data fra de 7 unge informantene inkludert i artikkel 1, 2 og 4, mens de 5 «eksterne» informantene kun ble inkludert i den første artikkelen, da innholdet i disse intervjuene passet best til å belyse forskningsspørsmål 1. Data fra foreldrene/pasientene var inkludert i artikkel 3 og 4, mens data fra barneansvarlige kun ble benyttet i artikkel 3. Analysen handlet om å lese de transkriberte intervjuene, og forsøke å gjenkalle stemningen i selve intervjusituasjonen slik jeg opplevde den og husket den, for så å sette dette inn i et systemisk perspektiv hvor jeg søkte etter mønstre og sammenhenger i og mellom de ulike systemene (Sameroff, 2010).

Jeg benyttet to ulike tilnærminger i analyseprosessen: fortolkende fenomenologisk analyse/interpretativ phenomenological analysis (heretter forkortet IPA) (Smith, Larkin, & Flowers, 2009) og paradigmatisk analyse av narrativer (Polkinghorne, 1995). Valg av analysemetoder var dels preget av at jeg hadde lest interessante og gode artikler som hadde benyttet disse analysemetodene, dels av en søken etter å forstå mer av hvordan ulike analyseprosesser kan bidra til å forstå datamaterialet på ulike måter. Samlet sett har det vært nyttig og interessant å benytte to ulike metodologiske tilnærminger i analysearbeidet. Det har gjort det mulig å utvide forståelsen, både av de ordene informantene benyttet i intervjuene, det meningsinnholdet vi sammen utviklet gjennom intervjuene og den fortolkningen informantene og jeg som forsker gjorde. For å systematisere datamaterialet, benyttet jeg NVivo (software for analyse av kvalitative data). I det følgende gis en litt grundigere beskrivelse av selve analyseprosessen.

Fortolkende fenomenologisk analyse

IPA fokuserer i særlig grad på forskerens fortolkning av informantenes fortolkning av sine opplevelser, tanker og følelser. På et tidspunktet i forskningsprosessen var jeg mer opptatt av informantenes subjektive opplevelse, slik det er forstått innenfor fenomenologien (Benton & Craib, 2011). Slik analysen vokste frem, viste det seg imidlertid at det var de intersubjektive og relasjonelle perspektivene informantene var opptatt, og som preget intervjuene og selve analysen. Med dette som bakgrunn, var det mulig og nyttig å benytte IPA, også innenfor rammen av et sosialkonstruksjonistisk vitenskapsparadigme. Smith et al (2009) beskriver en detaljert fremgangsmåte for hvordan slike analyser av et datamateriale kan gjennomføres. Jeg benyttet denne analysen i to av artiklene (1. *Growing up with parental substance use disorder* og 3. *Foreldreskap og rus – den tause skammen*). Det første, systematiske skrittet i analysen, var å lese hvert enkelt transkribert intervju grundig, for å få tak i helheten og sammenhengen og eventuelle mønstre i det informantene fortalte. Jeg leste først de ulike informantgruppens intervjuer hver for seg, blant annet for å lete etter fellestrekk. På dette tidspunktet begynte jeg å se aktuelle temaer som skilte seg ut som felles for de ulike gruppene, for eksempel de unge informantenes motstridende følelser overfor foreldrene og savnet etter noen å snakke med. Etter hvert så jeg de ulike informantgruppene i sammenheng og fant felles temaer på tvers av gruppene, som strevet med å forstå rusmiddelbruk og den vanskelige tematiseringen av foreldrerollen i rusbehandling. Valg av temaer, eller kategorier, og undertemaer var en tilbakevendende diskusjon mellom meg og medforfatterne av de to artiklene. Fordi vi har ulik akademisk bakgrunn og praktisk erfaring, ble prosessen knyttet til vår fortolkning av informantenes opplevelser både grundig, krevende og nyttig. På denne måten kunne vi gå dypere inn i datamaterialet, og se på informantenes opplevelser og hvordan de ga disse mening. Det oppsto et samspill mellom informantenes narrativer og vår forforståelse og fortolkning av deres fortolkning, en såkalt dobbelt hermeneutikk (Smith et al., 2009). Som medforfattere hadde vi behov for å koordinere våre fortolkninger, noe vi gjorde ved å utvikle en felles forståelse av de ordene og begrepene informantene og vi selv benyttet (Gergen, 2011).

Paradigmatisk analyse

Den andre analysetilnærming som er benyttet, er paradigmatisk analyse av narrativer. Polkinghorne (1995) tar utgangspunkt i Bruners (1985) distinksjon mellom narrativ og paradigmatisk form for rasjonalitet. På bakgrunn av dette har Polkinghorne utviklet to ulike former for kvalitativ analyse, som begge benyttes for å analysere narrativer. Den ene kaller han en narrativ analyse, der målet er å gå dypere inn i den enkeltes livshistorie og forsøke å forstå hvordan ulike hendelser og handlinger er bundet sammen. Sentrale elementer i det enkelte narrativet er historiens plot, sentrale aktører og viktige vendepunkter. Den andre formen – den paradigmatiske analysen, som var den jeg benyttet – handler om å kategorisere temaer fra flere informanternes narrativer som et samlet datasett, for å finne likheter og sammenhenger (Polkinghorne, 1995). Jeg valgte denne tilnærmingen fordi intervjuene bar preg av sammenhengende narrativer med mye informasjon. Jeg benyttet denne analytiske tilnærmingen i to av artiklene, fordi forskningsspørsmålene og datamaterialet var spesielt egnet for en slik analyse. Den ene artikkelen (2. *Breaking the cycle*) var basert på intervjuer med fem unge voksne som så tilbake på barndommen sin og fortalte om hvor de hadde bodd, hvem de hadde bodd sammen med, hva som gjorde at de måtte flytte, erfaringer med foreldrenes rusmiddelbruk, hvem som hadde vært viktige personer for dem i oppveksten og hvem de hadde hatt nyttige samtaler med. De retrospektive fortellingene ga informasjon om hva som hadde skjedd, hvordan informantene opplevde det og hvordan de reflekterte rundt det flere år etter. Den paradigmatiske tilnærmingen syntes mest hensiktsmessig, fordi jeg hadde klart formulerte forskningsspørsmål som jeg stilte til datamaterialet. I ettertid ser jeg at det hadde vært interessant å benytte en mer åpen tilnærming, en narrativ analyse, knyttet til dette forskningsspørsmålet, og i større grad fokusert på helheten og sammenhengen i den enkelte informants narrativ. I den andre artikkelen, hvor datamaterialet ble analysert ved hjelp av en paradigmatisk analyse (4. *Creating meaning to substance use problems*), reflekterte informantene rundt forståelsen av rusmiddelproblemer; om hvordan de fremsto og oppsto, og hvordan omgivelsene reagerte og responderte på dem.

4.8 Ethiske refleksjoner

Språket og ordene vi velger å benytte, er sentrale i en avhandling om bruk av meningsskapende språk. Jeg har gjort noen bevisste valg av ord, med mål om å unngå å stigmatisere, og skape skamfølelse og maktesløshet. Jeg bruker for eksempel termen *noen som har en rusmiddelavhengighet* eller *et rusmiddelproblem*, for å skille mellom personen og problemet. Jeg unngår å bruke begrepet rusmisbruker, som mange oppfatter som stigmatiserende (Bramness, 2014; Simonsen, 2016). Når informantene benytter begrepet rusmisbruker, refereres dette slik de sa det. Jeg benytter heller ikke termen *barn av rusmiddelavhengige*, da dette kan forstås som at man gjør barnet til et objekt, at de ikke sees på som noen i seg selv – de er «bare barn av». Derfor benytter jeg isteden termen *barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet* eller *barn som pårørende*. Dette appellerer til en forståelse av barn som deltakende og kompetente (Sommer, 2014; Østrem, 2012).

Barn og andre grupper i samfunnet defineres ofte som sårbare grupper. Som prinsipp bør man være varsom når forskning involverer personer som lever under svært vanskelige forhold. Forskning skal aldri påføre noen ytterligere plager eller skader (Farrell, 2007; Hummelvoll, 2010). På den andre siden bør også sårbare grupper inkluderes i forskning. Det er viktig at det rettes søkelys mot deres situasjon, opplevelser, tanker og følelser, slik at samfunnet får økt forståelse og nye handlingsalternativer knyttet til ulike gruppers situasjon og behov – for eksempel til gruppen av foreldre med rusmiddelavhengighet og deres barn, (Andvig, 2010; Hummelvoll, 2010; Prout, 2005; Thomas, 2007). Jeg hadde altså ingen betenkeligheter med å intervju barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet og pasienter i rusbehandling, men jeg har gjort mange etiske vurderinger underveis i prosessen.

Rekrutteringen foregikk, som tidligere nevnt, ved at andre spurte aktuelle informanter om jeg kunne få intervju dem. Det var fagpersoner eller familie som gjorde den første vurderingen av om det var forsvarlig og hensiktsmessig å spørre personen om å delta i prosjektet. Det kan selvfølgelig også være en fare for at noen følte seg presset til å delta av disse «gatekeeperne», til tross for at jeg understreket at deltakelse skulle være helt frivillig.

Derfor startet alle intervjuene med at vi snakket om hensikten med forskningen, at det var helt frivillig å delta, og at de kunne trekke seg når de ville. Jeg understreket min taushetsplikt overfor deres familie, behandlere og ledelse (Heath, 2009). Jeg sa videre at jeg kom til å stille spørsmål, og at det var helt i orden om det var noe de ikke ville svare på, men at jeg, uansett hva de fortalte, ville tåle det. Erfaringen som mangeårig behandler kom til nytte under intervjuene. Den gjorde at jeg ikke ble følelsesmessig overveldet av informantenes sterke historier, og at jeg, forhåpentligvis, var sensitiv nok til å forstå når det var riktig å stille oppfølgingsspørsmål, og når det var best å unnlate å gjøre det, fordi jeg opplevde at temaet var for krevende for informanten.

I en av artiklene (2. *Breaking the cycle*) har jeg fokus på mulige beskyttelsesfaktorer som kan ha bidratt til at de unge informantene ikke selv utviklet alvorlige problemer knyttet til psykisk helse og rusmidler. Jeg valgte ut sitater som viste kontrastene mellom det å leve med foreldre som ruset seg, og å få beskyttelse mot det; mellom det å savne noen å snakke med, og på et tidspunkt få den muligheten. Jeg vektla imidlertid de delene av narrativene som inkluderte relasjoner og hendelser som kunne tolkes som beskyttelsesfaktorer. En slik nødvendig punkttering i datamaterialet kan innebære at man mister nyansene. Alle informantene hadde historier om både gode og vonde opplevelser, nære og krevende relasjoner. De mestret mange av livets områder, men de strevde også på ulike vis. Slik er folks liv mangefasetterte. Det finnes mange beskrivelser av barn som strever og har det vondt på grunn av foreldrenes rusmiddelbruk. Når jeg i denne artikkelen valgte å fokusere på beskyttelsesfaktorene, var det ikke et forsøk på å bagatellisere disse opplevelsene, men på å utvide bildet og forståelsen gjennom kritisk refleksjon over eksisterende kunnskap (Gergen, 2011).

Jeg har valgt å gjøre noen grep i artiklene for å ivareta informantenes anonymitet, altså i så stor grad som mulig beskytte dem mot å kunne identifiseres av andre (Heath, 2009). Det er et lite utvalg, hvorav flere er rekruttert gjennom familiemedlemmer, og jeg har derfor forsøkt å sikre at det ikke skal være mulig å gjenkjenne informantene gjennom de ulike artiklene. Det er gjort endringer som ikke har betydning for innholdet, men som bidrar til at

de ikke gjenkjennes av andre. Dette er også grunnen til at eventuelle familieforhold mellom informantene ikke er gjort rede for (Farrell, 2007; Kvale et al., 2015). Også barneansvarlige er anonymisert, og jeg har ikke informert om hvilke behandlingstiltak de jobbet i. I en annen type undersøkelse, for eksempel i et kvalitetsforbedringsarbeid initiert av ledelse, hadde mer detaljerte opplysninger om avdelingene vært nødvendig. Her var imidlertid målet å få frem erfaringer og refleksjoner knyttet til arbeidet med barn som pårørende, og anonymisering var hensiktsmessig. Jeg registrerte heller ikke etternavn, telefonnummer eller bosted på noen av informantene.

Alle informantene ga informert samtykke til deltakelse i studien (Farrell, 2007; Heath, 2009). De fikk tilpasset informasjon og samtykkeskjema skriftlig på forhånd, og vi gikk gjennom punktene sammen i starten av intervjuet. For de av ungdommene som var under 18 år, skrev en av foreldrene under på at de samtykket til deltakelse. Alle lydfiler og transkriberte intervjuer ble oppbevart forskriftsmessig, i låst arkivskap på låst kontor og på pc med passordbeskyttelse. Informasjonsskriv og samtykkeskjema er vedlagt. Studien er tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste, referansenummer 47278. Dokumentasjon på dette er vedlagt.

4.9 Metodologiske refleksjoner

I det følgende reflekterer jeg litt rundt noen sentrale temaer knyttet til dette forskningsprosjektet, slik de kan forstås innenfor en sosialkonstruksjonistisk tilnærming.

Åpenhet om forskerens faglige og etiske verdier. Mitt utgangspunkt er at jeg har en systemisk tilnærming til rusmiddelavhengighet, og til barns utvikling og oppvekst (Bateson, 1972; Sameroff, 2010; Sommer, 2018). Dette innebærer en søken etter en mer helhetlig forståelse av hvert enkelt menneske og de sosiale systemene det er en del av. Jeg gikk inn i samtalene/intervjuene med informantene med åpenhet og nysgjerrighet, men ikke som et ubeskrevet blad. Inn i forskningsprosessen hadde jeg med meg praktisk erfaring fra arbeid

med rusmiddelavhengige og deres familier, og jeg hadde noen teoretiske perspektiver som jeg verdsatte. Samlet sett handler dette om mine faglige og etiske verdier, slik de er fremforhandlet og koordinert innenfor de fagtradisjonene jeg har tilhørighet til. I denne sammenhengen inkluderer det både rusmiddelfeltet, barn som pårørende og familierapifeltet. Derfor preges denne studien også av mine verdier og mitt menneskesyn, slik det blant annet er utviklet gjennom mange års arbeid i Tyrilistiftelsen. Tyrilis verdier, somlikeverd, åpenhet, fellesskap, solidaritet, endringsoptimisme og betydningen av familie og nettverk, er også mine verdier, som jeg har hatt med meg i møte med informantene og i analysen av datamaterialet (Tjersland, Jansen, & Engen, 1998; Wangensteen & Jansen, 2015).

Å samskape ny forståelse. Kvalitative forskningsdata oppstår i samspillet mellom forsker og informant, og må forstås og analyseres innenfor den rammen (Gergen, 2011; Kvale et al., 2015). Det var vi, forsker og informant, som gjennom det dialogbaserte forskningsintervjuet sammen forsøkte å skape mening og sammenheng til informantenes opplevelser. Men det var informantene som var i sentrum: det var deres historier som skulle fortelles. Jeg stilte utdypende spørsmål, og bekreftet med kroppsspråk og ord når jeg forsto, eller i hvert fall trodde jeg forsto, hva de mente. Det innebar også at jeg forsøkte å unngå å innta en ekspertrolle under intervjuene; jeg er faktisk ikke ekspert på den andres liv. En slik holdning gjorde at jeg kunne møte informantene med stor grad av åpenhet og nysgjerrighet. Samtidig brukte jeg den kunnskapen jeg har om å skape en god samtale, aktiv lytting og å anerkjenne den andres narrativ (Anderson, 2003).

Analysearbeidet begynte på mange måter i intervjuet og fortsatte gjennom transkriberingen av intervjuene, slik at jeg satt med et utfyllende, og etter mine vurderinger godt, datamateriale. Kvalitative data taler imidlertid ikke for seg selv; de krever fortolkning, og den mer systematiske analysen, som jeg til en viss grad gjorde sammen med medforfatterne av artiklene, kan forstås som en sosial konstruksjon, av hva dataene kan bety i de aktuelle sosiale og kulturelle kontekstene de kan knyttes til (Gergen, 2011). Selve analyseprosessen var krevende og møysommelig. Jeg stilte meg selv mange spørsmål om hvorfor jeg

systematiserte og kategoriserte dataene slik jeg gjorde. Hvorfor valgte jeg ut spesielle sitater, mens jeg utelot andre? Var jeg og medforfatterne i stand til å ivareta helheten og meningsinnholdet i informantenes narrativer, og samtidig velge ut noen deler som vi vurderte som de mest interessante? Det finnes selvfølgelig ikke noe klart svar på om dette ble gjort godt nok. Det viktigste er kanskje å være ydmyk overfor den makten man besitter som forsker, og være klar over at andre vil kunne fortolke dataene annerledes. Det var viktig å behandle hver enkelt livshistorie som unik, verdifull og betydningsfull. Når den settes inn i en relasjonell og kulturell sammenheng, kan den bidra til å skape mening, både for de som er i lignende situasjoner og for andre som på ulike måter er berørt av temaet (Bruner, 1990).

Hensikten med studien

Hensikten med denne studien var å skape større forståelse av barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet, noe som forhåpentligvis kan bidra til at flere barn får nødvendig hjelp og støtte, slik at generasjonsoverføringen av problemer kan forhindres. Dette kan også innebære et kritisk blikk på hvordan situasjonen er i dag, for eksempel at barn i liten grad blir ivaretatt som pårørende når foreldre er i rusbehandling. Dersom forskning skal skape en endring av praksis, er formidling av forskningsresultatene helt sentralt. Jeg valgte å skrive tre av artiklene på engelsk, med tanke på publisering i internasjonale tidsskrifter, noe som bidrar til at jeg blir en del av et internasjonalt forskernettverk. Artikkelen om barne- og familiesamtaler i rusbehandling og kappa skrev jeg på norsk, for å gjøre stoffet lettere tilgjengelig for flere. I tillegg har jeg formidlet noen av funnene fra studien i fagbloggen til kompetansesenteret BarnsBeste, flere nettsteder har skrevet om forskningen basert på artiklene og intervjuer med meg, og jeg har presentert studien på konferanser, nasjonalt og internasjonalt. På den måten kan jeg samsnakke med mange ulike fagfolk og forskere, og med folk med rusmiddelavhengighet og deres familier, om min forskning og mine funn. Jeg kan inspirere og la meg inspirere, gjennom møter med andre som er interessert i de samme temaene som meg. Vi kan sammen utforske de diskursene som på ulike måter preger fagfeltet barn som pårørende, og vi kan, forhåpentligvis, gjennom kritisk refleksjon, synliggjøre kompleksiteten og skape åpenhet for andre måter å forstå på, og gjennom det bidra til å utvikle nye diskurser og nye handlingsalternativer (Gergen, 2011).

4.10 Studiens begrensninger

Et kritisk tilbakeblikk på forskningsprosessen er nyttig; forskningens troverdighet er avhengig av forskerens evne til selvrefleksjon (Alvesson & Sköldbberg, 2009; Gergen, 2011), og denne studien har flere begrensninger. Noen av begrensningene, som de unge informantenes alder og antallet informanter, er diskutert i metodekapittelets underkapitler. Andre områder som kunne ha styrket studien, er at jeg kunne ha rekruttert noen informanter med annen etnisk bakgrunn enn norsk. Deres refleksjoner knyttet til forståelse av familieliv, foreldreskap, stigma, skam og rusmiddelavhengighet, kunne ha skapt en bredere forståelse av temaet. Det kunne også intervjuer med foreldre/pasienter med alkohol eller legemidler som det mest brukte rusmiddelet bidratt til, blant annet fordi det er langt flere som har problemer med legale rusmidler enn med illegale. Jeg kunne også ha fokusert mer på de unge informantenes sosioøkonomiske tilhørighet i ulike deler av oppveksten og om deres egne opplevelser av det, og jeg kunne ha spurt mer om hverdagslivet knyttet til skole, venner, fritidsaktiviteter og helse- og sosialtjenester. Sånn sett kan man alltid inkludere flere informanter og grupper, og forsøke å innhente så mye informasjon som mulig i løpet av et intervju. Fokus på for mange perspektiver i en og samme studie, kan imidlertid føre til at man mister dybden, og muligheten for å snakke grundig sammen om noen utvalgte områder. Jeg valgte å inkludere flere informantgrupper for å belyse problemstillingen fra ulike perspektiver, og dette innebar en begrensning av antall informanter i hver gruppe. Jeg vurderer allikevel at studien hadde vært styrket om den hadde inkludert flere unge informanters livshistorier.

Antall informanter knyttes ofte til muligheten for å kunne generalisere, altså gjøre funnene til noe allmenngyldig (Kvale et al., 2015; Silverman, 2006). Diskusjonen om hvorvidt man kan generalisere kvalitative data er interessant, og det er stor uenighet om dette blant akademikere og forskere. På den ene siden ønsker vi å gjøre funnene nyttige og verdifulle ved at de har en overføringsverdi til større grupper, på den andre siden vektlegges det at generalisering ikke er formålet med kvalitativ forskning (Nadim, 2015). Jeg støtter meg til dem som hevder at funn fra kvalitative studier kan ha stor overføringsverdi, men at verdien

først og fremst handler om å se funnene i sammenheng med tidligere forskning og teori, og bidra med kritisk refleksjon over de tradisjonelle måtene å forstå og handle på (Gergen, 2011). Det kan bidra til å utvikle nye diskurser, noe som igjen kan få implikasjoner for praksis og den videre forskningen på området.

Som beskrevet tidligere, vokste det sosialkonstruksjonistiske perspektivet gradvis frem gjennom forskningsprosessen. *Fenomenologi* kunne ha vært en alternativ vitenskapsfilosofisk tilnærming, spesielt knyttet til den hermeneutiske sirkel og intersubjektivitet, og da med et sterkere individfokus (Anderson, 2003; Benton & Craib, 2011). Også *kritisk realisme*, som søker å integrere sosialvitenskap og naturvitenskap i en helhetlig og tverrfaglig forståelse, ville ha vært en nyttig vitenskapsteoretisk ramme for forskningsprosjektet (Benton & Craib, 2011; Bhaskar, Danermark, & Price, 2018). Det sosialkonstruksjonistiske perspektivet er imidlertid det jeg vurderer som den mest hensiktsmessige tilnærmingen for å undersøke og diskutere samspillet mellom barns opplevelser, sosiokulturelle diskurser om familieliv, foreldreskap, barndom, rusmiddelavhengighet og meningsskapende samtaler. Fokuset mitt har vært på sosiale systemer, relasjoner og kommunikasjon. Det hadde trolig styrket avhandlingen som helhet dersom det sosialkonstruksjonistiske premisset hadde vært tydeligere helt fra starten av, slik at også artiklene hadde en sterkere forankring i dette paradigmet. På den annen side er det i god sosialkonstruksjonistisk ånd å nettopp være i endring og utvikling, og å gå inn i og lytte til andres perspektiver og forståelsesrammer, for så å forsøke å skape mening til kompleksiteten (Gergen, 2011). Det er det jeg har søkt å gjøre i denne avhandlingen.

5. Presentasjon av artiklene og funnene

Det følgende gir en kort presentasjon av de ulike artiklenes forskningsspørsmål, datamateriale, funn, diskusjon og konklusjon. Avslutningsvis oppsummeres studiens funn på tvers av de ulike artiklene, slik at de samlet sett bidrar til å belyse den overordnede problemstillingen om hvordan barn og unge opplever oppveksten med foreldre med rusmiddelavhengighet, og hvordan de får hjelp til å skape mening knyttet til sine barndomsopplevelser.

5.1 Artikkel 1

Turid Wangensteen, Jørgen Gustav Bramness, Astrid Halså (2018): *Growing up with parental substance use disorder: The struggle with complex emotions, regulation of contact and lack of professional support*. Child & Family Social Work, 10.1111/cfs.12603. Publisert.

Artikkelen er basert på forskningsspørsmål 1: *Hvordan opplever unge mennesker med foreldre med rusmiddelavhengighet sin oppvekst og relasjonen til foreldrene, og hvordan er dette tematisert med dem?* Informantene var 12 ungdommer/unge voksne i alderen 13 til 26 år, 3 gutter/menn og 9 jenter/kvinner. Fem av informantene var rekruttert og intervjuet av medforfatter. De transkriberte intervjuene ble analysert gjennom IPA (Smith et al., 2009). Funnene er samlet under tre overskrifter:

Blandede og motstridene følelser: Informantene fortalte at de hadde vært opptatt av foreldrene, også i de periodene de ikke bodde sammen. Deres følelser knyttet til foreldrene var preget av bekymring, sorg, skuffelse og kjærlighet. Frustrasjonen knyttet til foreldrenes tilbakefall til rus var stor blant flere av dem, og de uttrykte ønske om å forstå hvorfor foreldrene ruset seg.

Ja, altså det er det som er helt sykt. Ikke det at hun ruser seg, men at alt ser så bra ut, når hun er eller akkurat har vært i behandling – det ser ut som om alt ordner seg. Og

så går det et par uker bare – og så er det rett til helvete igjen. (.....) Det eneste i livet mitt jeg faktisk er redd for, er at hun skal dø. (Mann, 21)

Jeg er ikke sint på mamma. Jeg kan kjenne på mange andre følelser som skuffelse, svik og sorg, men ikke sinne. (Kvinne, 25)

Strevet med nærhet og avstand: Nesten alle informantene uttrykte at det var vanskelig å regulere kontakten med foreldrene når de ruset seg. Som barn hadde de fleste avtalt samvær gjennom barnevernstjenesten. Noen så foreldrene jevnlig, andre valgte selv å ikke ha kontakt i lengre perioder.

Det er vanskelig å ha et forhold til en person som går gjennom sånne ekstreme forvandlinger, hele tiden. (...) Det var flere år hvor vi ikke hadde kontakt. (...) I dag har vi et veldig nært forhold. (Mann, 21)

De som bodde i fosterhjem hos besteforeldre var fornøyde med å få bo i familien, men det gjorde det også vanskeligere å regulere kontakten fordi foreldrene også var inkludert i ulike familiesammenhenger. De som hadde flyttet for seg selv måtte håndtere kontakten med foreldrene på egenhånd, og det var komplisert for de fleste. I noen tilfeller ønsket foreldrene mer kontakt enn informantene.

Jeg så henne rusa mange ganger i familiemiddager. Det var veldig skummelt selvfølgelig. Jeg merket jo at noe var annerledes, at hun ikke var så oppmerksom. Det var flere ganger jeg kunne møte henne, og jeg spurte: «Hvorfor er du lei deg, hvorfor gråter du» – på grunn av blikket man får... (Kvinne, 23)

Informantene uttrykte frustrasjon fordi andre voksne, som besteforeldre, fosterforeldre og sosialarbeidere snakket stygt om foreldrene deres og var sinte på dem. Da følte informantene at de måtte forsvare foreldrene sine og det ble mindre rom for deres følelser.

Mangel på profesjonell støtte: Informantene ønsket samtaler der de kunne snakke om sine opplevelser, tanker og følelser, både alene og sammen med foreldrene. De hadde i liten grad

fått tilbud om slik hjelp. Det forsterket opplevelsen av å være annerledes og ensom. Hjelpeapparatet hadde i hovedsak fokus på foreldrene og deres rusmiddelavhengighet.

Jeg trenger å snakke med mamma om det, men det er så vanskelig for henne. Hvis jeg prøver å fortelle henne hvordan det var for meg, så blir hun så veldig lei seg. Jeg er redd for at hvis vi snakker om det, så kan det føre til at hun begynner å ruse seg igjen, og i verste fall dør. (Kvinne, 25)

Da jeg var sånn 15, så spurte jeg faktisk om å få hjelp, da følte jeg at jeg hadde trengt det lenge. Men jeg opplevde ikke at fostermoren min brydde seg, hun sa bare: «Gå og ordne det», liksom. Men det var ikke så lett, jeg bare klarte det ikke. (...) Jeg har vært mye alene. (Kvinne, 22)

Funnene er diskutert med utgangspunkt i sosiokulturelle diskurser knyttet til foreldreskap og rusmiddelavhengighet, og hvordan kombinasjonen av disse kan skape et dobbelt stigma og en dobbel utfordring for profesjonelle å håndtere. Artikkelen konkluderer med at barn bør tilbys samtaler, slik at de får snakket om sine opplevelser, tanker og følelser, og at de bør få hjelp til å regulere kontakten med foreldrene. Når profesjonelle hjelpere ser familien som en helhet, kan de ulike familiemedlemmene få hjelp både sammen og hver for seg.

5.2 Artikkel 2

Turid Wangensteen & Lena Catherine Lossius Westby (2019): *Breaking the cycle: Young people's stories of protection and support while growing up with parental substance use disorder*. Child Care in Practice, <https://doi.org/10.1080/13575279.2019.1664989>. Publisert.

Artikkelen er basert på forskningsspørsmål 2: *Hva slags beskyttelse og støtte opplevde unge voksne med foreldre med rusmiddelavhengighet å få i oppveksten?* Informantene var 5 unge voksne i alderen 21 til 26 år, 1 mann og 4 kvinner. Intervjuene er analysert med

utgangspunkt i en paradigmatisk analyse av narrativer (Polkinghorne, 1995). Funnene er knyttet til tre hovedtemaer om hva som var viktig hjelp og støtte i barndommen, og som kan ha bidratt til at informantene ikke selv utviklet alvorlige problemer:

Et trygt hjem. Alle informantene hadde på et tidspunkt flyttet fra foreldre som ruset seg, til fosterhjem, enten innad i familien eller utenfor. En av informantene hadde en mellomplassering på barnevernsinstitusjon. Samtlige understreket kontrastene mellom å bo sammen med foreldre som ruset seg og den utryggheten og uforutsigbarheten det brakte med seg, og det å få beskyttelse mot foreldrenes rusing.

Jeg husker at vi var annerledes. Det var så mye stress og kaos hjemme hos oss. Jeg kunne aldri ta med venner hjem fra barnehagen. Mamma sa alltid at vi hadde det alt for rotete til å ha besøk. (...) Barnevernet henta meg og kjørte meg til et barnehjem, og der bodde jeg i åtte måneder. Så flytta jeg til fosterhjemmet mitt og bodde der til jeg var 18. (Linda, 24)

Relasjoner til viktige personer. Alle informantene fortalte om viktige personer i sitt liv som hadde bidratt til å skape kontinuitet og trygghet. De fremhevet kontakten med foreldre, besteforeldre, andre familiemedlemmer og fosterforeldre.

Fosterforeldrene mine er jo mer som en mor og far for meg, egentlig, enn mamma, men jeg ville aldri klart å kalle dem mamma og pappa – det bare går ikke. Det er mamma som er mamma. (...) De tre sammen har gitt meg et bra liv. Fostermoren min og mamma møtes ganske ofte og snakker sammen. Jeg ser på det som et bra tegn, at begge setter pris på det å være der for meg, sammen. (Jacob, 24)

Respektfulle og gode samtaler med profesjonelle. Alle hadde eksempler på noen voksne det hadde vært trygt å snakke med, og som snakket om foreldrene med respekt. Dette var fosterforeldre, terapeuter, barnevernsarbeidere og foreldrenes rusbehandler. Men det var tilfeldig hvem som fikk slik hjelp og noen ordnet selv terapi i slutten av tenårene fordi de strevde. De var også opptatt av at de voksne snakket pent om hverandre.

Det var jo hun fra barnevernet da, hun het Elin. Hun kunne jeg snakke med. Hun forsto meg. (Emma, 21)

Da jeg var 15 kom jeg med i et prosjekt for barn med rusavhengige foreldre. Jeg var der og snakket med dem hver uke, helt til jeg ble 18. Jeg hadde to terapeuter der. De hjalp meg så mye, og jeg kunne snakke om alt. Og aldri, aldri snakket de stygt om mamma. De var opptatt av meg, ikke av mamma og pappa. De var så fine. (Hanna, 26)

Funnene er diskutert med utgangspunkt i teorier om normer for foreldreskap, om betydningen av familie og om meningsskapende samtaler (Bruner, 1990; Lind et al., 2016; Morgan, 2019). Artikkelen konkluderer med at barn har behov for beskyttelse mot foreldrenes rusing, men at relasjoner til og kontakten med foreldre og andre familiemedlemmer kan være svært viktig å opprettholde. Barna har behov for samtaler med voksne som kan hjelpe dem å skape mening og sammenheng.

5.3 Artikkel 3

Turid Wangensteen, Sigrun Dalsaune Jansen, Astrid Halså (2019): *Foreldreskap og rus – den tause skammen. Barn og unge som har foreldre i rusbehandling blir i liten grad invitert til barne- og familiesamtaler*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, volum 16, 2019, nr. 1, s 5-15. Publisert.

Artikkelen er basert på forskningsspørsmål 3: *Blir pasientenes barn invitert til barne- og familiesamtaler når foreldre er innlagt i Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og hva hemmer eventuelt slik involvering av barna?* Informantene var 7 foreldre/pasienter og 18 barneansvarlige i ulike private og offentlige behandlingstiltak innenfor TSB. Intervjuene er analysert gjennom IPA (Smith et al., 2009). Funnene er knyttet til Lee et al (2012) sine nivåer

om hva som fremmer og hemmer involvering av barn når foreldre er i rusbehandling. Fokuset i denne artikkelen er på det som hemmer slik involvering, da svært få av informantene hadde eksempler på at barn ble invitert til barne- og familiesamtaler. Funnene er:

Barrier knyttet til behandlerne. Dette handlet om manglende kompetanse og veiledning knyttet til det å snakke med barn, og at man trodde noen andre voksne snakket med barna.

Primærkontaktene er redde for å gjøre vondt verre for barna. Det er kanskje spesielt vanskelig for dem som ikke har barn selv, som er utrygge i forhold til det å snakke med barn. (...) Så det er nok ikke ofte slike samtaler, nei. (Barneansvarlig, langtids døgn)

Noen hadde etablert godt samarbeid med barnevernstjenesten, andre kviet seg for å sende bekymringsmelding fordi de opplevde barnevernsansatte som moralistiske og med for liten kunnskap om rusmiddelavhengighet.

Barrier knyttet til pasientene. Noen foreldre/pasienter ønsket ikke at behandlere skulle involvere barna fordi de fryktet økt aktivitet fra barnevernstjenesten. Andre var bekymret for at behandlerne ikke ville klare å ivareta barna godt nok i en samtale, og andre sa at skammen over å ruse seg og ikke strekke til som forelder var så stor at det gjorde det nesten umulig å snakke om. Ingen av foreldrene hadde erfaring med at deres behandlere hadde invitert til barne- og familiesamtale. Flere var imidlertid fornøyd med å ha fått veiledning og hjelp i forbindelse med samvær.

Det er ingen ansatte her som har snakka med datteren min. Hvis de skulle gjort det så hadde hun ikke kommet. Jeg er veldig skeptisk til at ansatte i behandling skal bry seg med ungene. Det har vært noen veldig uheldige episoder der de egentlig lager bare masse krøll, og mener og synes noen ting som..... ting som egentlig er bra blir bare krøll fordi en eller annen behandler bryr seg. (Far og pasient, 37)

Og det som er viktig når det gjelder å snakke med barn, er at alle barn er forskjellige. Du skal være varsom og, du må kjenne de litt før du forteller. Man må ta det etter alder og type – det er ikke en oppskrift for alle barn. Og det er jo så ulikt hva de har opplevd og hva de har sett, og hva de vil vite og ikke. Men det er jo viktig at de blir snakka med. (Mor og pasient, 47)

Barrier knyttet til organisatoriske forhold. Barneansvarlige hadde god oversikt over hvilke krav og forventninger som ligger til helsepersonells ansvar for barn som pårørende, og de opplevde ledelsen som støttende i arbeidet. Det var imidlertid ikke avsatt noen ressurser verken til barneansvarligrollen eller til arbeidet med barn som pårørende. Derfor var ikke dette en oppgave som ble prioritert i en travel hverdag hvor fokuset var rettet mot pasienten.

Som barneansvarlig har jeg har like mange pasienter som andre, så det er en oppgave jeg gjør i tillegg til det andre. Hadde man hatt frigjort tid, så hadde jo det vært fantastisk. (Barneansvarlig, langtids døgn)

Funnene ble diskutert med utgangspunkt i teori om stigma og skam (Goffman, 1968), og om det er slik at den kulturelle skammen knyttet til foreldreskap og rusmiddelavhengighet er så sterk at både behandlere, pasienter og ledelse vegrer seg for å involvere barna. Artikkelen konkluderer med at det er en unik mulighet til å se og snakke med barna når foreldrene er i rusbehandling, men at det krever tid, opplæring og veiledning, slik at behandlerne blir tryggere i oppgaven. Da vil de trolig også i større grad klare å motivere pasientene til å samtykke til at barna får nødvendig informasjon og oppfølging.

5.4 Artikkel 4

Turid Wangensteen, Astrid Halså, Jørgen Gustav Bramness: *Creating meaning to substance use problems: a qualitative study with patients in treatment and their children* (Under fagfelleevaluering).

Den siste artikkelen er basert på det fjerde forskningsspørsmålet: *Hvordan forsøker informantene å skape mening knyttet til foreldres bruk av rusmidler?* Informantene var syv unge og syv foreldre/pasienter i rusbehandling. Intervjuene ble analysert gjennom en paradigmatisk analyse av narrativer (Polkinghorne, 1995). Funnene er knyttet til tre hovedtemaer:

Den uforståelige atferden. Alle informantene fortalte om opplevelser om oppførsel og handlinger knyttet til rusmiddelbruk som var vanskelig å forstå. De unge informantene uttrykte at barn burde få mer informasjon og kunnskap for å slippe å lure på om det var deres skyld at foreldrene ruset seg.

Han var rusa da, og så ble han så sint da jeg prøvde å vekke han. Jeg ville jo bare at vi skulle spille Playstation. Han sa «Se å få deg vekk for faen». (Anders, 13)

Noen av foreldrene/pasientene la vekt på det uforståelige i at de begynte å ruse seg igjen etter flere års rusfrihet etter å ha fått barn, og at de hadde ruset seg med barna tilstede.

Jeg elsket å være mamma. Jeg var en skikkelig hønemor. Jeg var helt rusfri til hun var fire, og vi hadde det så fint sammen. (...) Så satt jeg der plutselig med nåla i armen, jeg kan faktisk ikke forklare hvorfor, men jeg gjorde det. (Karen, 47)

Forsøk på å forstå hvorfor noen utvikler og opprettholder en rusmiddelavhengighet. Så å si alle informantene vektla vonde barndomserfaringer med foreldres rusproblemer, omsorgssvikt og mishandling som forklaring på rusmiddelavhengigheten. De snakket om det å ruse seg som en løsning på et krevende liv, en flukt fra tanker og følelser. Foreldrene/pasientene reflekterte rundt tilbakefall som et resultat både av barndom, av traumatiske hendelser mens de ruset seg og fordi hverdagens krav som rusfrie ble overveldende.

Mamma vokste opp med bestefar som var alkoholiker. Hun hadde en skikkelig krevende barndom, og hun begynte å ruse seg som veldig ung. (...) Så jeg har i hvert

fall forstått at begge mine foreldre hadde problemer med å takle følelsene sine, og så brukte de rus for å rømme unna de vanskelige følelsene. (Jane, 25)

Det var mye rus hjemme hos meg, både moren og faren min var misbrukere. Jeg tok vare på småsøsknene mine fra jeg var fem år. Jeg laga mat, vaska klær og sånn. Jeg tok vare på mamma og, hun klarte det jo ikke sjøl. (...) For meg ble rusen redningen, beskyttelse, overlevelse og en måte å rømme på. (Lise, 36)

Opplevelsen av andres forståelse av rusmiddelavhengighet. De fleste informantene hadde erfaringer med å møte fordommer og moralisme fra både fosterforeldre, venner, venners familier, sosialarbeidere, leger og lærere, og hvordan dette bidro til å forsterke egen skamfølelse.

En gang var det en jente i klassen min – hun gikk rundt i skolegården og ropte ut: «Mammaen til Cecilie er narkoman». Det traff meg så hardt. (Cecilie, 23)

Noen temaer er det umulig å snakke om – det er for skamfullt, som prostitusjon... (...) Fosterforeldrene mine var så kritiske og dømmende når det gjaldt foreldrene mine. Jeg prøvde å forklare mamma og pappa for dem, men de forsto ikke. Jeg følte meg veldig alene. (Jane, 25)

Det er fortsatt så mye skam forbundet med rusproblemer, men det handler jo ikke bare om at man er en svak eller dårlig person. (Selma, 47)

Pappa har nok gitt meg opp, han skammer seg sånn over meg. (Karen, 47)

Funnene er diskutert med utgangspunkt i teori om samtaler som en mulighet for å skape forståelse og mening i det uvanlige, det som bryter med sosiale normer og normalitet

(Bruner, 1990). Artikkelen konkluderer med at rusmiddelavhengighet er sammensatt og komplisert. Barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet og foreldre/pasienter i rusbehandling har behov for samtaler der de kan få hjelp til å skape mening i det tilsynelatende uforståelige.

5.5 Oppsummering av funnene

Oppsummert kan funnene samles i tre punkter. Disse går på tvers av artiklene og forskningsspørsmålene. Disse tre punktene må sees i forhold til tidligere forskning, både om hva som finnes og om hva som mangler. Funnene er ikke å forstå som absolutte sannheter, men ved å forstå og diskutere dem gjennom en systemisk tilnærming kan de samlet sett belyse den overordnede problemstillingen, og forhåpentligvis bidra til å utvikle nye diskurser og alternative handlingsmåter i møte med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet.

1. Stigma og skam knyttet til foreldreskap og rus oppleves som en ekstra belastning for barna. Flere av de unge informantene hadde eksempler på at de følte seg annerledes fordi foreldrene var rusmiddelavhengige. De opplevde at voksne og venner snakket stygt og nedsettende om foreldrene deres, og dermed om dem som familie. De forsøkte å forsvare foreldrene, og det gjorde at det ble mindre rom for barnas følelser. Rusmiddelavhengighet er stigmatisert, og foreldre som ikke er i stand til å ta vare på barna sine, er også stigmatisert. På grunn av rusmiddelbruk kan viktige foreldrefunksjoner som å skape fysisk, emosjonell og sosial trygghet og forutsigbarhet for barna svekkes. Mange skammer seg fordi de ikke klarer å kontrollere bruk av rusmidler, og fordi ikke klarer å ta vare på barna sine. Foreldre med rusmiddelavhengighet opplever sånn sett dobbelt opp av stigma og skam. Stigma og skam kan også prege familiemedlemmer slik de unge informantene opplevde det, og det kan prege fagfolk i den grad at de unngår å snakke om skambelagte temaer.

2. Relasjonen mellom barn og foreldre er viktig, også når de ikke bor sammen. Barn har behov for beskyttelse mot foreldres rusmiddelbruk, men ikke nødvendigvis mot foreldrene. De unge informantene beskrev relasjonen til foreldrene som nær og viktig, men også komplisert. De strevde med å regulere kontakt, og de svingte mellom å ønske å ha kontakt, til i perioder å ha behov for avstand. Relasjonen til andre familiemedlemmer, som besteforeldre, søsken, tanter og onkler, ble beskrevet som viktig. Alle informantene hadde klare holdninger til at foreldre som ruser seg ikke kan bo sammen med barn.

3. Barn og unge savner og mangler muligheter til å skape sammenheng og mening

gjennom samtaler med voksne. Rusmiddelavhengighet er komplekst og vanskelig å forstå. Foreldres oppførsel og handlinger når de ruser seg, kan være skremmende og uforståelige, både for barn og voksne. De unge informantene hadde hatt få samtalepartnere gjennom oppveksten som det var trygt å snakke åpent med om sine opplevelser, tanker og følelser. De understreket betydningen av at voksne snakket om foreldrene og dem som familie med respekt. Barn blir sjelden invitert til barne- og familiesamtaler når foreldrene er i rusbehandling, og de får ikke hjelp til å snakke sammen med foreldrene. Dette kan handle om at behandlere mangler kompetanse og erfaring, og at temaet er skambelagt. Det prioriteres få ressurser til arbeidet med barn som pårørende i TSB.

6. Diskusjon

Avhandlingen handler om hvordan barn og unge opplever sin oppvekst med foreldre med rusmiddelavhengighet, og om de har fått hjelp til å skape sammenheng og mening til disse opplevelsene. Funnene viser at stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelavhengighet oppleves som en ekstra belastning for barna. Relasjonen mellom foreldre og barn er viktig, også når de ikke bor sammen. Barn har behov for beskyttelse mot foreldres rusmiddelbruk, men ikke nødvendigvis mot foreldrene. Barn og unge savner og mangler muligheter til å skape sammenheng og mening gjennom samtaler med voksne.

I diskusjonen har jeg valgt å punktuere på noen områder, jeg forsøker å sette disse inn i en systemisk sammenheng, der jeg diskuterer samspillet dem imellom. Noen av spørsmålene som diskuteres i det følgende er: hvordan kan vi forstå betydningen av stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer; hvordan kan vi forstå de unge informantenes behov for både nærhet og avstand til foreldre; og hvordan kan samtaler fungere som en beskyttelsesfaktor, og bidra til å skape mening og sammenheng? Funnene belyses og diskuteres ved å se til tidligere forskning, og aktuelle teorier og diskurser om familieliv, foreldreskap, barns oppvekst, rusmiddelavhengighet, stigma, skam og meningsskapende samtaler.

6.1 Foreldreskap og rusmiddelproblemer - et dobbelt stigma

Mange av informantene beskrev opplevelsen av å føle seg annerledes. De unge informantene fortalte om situasjoner hjemme med kranglete, triste, sinte og stressede foreldre. Barna følte at noe var galt, uten at de forsto hva det var, eller hvorfor det ble sånn. Beskrivelser av barns fornemmelse av at noe er galt, uten at de helt vet hva det er, finner vi igjen i annen forskning (Grove et al., 2015; Orford et al., 2010; Werner & Malterud, 2016a; Wilson et al., 2012). Foreldres ansvar for barna er dypt forankret i de fleste kulturer. Det ligger klare forventninger om at foreldre skal ivareta omsorgen for barna innenfor hjemmets fire vegger, og være aktive på barnas mange arenaer utenfor hjemmet. Foreldre har mange

tilskuere til utøvelsen av foreldreskap, mange ser dem og kan legge merke til eventuelle brudd på det som ansees som god omsorg og oppdragelse (Lind et al., 2016; Rugkåsa et al., 2017). Slik flere studier viser fører ofte rusmiddelavhengighet til at foreldre ikke er i stand til å ivareta barns behov godt nok (Håkansson, Söderström, Watten, Skårderud, & Øie, 2017; E. Kufås et al., 2017; T. Ruud et al., 2015; Velleman & Templeton, 2016). Det er dette bruddet med normene for godt foreldreskap, slik normene er utviklet og språklig konstruert i den aktuelle kulturen, som skaper stigma, og som kan bidra til at disse familiene forstås og beskrives som annerledes (Bruner, 1990; Goffman, 1968). Rusmiddelavhengighet er også stigmatisert og skambelagt. Det å ikke kunne kontrollere inntak av rusmidler, til tross for at det skaper store problemer for en selv og familiemedlemmer, sees på som en svakhet (Bramness, 2018; Link et al., 1997; Livingston et al., 2012; Luoma et al., 2019; Wiechelt, 2007). Skam er en følelse som oppstår gjennom relasjonelt samspill i en kulturell kontekst. Skam er knyttet til opplevelsen av å bli stigmatisert, man defineres og definerer seg selv som utilstrekkelige og mindre verdt (Brown, 2006; Goffman, 1968; Skårderud, 2001). Mange av de unge informantene hadde konkrete eksempler på hvordan viktige personer i deres omgivelser forsterket skammen ved å gi uttrykk for at de så på dem og familien deres som dårlige mennesker. Følelsen av utenforskap ble ytterligere forsterket, fordi de opplevde å måtte forsvare foreldrene, noe som etterlot mindre plass til deres egne følelser. Noen av de unge informantene beskrev også hvordan de skammet seg på grunn av ting foreldrene hadde gjort, som prostitusjon, og som det var nesten umulig å snakke med andre om. Ensomhetsfølelsen ble forsterket fordi de ikke kunne dele sine opplevelser med andre; kommunikasjon mellom mennesker inkluderer også det usagte (Bateson, 1972). Dette er funn som samsvarer med tidligere forskning om barn og unges opplevelser av utenforskap og taushet knyttet til foreldrenes rusmiddelproblemer (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; Werner & Malterud, 2016a; Wiig et al., 2017).

De fleste av de unge informantene snakket mest om relasjonen til sine mødre – det var dem de hadde kontakt med, mens flere av fedrene var døde eller fraværende. Det var mødre som besøkte barna i fosterhjemmet, eller som ventet og holdt avstand i de periodene barna avviste kontakt med dem. Også andre studier viser at mødre ofte er mest til stede for barna, og de forsøker å leve opp til forventningene om å alltid sette barnas behov først, til tross for

at de selv har store problemer (Andenaes, 2014; Halså, 2017; Hernandez & Mendoza, 2011). Det kan derfor oppleves som spesielt krevende for mødre ikke å strekke til, at de ikke er i stand til å ivareta sine barn. Bruddet med de kulturelle normene for mødreskap blir så stort, de vurderes av andre og seg selv som dårlige mødre, og skammen forsterkes (Weston, 2010; Wiig et al., 2017).

Skam beskrives ofte med flere sider (Weston, 2010). Det er den skammen som fungerer som et etisk og moralsk kompass, og som kanskje bidrar til at spesielt mødrene i denne studien strakk seg langt for å forstå, og ivareta barnas behov. Den andre formen for skam bidrar til å definere mennesker som uverdige og dårlige, og den skaper taushet og isolasjon (Brown, 2006; Skårderud, 2001). Det var den skammen de fleste av informantene, både de unge og foreldrene/pasientene, beskrev. Stigmaet og skammen rammet altså ikke bare foreldrene som ruset seg, men vel så hardt barna og andre familiemedlemmer. Også fagfolk kan preges av den kulturelle skammen når foreldre ikke er i stand til å ta vare på barna sine på grunn av rusmiddelbruk (Goffman, 1968; Sheehan et al., 2017). Den kulturelle skammen kan bidra til å forstå hvorfor de barneansvarlige informantene i denne studien fortalte at de i så liten grad klarte å motivere foreldrene som var i rusbehandling til å invitere barna til barne- og familiesamtaler. Disse funnene bekreftes gjennom andre studier som også tematiserer stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer (Delås, 2015; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Sundfær, 2012; Wiig et al., 2017).

Smale kulturelle rammer for foreldreskap og familieliv kan også føre til at det blir liten aksept for andre typer familiekonstellasjoner, enn kjernefamilien. Alle de unge informantene flyttet på et tidspunkt til fosterhjem, eller sammen med bare den ene av foreldrene. De etterlyste flere samtaler om det å være en annerledes familie. Dette er også en gruppe barn hvor mange har hatt foreldre i fengsel eller i døgnbehandling. Det at foreldre og barn ikke bor sammen, og i perioder har lite kontakt, er åpenbare brudd med kulturelle normer og idealer; noe som kan bidra til at familien blir stigmatisert og omgitt av taushet (Link & Stuart, 2017; Weston, 2010).

Smale kulturelle normer for foreldreskap og familieliv kan altså medføre at barn ikke blir oppdaget, beskyttet og snakket med når foreldre har rusmiddelproblemer, fordi det er stigmatisert og tabubelagt. Dette kan også knyttes til familiens sosioøkonomiske og/eller kulturelle tilhørighet (Bitsch, 2017; Fauske et al., 2018; Lareau, 2011). Når naboer, lærere og leger ikke melder bekymring for et barn, kan det være fordi den andre familien er *for* forskjellig fra dem selv, avstanden blir for stor, og de opplever å ikke forstå den sosiokulturelle konteksten den andre familien lever i. Men vi kan også tenke oss at den andre familien er *for* lik dem selv, og at det gjør det vanskelig å erkjenne og akseptere at barna lever under svært vanskelige forhold (Bitsch, 2017). På den andre siden kan smale sosiokulturelle normer for foreldreskap bidra til at barna blir sett og beskyttet. Nettopp disse tydelige og klare forventningene om foreldres ansvar for ivaretagelse av barnas emosjonelle og sosiale utvikling, bidrar til at noen, for eksempel familiemedlemmer, lærere eller naboer, blir oppmerksomme på barnas omsorgssituasjon, og stiller spørsmål ved om den er god nok. De unge informantene i denne studien fortalte om bekymringsfulle situasjoner og hendelser knyttet til foreldrenes atferd og fungering, og at noen voksne på et tidspunkt så dette, og bidro til at barna fikk beskyttelse og hjelp. Dette krever imidlertid at det er noen voksne i barnets omgivelser, som ikke er så preget av den kulturelle skammen knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer, og som tør å si ifra. De unge informantene understreket barns behov for å bli sett og beskyttet, og noen stilte spørsmål ved at de ikke fikk beskyttelse tidligere. Dette bekrefter funn fra annen forskning, om barns opplevelser av at voksne ikke gjorde noe for å hjelpe dem, til tross for at de visste at barna hadde svært vanskelige oppvekstvilkår (E. Kufås et al., 2017; Sundfær, 2012; Werner & Malterud, 2016b). Barnekonvensjonen (2003), som ble ratifisert av Norge i 1991, og inkludert i barnevernloven (1992), stadfester barns rett til beskyttelse mot vold og omsorgssvikt. Det er altså ikke nok bare å se barna, de har også behov for beskyttelse mot foreldrenes rusmiddelbruk, slik at de får større grad av emosjonell og sosial trygghet og forutsigbarhet. Barn har behov for trygghet for å utvikle seg, lære, og fungere sosialt, derfor er beskyttelse av barna så viktig, slik også tidligere forskning viser (Bender, Sømhovd, Pons, Reinholdt-Dunne, & Esbjørn, 2015; Hart & Gröhn, 2011; Sommer, 2014; van der Kolk, 2014). Som vi ser, kan kulturelle normer for foreldreskap og familieliv bidra til at barna blir oppdaget og beskyttet, men de kan også føre til at barna blir oversett og ignorert, på grunn av stigmaet foreldrenes rusmiddelavhengighet fører med seg (Bitsch, 2017; Weston, 2010).

Behovet for større åpenhet knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer er åpenbart til stede, men endring av folks holdninger er en langsom prosess, og krever innsats på ulike måter og områder (Livingston et al., 2012). Ett skritt på veien kan være undervisning og holdningsskapende tiltak for blant andre studenter og ansatte innenfor helse- og sosialvesen, barnehage og skole, samt for berørte pasienter og pårørende. Slike tiltak har vist seg å være nyttige for å minske fordommer, stigma og skam (Hernandez & Mendoza, 2011; Livingston et al., 2012; Lukens & McFarlane, 2004; Stuart & Sartorius, 2017; Wangensteen & Aamodt, 2019).

6.2 Familien som konstituerende for identitet og tilhørighet

Alle informantene understreket at det er krevende for barn å ha foreldre med rusmiddelavhengighet. Vi har mange studier som bekrefter dette funnet (Backett-Milburn et al., 2008; Holmila et al., 2011; E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Wiig et al., 2017). De unge informantene fortalte i sine historier om hvordan foreldrenes rusmiddelbruk preget oppveksten. De hadde sterke minner om foreldre som ikke møtte deres behov, som oppførte seg merkelig, og som gjorde dem redde. Men de hadde også minner om nærhet, kjærlighet og lojalitet. Det er gjerne i familien vi skaper de første minnene, og hukommelse og følelser er nært knyttet til hverandre. Derfor er det opplevelser som har vært følelsesmessig sterke, vi ofte husker, gjenforteller og forsøker å skape mening rundt, i samtaler med andre (Bruner, 1990; Hart & Gröhn, 2011; Smart, 2007). De unge informantenes minner var knyttet til forholdet til foreldrene, men også til de sosiale omgivelsene, som skole og venner. De følte seg annerledes, sammenlignet med andre familier de kjente. Flere studier beskriver hvordan det å føle seg annerledes kan føre til at både barn og voksne forsøker å holde familiens problemer skjult (Holmila et al., 2011; Werner & Malterud, 2016a; Wiig et al., 2017). Fordi familien ofte er relativt lukket, kan hemmeligheter bevares innad i familien over lang tid (Dallos & Draper, 2010; Smart, 2011). Hemmeligholdelse om foreldrenes rusmiddelproblemer, kan bidra til at barn ikke har noen mulighet til å slippe unna det krevende familielivet, hverken fysisk eller emosjonelt, og de er derfor spesielt sårbare (Smart, 2007; Wilson et al., 2012). De unge informantene i denne

studien ble imidlertid, på et tidspunkt, flyttet ut av hjemmet, og til institusjon og fosterhjem; de fikk beskyttelse mot foreldrenes rusmiddelavhengighet.

En av utfordringene flere av de unge informantene møtte da de flyttet fra foreldrene, var å regulere kontakten med foreldre og andre familiemedlemmer. Smart (2007) beskriver hvordan familiebånd oppleves som så sterke og viktige, fordi vi har en forankring i familien gjennom generasjoner. De biologiske båndene kan ikke ignoreres, uavhengig av om relasjonene oppleves som gode eller dårlige. Når barn forteller om seg selv, forteller de ofte om sin familie, familie er identitetsskapende (Bruner, 1990). Relasjonen til foreldre som ruser seg kan oppleves både med kjærlighet og nærhet, og med sinne, sorg og avstand (Morgan, 2019; Smart, 2007). I denne studien understreket de unge informantene ønsket om kontakt med foreldrene, men på egne premisser. De måtte ha avstand til dem i perioder når de hadde behov for det. Annen forskning bekrefter dette funnet; det å opprettholde en type kontakt med biologisk familie kan bidra til at barn lettere knytter seg til fosterforeldre og andre voksne, men det er en forutsetning at kontakten oppleves som trygg for barnet (Haight et al., 2003; McWey et al., 2010). Viktige personer i et barns liv kan også inkludere flere enn biologiske familiemedlemmer (Bath, 2015; Smart, 2007; Sommer, 2014). For barn som vokser opp i fosterhjem, er det av avgjørende betydning at fosterforeldrene oppleves som nære omsorgspersoner; noen de kan knytte seg til, og føle tilhørighet til (Haight et al., 2003). Fosterforeldre og andre voksne kan bidra til at barnets fortelling om seg selv handler om mer enn problemene knyttet til foreldrenes rusmiddelavhengighet. Det er viktig at også gode relasjoner og opplevelser får plass som en del av livshistorien (Bruner, 1990; Lundby, 2014; White, 2008). I denne studien snakket noen av de unge informantene om nære og betydningsfulle bånd til fosterforeldrene, andre følte mindre tilhørighet. De informantene som opplevde relasjonen mellom foreldre og fosterforeldre som gjensidig respektfull, var de som i størst grad inkluderte de ulike voksne i narrative om sin familie. De konstruerte sin egen storfamilie, og viste med det omgivelsene at det var mulig å bo sammen med en fosterfamilie, og samtidig bevare relasjonen til viktige personer i den biologiske familien (Bruner, 1990; Morgan, 2019; Smart, 2007).

6.3 Meningsskapende samtaler

De unge informantene uttrykte behov for samtaler der de kunne snakke om sine opplevelser, tanker og følelser. De opplevde imidlertid at de i liten grad hadde fått denne muligheten som barn og unge. Heller ikke når foreldre er i rusbehandling, blir barna invitert til barne- og familiesamtaler. Barn har behov for å skape sammenheng og mening i sine liv. De har behov for å forstå seg selv og sin familie, innenfor de sosiokulturelle systemene de er en del av (Bruner, 1990). Gjennom dialog med trygge voksne, og eventuelt med andre barn, kan de få hjelp til å forstå det som har vært, og er krevende i livet, men også til å rette fokus mot hvordan de mestrer tilværelsen, viktige relasjoner og gode opplevelser (A. Jansen, 2013; Lundby, 2014). Det finnes imidlertid flere veier inn til disse livshistoriene. Barn og unge som har opplevd traumatiske situasjoner har ofte behov for hjelp til å forstå overveldende følelser. Disse har ofte kroppslige uttrykk, og kan være vanskelig å gjenkjenne og forstå (Perry, Szalavitz, & Silver, 2006; Stiegler, 2013). Kroppslig tilnærming gjennom bevegelse, lek eller mindfulness kan hjelpe barn og unge å få kontakt med følelsene, det samme kan formingsaktiviteter, bøker og filmer gjøre (A. K. Ruud, 2011). Ved hjelp av trygge voksne kan barna sette ord på de kroppslige opplevelsene, og gjenkjenne, forstå og regulere overveldende følelser (Bath, 2008; A. K. Ruud, 2011).

Bruner (1990) beskriver hvordan narrativer, folks historier, først og fremst benyttes for å fortelle om, og skape mening til det som er annerledes; det som avviker fra de kulturelle normene. De unge informantene kunne ikke huske noen detaljer fra samtaler de hadde hatt, men de husket stemningen i noen samtaler. Særlig godt husket de at andre snakket nedsettende om foreldrene deres. Et viktig poeng for de som hadde hatt gode samtaler, var at tonen var respektfull overfor foreldrene. Når foreldrene ble møtt med, eller snakket om med fordommer og moralisme, opplevde barna at det ble mindre plass til deres følelser; de måtte forsvare foreldrene. Det å anerkjenne barns følelsesuttrykk, og deres historie slik de forteller den, bidrar til at de beholder sin verdighet i samtalen. Da kan de få trygghet nok til å utforske sine opplevelser, og gjennom det skape mening og sammenheng (Bruner, 1990; A. K. Ruud, 2011; Øvreeide, 2009). Narrativene vi forteller i dialog med andre bidrar til å utvikle

selvet og identiteten, slik det forstås innenfor en sosialkonstruksjonistisk tilnærming (Bruner, 1990).

Skammen over å ha mislykkes som mødre og foreldre bringer, som tidligere nevnt, ofte med seg taushet. Det er den type taushet som overføres gjennom generasjoner, fra foreldre til barn (Smart, 2011). Når barn og unge ikke får mulighet til å sette ord på sine opplevelser, følelser og tanker, mister de muligheten til å skape mening til det som skjer. Bateson (1972) understreker at det ikke er mulig å ikke-kommunisere. Alt vi gjør, er å anse som kommunikasjon; det har et budskap og er relasjonelt. Når barn opplever at noe forties, især av de nærmeste, er dette i seg selv et viktig budskap om at noe ikke skal snakkes høyt om; at det er for skamfullt eller farlig å fortelle om. Vonde opplevelser og traumer blir forsøkt tiet i hjel, noe som opprettholder og forsterker de vanskelige opplevelsene og følelsene (Holmgren, 2010).

Det er viktig å understreke at barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet ikke er en homogen gruppe. De har ulike reaksjoner på situasjoner og hendelser, slik også en av mødrene i denne studien påpekte. Barnas omgivelser kan også i ulik grad fungere beskyttende og støttende, og det som er hjelpsomt for et barn, behøver ikke å være det for et annet (Sommer, 2014). Flere forskere peker på at det derfor er viktig at barna får gi uttrykk for sine følelser, tanker og opplevelser i samtaler med voksne, og at de anerkjennes. Andre skal ikke definere dem som enten hjelpeløse ofre, eller som «løvetannbarn» som tåler så mye (Backett-Milburn et al., 2008; Gladstone et al., 2006; Holmila et al., 2011). Barn har derfor behov for hjelp til å skape sammenheng og mening i sine liv, på sine egne premisser, og sammen med trygge og empatiske voksne (Bath, 2015; Bruner, 1990; A. K. Ruud, 2011). Både de unge informantene og foreldrene/pasientene fikk mulighet til å fortelle sine historier ganske fritt i denne studien. De fortalte om ulike sekvenser i livet som hadde hatt betydning, som skilte seg ut fra det daglige, og i deres narrativer inngikk det ulike personer og ulike hendelser. Sammen forsøkte vi i intervjusituasjonen å skape mening til noen av disse opplevelsene gjennom å forhandle om betydningen av ord og begreper (Bruner, 2003; Gergen, 2011; Smart, 2007). Alle informantene fortalte om brudd på kulturelle normer, slik

de oppfattet det; først og fremst om brudd på forestillingene om hvordan foreldre skal være, ta vare på barna sine, og om den ideelle familien (Smart, 2007; Sommer, 2014). Mens de fortalte sin historie i intervjuet, forsøkte de å skape sammenheng og mening til ulike situasjoner knyttet til rusmiddelavhengighet. Vi snakket sammen om ulike hendelser som var vanskelige å forstå, om atferd som syntes nærmest uforståelig. De lette etter forklaringer på hvorfor man oppfører seg rart og uforutsigbart når man bruker rusmidler, og de forsøkte å forstå hvorfor noen begynner å ruse seg, hvorfor de fortsetter, og hvorfor det er så vanskelig å slutte. Rusmiddelavhengighet er komplisert fordi det ofte forstås enten innenfor rammen av en kompleks biopsykososial modell, eller er preget av folks fordommer om at folk med rusmiddelproblemer er svake og umoralske (Hole, 2014; Simonsen, 2016). Begge deler kan være krevende å forstå for de som har problemet, for familiemedlemmer og for fagfolk. Både de unge informantene og foreldrene/pasientene beskrev et behov for å bedre forstå utvikling av rusmiddelavhengighet, og atferd knyttet til bruk av rusmidler. Samtaler om foreldrenes rusmiddelavhengighet kan bidra til at barna i mindre grad anklaget seg selv for foreldrenes rusmiddelbruk, og at de i større grad klarer å skille problemet fra seg selv og foreldrene (Grove et al., 2015; Reupert & Maybery, 2010; White, 2008). Dette fordrer at de voksne samtalepartnerne er i stand til å møte og anerkjenne barn og unges opplevelser, tanker og følelser (Grimsgaard, 2019). Dette kan imidlertid være vanskelig, nettopp på grunn av stigmaet, skammen og kompleksiteten knyttet til foreldreskap og rus. Ved å sette temaer knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer inn i en systemisk forståelsesramme, kan nye diskurser gradvis utvikles, slik at familiene møtes på bedre måter, og barna får nødvendig beskyttelse, og meningsskapende samtaler (Brown, 2006; Livingston et al., 2012; Sameroff, 2010).

7. Avsluttende refleksjon

Hensikten med denne studien var å rette søkelyset mot barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet; om deres opplevelser, tanker og følelser, og om hvordan de har fått hjelp til å skape mening til disse opplevelsene. Det var også et mål å vise noe av kompleksiteten knyttet til disse familienes liv, ved å se på samspillet mellom foreldreskap, familieliv, rusmiddelavhengighet, stigma og meningsskapende samtaler. Oppsummert viser studiens funn at: stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer oppleves som en ekstra belastning for barna; relasjonen mellom foreldre og barn er viktig, også når de ikke bor sammen, barn har behov for beskyttelse mot foreldres rusmiddelbruk, men ikke nødvendigvis mot foreldrene; barn og unge savner og mangler muligheter til å skape sammenheng og mening gjennom samtaler med voksne. Fagfeltet *Barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet* inkluderer en kompleksitet det er nødvendig å ta inn over seg. Ulike områder griper inn i hverandre, og påvirker hverandre gjensidig, slik det forstås innenfor et systemisk perspektiv (Bateson, 1972; Engel, 1977; Sameroff, 2010). Hvilke områder, eller systemer, som inkluderes, og hvordan de står i relasjon til hverandre, vil variere, og det vil være ulikt hva forskere vektlegger i ulike studier, hvordan de punkterer (Bateson, 1972; Gergen, 2011). Det er de tradisjoner og forståelsesmåter som er utviklet gjennom språklige konstruksjoner i det aktuelle forskningsmiljøet, som preger nettopp det (Gergen, 2011).

7.1 Implikasjoner for praksisfeltet

Praksisfeltet som omfatter *barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet* er ikke et avgrenset og definert felt. Det er tvert imot svært mange som gjennom sin yrkesutøvelse møter disse barna og foreldrene deres, og alle kan bidra til å gjøre situasjonen bedre for familiene (Sommer, 2014; Willumsen & Ødegård, 2014). Noen av de som møter disse familiene, er fastlege og ansatte på helsestasjoner som ivaretar mor og barn under svangerskapet og barnets første leveår. Også lærere og assistenter i barnehager og skoler, kan spille en viktig rolle, sammen med helsesykepleiere og ansatte i pedagogisk-psykologiske tjenester (PPT). Kommunal barnevernstjeneste blir koblet inn ved bekymring for barnet, og

noen ganger også psykiske helsetjenester for barn og unge, og disses tilnærming til problematikken er ofte av avgjørende betydning. Dersom foreldre er innlagt på sykehus eller i rusbehandling skal ansatte kartlegge om pasienten har barn, deres omsorgssituasjon og sikre at de får nødvendig informasjon om foreldrenes helse og behandling (Bergem, 2018). Disse ulike faggruppene kan ha ulik tilnærming til barn og unge, og ulik forståelse av foreldreskap og rusmiddelavhengighet, slik det er utviklet gjennom forskning og praksis (Gergen, 2011). Det må skapes rom for kritisk refleksjon knyttet til de ulike fagområdene, nye diskurser og ny forståelse må vokse frem, slik at barna og familiene ivaretas på bedre måter. Det vil trolig kreve større grad av tverrfaglig samarbeid (Bhaskar et al., 2018; Sommer, 2018; Straand, 2011; Willumsen & Ødegård, 2014).

Funnene i denne studien gjorde at jeg ble spesielt opptatt av hvordan stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer kan påvirke i hvilken grad barna får beskyttelse, kontinuitet i viktige relasjoner og meningsskapende samtaler (Bruner, 1990; Goffman, 1968; Sommer, 2014). Funnene tydeliggjorde hvor vanskelig det er å forstå selve rusmiddelavhengigheten, og atferden som ofte følger med. Ved å åpne for nye forståelsesmåter, kan stigma og skam minskes, og gjøre det lettere for voksne å se og forholde seg til potensielle rusmiddelproblemer i en familie, og å beskytte og snakke med barna (Livingston et al., 2012; Stuart & Sartorius, 2017). Dette fordrer åpne samtaler om rusmiddelavhengighet, samskaping av nye forståelsesmåter knyttet til foreldreskap og rusmiddelavhengighet, og økt relasjons- og samtalekompetanse blant de som møter barna og foreldrene. Det kan være komplisert og krevende å møte disse familiene. Slik informantene fortalte om det, forsøkte både foreldre og barn å holde rusmiddelbruken skjult for omgivelsene, på grunn av skam, og av redsel for tiltak fra barnevernet (E. Kufås, Faugli, A., Weimand, B., 2015; Werner & Malterud, 2016a). Figur 3 illustrerer hvordan stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelproblemer kan hindre at barna blir sett, beskyttet og snakket med. Da er det en fare for at også barna utvikler problemer med psykisk helse, sosiale relasjoner, på skolen og med rusmidler (Dube et al., 2001; Felitti & Anda, 2010; Haugland & Nordanger, 2015; Raitasalo & Holmila, 2017; Ranta & Raitasalo, 2015). Problemene overføres fra en generasjon til den neste. Målet må derfor være å skape en bredere forståelse av foreldreskap og rusmiddelavhengighet, slik at det blir mulig å oppdage

problemene, og snakke om dem med foreldrene og barna, uten å skape eller forsterke opplevelsen av stigma og skam (Brown, 2006; Gergen, 2011; Sundfær, 2012; Wiig et al., 2017).



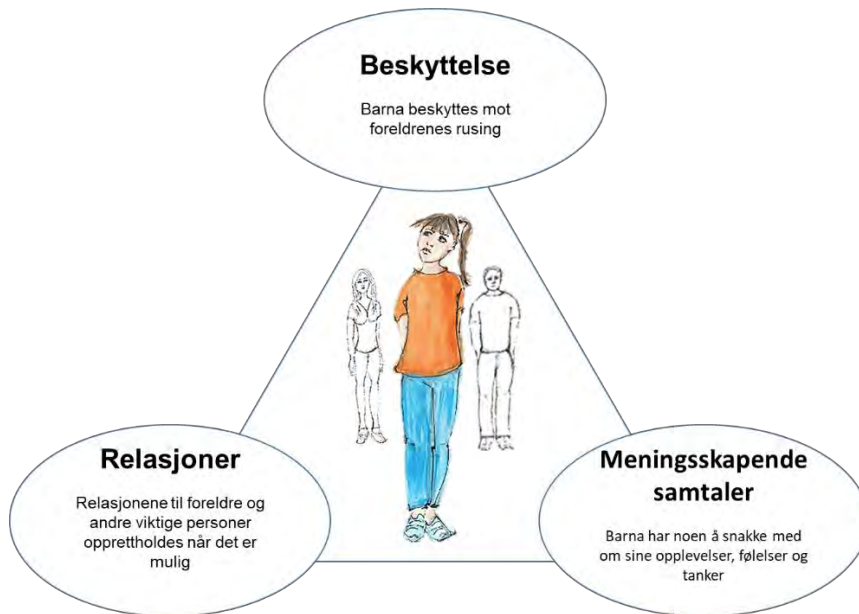
Figur 3: Når stigma og skam står i veien

For å skape større grad av trygghet og forutsigbarhet for barna, må man se familien som en helhet (Bateson, 1972; Forrester & Harwin, 2008; Sommer, 2014; Sword et al., 2009; Toner et al., 2008). Gjennom å hjelpe foreldrene, hjelper man barna – også når foreldre og barn ikke bor sammen. Studiens funn indikerer at det er behov for en mer helhetlig tilnærming i møte med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet. De trenger beskyttelse fordi foreldrene ofte ikke klarer å skape nødvendig emosjonell, sosial og materiell trygghet og forutsigbarhet (Sommer, 2014). Dette innebærer at den forelderen som ruser seg, må flytte ut av hjemmet for en lengre eller kortere periode. Hvis det ikke er aktuelt, eller begge foreldrene ruser seg, kan barnet bli nødt til å flytte. En slik beskyttelse av barnet, innebærer imidlertid ikke nødvendigvis at barnet skal beskyttes fra foreldrene. Det kan være viktig å opprettholde kontakt, og at barn og foreldre får gode opplevelser sammen, når det er mulig (Haight et al., 2003; McWey et al., 2010). Det kan også være søsken, besteforeldre eller

andre familiemedlemmer som kan ivareta barnets behov for kontakt med, og tilhørighet til sin biologiske familie (Kiraly & Humphreys, 2016). En slik kontinuitet i kontakten kan bidra til at barn lettere knytter seg til nye voksne. Barn må, så sant det er mulig, delta i avgjørelser om samvær med ulike familiemedlemmer (Barnekonvensjonen, 2003; Bullen et al., 2017; Kiraly & Humphreys, 2013). Voksne må være bevisste på at ønsker og behov for samvær endrer seg, og det må derfor være fleksibilitet i samværsordningene.

Det er imidlertid ikke tilstrekkelig å beskytte et barn, og så tro at alt skal fungere som normalt. Barna vil ofte ha behov for å snakke om sine opplevelser, følelser og tanker, også etter at de har flyttet. De trenger hjelp til å skape mening og sammenheng (Bruner, 1990; Freake et al., 2007; Holmila et al., 2011; Reupert et al., 2012; A. K. Ruud, 2011). Når familier møtes med smale normer for hva som er et godt familieliv, og med stigma knyttet til annerledesheten, så har barn og unge (og foreldrene) behov for å sette ord på dette, og utvikle bredere og mer helhetlige narrativer om seg og sin familie. De må få hjelp til å skape historier som også inkluderer gode opplevelser, viktige relasjoner, nærhet og kjærlighet, og som anerkjenner annerledesheten (Anderson, 2003; White, 2008).

Figur 4 illustrerer hvordan barn kan få en tryggere og mer forutsigbar hverdag, ved å beskyttes mot foreldrenes rusmiddelbruk; ved at de får beholde kontakt med viktige personer i sin biologiske familie når dette er mulig, og de ønsker det; og ved at de har tilbud om samtaler med voksne som behandler dem og familien deres med respekt. En slik helhetlig tilnærming fordrer tverrfaglig samarbeid, slik at hvert enkelt familiemedlem får best mulig hjelp og støtte, og at familien sees som en helhet, også når de ikke bor sammen (Forrester, Holland, Williams, & Copello, 2016; Toner et al., 2008).



Figur 4: En helhetlig tilnærming i møte med barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet

På bakgrunn av funnene i denne studien, slik de er forstått i sammenheng med tidligere forskning og ulike teoretiske perspektiver, har jeg, sammen med prosjektets referansegruppe utarbeidet syv anbefalinger, på ulike nivåer, fra det overordnede til det helt konkrete. Disse kan forhåpentligvis kan bidra til bedret praksis i møte med barn og unge som har foreldrene har rusmiddelavhengighet.

7.2 Anbefalinger

1. Det tverrfaglige feltet *barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet* må utvikles gjennom økt forskning, på tvers av de etablerte fagmiljøene. Et systemisk perspektiv inkluderer de enkelte delene, og ser helheten og kompleksiteten i barnas og familienes situasjon, og vil styrke det faglige utviklingsarbeidet.
2. Undervisning om foreldreskap og rusmiddelproblemer må i større grad inn i utdanninger for blant annet barnehagelærere, lærere, barnevernspedagoger,

sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, leger og psykologer. Dette vil kunne bidra til at barna i større grad blir sett, beskyttet og snakket med, fordi flere faggrupper vil forstå hvor alvorlig det kan være for barn å leve sammen med foreldre som ruser seg. Det vil også kunne føre til mindre fordommer og moralisme i møte med foreldre og barn, og det tverrfaglige samarbeidet vil kunne styrkes.

3. Når foreldre mottar rusbehandling bør det prioriteres ressurser slik at det er ansatte som har tid, kunnskap og kompetanse til å ivareta barn som pårørende. Dette kan innebære å ha fokus på foreldrerollen gjennom samtaler og seminarer, veiledning, tilrettelegging av samvær, og å invitere til og gjennomføre barne- og familiesamtaler. Behandlere må jobbe for å motivere foreldre til å samtykke til slike samtaler. Foreldre må få informasjon om hvor alvorlig det kan være for barn å leve med foreldre som ruser seg, og hvor viktig det er at barna får noen å snakke med. Foreldre må få hjelp til å ta barnets perspektiv. Barna kan ikke settes på vent til foreldrene er klare for å snakke med dem – i mellomtiden må andre voksne snakke med barna.
4. Barn må beskyttes mot foreldrenes rusmiddelbruk i hverdagen, men det betyr ikke at de må beskyttes fra kontakt med foreldrene. Familier er ulike og må derfor behandles ulikt.
5. Voksne (fagfolk og familiemedlemmer) har et ansvar for å snakke med og om barns foreldre med respekt, selv om de tar avstand fra handlinger foreldrene har gjort.
6. Det bør være samtaletilbud til barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet i alle kommuner. Det kan være samtaler individuelt eller i grupper. Det er sjelden nok å snakke om dette en gang, barn og unge trenger ofte flere samtaler, over tid. Barnas følelser og tanker skal anerkjennes.

7. Alle barn som har foreldre med rusmiddelavhengighet bør ha en kriseplan, noen å ringe til eller reise til hvis foreldrene de bor sammen med, eller er på besøk hos, ruser seg.

7.3 Studiens bidrag til forskningsfeltet

Studiens metodologiske bidrag til fag- og forskningsfeltet *barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet* handler om å la ungdommenes stemme komme tydelig frem (Prout, 2005; Thomas, 2007). Det er gjort få kvalitative studier som gir innsikt i unge informanters opplevelse av sin oppvekst med rusmiddelavhengige foreldre, hvem de har snakket med og på hvilken måte, de unge informantenes livshistorier er derfor et viktig bidrag. Det finnes relativt mange studier om skadevirkningene av en slik oppvekst, denne studien bidrar med å også utforske beskyttelsesfaktorer. Meningsskapende samtaler er en slik beskyttelsesfaktor, og informantenes narrativer om behov for samtaler og savnet etter dem, men også erfaringer om nytteverdien, bidrar til å tydeliggjøre hvor viktig det er. Studien viser også hvor viktig relasjonen mellom barn og foreldre kan være, også når de ikke bor sammen. Gjennom en systemisk og tverrfaglig tilnærming kan funnene skape større forståelse for kompleksiteten knyttet til foreldreskap, barns behov og rusmiddelavhengighet, og for hvordan stigma og skam kan hindre at barna blir beskyttet og snakket med (Bateson, 1972; Goffman, 1968; Sameroff, 2010).

7.4 Forslag til videre forskning

Først og fremst vurderer jeg det slik at min forskning kan bidra til å forsterke og nyansere den kunnskapen vi allerede har, spesielt når det gjelder betydningen av stigma og skam knyttet til foreldres rusmiddelproblemer, og hvilke konsekvenser dette kan få for barna. Jeg har rettet fokuset mot det systemiske, mot kompleksiteten. Det kritiske blikket er først og fremst rettet mot de diskursene som forsterker stigma, og mot praksisfeltets strev med å ivareta barna (Sheehan et al., 2017; Willumsen, 2016). Flere forskningsprosjekter som

inkluderer systemiske perspektiver vil være interessant, også de som retter fokuset mot andre systemer enn det jeg har gjort her, som for eksempel barnehage, skole, nabolag, venner, kommunale og statlige barnevernstjenester, kommunale helse- og sosialtjenester, og spesialisthelsetjenester innenfor psykisk helsevern for barn og unge. Det vil også være interessant å få mer kunnskap om innhold og form i samtaler og samtalegrupper for barn og unge, fordi det finnes tilbud om dette i noen kommuner, og kanskje kan de bidra med nyttige erfaringer. Flere studier som ser på implementering av lovreguleringen knyttet til barn som pårørende er fortsatt aktuelt, og fortrinnsvis med fokus på TSB. Det er definitivt behov for flere kvalitative studier om og med barn som pårørende til foreldre med rusmiddelavhengighet. Gjennom å høre og forstå deres livshistorier kan fagfeltet utvikles, og nye teorier og diskurser kan genereres, slik at barna og familiene kan få bedre hjelp og støtte enn de får i dag.

Litteratur

- Aarseth, H. (2018). Familie og intimitet i endring - sosiologiske perspektiver. *Fokus på familien*, 46(2), 84-102.
- Agnafors, S., Svedin, C., Orelund, L., Bladh, M., Comasco, E., & Sydsjö, G. (2017). A Biopsychosocial Approach to Risk and Resilience on Behavior in Children Followed from Birth to Age 12. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(4), 584-596. doi: 10.1007/s10578-016-0684-x
- Alexanderson, K., & Näsman, E. (2017). Barns opplevelser når foreldrars misbruk opphørt: "Alltså det er svært å må bra igjen". *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 34(5), 400-414.
- Alvesson, M., & Skoldberg, K. (2009). *Reflexive methodology : new vistas for qualitative research* (2. utg.). London: Sage.
- Andenaes, A. (2014). The task of taking care of children: methodological perspectives and empirical implications. *Child & Family Social Work*, 19(3), 263-271. doi: 10.1111/j.1365-2206.2012.00897.x
- Anderson, H. (2003). *Samtale, sprog og terapi : et postmoderne perspektiv*. København: Reitzel.
- Andresen, N. E., & Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling : til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andvig, E. (2010). Å forske på eller forske sammen med mennesker som hører til "sårbare grupper" : gjør det en moralsk forskjell? I J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 49-62). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Beckett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A., & Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging childhoods: Young people's accounts of 'getting by' in families with substance use problems. *Childhood*, 15, 461-479.
- Bancroft, A., & Wilson, S. (2007). The 'risk gradient' in policy on children of drug and alcohol users: Framing young people as risky. *Health, Risk & Society*, 9(3), 311-322. doi: 10.1080/13698570701488837
- FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991: Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. (2003).
- Lov om barneverntjenester (1992).
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- Bath, H. (2008). The Three Pillars of Trauma-Informed Care. *Reclaiming Children and Youth*, 17(3), 17-21.
- Bath, H. (2015). The Three Pillars of TraumaWise Care: Healing in the Other 23 Hours¹. *Reclaiming Children and Youth*, 23(4), 5-11.
- Bender, P. K., Sømhovd, M., Pons, F., Reinholdt-Dunne, M. L., & Esbjørn, B. H. (2015). The Impact of Attachment Security and Emotion Dysregulation on Anxiety in Children and Adolescents. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 20(2), 189-204. doi: 10.1080/13632752.2014.933510

- Benton, T., & Craib, I. (2011). *Philosophy of social science : the philosophical foundations of social thought* (2. utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bergem, A. K. (2018). *Når barn er pårørende*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bhaskar, R., Danermark, B., & Price, L. (2018). *Interdisciplinarity and well-being : a critical realist general theory of interdisciplinarity*. London: Routledge.
- Biong, S., & Ytrehus, S. (2012). *Helsehjelp til personer med rusproblemer*. Oslo: Akribe.
- Bitsch, A. (2017). *Går du nå, er du ikke lenger min datter*. Oslo: Spartacus.
- Bramness, J. G. (2014). Rus, rusmiddel, rusgift, misbruk og skadelig bruk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20, 134.
- Bramness, J. G. (2018). *Hva er avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brown, B. (2006). Shame resilience theory: A grounded theory study on women and shame. *Families in society: The journal of contemporary social services*, 87(1), 43-52.
- Bruner, J. S. (1985). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (2003). *Making stories : law, literature, life*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (2004). Life as narrative. *Social Research*, 71(3), 691.
- Bullen, T., Taplin, S., McArthur, M., Humphreys, C., & Kertesz, M. (2017). Interventions to improve supervised contact visits between children in out of home care and their parents: a systematic review. *Child & Family Social Work*, 22(2), 822-833. doi: 10.1111/cfs.12301
- Bunkholdt, V., & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). *The Changing family life cycle : a framework for family therapy* (2. utg.). Boston: Allyn and Bacon.
- Christiansen, Ø. (2012). Hvorfor har barnevernet problemer med å se og behandle barn som aktører? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(1-2), 16-30.
- Connors, N. A., Bradley, R. H., Whiteside Mansell, L., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K., & Herrell, J. M. (2009). Children of Mothers with Serious Substance Abuse Problems: An Accumulation of Risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 85-100. doi: 10.1081/ada-120029867
- Dallos, R., & Draper, R. (2010). *An introduction to family therapy : systemic theory and practice* (3. utg.). Maidenhead, Berkshire, England: Open University Press.
- Delås, G. M. (2015). Barn i familier med alkoholproblemer og skam - Barn i familier med alkoholproblemer er ofte bærere av skam. Hva kan være årsakene til skamfølelsen, hvordan oppleves den, og hvordan påvirker den deres hverdag? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*(04), 298-306.
- Dermott, E. (2016). Doing good parenthood: Reflexivity, practices, and relationships. I A. Sparrman, A. Westerling, J. Lind & K. I. Danesboe (Red.), *Doing Good Parenthood: Ideals and Practices of Parental Involvement* (s. 137-147): Palgrave Macmillian.

- Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. (2013). Pre-conception to parenting: a systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Official Journal of the Section on Women's Health of the World Psychiatric Association*, 16(3), 173-196. doi: 10.1007/s00737-013-0336-0
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with Parental Alcohol Abuse: Exposure to Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 25(12), 1627-1640.
- Eide, H., Eide, T., Keeping, D., & Eide, E. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk* (3. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engel, G. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(3), 377-396.
- Farrell, A. (2007). *Ethical Research with Children*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Fauske, H., Kojan, B. H., & Storhaug, A. S. (2018). Social Class and Child Welfare: Intertwining Issues of Redistribution and Recognition. *Social Sciences*, 7(9), 1-13. doi: <https://doi.org/10.3390/socsci7090143>
- Fekjær, H. O. (2004). *Rus : bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. I R. A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Red.), *The impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic* (s. 77-87). Cambridge: Cambridge University Press.
- Forrester, D., Copello, A., Waissbein, C., & Pokhrel, S. (2008). Evaluation of an intensive family preservation service for families affected by parental substance misuse. *Child Abuse Review*, 17(6), 410-426. doi: 10.1002/car.1048
- Forrester, D., & Harwin, J. (2008). Parental Substance Misuse and Child Welfare: Outcomes for Children Two Years after Referral. *The British Journal of Social Work*, 38(8), 1518-1535.
- Forrester, D., Holland, S., Williams, A., & Copello, A. (2016). Helping families where parents misuse drugs or alcohol? A mixed methods comparative evaluation of an intensive family preservation service. *Child & Family Social Work*, 21(1), 65-75. doi: 10.1111/cfs.12111
- Frank, A. W. (2005). What Is Dialogical Research, and Why Should We Do It? *Qualitative Health Research*, 15(7), 964-974. doi: 10.1177/1049732305279078
- Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (2003). *The Biopsychosocial approach : past, present, future*. Rochester, N.Y: University of Rochester Press.
- Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007). Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *Journal of Adolescence*, 30(4), 639-653. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.06.001
- Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2004). The Social Epidemiology of Substance Use. *Epidemiologic Reviews*, 26(1), 36-52. doi: 10.1093/epirev/mxh007
- Gamst, K. T. (2011). *Profesjonelle barnesamtaler : å ta barn på alvor*. Oslo: Universitetsforl.

- Gergen, K. J. (1985). The Social Constructionist Movement in Modern Psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275. doi: 10.1037/0003-066X.40.3.266
- Gergen, K. J. (2001). *Social Construction in Context*. London: SAGE Publications.
- Gergen, K. J. (2011). *En invitation til social konstruktion* (2. udg. utg.). København: Mindspace.
- Gergen, K. J., Josselson, R., & Freeman, M. (2015). The Promises of Qualitative Inquiry. *American Psychologist*, 70(1), 1-9. doi: 10.1037/a0038597
- Gladstone, B., Boydell, K., & McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2540-2550. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.10.038
- Goffman, E. (1968). *Stigma : notes on the management of spoiled identity*. Harmondsworth: Penguin.
- Grimsgaard, C. (2019). *Om å holde noe av et barns liv i sin hånd : Samtaler mellom profesjonelle og barn som har psykisk syke eller rusavhengige foreldre: et etisk og narrativt perspektiv*. PhD, Høgskolen i Innlandet.
- Grove, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2015). Gaining knowledge about parental mental illness: how does it empower children? *Child & Family Social Work*, 20(4), 377-386. doi: 10.1111/cfs.12086
- Grové, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2016). The Perspectives of Young People of Parents with a Mental Illness Regarding Preferred Interventions and Supports. *Journal of Child and Family Studies*, 25(10), 3056-3065. doi: 10.1007/s10826-016-0468-8
- Gullbrå, F., Smith-Sivertsen, T., Rortveit, G., Anderssen, N., & Hafting, M. (2016). Ill and substance-abusing parents: how can the general practitioner help their children? A qualitative study. *BMC family practice*, 17(1), 154.
- Hagen, M. B., Barbosa da Silva, A., & Thelle, M. I. (2016). *Traumebevisst omsorg i psykisk helsearbeid : fra et tilknytningsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haight, W. L., Kagle, J. D., & Black, J. E. (2003). Understanding and Supporting Parent-Child Relationships during Foster Care Visits: Attachment Theory and Research. *Social Work*, 48(2), 195-207.
- Halsa, A. (2017). Trapped between madness and motherhood: Mothering alone. *Social Work in Mental Health*, 1-16. doi: 10.1080/15332985.2017.1317688
- Halsa, A., & Aubert, A. M. (2009). Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer: en evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum.
- Halsa, A., & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene : barneansvarlige i helseforetak. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 203-219). Oslo: Abstrakt forlag.
- Halsaa, L., & Kommisrud, K. (2016). "Når man virkelig trenger det ... " : ungdoms erfaringer med BUP, når foreldrene også strever. (Masteroppgave): Høgskolen i Lillehammer.
- Hammond, G., & McGlone, A. (2013). Residential Family Treatment for Parents with Substance Use Disorders who are Involved with Child Welfare: Two Perspectives on Program Design, Collaboration, and Sustainability. *Child Welfare*, 92(6), 131-150.

- Hanson, K., Saul, D., Vanderploeg, J., Painter, M., & Adnopoz, J. (2015). Family-Based Recovery: An Innovative In-Home Substance Abuse Treatment Model for Families with Young Children. *Child Welfare, 94*(4), 161-183.
- Hart, S., & Gröhn, H. (2011). *Den følsomme hjernen : hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugland, B. S. M., & Nordanger, D. Ø. (2015). Utviklingstraumer som forståelsesramme for tiltak for barn av rusmisbrukere. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke : på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 159-173). Bergen: Fagbokforlaget.
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Heath, S. (2009). *Researching young people's lives*. Los Angeles: Sage.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. (IS-5/2010). Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2012). *Sluttrapport for BiRus 2009-2012 : Barn som pårørende i familier med rus og/eller psykiske vansker*. Oslo: Helsedirektoratet, Rusbehandling Midt-Norge, Kompetansesenter rus - Midt-Norge
- Lov om helsepersonell (1999).
- Henden, E. (2016). Addiction, Voluntary Choice, and Informed Consent: A Reply to Uusitalo and Broers. *Bioethics, 30*(4), 293-298. doi: 10.1111/bioe.12208
- Hennum, N. (2002). *Kjærlighetens og autoritetens kulturelle koder : om å være mor og far for norsk ungdom. (Doktoravhandling)*. 19/02, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Hernandez, V. R., & Mendoza, C. T. (2011). Shame Resilience: A Strategy for Empowering Women in Treatment for Substance Abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 11*(4), 375-393. doi: 10.1080/1533256X.2011.622193
- Hjelmseth, M., & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien Forskning, 13*. doi: 10.4220/Sykepleief.2018.65521
- Hole, R. (2014). *Forebygging og behandling av rusproblemer : en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holmgren, A. (2010). Alle kan tale om traumer Hvorom der ej kan tales, bør der ikke ties. *Fokus på familien*(04), 273-295.
- Holmila, M., Itäpuisto, M., & Ilva, M. (2011). Invisible victims or competent agents: Opinions and ways of coping among children aged 12--18 years with problem drinking parents. *Drugs: Education, Prevention & Policy, 18*(3), 179-186. doi: 10.3109/09687637.2010.493168
- Humerfelt, K. (2014). Fra handlingslammelse til handlingskraft : å identifisere omsorgssituasjonen til barn som har foreldre med rus- og psykiske problemer. *Fontene Forskning, 2*, 31-43.
- Hummelvoll, J. K. (2010). Forskningsetikk i handlingsorientert forskningssamarbeid med mennesker med psykiske problemer. I J. K. Hummelvoll, E. Andvig & A. Lyberg (Red.), *Etiske utfordringer i praksisnær forskning* (s. 33-48). Oslo: Gyldendal akademisk, 2010.
- Håkansson, U., Söderström, K., Watten, R., Skårderud, F., & Øie, M. G. (2017). Parental reflective functioning and executive functioning in mothers with substance use disorder. *Attachment & Human Development, 1*-27. doi: 10.1080/14616734.2017.1398764

- Håkansson, U., Watten, R., Söderström, K., Skårderud, F., & Øie, M. G. (2018). Adverse and adaptive childhood experiences are associated with parental reflective functioning in mothers with substance use disorder. *Child Abuse & Neglect*, *81*, 259-273. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.05.007
- Isobel, S., Pretty, D., & Meehan, F. (2017). 'They are the children of our clients, they are our responsibility': a phenomenological evaluation of a school holiday program for children of adult clients of a mental health service. *Advances in Mental Health*, *15*(2), 132-146. doi: 10.1080/18387357.2016.1251827
- Itpuisto, M. S. (2014). Helping the children of substance-abusing parents in the context of outpatient substance abuse treatment. *Addiction Research & Theory*, *2014*, Vol.22(6), p.498-504, 22(6), 498-504. doi: 10.3109/16066359.2014.892930
- Jaffee, S. R., Caspi, A., Moffitt, T. E., Polo-Tomas, M., & Taylor, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from non-resilient maltreated children: a cumulative stressors model. *Child Abuse Negl*, *31*(3), 231-253. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.03.011
- Jansen, A. (2013). *Narrative kraftfelt : utvikling hos barn og unge i et narrativt psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jansen, S. D. (2014). *"Vi er nærmest elevene" : en kvalitativ undersøkelse om utfordringer knyttet til å ivareta barnefokuset i behandlingen av voksne rusavhengige. (Masteroppgave)*. Høgskolen i Lillehammer.
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johnsen, A., Sundet, R., & Torsteinsson, V. W. (2000). *Samspill og selvopplevelse : nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Jones, E., & Vedeler, G. H. (1996). *Familieterapi i systemperspektiv : utviklingstendenser innen systemisk terapi etter Milano-modellen*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Kallander, E. K., Weimand, B. M., Becker, S., Van Roy, B., Hanssen-Bauer, K., Stavnes, K., . . . Ruud, T. (2017). Children with ill parents: extent and nature of caring activities. *Scandinavian journal of caring sciences*. doi: 10.1111/scs.12510
- Kiraly, M., & Humphreys, C. (2013). Perspectives From Young People about Family Contact in Kinship Care: "Don't Push Us—Listen More". *Australian Social Work*, *66*(3), 314-327. doi: 10.1080/0312407X.2012.715658
- Kiraly, M., & Humphreys, C. (2016). 'It's about the whole family': family contact for children in kinship care. *Child & Family Social Work*, *21*(2), 228-239. doi: 10.1111/cfs.12140
- Kjellevoll, A. (2008). Pårørende i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, *5*(4), 355-365.
- Kufås, E., Billehaug, I., Faugli, A., & Weimand, B. (2017). *Når lyset knapt slipper inn*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kufås, E., Faugli, A., Weimand, B. (2015). *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer - en kvalitativ levekårsstudie*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Landheim, A. S. (2016). *Et bedre liv : historier, erfaringer og forskning om recovery ved rusmiddelmisbruk og psykiske helseproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lareau, A. (2011). *Unequal childhoods : class, race, and family life* (2. utg.). Berkeley: University of California Press.
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Doesum, K., & Martinussen, M. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 864-871. doi: 10.1007/s10826-013-9895-y
- Lauritzen, C., Reedtz, C., van Doesum, K. T. M., & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14, 58.
- Lee, C. E., Christie, M. M., Copello, A., & Kellett, S. (2012). Barriers and enablers to implementation of family-based work in alcohol services: A qualitative study of alcohol worker perceptions. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(3), 244-252. doi: 10.3109/09687637.2011.644599
- Lind, J., Westerling, A., Sparrman, A., & Danesboe, K. I. (2016). Introduction: Doing Good Parenthood. I A. Sparrman, A. Westerling, J. Lind & K. I. Danesboe (Red.), *Doing Good Parenthood: Ideals and Practices of Parental Involvement* (s. 1-16): Palgrave Macmillian.
- Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., Nuttbrock, L., & Link, B. G. (1997). On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *Journal of health and social behavior*, 38(2), 177-190. doi: 10.2307/2955424
- Link, B. G., & Stuart, H. (2017). On revisiting some origins of the stigma concept as it applies to mental illnesses. I W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Red.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (s. 3-28). Switzerland: Springer.
- Livingston, J. D., Milne, T., Fang, M. L., & Amari, E. (2012). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review (Vol. 107, pp. 39-50). Oxford, UK.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi : om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lundby, G. (2014). Creating Different Versions of Life: Talking About Problems with Children and their Parents. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(1), 31-45. doi: 10.1002/anzf.1039
- Luoma, J. B., Chwyl, C., & Kaplan, J. (2019). Substance use and shame: A systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 70, 1-12. doi: 10.1016/j.cpr.2019.03.002
- Manning, V., Best, D., Faulkner, N., & Titherington, E. (2009). New estimates of the number of children living with substance misusing parents: results from UK national household surveys. *BMC Public Health*, 9(1), 377. doi: 10.1186/1471-2458-9-377
- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x

- McWey, L. M., Acock, A., & Porter, B. E. (2010). The impact of continued contact with biological parents upon the mental health of children in foster care. *Children and Youth Services Review, 32*(10), 1338-1345. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.05.003
- McWey, L. M., & Mullis, A. K. (2004). Improving the Lives of Children in Foster Care: The Impact of Supervised Visitation. *Family Relations, 53*(3), 293-300. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.0005.x
- Moe, J., Johnson, J. L., & Wade, W. (2007). Resilience in children of substance users: in their own words. *Substance Use Misuse, 42*(2-3), 381-398. doi: 10.1080/10826080601142147
- Moore, Tim, McArthur, Morag, & Noble-Carr, D. (2011). Different but the Same? Exploring the Experiences of Young People Caring for a Parent with an Alcohol or Other Drug Issue. *Journal of Youth Studies, 14*(2), 161-177. doi: 10.1080/13676261.2010.522561
- Mordoch, E. (2010). How children understand parental mental illness: "you don't get life insurance. What's life insurance?". *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 19*(1), 19.
- Morgan, D. H. J. (2019). Family practices in time and space. *Gender, Place and Culture*. doi: 10.1080/0966369X.2018.1541870
- Mørland, J., & Waal, H. (2016). *Rus og avhengighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nadim, M. (2015). Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning. *Sosiologisk tidsskrift, 23* (3), 129-148.
- Nesvåg, S. (2011). Forståelser av avhengighet. *Rus & Samfunn, 3*, 26-27.
- Noble-Carr, D., Barker, J., McArthur, M., & Woodman, E. (2014). Improving practice: The importance of connections in establishing positive identity and meaning in the lives of vulnerable young people. *Children and Youth Services Review, 47*, 389-396. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.10.017
- O'Connor, L., Forrester, D., Holland, S., & Williams, A. (2014). Perspectives on children's experiences in families with parental substance misuse and child protection interventions. *Children & Youth Services Review, 38*, 66-74. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.01.008
- Ólafsdóttir, J., Hrafnadóttir, S., & Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs, 0*(0). doi: 10.1177/1455072518766129
- Orford, J., Velleman, R., Copello, A., Templeton, L., & Ibanga, A. (2010). The experiences of affected family members: A summary of two decades of qualitative research. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 17*, 44-62. doi: 10.3109/09687637.2010.514192
- Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social Science & Medicine, 78*, 70-77.
- Panchanadeswaran, S., & Jayasundara, D. (2012). Experiences of Drug Use and Parenting among Women in Substance Abuse Treatment: An Exploratory Study. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 22*(8), 971-987. doi: 10.1080/10911359.2012.707943
- Perry, B. D., Szalavitz, M., & Silver, D. H. (2006). *The boy who was raised as a dog*. New York: Basic Books.

- Polkinghorne, D. E. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. *International journal of qualitative studies in education*, 8(1), 5-23.
- Prout, A. (2005). *The future of childhood : towards the interdisciplinary study of children*. London: RoutledgeFalmer.
- Raitasalo, K., & Holmila, M. (2017). Parental substance abuse and risks to children's safety, health and psychological development. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 24(1), 17-22. doi: 10.1080/09687637.2016.1232371
- Ranta, J., & Raitasalo, K. (2015). Disorders of cognitive and emotional development in children of mothers with substance abuse and psychiatric disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(6), 591-604.
- Reupert, A., Goodyear, M., & Maybery, D. (2012). Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis. *Child & Adolescent Mental Health*, 17(3), 153-160. doi: 10.1111/j.1475-3588.2011.00622.x
- Reupert, A., & Maybery, D. (2010). "Knowledge is Power": Educating Children About Their Parent's Mental Illness. *Social Work in Health Care*, 49(7), 630-646. doi: 10.1080/00981380903364791
- Reupert, A., & Maybery, D. (2014). Practitioners' experiences of working with families with complex needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 642-651. doi: 10.1111/jpm.12149
- Rivera, M., & Sullivan, R. (2015). Rethinking Child Welfare to Keep Families Safe and Together: Effective Housing-Based Supports to Reduce Child Trauma, Maltreatment Recidivism, and Re-Entry to Foster Care. *Child welfare*, 94(4), 185.
- Ronel, N., & Levy-Cahana, M. (2011). Growing-Up With a Substance-Dependent Parent: Development of Subjective Risk and Protective Factors. *Substance Use & Misuse*, 46(5), 608. doi: 10.3109/10826084.2010.527417
- Rugkåsa, M., Ylvisaker, S., & Eide, K. (2017). *Barnevern i et minoritetsperspektiv : sosialt arbeid med barn og familier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028
- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? : kommunikasjon med barn og unge i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Amlund, H. K., Hellman, A., Hilsen, M., . . . Weimand, B. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Oslo: Akershus universitetssykehus HF.
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6-22. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01378.x
- Selbekk, A. S., Adams, P. J., & Sagvaag, H. (2018). "A Problem Like This Is Not Owned by an Individual": Affected Family Members Negotiating Positions in Alcohol and Other Drug Treatment. *Contemporary Drug Problems*. doi: 10.1177/0091450918773097
- Selbekk, A. S., & Sagvaag, H. (2016). Troubled families and individualised solutions: an institutional discourse analysis of alcohol and drug treatment practices involving affected others. *Sociology of Health & Illness*, 38(7), 1058-1073. doi: 10.1111/1467-9566.12432

- Sheehan, L., Niewglowski, K., & Corrigan, P. W. (2017). Structures and types of stigma. I W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Red.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (Switzerland: Springer).
- Silverman, D. (2006). *Interpreting qualitative data : methods for analyzing talk, text and interaction* (3. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Simmonds, L., & Coomber, R. (2009). Injecting drug users: A stigmatised and stigmatising population. *International Journal of Drug Policy*, 20(2), 121-130. doi: 10.1016/j.drugpo.2007.09.002
- Simonsen, T. (2016). *Rusmiddelavhengighet : lærebok for helse- og sosialfag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skjervheim, H. (2001). Deltakar og tilskodar. 1940-2000.
- Skogøy, B. E. (2016). Barn som pårørende: Ledelse og implementering. *Rus & Samfunn*(02), 30-32.
- Skogøy, B. E., Sørgaard, K., Maybery, D., Ruud, T., Stavnes, K., Kufås, E., . . . Ogden, T. (2018). Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 18(1). doi: 10.1186/s12913-018-3393-2
- Skårderud, F. (2001). Tapte ansikter. I T. Wyller (Red.), *Skam: perspektiver på skam, ære og skamløshet i det moderne*. Bergen: Fagbokforlaget (s. 37-53). Bergen: Fagbokforlaget.
- Smart, C. (2007). *Personal life : new directions in sociological thinking*. Cambridge: Polity.
- Smart, C. (2011). Families, Secrets and Memories. *Sociology*, 45(4), 539-553. doi: 10.1177/0038038511406585
- Smith, J. A., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis : theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Sommer, D. (2014). *Barndomspsykologi : små barn i en ny tid* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Sommer, D. (2018). *Utvikling : fra utviklingspsykologi til utviklingsvitenskap*. Oslo: Universitetsforl.
- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (2001).
- Stavnes, K., Hagen, K. A., & Ruud, T. (2016). Lov i praksis: Helsevesenets oppfølging av pasienters barn. *Rus & samfunn*, 10(2), 33-37.
- Steenrod, S., & Mirick, R. (2017). Substance use disorders and referral to treatment in substantiated cases of child maltreatment.(Report). *Child & Family Social Work*, 22(3), 1141. doi: 10.1111/cfs.12331
- Stiegler, J. R. (2013). Når den emosjonelle smerten viser vei ; emosjonsfokuset terapi i klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 845-847.
- Straand, S. (2011). *Samhandling som omsorg : tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforl.
- Stuart, H., & Sartorius, N. (2017). Opening doors: The global programme to fight stigma and discrimination because of schizophrenia. I W. Gaebel, W. Rössler & N. Sartorius (Red.), *The Stigma of Mental Illness - End of the Story?* (s. 227-235).
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn : om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Svalheim, A.-K., & Steffenak, A. K. M. (2016). Barneansvarliges rolle, knyttet til barn som er pårørende til foreldre med psykiske lidelser ; en fenomenografisk studie. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 12(1), 2-18.
- Sword, W., Jack, S., Niccols, A., Milligan, K., Henderson, J., & Thabane, L. (2009). Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. *Harm Reduction Journal*, 6. doi: 10.1186/1477-7517-6-32
- Söderström, K. (2012). Mental preparation during pregnancy in women with substance addiction: a qualitative interview-study. *Child & Family Social Work*(17), 458-467. doi: 10.1111/j.1365-2206.2011.00803.x
- Taplin, S., & Mattick, R. P. (2014). Supervised contact visits: Results from a study of women in drug treatment with children in care. *Children and Youth Services Review*, 39, 65.
- Tedgård, E., Råstam, M., & Wirtberg, I. (2018). Struggling with one's own parenting after an upbringing with substance abusing parents. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 13(1). doi: 10.1080/17482631.2018.1435100
- Templeton, L., Novak, C., & Wall, S. (2011). Young people's views on services to help them deal with parental substance misuse. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18(3), 172-178. doi: 10.3109/09687637.2010.489081
- Templeton, L., & Sipler, E. (2014). Helping children with the Steps to Cope intervention. *Drugs and Alcohol Today*, 14(3), 126-136. doi: 10.1108/DAT-03-2014-0015
- Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., & Boon, S. (2009). Young people living with parental alcohol misuse and parental violence: 'No-one has ever asked me how I feel in any of this'. *Journal of Substance Use*, 14(3/4), 139-150 112p.
- Thelen, E. (2005). Dynamic Systems Theory and the Complexity of Change. *Psychoanalytic Dialogues*, 15(2), 255-283. doi: 10.1080/10481881509348831
- Thomas, N. (2007). Towards a Theory of Children's Participation. *The International Journal of Children's Rights*, 15(2), 199-218. doi: 10.1163/092755607X206489
- Tjersland, O. A., Jansen, U., & Engen, G. (1998). *Våge å leve : en bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Toner, P., Hardy, E., & Mistral, W. (2008). A specialized maternity drug service: Examples of good practice. *Drugs: Education, Prevention, and Policy*, 2008, Vol.15(1), p.93-105, 15(1), 93-105. doi: 10.1080/09687630601157816
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk : omfang og konsekvenser*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Trondsen, M. V. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188. doi: 10.1177/1049732311420736
- van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score : brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.
- Velleman, R., & Templeton, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. *BJPsych Advances*, 22(2), 108-117. doi: 10.1192/apt.bp.114.014449

- Vink, M., Derks, J. M., Hoogendam, J. M., Hillegers, M., & Kahn, R. S. (2014). Functional differences in emotion processing during adolescence and early adulthood. *NeuroImage*, *91*, 70. doi: 10.1016/j.neuroimage.2014.01.035
- Vygotskij, L. S., Cole, M., John-Steiner, V., Scribner, S., & Souberman, E. (1978). *Mind in society : the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Wangensteen, T., & Aamodt, H. L. (2019). Pasient- og pårørendeopplæring om rusmiddelavhengighet. I A. L. Svalastog, N. J. Kristoffersen & H. S. Lile (Red.), *Psykososialt arbeid. Kunnskap, verdier og samfunn* (s. 230-250). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Wangensteen, T., & Jansen, U. (2015). *Dette er Tyrili* (Vol. 2/2015). Oslo: Tyrili Skriftserie.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: WW Norton & Company.
- Werner, A., & Malterud, K. (2016a). Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *11*. doi: 10.3402/qhw.v11.30673
- Werner, A., & Malterud, K. (2016b). How can professionals carry out recognition towards children of parents with alcohol problems? A qualitative interview study. *Scandinavian journal of public health*.
- West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of Addiction* (2. utg.). Hoboken: Wiley.
- Weston, M. C. (2010). *Fra skam til selvspekt*. Virum: Dansk psykologisk forlag.
- White, M. (2008). *Kort over narrative landskaber*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wiechelt, S. A. (2007). The Specter of Shame in Substance Misuse. *Substance Use & Misuse*, *42*(2-3), 399-409. doi: 10.1080/10826080601142196
- Wiig, E. M., Halså, A., Bramness, J., Myra, S. M., & Haugland, B. S. M. (2018). Rescue the child or treat the adult? Understandings among professionals in dual treatment of substance-use disorders and parenting. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *35*(3), 179-195. doi: 10.1177/1455072518773615
- Wiig, E. M., Haugland, B. S. M., Halså, A., & Myhra, S. M. (2017). Substance-dependent women becoming mothers: breaking the cycle of adverse childhood experiences. *Child & Family Social Work*, *22*(1), 26-35. doi: 10.1111/cfs.12190
- Willumsen, E. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., & Ødegård, A. (2014). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforl.
- Wilson, S., Cunningham Burley, S., Bancroft, A., & Backett-Milburn, K. (2012). The consequences of love: young people and family practices in difficult circumstances. *Sociological Review*, *60*(1), 110-128. doi: 10.1111/j.1467-954X.2011.02049.x
- World Health Organization. (2015). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for ;2016*.
- Zilibotti, F., & Doepke, M. (2014). Tiger moms and helicopter parents: The economics of parenting style. doi: 10.5167/UZH-106852

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikation og økomentale systemer : en introduktion til Gregory Batesons forfatterskab* (3. utg.). København: Akademisk Forlag.

Østrem, S. (2012). *Barnet som subjekt : etikk, demokrati og pedagogisk ansvar*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn : metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner* (3. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Artikkel 1

Turid Wangensteen, Jørgen Gustav Bramness, Astrid Halså (2018): *Growing up with parental substance use disorder: The struggle with complex emotions, regulation of contact and lack of professional support*. *Child & Family Social Work*, 10.1111/cfs.12603.

(Artikkelen er ikke med i den digitale versjonen, på grunn av manglende tillatelse fra tidsskrift. Se tidsskriftet eller den trykte avhandlingen for å lese den)/
(This article has been removed from the digital thesis due to lack of permission from the publisher. It can be read in the journal named above or in the printed thesis)

Artikkel 2

Turid Wangensteen & Lena Catherine Lossius Westby (2019): *Breaking the cycle: Young people's stories of protection and support while growing up with parental substance use disorder*. *Child Care in Practice*, <https://doi.org/10.1080/13575279.2019.1664989>.

(Artikkelen er ikke med i den digitale versjonen, på grunn av manglende tillatelse fra tidsskrift. Se tidsskriftet eller den trykte avhandlingen for å lese den)/
(This article has been removed from the digital thesis due to lack of permission from the publisher. It can be read in the journal named above or in the printed thesis)

Artikkel 3

Turid Wangensteen, Sigrun Dalsaune Jansen, Astrid Halså (2019): *Foreldreskap og rus – den tause skammen. Barn og unge som har foreldre i rusbehandling blir i liten grad invitert til barne- og familiesamtaler*. Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, volum 16, 2019, nr 1, s 5-15.

(Artikkelen er ikke med i den digitale versjonen, på grunn av manglende tillatelse fra tidsskrift. Se tidsskriftet eller den trykte avhandlingen for å lese den)/
(This article has been removed from the digital thesis due to lack of permission from the publisher. It can be read in the journal named above or in the printed thesis)

Artikkel 4

Turid Wangensteen, Astrid Halså, Jørgen Gustav Bramness (2020): *Creating meaning to substance use problems: a qualitative study with patients in treatment and their children*.
Journal of Substance Use, doi=10.1080/14659891.2020.1715497.

(Artikkelen er ikke med i den digitale versjonen, på grunn av manglende tillatelse fra tidsskrift. Se tidsskriftet eller den trykte avhandlingen for å lese den)/
(This article has been removed from the digital thesis due to lack of permission from the publisher. It can be read in the journal named above or in the printed thesis)

Vedlegg

1. Tilbakemelding fra NSD
2. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ungdom/unge voksne
3. Informasjonsskriv og samtykkeskjema foreldre/pasienter
4. Informasjonsskriv og samtykkeskjema barneansvarlige
5. Intervjuguide ungdom/ungevoksne
6. Intervjuguide foreldre/pasienter
7. Intervjuguide barneansvarlige

VEDLEGG 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 95 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Turid Wangensteen
Avdeling for pedagogikk og sosialfag Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 15.03.2016

Vår ref: 47278 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.02.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

47278	<i>Om barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Turid Wangensteen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.09.2019, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kyrre.svarvo@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 47278

FORMÅL

Formålet er å undersøke hvordan foreldrenes rusmiddelproblemer tematiseres overfor barna deres. Deltakerne i studien er foreldre i rusbehandling fra ulike behandlingstiltak, deres barn i alderen 12 år og eldre, andre voksne barnet har snakket med, samt barneansvarlige.

Rekrutteringen skje gjennom ledelsen på den institusjonen de er innlagt ved. Barna/ungdommene rekrutteres gjennom sine foreldre som er intervjuet, eller gjennom brukerorganisasjoner. Andre voksne rekrutteres gjennom pasientene og barna. Barneansvarlige rekrutteres fra de samme institusjonene som foreldrene.

Personvernombudet mener at prosedyren for rekruttering er kurant og forutsetter at taushetsplikten ivaretas i denne fasen av prosjektet.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (pasienter, barn og andre) skal informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivene er godt utformet.

BARNES DELTAKELSE

Merk at når barn skal delta aktivt, er deltagelsen alltid frivillig for barnet, selv om de foresatte samtykker. Barnet bør få alderstilpasset informasjon om prosjektet, og det må sørges for at de forstår at deltakelse er frivillig og at de når som helst kan trekke seg dersom de ønsker det.

SÅRBAR GRUPPE

Deltakerne i prosjektet er i en sårbar situasjon enten de er foreldre med rusmiddelproblemer eller barn av disse.

Når barn og unge deltar i forskning har de særlige krav på beskyttelse i tråd med deres alder og behov. Personvernombudet legger til grunn at forsker har erfaring med tematikken og metoden som skal benyttes. I prosjektbeskrivelsen går det fram at barna/ungdommene vil få informasjon om andre hjelpetilbud hvis de skulle ha behov for noen å snakke med i etterkant av prosjektet. Personvernombudet legger til grunn at forsker har en løpende vurdering av barnas behov for ekstra oppfølging så lenge prosjektet pågår.

Vi viser også til NESH sine retningslinjer om barn i forskning art. 12 (<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/B-Hensyn-til-personer-5---19/12-Barns-krav-pa-beskyttelse/>)

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Det kan behandles sensitive personopplysninger om etnisk bakgrunn og helseforhold.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Lillehammer sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 01.09.2019. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres.

Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

ANDRE VURDERINGER

REK har vurdert at prosjektet ikke omfattes av helseforskningslovens bestemmelser, jf. e-post 09.02.16/REK sør-øst 2016/225.

VEDLEGG 2

Til ungdom/unge voksne med foreldre med rusmiddelavhengighet
Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:
Om barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer

Bakgrunn og formål

Dette er et forskningsprosjekt som handler om barn og ungdom som har foreldre med rusproblemer. Målet er å finne ut hvem barn og ungdom snakker med om det å ha foreldre med rusproblemer, hva de snakker om, og om det er noen måter å snakke om dette på som er bedre enn andre måter. Jeg vil også finne ut hvordan det jobbes med foreldreskap og barn for de som er i rusbehandling. Problemstillingen er: *Hvordan tematiseres foreldrenes rusmiddelproblemer for barna?*

Forskningen er et doktorgradsprosjekt i et samarbeid mellom Høgskolen i Lillehammer og Tyrilistiftelsen.

Jeg ønsker å intervju foreldre i rusbehandling i minimum tre ulike behandlingstiltak, deres barn, barneansvarlige og andre voksne barna har snakket med. Når jeg har gjort alle intervjuene skal jeg skrive artikler om det jeg har funnet ut. Jeg vil også fortelle om resultatene for de som jobber med barn og ungdom, de som jobber i rusbehandling og for foreldre med rusproblemer og barna deres. På den måten kan dine erfaringer og meninger bli nyttig for mange som er opptatt av dette temaet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil ta ca 1 time, og det foregår der det passer best for deg. Jeg kommer til å be deg fortelle blant annet om hvordan det er å ha foreldre som har rusproblemer og om hvem du har snakket med om det og hva dere har snakket om. Du velger selv hvor mye du vil fortelle. Foreldre/foresatte må samtykke til at jeg kan intervju deg som er under 18 år.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg bruker lydopptaker under intervjuet, og lagrer de på min pc. Den er låst med passord og er på et låst kontor. Så skriver jeg ned hele intervjuet. Det er ingen andre enn jeg, mine veiledere og min referansegruppe (som hjelper meg underveis) som skal lese intervjuene. Når jeg skriver og forteller om det jeg har funnet ut vil jeg bruke sitater, (eventuelt tegninger, dikt eller digitale fortellinger) fra noen av de jeg har intervjuet, men det vil ikke være mulig for andre å finne ut hvem det kommer fra. Jeg kommer heller ikke til å fortelle dine foreldre/foresatte om hva du har sagt i intervjuet, det blir mellom oss.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i september 2019. Da vil lydfilene slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Dersom du vil trekke deg, eller om du har spørsmål til meg kan du ta kontakt:

Turid Wangensteen

Tlf: 90 86 40 26

E-post: turid.wangensteen@hil.no

Messenger: Turid Wangensteen

Med vennlig hilsen

Turid Wangensteen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Dato/sign.:
(Signert av prosjektdeltaker)

Jeg har mottatt informasjon om studien og gir samtykke til at
deltar.

Dato/sign.:
(Signert av foresatt når deltaker er under 18 år)

VEDLEGG 3

Til foreldre som er i rusbehandling **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: Om barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer**

Bakgrunn og formål

Dette er et forskningsprosjekt som handler om barn og ungdom som har foreldre med rusproblemer. Målet er å finne ut hvem barn og ungdom snakker med om det å ha foreldre med rusproblemer, hva de snakker om, og om det er noen måter å snakke om dette på som er bedre enn andre måter. Jeg vil også finne ut hvordan det jobbes med foreldreskap og barn for de som er i rusbehandling. Problemstillingen er: *Hvordan tematiseres foreldrenes rusmiddelproblemer for barna?*

Forskningen er et doktorgradsprosjekt i et samarbeid mellom Høgskolen i Lillehammer og Tyrilistiftelsen.

Jeg ønsker å intervju foreldre i rusbehandling i minimum tre ulike behandlingstiltak, deres barn, barneansvarlige og andre voksne barna har snakket med. Når jeg har gjort alle intervjuene skal jeg skrive artikler om det jeg har funnet ut. Jeg vil også fortelle om resultatene for de som jobber med barn og ungdom, de som jobber i rusbehandling og for foreldre med rusproblemer og barna deres. På den måten kan dine erfaringer og meninger bli nyttig for mange som er opptatt av dette temaet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil ta ca 1 time, og det foregår der det passer best for deg. Jeg kommer til å be deg fortelle blant annet om din kontakt med barnet ditt, hva dere har snakket om når det gjelder din og barnets situasjon, og om hvordan foreldrerollen tematiseres i det behandlingstiltaket du er i nå.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg bruker lydopptaker under intervjuet, og lagrer de på min pc. Den er låst med passord og er på et låst kontor. Så skriver jeg ned hele intervjuet. Det er ingen andre enn jeg, mine veiledere og min referansegruppe (som hjelper meg underveis) som skal lese intervjuene. Når jeg skriver og forteller om det jeg har funnet ut vil jeg bruke sitater, (eventuelt tegninger, dikt eller digitale fortellinger) fra noen av de jeg har intervjuet, men det vil ikke være mulig for andre å finne ut hvem det kommer fra. Jeg kommer heller ikke til å fortelle dine barn eller dine behandlere om hva du har sagt i intervjuet, det blir mellom oss.

Prosjektet skal etter planen avsluttes i 2019. Da vil lydfilene slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke få noen konsekvenser for din behandling om du trekker deg fra studien. Dersom du vil trekke deg, eller om du har spørsmål til meg kan du ta kontakt:

Turid Wangensteen

Tlf: 90 86 40 26

E-post: turid.wangensteen@hil.no

Messenger: Turid Wangensteen

Med vennlig hilsen

Turid Wangensteen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

Dato/sign.:

(Signert av prosjektdeltaker)

VEDLEGG 4

Til barneansvarlige

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet: *Om barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer*

Bakgrunn og formål

Dette er et forskningsprosjekt som handler om barn og ungdom som har foreldre med rusproblemer. Målet er å finne ut hvem barn og ungdom snakker med om det å ha foreldre med rusproblemer, hva de snakker om, og om det er noen måter å snakke om dette på som er bedre enn andre måter. Jeg vil også finne ut hvordan det jobbes med foreldreskap og barn for de som er i rusbehandling. Problemstillingen er: *Hvordan tematiseres foreldrenes rusmiddelproblemer for barna?*

Forskningen er et doktorgradsprosjekt i et samarbeid mellom Høgskolen i Lillehammer og Tyrilistiftelsen.

Jeg ønsker å intervju foreldre i rusbehandling i minimum tre ulike behandlingstiltak, deres barn, barneansvarlige og andre voksne barna har snakket med. Når jeg har gjort alle intervjuene skal jeg skrive artikler om det jeg har funnet ut. Jeg vil også fortelle om resultatene for de som jobber med barn og ungdom, de som jobber i rusbehandling og for foreldre med rusproblemer og barna deres. På den måten kan dine erfaringer og meninger bli nyttig for mange som er opptatt av dette temaet.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuet vil ta ca 1 time. Jeg kommer til å be deg fortelle blant annet om hvordan dere jobber med foreldreskap i dette behandlingstiltaket, om hvordan rollen som barneansvarlig er organisert, og om hvilket innhold den har.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Jeg bruker lydopptaker under intervjuet, og lagrer de på min pc. Den er låst med passord og er på et låst kontor. Så skriver jeg ned hele intervjuet. Det er ingen andre enn jeg, mine veiledere og min referansegruppe (som hjelper meg underveis) som skal lese intervjuene. Når jeg skriver og forteller om det jeg har funnet ut vil jeg bruke sitater, (eventuelt tegninger, dikt eller digitale fortellinger) fra noen av de jeg har intervjuet, men det vil ikke være mulig for andre å finne ut hvem det kommer fra. Prosjektet skal etter planen avsluttes i 2019. Da vil lydfilene slettes.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Dersom du vil trekke deg, eller om du har spørsmål til meg kan du ta kontakt:

Turid Wangensteen

Tlf: 90 86 40 26

E-post: turid.wangensteen@hil.no

Messenger: Turid Wangensteen

Med vennlig hilsen

Turid Wangensteen

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Dato/sign.:

.....

(Signert av prosjektdeltaker)

VEDLEGG 5

Intervjuguide

Barn/ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer

- Informere om prosjektet og om meg – (inkl jeg har snakket med mange barn og ungdommer om dette, og jeg tåler din historie)
- Undertegne samtykkeerklæring + fra foresatte for de under 18 år

1. Bakgrunnsopplysninger

- Kjønn
- Alder
- Etnisitet
- Skolegang / arbeidserfaring

2. Kan du fortelle litt om deg selv

- Hva liker du å gjøre, hvilken klasse, hvor har du bodd, med hvem, hva liker du ikke, har du søsken?

3. Nå er jo moren/faren din i rusbehandling – hva vet du om hvorfor de er der, og hva de gjør der?

4. Husker du hvordan du forsto /fikk vite at mor/far har et rusproblem, eller at noe var galt? Har en eller begge foreldrene dine rusproblemer / har hatt? Psykiske problemer?

- Hvordan merket du det?
- Har du opplevd mye krangling, bråk, vold, politi osv på grunn av rusing?
- Hvordan var det for deg?

5. Samtaler om det å ha foreldre med rusproblemer?

- Hvem har du snakket med?
- Hvem tok initiativ til å snakke om det?
- Hvem var tilstede? Hvor var det?
- Hvilke forklaringer har du fått på rusproblemet, hvilke ord er brukt?
- Har dere snakket om dine følelser knyttet til dette? Hvilke følelser: Sinne, redsel, sorg, bekymring?
- Har dere snakket om hvordan rusproblemene eventuelt har påvirket ditt dagligliv – lekser, økonomi, venner, aktiviteter?
- Når du snakker om dette – er fokuset mest på deg eller mest på moren/faren din?
- Kjenner du noen andre barn/ungdommer som har foreldre med rusproblemer? Hvordan vet om dem? Har du snakket med dem?

- 6. Er det noen temaer du ikke vil snakke om, eller som du opplever at andre ikke vil snakke om?**
- Hva?
 - Hvorfor?
- 7. Hvem vet at du har foreldre med et rusproblem?**
- Kan du snakke åpent om det? Skole, lærer, venner, kjæreste?
 - Hvem har sett deg?
- 8. Ble noe annerledes for deg etter at du snakket om det? Følte du deg mer trist eller ble du sterkere eller...?**
- 9. Har du noen gang hatt kontakt med helsesøster, lege, BUP, barnevern eller andre?**
- Hva var grunnen?
 - Hvordan var det?
 - Tror du at du har fått noen problemer på grunn av foreldrenes rusproblemer?
 - Har du noen gang snakket med noen av de som jobber i rusbehandling?
- 10. Er det noen forskjeller på hvordan du og eventuelle søsken har opplevd og håndtert foreldrenes rusproblemer?**
- 11. Hva slags kontakt har du med mor/far som er i rusbehandling nå?**
- Er det passe mye kontakt?
 - Hvor er dere når dere er sammen? Hvordan er det?
 - Hva gjør dere?
- 12. Hva er du mest opptatt av i ditt liv nå?**
- 13. Hva er du mest opptatt av i forhold til det å ha foreldre med rusproblemer?**
- Hvilke tanker og følelser har du?
 - Hva er vanskelig med det?
 - Hva er bra med det? Hva gjør deg sterk?
 - Hva tenker du om fremtiden?
- 14. Hvordan tror du at rusproblemer oppstår og utvikles?**
- Hvordan opplever/tror du at de rundt deg (familie, venner, samfunnet) forstår rusproblemer?
- 15. Har du et råd til voksne om hva og hvordan de skal snakke med barn og ungdom om foreldrenes rusproblemer?**
- 16. Hva tror du er de viktigste grunnene til at du har klart deg så bra? / Hva tror du kunne ha bidratt til å hindre at du skulle få så store problemer?**

17. Er det noe mer du vil fortelle? Er det noen spørsmål jeg burde ha stilt?

18. Kunne du tenke deg å tegne, skrive eller lage en digital fortelling (anonymt) om hvordan det er å være deg – som jeg kan få se og eventuelt vise til andre?

19. Kan jeg få ta kontakt med noen av dem du har snakket med, og intervju dem også?

20. Hvordan var det å bli spurt om alt dette?

- Hvilke følelser og tanker har du nå?
- Har du behov for hjelp til noe nå?
- Har du noen å snakke med etterpå hvis det kommer opp noen vanskelige tanker eller følelser?

Gi en oversikt over aktuelle nettsteder / kontaktinformasjon hvis aktuelt.

VEDLEGG 6

Intervjuguide

Foreldre i rusbehandling

- Gi informasjon om prosjektet og om meg
- Underskrive samtykkeerklæring

2. Bakgrunnsopplysninger

- Kjønn
- Alder
- Etnisitet
- Bosituasjon før denne innleggelsen
- Inntektskilde før denne innleggelsen
- Tid i dette behandlingstiltaket
- Antall barn, alder på barna, fornavn på barn

3. Kan du fortelle litt om deg selv og din historie

- Oppvekst (bosteder, bodd sammen med, skole/venner/fritid, foreldres arbeid/helse/rusproblemer, andre viktige voksne)
- Utdanning/arbeidserfaring
- Rushistorie (herunder tidligere behandlingserfaring)
- Kriminalitet/fengsel
- Psykisk og somatisk helse (diagnoser, medisiner, behandling)
- Har du kjæreste, partner, venner, familie?

4. Kan du fortelle om hva slags kontakt du har og har hatt med barnet?

- Hvor bor barnet nå, sammen med hvem?
- Bodd sammen med/samvær?
- Evnt perioder uten kontakt – hvorfor?
- Hvem har bestemt hvor mye og hva slags kontakt?

5. Fortell om svangerskapet og den første tiden barnet levde?

- Var det planlagt?
- Hvordan var din livssituasjon?
- Hva tenkte og følte du?
- Ble barnet eksponert for rus og/eller LAR under svangerskapet?
- Hva slags hjelp og støtte fikk du/dere?

6. Hva tror eller vet du at barnet har sett eller merket av din rusing? Fortell om det.

- Når var første gang?

- Hvordan er du når du er rusa?
 - Har det vært episoder med politi, vold, krangling, stoffsalg hvor barnet har vært tilstede?
- 7. Har du snakket med barnet om ditt rusproblem? Kan du fortelle om det?**
- Når var det? Hva var grunnen til at dere snakket om det? Hvem tok initiativet til samtalen? Hvem var tilstede? Hva snakket dere om, hvordan, hvilke ord, hvilke forklaringer, følelsesmessige temaer, dagliglivs temaer, annet?
 - Ble forholdet mellom deg og barnet ditt på noen måte forandret etter at dere snakket om ditt rusproblem første gang?
 - Hvis dere ikke har snakket om det – hva er grunnen til det? Var det et bevisst valg? Hvis du skulle snakke med barnet om det nå, hva ville du ha sagt?
- 8. Vet du om barnet snakker med andre voksne eller venner om at du har et rusproblem?**
- Hvem, hva, hvordan?
 - Hvilke behov tror du barnet har for å snakke om det at du har rusproblemer?
- 9. Hva tror du har vært nyttig og mindre nyttig for barnet i samtalene med deg eller andre?**
- 10. Hva er vært bra og/eller vanskelig for deg i disse samtalene?**
- 11. Er det noen temaer knyttet til dette det er vanskelig, umulig eller skadelig å snakke med barnet om?**
- 12. Hva tror du barnet ditt er mest opptatt av i sitt liv nå?**
- 13. Hva tror du barnet ditt er mest opptatt av når det gjelder det å ha foreldre med rusproblemer? (Bekymring, arvelighet, død, skam, usikkerheten)**
- 14. Tror eller vet du at barnet ditt har fått noen problemer som kan være på grunn av ditt rusproblem? (På skolen, atferd, psykisk helse)**
- 15. Har du noen gang vært bekymret for ditt barns omsorgssituasjon? Fortell.**
- Hvorfor, hva gjorde du eventuelt med det?
- 16. Hvordan samarbeider du med barnets omsorgspersoner?**
- 17. Har du kontakt med barnevernstjenesten, eventuelt andre hjelpeinstanser, og hvordan er i så fall samarbeidet?**
- 18. Hva tror du er de viktigste grunnene til at barnet ditt har klart seg så bra? / Hva tror du kunne vært god hjelp så barnet ditt ikke hadde utviklet så store problemer?**
- 19. Hvordan tematiseres foreldreskap på dette behandlingstiltaket?**

- Er det grupper/samtaler/seminarer om hvordan det er å være foreldre, og hva er eventuelt innhold og hvor nyttig er det?
- Er dere i disse samtalene mest opptatt av barnet eller av deg som forelder?
- Hva vet du om barneansvarliges rolle og oppgaver?
- Har noen her snakket med barnet ditt? Hva snakket de om? Var du med?
- Hva slags behov har du for å ha fokus på foreldrerollen når du er i behandling?
- Hvem var den første rusbehandleren som snakket med deg om barnet ditt? Hvor, hva snakket dere om, hvordan var det?

20. Følelser og tanker knytte til foreldreskap og barn

- Hvilke (gode og vanskelig) følelser har du om deg og barnet ditt nå?
- Har du et forbilde/rollemodell for hvordan du vil være mamma/pappa? Hvem, hvorfor?
- Hva er fremtidsplanene/ønskene dine? Snakker du med barnet ditt om dine fremtidsplaner/ønsker?

21. Hvordan forstår du ditt rusproblem?

- Hvordan oppsto og utviklet det seg?
- Hvilken funksjon har rusen hatt?
- Hvilke psykologisk og sosiale faktorer har vært viktig?
- Hvordan opplever du at de rundt deg (familie, venner, samfunnet) forstår rusproblemer?

22. Er det andre spørsmål du synes jeg bør stille, er det noe mer du vil fortelle om deg og barnet ditt?

23. Jeg vil gjerne intervju barnet ditt også. Synes du det er ok? Kan du spørre barnet (+ den som har omsorgen hvis barnet er under 18 år)?

24. Hvordan var det å bli spurt om alt dette?

- Hvilke følelser og tanker har du nå?
- Har du fått noen nye tanker gjennom denne samtalen?
- Har du noen her du kan snakke videre med om dette?

VEDLEGG 7

Intervjuguide

Barneansvarlig i TSB

- Informasjon om prosjektet og om meg
- Undertegne samtykkeerklæring

1. Bakgrunnsinformasjon

- Kjønn
- Alder
- Utdanning
- Erfaring
- Arbeidssted
- Stilling
- Hvor lenge har du jobbet her?

2. Hvorfor er akkurat du barneansvarlig?

3. Hvordan er oppgavene organisert, hva er rammene? Hvordan vurderer du dette?

4. Hvordan tematiseres foreldrerollen her?

- F eks grupper, samtaler, seminarer
- Konkret – hyppighet, innhold, form, metodikk
- Hvordan hjelper dere foreldrene med å ta barneperspektiv?
- Samvær – hvordan legges disse opp, hvordan forberedes foreldrene? Hva er viktige momenter når det skal være samvær? Hva er dine erfaringer? F eks hvor «hyggelig» må det være? Kan det være rom for barns følelsesuttrykk som sinne, frustrasjon, avvisning?

5. Hvordan jobber du/dere konkret med barna

- Kartlegging
- Samtaler – hva/hvordan?
- Under samvær?

6. Hva hindrer deg eventuelt i å ha samtaler med pasientenes barn?

- Tid, kunnskap, faglig vurdering?
- Hvor mye tror du barn tåler å snakke om dette?
- Er det noen temaer knyttet til dette det er vanskelig, umulig eller skadelig å snakke med barn om?
- Hvordan tror du det vil være følelsesmessig for deg å skulle ha samtaler med pasientenes barn?

- 7. Hvordan vil du forklare foreldres rusproblemer for barn/ungdom i ulike aldre?**
- 8. Hvordan vil du forklare behandlingsinnholdet her for barn/ungdom?**
- 9. Hva slags opplæring/veiledning får du som barneansvarlig?**
- 10. Er du fornøyd med det arbeidet du/dere gjør knyttet til foreldreskap og barn? Burde noe vært annerledes, i så fall hva?**
- 11. Er det andre ting vedrørende dette du synes det er viktig å si noe om?**
- 12. Kan dere bidra med å rekruttere foreldre som er innlagt? Gi visittkort.**

Foreldres rusmiddelavhengighet rammer barna hardt, uavhengig av type rusmiddel, sosioøkonomisk bakgrunn og bosted. Det mange av barna har til felles er opplevelsen av redsel, skam og svik, men også av kjærlighet og nærhet til sine foreldre. Hensikten med denne studien var å få økt forståelse for barns opplevelser og behov når foreldre har rusmiddelavhengighet.

Blir de sett, beskyttet og snakket med?

Datamaterialet består av kvalitative intervjuer med ungdommer/unge voksne som har foreldre med rusmiddelavhengighet, foreldre/pasienter og barneansvarlige i rusbehandling. Analysen av datamaterialet resulterte i tre overordnede funn:

- 1. Stigma og skam knyttet til foreldres rusmiddelavhengighet oppleves som en ekstra belastning for barna.*
- 2. Relasjonen mellom barn og foreldre er viktig, også når de ikke bor sammen. Barn har behov for beskyttelse mot foreldres rusmiddelbruk, men ikke nødvendigvis mot foreldrene.*
- 3. Barn og unge har behov for, men mangler muligheter til å skape sammenheng og mening gjennom samtaler med voksne.*

Funnene er diskutert gjennom å se til tidligere forskning, samt en systemisk tilnærming til teorier og diskurser knyttet til familieliv, foreldreskap, barns oppvekst, stigma og meningsskapende samtaler. Studien konkluderer med at stigma og skam knyttet til foreldreskap og rusmiddelavhengighet kan stå i veien for at barna får nødvendig beskyttelse, kontinuitet i viktige relasjoner i biologisk familie, og meningsskapende samtaler med trygge voksne. Utvikling av en bredere forståelse av familieliv, foreldreskap og rusmiddelavhengighet kan bidra til å gi barna og familiene bedre tverrfaglig hjelp og støtte.