

**Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert
rusbehandling i Helse Vest.
Kartlegging og kunnskapsoppsummering**

Anne Schanche Selbekk, Rogaland A-senter,
Fanny Duckert, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Regionalt Kompetansesenter i Helse Vest (KORFOR)
2009

1. INNLEDNING	4
1.2 Bakgrunn og problemstillinger	4
1.2 Teoretisk utgangspunkt, formater og metoder	6
1.3 Hva sier forskning?	9
1.3.1 Familiebaserte intervensjoner rettet mot voksne rusavhengige	10
1.3.2 Familiebaserte intervensjoner rettet mot unge rusavhengige	13
1.4 Metode	14
2. OVERSIKTSBILDE	16
2.1 Prosedyrer og rammeverk vedrørende barn og pårørende	16
2.2 Familieorienterte tiltak	18
2.3 Ansatt familierapeuter?	22
2.4 Oppsummering	24
3. KLINISK FAMILIEORIENTERT PRAKSIS I HELSE VEST	26
3.1 Terapeutiske forløp	26
3.1.1 Individualterapi for pårørende.....	26
3.1.2 Familierapi og parterapi	26
3.1.3 Hva er innholdet i familierapien?	27
3.1.4 Parterapi	31
3.1.5 Nettverksmøter	31
3.2 Informasjons- og rådgivningssamtaler	32
3.3 Gruppeforløp	35
3.3.1 Grupper for pårørende.....	35
3.3.2 Flerfamiliegrupper	37
3.4 Undervisning/kurs (psykoedukasjon)	37
3.4.1 Pårørendedager	37
3.4.1 Pårørendeseminar	38
3.5 Henvisning videre	38
3.6 Oppsummering	39
4. DOKUMENTASJON	42
4.1 Unyansert kategorisering	42
4.2 Ulik måte å telle på	42
4.3 Underdokumentering	43
4.4 Dokumentasjon av poliklinisk behandling	43
4.5 Dokumentasjon av familieorienterte tiltak i døgnbehandling	46
4.6 Hva kunne vært registrert?	47

5. KLINISK PRAKSIS VERSUS KUNNSKAPSSTATUS	48
5.1 Et mål for Helse Vest å få rusmiddelavhengig inn i behandling?.....	48
5.2 Behov for mer forskning på familierapi	49
5.3 Kombinasjon av ulike metoder og teoretiske tilnærminger.....	49
5.4 APT og Nettverksterapi.....	50
5.5 Virkningsfulle informasjons- og rådgivningssamtaler.....	50
5.6 Gruppetilbud og psykoedukasjon for pårørende	52
6. KONKLUSJONER OG UTFORDRINGER VIDERE.....	53
6.1 Strukturelle barrierer og utfordringer	54
6.1.1 Familieorienterte tiltak kontra krav om produksjon	54
6.1.2 Forankring i ledelse	54
6.1.3 Dokumentasjonsutfordringer	55
6.1.4 Kompetanseutvikling	55
6.2 Kliniske utfordringer	55
6.2.1 Innholdsbeskrivelse og måldefinering	55
6.2.2 Mindreårige barn	55
6.2.3 Pårørende og rollefordeling.....	57
6.3 Forskningsmessige utfordringer	57
6.3.1 Forskning på effekten av separate og integrerte arbeidsmodeller	57
6.3.2 Forskning på løsningsorientert og narrativt orientert familierapi.....	58
6.3.3 Implementering av og forskning på SSCS-perspektivet og "five-step"-modellen	58
6.3.4 Forskning på kombinasjonen av metoder og tilnærminger.....	58
6.3.5 Forskning på familieorienterte tiltak i et behandlingshistorie-perspektiv ..	58
7. REFERANSER	60
APPENDIX.....	62

1. INNLEDNING

1.2 Bakgrunn og problemstillinger

”Although such approaches are varied in intensity and structure, and have developed from varied theoretical perspectives, they all share one common concept. That families play a role in the course of drug abuse, and that drug abuse equally has an important role in family well-being” (Ghodse & Galea 2005:181)

Familieperspektivet har vokst frem som en tilnærming til behandling av rusmisbruk i Norden fra slutten av 1980-tallet. (Haugland 1993:19). Pårørendes behov for informasjon og støtte for sin egen del er blitt løftet frem, likeledes fokus på hvilken rolle relasjonene innad i familien har for utvikling og opprettholdelse av et rusmisbruk. Barn av rusavhengige er videre blitt synliggjort som en gruppe med behov for særlig støtte og oppmerksomhet.

De siste årene har dette perspektivet fått øket politisk oppmerksomhet, blant annet gjennom Opptappingsplan for rusfeltet (Helse og omsorgsdepartementet 2007), der økt brukerinnflytelse og bedre ivaretagelse av barn og pårørende utgjør ett av fem hovedmål. NRKs TV-aksjon i 2008, der inntektene gikk til Blå Kors med et hovedfokus på barn og pårørende, er et annet eksempel på en slik øket oppmerksomhet.

Bakgrunnen for denne utviklingen er blant annet solid dokumentasjon av at familien, og i særlig grad barna, lider under tilstedeværelse av rusmisbruk, og at familien som oftest vil være belastet eller dysfunksjonell i mer eller mindre grad (F.eks Copello 2005, Lindgaard 2002).

De siste årene er det i Norge gjort flere kartlegginger av hva som finnes av tiltak for barn og pårørende av pasienter med rusrelatert problematikk. Institutt for Samfunnsforskning gjennomførte i 2006 en kartlegging av tilbud til pårørende av personer med rusproblematikk, i alle landets helseregioner, først og fremst innenfor

spesialisthelsetjenesten. Denne viste at et flertall av institusjonene hadde et tilbud til pårørende enten som behandling, rådgivning eller undervisning/kurs (Bjørnstad 2007:93).

En annen kartlegging, gjennomført av SIRUS, hadde som målsetning å få en oversikt over tilbud til barn av foreldre med et rusmiddelproblem, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Svarprosenten i denne undersøkelsen lå på rundt 50 %. Undersøkelsen viste at en femtedel av de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonene som hadde svart, hadde et spesifikt tilbud til barn. Bare 3 % av førstelinjetjenestene som hadde svart oppga at de hadde et spesifikt tilbud til denne gruppen (Solbakken og Lauritzen 2006:32).

Det er også den senere tid gjennomført et arbeid med å innhente og utvikle kartleggingsinstrumenter til bruk både i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å kunne fange opp barn og familier som trenger ekstra oppfølging (Hellman og Knutheim 2008).

Utgangspunktet for denne rapporten var et ønske fra Helse Vest om å få en oversikt over hva som drives av familiebehandling i helseregionen, som et første skritt i utviklingen av systematisk forskning på effektene av familiebehandling. Helse Vest har et uttrykt ønske om å satse mer på en familieorientering i rusbehandlingsarbeid, og har sendt ut brev til alle poliklinikker med anbefalinger om å ta i bruk kunnskapsbaserte behandlingsmetoder som trekker inn familien, i tillegg til den rusmiddelavhengige, i behandling (Brev fra Helse Vest til poliklinikker og institusjoner innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, 27.06.07). Helse Vest sine anbefalinger, både til forskning og klinisk praksis, er basert på kunnskapsgrunnlaget og konklusjonene i den danske rapporten: "Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter" (Lindgaard 2006).

Målet med denne kartleggingen er å få et nærbilde av i hvilken grad og på hvilken måte de spesialiserte rusinstitusjonene i helseregionen har et familieperspektiv på sine tjenester. Rapporten sier i så måte ingenting om familieorientert arbeid som drives innenfor primærhelsetjenesten i helseregionen. I tillegg er formålet å gi en vurdering av hvordan familieorienteringen innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest

samsvarer med aktuell litteratur om virkninger av familieintervensjoner innenfor rusbehandling.

Problemstillinger:

- I hvilken grad tilbyr rusbehandlingsinstitusjonene i Helse Vest familieorienterte tiltak eller behandling, og hva kjennetegner disse tiltakene?
- Hva kan man si om virkningen/effekten av disse tiltakene basert på det som finnes av forskning?
- Hvilke utfordringer står man ovenfor i utviklingen av det familieorienterte arbeidet i Helse Vest?

1.2 Teoretisk utgangspunkt, formater og metoder

”Effective family-based interventions recognize specific needs of the family as a unit as well as specific needs of the different family members” (Ghodse & Galea 2005)

Familiebehandling er en samlebetegnelse for en rekke ulike intervensjoner som inkluderer familien rundt den rusavhengige i behandling. Målsetningene for slik behandling er vanligvis noe videre enn det som er tilfelle i individuell behandling. I tillegg til å redusere eller stoppe rusmisbruket, ønsker man å få personer med rusproblematikk inn i behandling, få til en bedre familiefungering, og å redusere skadevirkningene av rusmisbruket for familie og nettverk (Copello & Orford 2002).

Familieteoretiske perspektiver har særlig fokusert på hvilken innvirkning familien har på utvikling og opprettholdelse av et rusmisbruk, samt hvordan rusbruken påvirker familiens liv. Svaret på disse spørsmålene påvirker igjen hvilke målsetninger som blir satt for behandling, hvem i familien som har deltatt og hvilke terapeutiske metoder som blir benyttet (Haugland 1993). Litteraturen har beskrevet en rekke familieteoretiske perspektiver (Haugland 1993; Orford et al 2005; Lindgaard 2006). I denne rapporten vil vi imidlertid fokusere på to teoretiske perspektiver som er spesielt interessante i vår sammenheng.

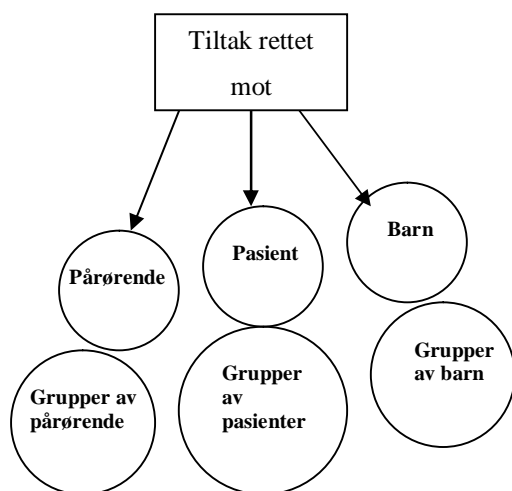
En modell for forståelse av familier i rusbehandling er The Stress-strain-coping-support modell (Orford 1994, Orford 1998, Orford et al 2005), som vektlegger de langvarige belastningene som familiemedlemmer til rusavhengige erfarer, og hvilke mestringsstrategier som den enkelte familie utvikler. Valg av mestringsstrategier vil ha innvirkning på den enkelte families helse. Målet er å finne strategier som reduserer belastninger for familiemedlemmene. Sosial støtte fra familie, nettverk og profesjonelle hjelpere inngår som viktige elementer. Innenfor denne modellen er det individet som har et rusproblem. Grunnpremisset er at det er mulig å mestre denne type livssituasjoner. En annen antagelse som ligger til grunn for modellen er at familiemedlemmene har et potensial til å påvirke den rusavhengige (Orford et al 2005). Denne modellen har dannet utgangspunkt for utvikling av behandlingsmodeller for pårørende (Lindgaard 2006).

En annen modell for familieførståelse i rusbehandling er det familiesystemiske perspektivet og systemisk familieterapi. Basis for modellen er antagelsen om at familien utgjør et kompleks system med gjensidig avhengige deler, der helheten utgjør mer enn summen av delene. Interaksjonsmønstrene i familien er mekanismer som regulerer og stabiliserer systemet. Innenfor denne tradisjonen er relasjoner, og ikke egenskaper ved det enkelte familiemedlem det sentrale. Rusbruk kan forstås som et organiserende prinsipp, og som et symptom på stress i systemet (Hårtveit & Jensen 1999; Orford et al 2005). Familieterapitradisjoner som er bygd på dette teoretiske grunnlaget, har gjennomgått flere faser med ulike metodiske og teoretiske vektlegginger, der blant annet løsningsfokustert terapi og narrativ terapi har fått økt gjennomslagskraft de siste ti-årene (Hårtveit & Jensen 1999). Solevåg har i en artikkel i Rus og avhengighet også beskrevet denne dreiningen i rammene og innholdet i familiearbeidet innenfor rusfeltet i Norge; der det legges mindre vekt på strukturelle dysfunksjoner i familiesystemet, og mer vekt på løsningsorienterte og narrative tilnærminger (Solevåg 2002).

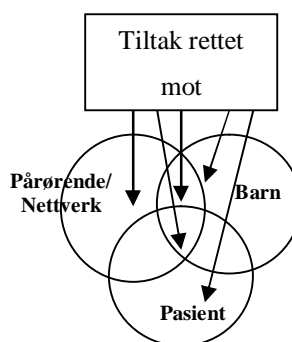
Hvordan man tenker rundt familiens rolle i rusbehandling vil med andre ord variere, men de ulike perspektivene vil også i den konkrete behandlingen eksistere side om side, og i noen tilfeller være vanskelig å skille.

På samme måte som det finnes ulike teoretiske utgangspunkt for familieorientert behandling, vil det også være ulike *formater* for behandling, dels avhengig, dels uavhengige av teoretisk utgangspunkt. Figurene under viser to ulike modeller for familieorientert behandling.

1. Separat arbeidsmodell for familieorientert behandling



2. Integrert arbeidsmodell for familieorientert behandling



Den første modellen representerer behandlingssituasjoner der man møter de ulike enkeltmedlemmer i en familie gjennom ulike typer individuelle tiltak. Den andre modellen viser behandlingssituasjoner der man møter flere medlemmer av familien samtidig.

I hvor stor grad henger ulike metodiske tilnærminger sammen med ulike teoretisk fundering og/eller målsetningen for behandlingen? I utgangspunktet er det rimelig å anta at en integrert arbeidsmodell i større grad henger sammen med en grunnleggende systemisk forståelse av årsaken til et problem. I denne rapporten vil vi søke å belyse nærmere relasjonen mellom teori og praksis i rusbehandlingsfeltet.

Kartleggingen som ble gjennomført av Institutt for samfunnsforskning i 2007, (Bjørnstad 2007), fokuserte kun på tiltak der formålet primært var rettet mot pårørendes behov, der også barn ble definert som pårørende. Det ble dermed trukket

et skille mot tiltak der pårørende ble trukket aktivt inn i behandlingen som en ressurs for pasienten, selv om behandlingsinstitusjonene hevder at de pårørende berikes av deltakelse.

I den foreliggende kartlegging har vi valgt å gå bredt ut og kartlegge både kontaktflater og alle tiltak som er rettet mot barn/pårørende, enten alene eller sammen med pasient, og uavhengig av hvordan formålet med tiltaket er formulert. Tiltak rettet mot utvidet familie og nettverk er også tatt med. Det blir altså ikke foretatt et skille mellom pårørendearbeid/tiltak for barn på den ene siden og behandling på den andre. Lindgaard (2006) har operert med begrepet ”familieorientert alkoholbehandling” i sin litteraturstudie; vi velger å kalle dette familieorienterte tiltak.

Omkostningene ved å gå bredt ut er at man mister et mer spisset fokus på familiebehandling i mer snever forstand, forstått som en eller annen form for familieterapi.

Vår kartlegging omfatter familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling der en eller begge foreldre er pasienter, eller der barnet i familien er pasient. Denne rapporten vil dessuten inkludere alle typer av rusbehandling og alle typer av rusmidler. Rusbehandling er delt inn i tre hovedtyper; avrusning, døgnbehandling og poliklinisk behandling.

Vår operasjonelle definisjon av familieorienterte tiltak:

”Alle konsultasjoner, aktiviteter eller møtepunkter som de ulike institusjonene tilbyr, eller har med barn, søsken, foreldre, andre nære pårørende og nettverk, enten alene eller sammen med pasient”.

Målet er å fange opp bredden i kontakt mellom behandlingsenhetene og familie/pårørende/nettverk. I presentasjonen av resultatene vil vi gå nærmere inn og drøfte karakteren og profilen i tiltakene de ulike institusjonene tilbyr og de ulike målsetningene for tiltakene. Men først et blikk på hva litteraturen sier om virkninger av familieorientert arbeid.

1.3 Hva sier forskning?

Det finnes etter hvert en del studier og kunnskapsoppsummeringer om effektene av familieorienterte behandlingsopplegg. Samtidig er det viktig å ha for øye at mange former for par- og familierapi ikke har gjennomgått en slik evaluering (Coppello 2005). Litteraturen omfatter tiltak som benyttes både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

I forskningen går det et skille mellom behandlingsopplegg der utgangspunktet er voksne personer med rusproblematikk, og behandlingsopplegg for unge personer med rusproblematikk. Familieintervensjoner rettet mot disse to gruppene av pasienter vil i noen grad ha ulike formater. Der den voksne rusavhengige i større grad har en kjernefamilie med partner og barn, vil ungdommer i større grad ha foreldre og søsken som sine nærmeste pårørende.

Vi vil først ta for oss forskningslitteratur som studerer intervensjoner rettet mot voksne rusavhengige. Den viktigste primærkilden i denne gjennomgangen er Helle Lindgaards (2006) litteraturstudie: "Familieorientert alkoholbehandling – en litteraturstudie af familiebehandlingens effekter".

1.3.1 Familiebaserte intervensjoner rettet mot voksne rusavhengige

Familiebaserte intervensjoner som har som formål *å få rusavhengige inn i behandling*, viser i flere studier gode resultater (f.eks Lindgaard 2006, Fernadez et.al 2006). Disse intervensjonene er rettet mot familiemedlemmer eller signifikante andre, som regel uten at den rusavhengige selv er til stede. I stedet for å arbeide direkte med misbrukeren, arbeider man med misbrukerens familie for derigjennom å påvirke misbrukeren.

"CRAFT" (Community Reinforcement and Family Training) og "UFT" (Unilateral Family Therapy) er to metoder som har vist særlig god effekt, både i å få personer med rusmiddelproblematikk inn i behandling og i å redusere alkoholforbruk. Studiene viser i tillegg en positiv effekt for familiemedlemmene, også i de tilfellene der den rusavhengige ikke startet i behandling. Både CRAFT og UFT er former for ensidig familierapi, det vil si at man jobber systemisk med bare et familiemedlem tilstede. CRAFT, som er en kortvarig manualbasert metode, går ut på å lære familiemedlemmene forskjellige mestringsstrategier for å bedre sin egen situasjon,

samtidig med strategier for å belønne ønsket atferd fra ”den alkoholisererte part”. Gjennom UFT, som bygger på systemisk teori, der man ved å arbeide ett sted i systemet påvirker resten av systemet, lærer de pårørende hensiktsmessige måter å agere på i forhold til misbrukeren, samt hvordan de kan motivere misbrukeren til atferdsendring og til å søke hjelp (Lindgaard 2006).

Andre metoder som er behandlet i litteraturen er: ”Pressure to Change”; også en form for ensidig familieterapi, ”The Johnson Intervention” (JI); basert på en konfrontasjon med den rusavhengige, ”ARISE” (A Relational Intervention Sequence for Engagement); en variant av JI, men mindre konfronterende og mer fokusert på familiens behov og mer fleksibel overfor behandlingsalternativer der også den rusavhengige deltar i intervensjonen (Fernandez 2006), og Yates behandlingsmetode for pårørende; bekreftelse og rådgivning til pårørende. Alle disse metodene har vist positive effekter gjennom studier, unntaket er JI som kun var virksom for de familiene som var villige og i stand til å bruke metoden (Lindgaard 2006).

Disse studiene viser at det å arbeide med pårørende uavhengig av den rusavhengige, kan føre til at vedkommende starter i behandling. Flere av studiene viser også sideeffekter ved slike metoder, som forbedringer i familiemedlemmenes funksjon, og at disse forbedringene kan sees uavhengig av om den rusavhengige begynner i behandling eller ikke (Miller et al.:1999). *”These findings challenge the powerful myth widely held within the substance misuse problems and therapy field: that family members concerned about a relatives substance misuse cannot influence them to change.”* (Copello 2005:373)

Familiebehandlingsmetoder som har *misbruksrelaterte mål, i kombinasjon med mål om bedre familiefungering*, har også vist gode effekter. De metodene som er undersøkt i den foreliggende litteraturen er atferdsterapeutisk parterapi (APT); basert på kognitiv atferdsterapeutisk teori der i noen grad kontrakter mellom partene inngår, systemisk familieterapi; der interaksjonen i familien er det primære siktemål, nettverksterapi; systemisk terapi som også inkluderer andre signifikante andre utover familien og ”Social Behavior and Network Therapy” (SBNT); som kombinerer flere av de ovenfornevnte perspektiver.

Alle disse metodene har vist god effekt både i forhold til familiefungering og i forhold til rusmønstre. De fremstår som like gode, eller bedre enn behandling som ikke involverer familiemedlemmer. Den metoden som er mest solid dokumentert, er atferdsterapeutisk parterapi. Dokumenterte effekter er større avholdenhet, færre alkoholrelaterte problemer, større tilfredshet i parforholdet, samt færre separasjoner/skilsmisser, enn ved standard eller individuell behandling (Lindgaard, 2006).

Systemisk familieterapi er i mindre grad forsket på. To av tre studier fant bedre effekt på drikkeatferd sammenlignet med individuell behandling eller venteliste. Fire studier sammenlignet systemisk familiebehandling med andre typer familiebehandling, tre av disse studiene fant ingen forskjell mellom behandlingene, mens en studie fant at systemisk familiebehandling var bedre enn atferdsterapeutisk parterapi i forhold til par med et "krav-tilbaketreknings"(demand – withdraw)- mønster i sin kommunikasjon (O'Farrell & Fals-Stewart 2004). I en studie ble systemisk familieterapi vurdert som mer effektivt for unge enn for voksne rusavhengige (Waldron 1997 i Sexton et al. 2004).

Mange av familiebehandlingsmetoder som er beskrevet i de foregående avsnittene, har som sitt mål å *reducere innvirkning og skade på familien*, selv om dette ikke nødvendigvis er det primære fokus for behandling. Både CRAFT, ATP, UFT, systemisk familieterapi og nettverksterapi, har denne målsetningen inkludert i sitt behandlingsopplegg. Noen metoder har imidlertid som sin primære målsetning å ivareta familiemedlemmer til rusavhengige. En av disse behandlingsmodellene er en korttidsintervensjon basert på stress-strain-coping-support- modellen (SSCS), som tar utgangspunkt i det stress familiemedlemmene opplever som en følge av rusavhengigheten og har som primært mål å utvikle familiens mestringsstrategier og sosiale støtte (Lindgaard 2006). Andre behandlingsmodeller som er rettet direkte mot familiemedlemmer og som inngår i litteraturen, er psykoedukative sykdomsorienterte tiltak.

Resultatene fra alle disse studiene, om målet å redusere innvirkningen på familien er primært eller sekundært, er positive. Behandlingen har vist seg å føre til forbedrede

mestringsstrategier, økt sosial støtte, samt reduksjon i voldsepisoder og fysiske og psykiske symptomer blant familiemedlemmene (Ibid.).

1.3.2 Familiebaserte intervensjoner rettet mot unge rusavhengige

Innenfor rammene av denne kartleggingen inngår også ungdommer ned til 15-16 år som er pasienter f.eks ved psykiatrisk ungdomsteam. Vi skal nå se på hva litteraturen sier om familieintervensjoner rettet mot denne gruppen. Det som i første rekke beskriver familieintervensjonene her, er at deltakerne i stor grad er foreldre og eventuelt søsken, ved siden av pasient.

Liddle har i en litteraturgjennomgang beskrevet virkninger av familiebaserte metoder for ungdommer med rusproblemer (adolescents). De intervensjonene som blir undersøkt har et systemisk utgangspunkt; dvs at de baserer seg på en teori om at endringer et sted i systemet vil bidra til endringer et annet sted i systemet, og der relasjonene i familien er det primære siktepunktet for terapien (Liddle 2004).

Familie terapimetodene som beskrives i litteraturen er alle opplegg som integrerer forskjellige former for behandling; familierapi, ”foreldreskole” (parent training), kognitiv terapi, atferdsterapi. Metoder som inngår er Multidimensional family therapy (MDFT), Multisystemisk therapy (MST), Functional family therapy (FFT - kognitiv atferdsterapeutisk og multisystemisk korttidsintervensjon), Brief strategic family therapy (BSFT - strategisk og strukturell korttidsintervensjon basert på en teori om at familien er grunnlaget for et barns utvikling), Ecological Based Family Therapy (EBFT) og Family Behavior Therapy (FBT– med et atferdsteoretisk utgangspunkt)¹.

En gjennomgang av resultatene fra forskningen, viser for det første at familiebaserte strategier samlet sett har hatt gode resultater når det gjelder å engasjere unge rusavhengige i behandling (Liddle 2004; Sexton et al 2004; Cottrell & Boston 2002). De familiebaserte behandlingsprogrammene har også vist gode resultater i å få pasientene til å fullføre behandlingen. Her har imidlertid også andre bevisste strategier for å holde pasientene i behandling vist seg effektive (Liddle 2004; Sexton et al 2004). Når det gjelder redusert inntak av alkohol/andre rusmidler har også de familiebaserte metodene vist god effekt (Ibid; Slesnich and Prestopnik 2005). Det samme gjelder i forhold til atferdsproblemer, skolefungering og familiefungering

(Ibid.). I et Campbell review fra 2004 var imidlertid en konklusjon at det ikke er grunnlag for å si om MST har større eller mindre effekt sammenlignet med annen type behandling (Egelund 2006). Denne oversikten omhandler bruk av metoden generelt, ikke bare i forhold til ungdommer med rusproblemer, men også ungdom i andre typer problemsituasjoner.

Det er foretatt noe forskning på integrerte terapiløsninger, der f.eks individualterapi kombineres med familieterapi. En studie der man studerte effekten av FFT og individuell atferdsterapi ble gjennomført. Her fant man at effekten av kombinasjon mellom FFT og individuell atferdsterapi var høyere enn effekten av begge metodene alene (Waldron et.al 2001 i Liddle 2004:83).

1.4 Metode

Kartleggingen er basert på intervjuer med 28 enheter som driver spesialisert rusbehandling i Helse Vest². Institusjonene som enhetene er knyttet til er dels eid av Helse Vest, og dels private aktører som har driftsavtale med Helse Vest. Enhetene i undersøkelsen representerer i hovedsak behandlingstilbud ved ulike institusjoner. Dette medfører i praksis at det er gjennomført flere intervjuer ved institusjoner som har flere ulike behandlingstilbud. Et eksempel på dette er Bergensklinikkene der det er foretatt et intervju med representanter for hver av de tre klinikkene; Skutevikklinikken, Hjellestadsklinikken og Poliklinikken. På Askøy Blå Kors behandlingssenter er det likeledes foretatt to intervjuer – ett med poliklinikken og ett med behandlingsavdelingen. I noen få tilfeller er det allikevel slik at det er gjennomført ett telefonintervju som dekker både poliklinisk behandling og døgnbehandling, f.eks Haugaland A-senter. En fullstendig liste over de ulike enhetene som inngår i kartleggingen, ligger som vedlegg sist i rapporten. Fordelingen under viser hvor mange intervjuer som er gjennomført innenfor de ulike rusbehandlingskategoriene.

Tabell 1 Behandlingsenheter i undersøkelsen

Typer behandlingssenheter som inngår i undersøkelsen	Antall enheter
Poliklinikk	8
PUT + ambulant team	4

Døgnbehandling	10
Avrusning	2
Poliklinikk og døgnbehandling	2
Poliklinikk, PUT og LAR	1
LAR	1
Total	28

En fordel med å lage enheter på denne måten er at man kan studere nøyere hvordan mønstrene varierer i forhold til behandlingstype. Hva gjennomføres av familieorienterte tiltak på en døgnavdeling sammenlignet med en avrusningsavdeling og en poliklinikk? Hvilke utfordringer møter man på dette området i ulike behandlingssettinger?

Det ble gjennomført et telefonintervju med en representant for hver av de ulike enhetene, av ca en times varighet. De ulike institusjonene ble tilsendt en semistrukturert intervjuguide i forkant av intervjuet. Det var et uttrykt ønske i kartleggingen at intervjuobjektene skulle ha en nærhet til feltet. Intervjuobjektene har i stor grad, der det forekommer familieorientert arbeid, vært personer som har arbeidet med pårørende, par eller familier. I noen tilfeller har intervjuobjektene vært i lederposisjoner. I et slikt kartleggingsarbeid vil resultatene være preget av informantens personlige erfaring og bakgrunn. Samtidig har intervjuguiden i mange tilfeller vært gjenstand for diskusjon mellom kolleger på de respektive stedene og svarene representerer sånn sett et bredt bilde av virksomheten.

Resultatene fra denne kartleggingen ble lagt frem på et formidlingsseminar den 2. desember 2008, der alle informantene og de respektive behandlingsenhetene var invitert. Innspill og tilbakemeldinger fra dette seminaret inngår også i kildematerialet for denne kartleggingen.

2. OVERSIKTSBILDE

Helse Vest er en helseregion som består av fire helseforetak, fra Helse Førde i nord til Helse Stavanger i sør, med Helse Bergen og Helse Fonna i midten. De ulike helseforetakene er veldig forskjellige i forhold til befolkningsmasse og geografi. Mens rusbehandlingsarbeidet i Helse Førde drives gjennom de psykiatriske klinikkene, DPS, har både Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger mange spesialiserte institusjoner for rusbehandling – både poliklinikker, avrusningsavdelinger og døgnbehandlingseenheter. Behandlingsenhetene som inngår i denne undersøkelsen er i stor grad ulike i forhold til volum på virksomheten og i forhold til antall ansatte. En ting som kjennetegner Helse Vest, i forhold til andre helseregioner, er at det ikke eksisterer noen rusbehandlingsinstitusjonen der hele familier blir lagt inn.

2.1 Prosedyrer og rammeverk vedrørende barn og pårørende

Vi vil først se litt nærmere på overordnede prosedyrer og rammeverk vedrørende barn og pårørende av pasienter. Prosedyrer i denne sammenheng handler om hvorvidt og på hvilken måte institusjonen har integrert barn og pårørende i rammeverket for behandlingsutøvelse.

På et noe mer overordnet plan er det i den siste tiden satt i gang prosjekter/tiltak i Helse Fonna og Helse Stavanger for å øke bevisstheten og innsatsen i forhold til pasienters barn.

Prosjektet *”Tiltak for barn av foreldre med psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet”* i Helse Fonna, som ble startet opp i 2007, har laget et mål- og tiltaksdokument for familiearbeid med fokus på barn, og ønsker gjennom en treårsperiode å implementere et system med barneansvarlige (20%-stillinger), drive opplæring og kompetanseoppbygging, samt videreutvikle kommunenettverket for videre oppfølging av barna. Prosjektkoordinator er ansatt i full stilling. De barneansvarlige har ansvaret for at barna blir registrert og kartlagt ved hjelp av en intervjuguide.

I Helse Stavanger har Samarbeidsforum for rus og psykiatri, som er basert på en samarbeidsavtale mellom SUS og de private spesialisthelsetjenestene innen rus og psykisk helse i Sør-Rogaland, utarbeidet en handlingsplan for 2007. Målet for handlingsplanen har vært å kartlegge og styrke innhold og omfang av tilbudet til barn av psykisk syke og rusmiddelmissbrukende foreldre. Denne målsetningen ønsker man å nå gjennom bruk av kartleggings skjema for barn, opprettelse av barneansvarlige på alle avdelinger og kurs og veiledning for barneansvarlige. Den anbefaler også felles utdanning i familiearbeid. I 2007 hadde de fleste rusbehandlingsinstitusjoner i Helse Stavanger, opprettet en ordning med barneansvarlige. Det ble også utarbeidet og gjennomført et kurs- og veiledningsprogram for disse. De barneansvarlige har som sin oppgave å kvalitetssikre oppfølging og registrering av barn. Gjennom disse prosjektene er bruk av barneregistreringsskjema blitt prosedyre ved flere institusjoner.

Også ved de institusjonene som ikke bruker et eget barneregistreringsskjema (eller intervjuguide), har det blitt oppgitt at barn og familie er et tema ved inntak og at dette skrives om i journal. Dette har imidlertid blitt utdypet i varierende grad og det har her ikke vært snakk om fastlagte prosedyrer. Et viktig unntak er å kontakte barnevernet ved mistanke om omsorgssvikt. Mange institusjoner har presisert at de samarbeider nært med barnevernet der det er barn inne i bildet. Flere institusjoner har også presisert at de har et fokus på sikkerhet for barn.

I forhold til inneliggende pasienter er spørsmålet om kontakt med barn under oppholdet aktuelt. Floen kollektivet lager en kontrakt med pasientene i forhold til besøksordninger. Dette går igjen ved flere behandlingssinstitusjoner.

Flere institusjoner i Helse Vest har egne ansatte med et spesielt ansvar for barn og pårørende. Ved Rogaland A-senter er det per 2008 ansatt en barne/pårørende-kontakt i en prosjektstilling for å være en ressurs for barn og pårørende, før, under og etter behandling. Bergensklinikkene og Askøy Blå Kors poliklinikk har per i dag ansatte med et spesielt ansvar for å drive arbeid rettet mot de pårørende. Gjennom å øremerke slike stillinger blir barne- og pårørendearbeidet institusjonalisert og standardisert.

Bergensklinikken arbeider for tiden (2008) med et prosjekt for å styrke arbeidet med pårørende til rusmiddelavhengige, på oppdrag fra Helsedirektoratet. De

har blant annet satt i gang en brukerundersøkelse rettet mot pårørende i Helse Vest for å kartlegge deres behov for hjelp. Prosjektet skal avsluttes våren 2009

(www.bergenclinics.no).

Ved flere behandlingsavdelinger er det aktive prosedyrer i forhold til de pårørende. Gauselskogen har en praksis/intensjon om å ta kontakt med pårørende i løpet av den første uken, basert på samtykke fra pasient. Behandlingsavdelingen på RAS har på samme vis, siden 2007, sendt ut en brosjyre med tilbud om kontakt for alle pårørende i løpet av den første uken, ved samtykke fra pasient. Det samme gjelder Floen Kollektivet som ved samtykke sender brev til pårørende med invitasjon til en pårørendeforening. Ved disse institusjonene blir, ved pasientens samtykke, de pårørende systematisk tilbudt en type oppfølging. I poliklinisk praksis finnes det lignende eksempler knyttet til barn. Rogaland A-senter tilbyr alle pasienter med mindreårige barn familiesamtaler som et systematisk tilbud.

Ved Kalfaret behandlingssenter går man aktivt inn for å inkludere pårørende i forberedelsesarbeidet til innleggelse. I 2007 var det til sammen 26 ulike pasienter ved Kalfaret Behandlingssenter. Av disse var 17 pasienter, inkludert familiemedlemmer (i hovedsak mor/far) i forberedelsessamtaler før innleggelse.

PUT Sandnes og PUT Stavanger arbeider med å utvikle et pårørendeskjema, parallelt med utviklingen av barneregistreringsskjema, der opplysninger om den pårørende skal registreres.

Denne gjennomgangen viser at det jobbes systematisk i helseregionen på et mer overordnet plan med å utvikle rammeverkene for behandlingsutøvelse i forhold til å inkludere barn og pårørende.

2.2 Familieorienterte tiltak

Hvordan har den enkelte rusbehandlingsinstitusjon definert familiebehandling, og i hvilken grad er dette noe de selv oppgir at de driver med?

Spørsmålet om å *definere hva familiebehandling er* inngikk i intervjuguiden. Svarene informantene kom med, viser at det ikke eksisterer noen felles forståelse mellom

institusjonene, men derimot nokså ulike syn på hva som defineres som familiebehandling. Svarene under illustrerer dette:

- *"Flere meninger om det (familiebehandling)."*
- *"Vi driver ikke familiebehandling. Vi gir råd og veiledning til pårørende. Vi skal gi tilbud til de pårørende, være samtalepartner, hjelpe videre i systemet til selvhjelpsgrupper osv. Gi dem hjelp til å sortere litt i kaoset."*
- *"Spørsmålet passer ikke - vi driver ikke familiebehandling."*
- *"Systematisk forsøk på å bistå hele familiesystemet med endring. Bestrebelse på endring av prosesser og strukturer som vi tror er dysfunksjonelle for noen i familier."*
- *"Vi definerer det ikke. Ide om et familiebehandlingsprinsippet. Pasienten inngår i en familiesammenheng."*
- *"Ikke trøkk på dette med pårørende/familiebehandling. Individuelle løsninger."*
- *"Ikke opptatt av å definere det. Mer opptatt av hvor behovene er i familien - og hvilken mulighet vi har til å kunne påvirke positivt i familien."*
- *"Tenker bredt om det. Kan også ha et familieperspektiv i behandling om det bare er en person i rommet."*
- *"Kan ikke kalle det familiebehandling hvis det ikke er noe som skjer over tid. Kan ta flere samtaler før barna åpner seg. Det er også familiebehandling hvis man driver barnefokuserede samtaler med foreldrene. Å gi familien mulighet til å få sammenheng i sine historier."*
- *"Vi pleier å si at det er en del av behandlingstilbudet. Pasienten sier fra når han har behov for familie/parsamtale - eller vi motiverer til det."*

Sitatene illustrerer at behandlingsenhetene forholder seg ulikt til hva man kaller kontakten med de pårørende, hva som ligger i utformingen av familiebehandling og i hvilken grad institusjonen i det hele tatt har aktiviteter som er familieorienterte.

Informantene ble også spurt direkte om de hadde *familieorienterte* tiltak ved sin behandlingsenhet. På dette spørsmålet svarte 18 av 28 behandlingsenheter (64%) bekreftende. På dette spørsmålet fikk vi gjerne svar som "Nei, ikke som

spesialtilbud". Det som viste seg var at behandlingseenheten ofte i praksis hadde gjennomført noe familieorientert arbeid, men ikke som en profilert del av deres tilbud.

Ut fra vår operasjonelle definisjon av familieorientert arbeid: "*alle konsultasjoner, aktiviteter eller møtepunkter som de ulike institusjonene tilbyr eller har med barn, søsken, foreldre, andre nære pårørende og nettverk enten alene eller sammen med pasient*" (se punkt 1.2), ble antallet som oppga at de hadde gjennomført familieorientert rusbehandling i 2007 enda høyere. Slår vi sammen tallene viser det seg at bare fire av behandlingseenhetene i utvalget ikke hadde gjennomført minst en konsultasjon i en kategori for familieorienterte tiltak i 2007. Dette betyr at 86% (N=24) av enhetene i utvalget har gjennomført familieorienterte tiltak ved minst en anledning i 2007.

Tolkningen av denne forskjellen er at denne type virksomhet synes å finne sted uavhengig av behandlingseenheters selvbilde om hva de driver med. Det må allikevel presiseres at for mange behandlingseenheter er familieorientert arbeid noe som skjer i en svært begrenset mengde.

I tabellen nedenfor har vi utledet en matrise der ulike målgrupper for tiltakene (*formater*) blir inndelt etter ulike tilnæringsmåter (*metoder*). Tabellen viser på basis av denne inndelingen, hvilke tiltak de ulike behandlingseenhetene rapporterte å ha gjennomført minst en gang i 2007.

Tabell 2 Familieorientert rusbehandling i Helse Vest, 2007, prosent av totalt antall behandlingssenheter i undersøkelsen (Total N=28)

Metode: Format:	Terapeutiske forløp	Informasjons- og rådgivningssamtaler	Undervisning/kurs (psyko- edukasjon)	Gruppeforløp
Barn av rusmiddel- avhengig(e) (mindreårige)	8% (N=2)	18% (N=5)		
Ektefelle/partner av rusmiddel- avhengig	21% (N=6)	54% (N=15)	11% (N=3) (Pårørendeseminar)	21% (N=6) (Tre av gruppetilbudene rettet mot henholdsvis partner, voksne barn av og foreldre. Tre av gruppetilbudene rettet mot pårørende generelt)
Andre nære pårørende til rusmiddel- avhengig	21% (N=6)	64% (N=18) (Foreldre) 25% (N=7) (Andre nære pårørende)	11% (N=3) (Pårørendedager)	
Par (rusavhengig + partner)	43% (N=12)	71% (N=20)		
Familie (rusavhengig + partner/ barn/foreldre/ andre signifikante)	29% (N=8)	75% (N=21)	(Overlapping flerfamiliegrupper)	11% (N=3) (Flerfamilie-grupper)
Nettverk	7% (N=2) (Nettverksmøter)			

Tabellen gir et skjematisk bilde av hva familieorienterte tiltak kan være. Den øvre halvdel av tabellen skisserer opp tiltak rettet mot pårørende alene, om det er individuelle terapeutiske forløp, informasjons- og rådgivningssamtaler, gruppeforløp eller psykoedukasjon. Målsetningen for disse tiltakene vil i stor grad være knyttet til pårørendes egne behov, og i mindre grad til den rusmiddelavhengiges behov. De familieorienterte tiltakene i denne del av tabellen vil også kunne knyttes til en separat arbeidsmodell for familiebehandling, der de ulike partene i en familie mottar behandling hver for seg.

Den nedre del av tabellen skisserer opp familieorienterte tiltak som i større grad rettes mot familien som system og der den rusmiddelavhengige inngår direkte i tiltaket.

Målsetningene for disse familieorienterte tiltakene er i mindre grad knyttet til enkeltmedlemmer i en familie, og i større grad til relasjonene innad i familien. Familieorienterte tiltak i denne del av tabellen kan knyttes til en integrert arbeidsmodell for familieorientert behandling.

Behandlingsenhetene i Helse Vest er godt representert både med familieorienterte tiltak som er rettet mot pårørende alene, og familieorienterte tiltak der også den rusmiddelavhengige inngår.

De familieorienterte tiltakene som flest behandlingsenheter gjennomførte (minst en gang) i 2007 var informasjons- og rådgivningssamtaler. Dette dreier seg om samtaler alene med pårørende, men i enda større grad samtaler der også pasient var tilstede.

Opp mot halvparten av behandlingsenhetene gjennomført noe som kan defineres som parterapi i 2007, mens en snau tredjedel oppgav at de gjennomførte familieterapi. For noen institusjoner er det imidlertid her bare snakk om noen få tilfeller.

En andel av behandlingsenhetene hadde terapeutiske forløp for ulike typer pårørende, mens to institusjoner oppgav at de også hadde mindreårige barn inne til individualterapi.

Et mindre antall behandlingsenheter hadde gruppetilbud rettet mot pårørende eller familier i 2007. Noen få institusjoner hadde kurs eller undervisningstilbud til pårørende eller familier i 2007.

Bjørnstad (2007) opererer med kategoriene; behandlingsrettede tilbud, rådgivende og veiledende tilbud og tilbud av undervisningsrettet art. Disse kategoriene kan vi til en viss grad kjenne igjen i matrisen over. Der ”terapeutiske forløp” og ”gruppeforløp” tilsvarer et behandlingsrettet tilbud, og der ”informasjons- og rådgivningssamtaler” tilsvarer rådgivende og veiledende tilbud. ”undervisning og kurs” tilsvarer tilbud av undervisningsrettet art.

2.3 Ansatt familieterapeuter?

En interessant variabel i forhold til omfang av familieorientering innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest er antall familierapeuter som er ansatt på de ulike enhetene. Det må presiseres at det ikke bare er familierapeuter som driver med denne type behandling, ikke minste psykologer og andre yrkesgrupper er også engasjert i slik behandling. Likevel vil antall familierapeuter være en indikator for vektleggingen av denne dimensjonen ved behandlingstilbudet.

Kartleggingen viste at 16 av 28 enheter har ansatt familierapeuter. I tillegg oppga to enheter at de har ansatte som utdanner seg til å bli det, eller har planer om å gjøre det i nær fremtid. I de enhetene der det er ansatt familierapeuter er det som regel en person det er snakk om, med unntak av Sandnes Blå Kors poliklinikk og Rogaland A-senter poliklinikk som begge hadde 3 familierapeuter ansatt i 2007. Noen tiltak oppga også at de hadde familierapeuter tidligere, men at de ikke har det lengre.

Tabell 3 Ansatt familierapeuter i 2007 etter type behandling

	Har behandlingseenheten ansatt familierapeuter?		
	Nei	Ja	Total
Poliklinikk	2	6	8
PUT + ambulant team	2	2	4
Døgnbehandling	5	5	10
Avrusning	1	1	2
Poliklinikk + døgn	1	1	2
Poliklinikk + PUT + LAR	0	1	1
LAR	1	0	1
Totalt	12	16	28

Tabellen viser at et stort flertall av poliklinikkene har familierapeuter ansatt. Det samme oppgir halvparten av døgninstitusjonene.

Helse Vest anbefaler de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonene å satse på familieorienterte behandlingsmetoder, med en slik anbefaling følger også et kompetansebehov. Mange behandlingseenheter har per i dag ansatte med familierapeutisk bakgrunn, men mange enheter mangler fremdeles denne kompetansen. Noen behandlingseenheter oppgir at de hadde denne kompetansen tidligere, men ikke nå, og at tilbudet som gis er begrenset som en følge av dette. Det

påpekes fra informanter som selv er familierapeuter at for å implementere og utvikle et familieorientert tilbud trengs et fagmiljø, altså flere ansatte med relevant kompetanse som sammen kan bygge opp et slikt tilbud. Skal anbefalingen om å satse mer på familieorienterte tiltak implementeres bredt, vil det være behov for flere familierapeuter eller andre yrkesgrupper med spesialkompetanse i forhold til barn og pårørende ved de ulike behandlingseenhetene.

En av anbefaling fra formidlingsseminar går på å kartlegge nærmere familieorientert kompetanse ved de ulike behandlingseenhetene.

2.4 Oppsummering

Kartlegging av ulike behandlingseinstitusjoner for rusmisbrukere i Helse Vest påviste følgende tendenser:

- En økende bevissthet hos mange behandlingseenheter om viktigheten av å ivareta barn av pasienter, blant annet gjennom registrering av pasienters barn og deres situasjon
- En økende bevissthet om betydningen av å ivareta pårørende
- Uklar begrepsbruk og sprikende definisjoner av familiebehandling er utbredt

Ut fra rapportens definisjon av familieorienterte tiltak ble varierende aktivitetsnivå rapportert:

- Et stort antall behandlingseenheter hadde gjennomført informasjons- og rådgivningssamtaler i 2007
- Snaut halvparten av behandlingseenhetene hadde gjennomført parterapi i 2007
- En snau tredjedel av behandlingseenhetene hadde gjennomført familierapi i 2007
- Et mindre antall behandlingseenheter hadde gjennomført gruppetilbud som inkluderte pårørende
- Et mindre antall behandlingseenheter hadde gjennomført kurs/undervisning som inkluderte pårørende
- Over halvparten av behandlingseenhetene hadde ansatt minst en familierapeut, i noe større grad ved poliklinikker enn ved andre typer behandlingstilbud, men behov for flere familierapeuter eller andre

yrkesgrupper med spesialkompetanse i forhold til barn og pårørende for å utvikle og implementere mer familieorientert arbeid

3. KLINISK FAMILIEORIENTERT PRAKSIS I HELSE VEST

I dette kapitlet er målet å gi en nærmere beskrivelse av de familieorienterte tiltakene som gjennomføres ved rusbehandlingsenheter i Helse Vest.

3.1 Terapeutiske forløp

3.1.1 Individualterapi for pårørende

En del institusjoner gjennomførte individuelle behandlingsløp for pårørende i 2007. Tabell 2 viser at dette gjaldt seks av enhetene for ektefelle og seks enheter for andre pårørende. Til sammen var det åtte enheter som oppga at de gjennomførte individualterapi enten til ektefelle/partner eller til andre nære pårørende i 2007. I disse tilfellene hadde de pårørende (foreldre, partner, søsken eller voksne barn) egen journal og inngikk i registreringen som pasienter i kraft av at de var pårørende. Dette var tilfelle ved Poliklikken ved Bergensklinikkene, Haugaland A-senter, Rogaland A-senter, Blå Kors Poliklinikk Sandnes, Folgefonn DPS, Vaksenpsykiatrisk poliklinikk i Florø og Vaksenpsykiatrisk poliklinikk i Førde og PUT Bjørgvin.

Det er ikke hentet inn tall for hvor stor del av pasientgruppene det var snakk om på den enkelte institusjon. Ved Poliklinikken ved Bergensklinikken vet vi imidlertid at dette utgjør 16% av alle pasientene som behandles på poliklinikken (diagnose Z 631 - Problemer i forhold til ektefelle eller partner, Z630 - Problemer i forhold til foreldre og svigerforeldre, eller Z637). Andre behandlingsenheter bruker diagnose F43.2 (Tilpasningsforstyrrelser) for ”pårørendepasienter”.

Barn av pasienter under 18 år ble i bare i liten grad gjenstand for individualterapi som ”pårørendepasienter”. Haugaland A-senter hadde noen få tilfeller av dette i 2007. Rogaland A-senter hadde i 2007 noen ungdommer inne til samtaler over tid, da i hovedsak i tilknytning til familieterapi.

3.1.2 Familieterapi og parterapi

Familieterapi representerer det som av mange blir beskrevet som familiebehandling i snever forstand, der familien er involvert i en terapeutisk prosess. Åtte av 28 enheter

oppga at de hadde gjennomført denne type virksomhet i 2007. Av disse åtte var det fem poliklinikker; Blå Kors poliklinikk Sandnes, poliklinikken ved Rogaland A-senter, poliklinikken ved Haugaland A-senter, Psykiatrisk ungdomsteam DPS-klinikkene Helse Bergen og Psykiatrisk ungdomsteam Sandnes, og tre behandlingssenheter; Duedalen Blå Kors behandlingssenter, Floen kollektivet og behandlingsavdelingen ved Rogaland A-senter.

Aktivitetmengden på dette området varierer fra behandlingssenhet til behandlingssenhet. Samlet sett tilbyr poliklinikkene familierapi på jevnlig basis. Dette gjelder også Floen kollektivet, som har en utstrakt poliklinisk virksomhet, i tillegg til å være langtids døgninstitusjon. Når det gjelder behandlingsavdelingene, har Duedalen gjennomført familierapi i noen få tilfeller som både henger sammen med et begrenset antall pasienter, deres behov og prioritering. Behandlingsavdelingen ved Rogaland A-senter tilbyr familiebehandling til sine pasienter i samarbeid med poliklinikken ved samme institusjon.

Familierapi innebærer også forskjellige ting i de ulike institusjonene i og med at alderen på pasienter med rusproblematikk varierer. De psykiatriske ungdomsteamene og Floen kollektivet har en yngre pasientgruppe der familierapi i all hovedsak innbefatter foreldre og eventuelle søsken. De andre behandlingssenheter som oppgir at de driver familierapi, har i større grad en pasientgruppe der familierapi kan innebære kontakt med mindreårige barn, og der forelderen er pasient.

I hvilken grad blir så de mindreårige barna tatt med inn i slik behandling? Tilbakemeldingen fra informantene tyder på at dette bare skjer i liten grad. Det vanligste er at de mindreårige barna ikke er med. Rogaland A-senter er den institusjonen som i størst grad gjennomfører familiesamtaler med mindreårige barn tilstede. I 2007 hadde institusjonen 27 ulike barn inne til samtaler.

3.1.3 Hva er innholdet i familierapien?

Blå Kors Poliklinikk Sandnes (BKPS) definerer familiebehandling bredt – alt fra parbehandling, til behandling av familier med barn, og behandling som inkluderer foreldre, besteforeldre og annet nettverk. De understreker allikevel at de har mest tradisjon på å arbeide med par. BKPS har en åpen profil i forhold til hvem som kan

inkluderes i terapien; ”Er det noen som vil bli glad hvis du ble bedre? Er det noen av de du vil at skal komme?”

Det familierapeutiske arbeidet her er løsningsorientert og narrativt med et systemisk utgangspunkt. Målsetningen er å løse problemer som er vanskelige for folk og skape orden i uorden. Målgruppen er familier eller relasjoner som kan nyttiggjøre seg av tilbudet, og det utelukker ofte de tyngste pasientene. I disse tilfellene arbeider man mer med individuelle endringsprosesser. I andre tilfeller kan familierapi bli brukt i arbeidet med sikkerhet/risikovurdering innad i familien, da er ikke målet endringsprosesser, men å etablere sikkerhetstiltak.

Familierapien kan gå over et halvt til ett år, og det er vanlig å treffes hver tredje uke. To til tre terapeuter deltar i terapien og bruker enveisspeil. Som regel er terapiforløpet noe mer kortvarig når familien/nettverket er involvert sammenlignet med individualterapi. Familiemedlemmene knytter seg mer til hverandre og ikke så mye til terapeuten. Terapiformen blir også annerledes; det handler ikke så mye om relasjonen mellom terapeut og pasient, men hvordan man skal få til livet på utsiden. Familierapien kombineres som regel med individualterapi for pasient.

Poliklinikken ved Rogaland A-senter tilbyr familiesamtaler til alle pasienter med mindreårige barn, og der barna har anledning til å være med på samtaler. Det familierapeutiske arbeidet er organisert i et egen familieteam og har basis i familierapeutiske metoder, med narrative innfallsvinkler og løsnings- og resiliensbaserte tilnærminger med et sterkt barnefokus. Målsetningene med familierapien er å for det første å gi foreldrene informasjon om hva barnet ser og bli klar over hvilke strategier som barna bruker når de opplever en risikosituasjon, videre å gi behandlerne en mulighet til å se hvordan barna har det. Arbeid med sikkerhet og risikovurdering innad i familien er et viktig element i det familierapeutiske arbeidet. Familierapien har utover dette en målsetning om å gi familien en mulighet til å få sammenheng i sine historier.

Familiebehandlingen finner sted over tid og hvordan den gjennomføres varierer fra sak til sak. Samtalene foregår i ulike konstellasjoner; enten kan alle være tilstede

samtidig, en av foreldrene med barn, eller foreldrene alene. Flere terapeuter vil være tilstede samtidig i behandlingen. Det utvises varsomhet i forhold til å dra barn inn i behandlingen før foreldrene er klare. Barna skal ha tillatelse til å snakke om hvordan det er å være barn. I mange tilfeller kombineres familierapiesjoner med individuell behandling for de ulike familiemedlemmene.

Haugaland A-senter driver noe familierapi, og definerer dette som en bestrebelse på å endre prosesser og strukturer som er dysfunksjonelle for noen i familien.

Psykiatrisk Ungdomsteam Sandnes tilbyr familierapi til sine pasienter, hvor pasienten i hovedsak er barnet i familien, og foreldrene er de som blir dratt inn. Den familierapeutiske tilnærmingen her er narrativ, systemisk og løsningsfokuseret. Men der det er stor grad av fleksibilitet i forhold til tilnærming og metode. Målsetning er avhengig av hva problemet i den enkelte familie er. Målsettingen er å bedre kommunikasjon og klimaet i familien, tydeliggjøre mønstre og oppnå en endring i forhold til det som er vanskelig. I målsetningen ligger et ønske om endring i rusmønster implisitt. En utfordring i arbeidet er når ungdommen (pasienten) blir det definerte problemet i en familie. Utfordringen ligger i å gjøre foreldrene klare for endring, slik at ungdommene ikke blir bærere av en hel families hemmeligheter.

Behandlingen foregår i et terapirom med enveisspeil og det er alltid to terapeuter tilstede. Tidshorizonten for behandlingen kan variere. Men det er vanlig med samling en gang i måneden, over noen måneder. Pårørende blir rekruttert inn i familierapien gjennom individuelle pårørendesamtaler.

PUT Bjørgvin tilbyr i praksis familiebehandling til sine pasienter, men ikke som en profilert del av behandlingstilbudet. Pasientgruppen er relativt ung, så det er ikke i utgangspunktet aktuelt å ha mindreårige barn med i behandling. Det er først og fremst et tilbud til pasient og foreldre/søsken. Familiebehandlingen har et systemisk utgangspunkt, men rommer alt fra psykoedukasjon til arbeid rundt kommunikasjonsmønstre. Settingen brukes noen ganger til å gi informasjon opp mot diagnoser og hvordan familien skal tilpasse seg denne. Behandlingen er i første rekke knyttet til pasienten, der familien (foreldrene) kommer inn som en ressurs. Målsetningen er endring i rusmønster, men også endring i kommunikasjonsmønstre.

De uttrykker at det vanskelige med familiebehandling er at det sitter noen "skyldige" der, og holdningen om at saken hadde løst seg hvis vedkommende bare hadde sluttet å ruse seg. Familiebehandlingen vil i utgangspunktet foregå atskilt, men partene kan også møtes i samme rom.

Floen kollektivet i Bergen tilbyr sine pasienter familie og/eller parterapi som en del av behandlingen. Foreldre, søsken og partner til pasient inngår i behandlingen. For tiden anses der ikke som aktuelt med familiesamtaler der barn av pasient er tilstede. Terapien har en systemisk og strategisk tilnærming. Målsetningen er å arbeide med kommunikasjonsmønstrene innad i familien, og å rydde opp i disse. Det understrekes at langtidsbehandling er en prosess for pasienten, og det er viktig at familien blir en del av denne prosessen for å hindre gjenopprettelse av gamle kommunikasjonsmønstre. Varigheten på behandlingen er etter behov og problematikk, anslagsvis fra to til seks samtaler. I det familieterapeutiske arbeidet brukes metoder som rollebytte, dobling og sirkulær sperring.

Duedalen Blå Kors behandlingssenter hadde i 2007 gjennomført enkeltstående barneorienterte familiesamtaler. Ved ett tilfelle har det vært mindreårige barn tilstede. Målsetningen med familiebehandling er først og fremst konsentrert om barnets behov, der formålet er å informere og trygge barnet.

Behandlingsavdelingen ved Rogaland A-senter, samarbeider med poliklinikken på samme institusjon om familiebehandling for de inneliggende pasientene. Se ellers tidligere omtale av familieterapi ved Poliklinikken på Rogaland A-senter.

I tillegg til de enhetene som gjennomførte familieterapisesjoner i 2007, har noen institusjoner kommet i gang med dette i 2008. Askøy Blå Kors Klinikk har hatt noen familiesamtaler våren 2008, men dette er ikke en prioritert oppgave. De er også selv restriktive med å definere dette som behandling. Har planer om å installere enveisspeil på institusjonen i løpet av året.

Også ved *Kalfaret* ble det i 2007 gjennomført tiltak som grenser opp mot familieterapi. Enkeltstående informasjonssamtaler med familien – "kaffetreff"- har i noen tilfeller utviklet seg til å bli rekker av samtaler over tid (se også 3.2).

Ut fra informasjonen gitt ovenfor, kan familierapi ved behandlingsinstitusjonene karakteriseres på ulike måter:

- barneorienterte familiesamtaler
- foreldresamtaler med barnefokus
- familiesamtaler med sikkerhetsfokus
- familiesamtaler med endringsfokus

3.1.4 Parterapi

12 av 28 enheter oppga at de ved minst en anledning gjennomførte parterapi i 2007 (Se Tabell 2). I mange tilfeller blir parterapi beskrevet som en versjon av familierapi, men hvor bare paret er tilstede. Gjennom intervjuene viser det seg at når man går ut med et tilbud om familiebehandling, blir det i praksis ofte parbehandling med familiefokus. Seks av de åtte enhetene som gjennomførte familierapi i 2007 (unntakene er PUT Bergen og Duedalen behandlingssenter), gjennomførte også parterapi i samme periode.

Institusjonene som gjennomførte parterapi i 2007, foruten de som også gjennomførte familierapi, var PUT Haugesund, Folgefonn DPS, Poliklinikken ved Bergensklinikkene, Askøy Blå Kors klinikk (poliklinikk), Indre Sogn psykiatri og Nordfjord psykiatri. Det var imidlertid bare snakk om relativt få tilfeller ved den enkelte behandlingsenhet.

3.1.5 Nettverksmøter

To enheter oppga at de i 2007 gjennomførte nettverksmøter: Blå Kors Poliklinikk i Sandnes og Kalfaret behandlingssenter i Bergen. Nettverksmøte er en engangsintervensjon der et utvidet nettverk rundt pasienten, både privat og offentlig, møtes. Ved BKPS er det en relativt ny praksis å arrangere slike møter, mens Kalfaret behandlingssenter bruker nettverksmøter som en integrert del av sin døgnbehandling. Nettverksmøter gjennomføres på følgende måte; først blir nettverket kartlagt, og pasienten får hjelp til å reflektere over hvilke endringer han/hun ønsker i sine relasjoner til andre. Deretter blir det satt opp en konkret tiltaksplan over aktiviteter for å vedlikeholde, forbedre eller for den saks skyld avslutte relasjoner. Pasienter inviterer så inn alle de han/hun ønsker skal være et viktig støttenettverk

videre i livet, til et nettverksmøte. Målsetningen med møtet er å synliggjøre for nettverket at pasienten har bruk for dem, samt konkretisere hvilken støtte det er snakk om. Samtidig får ulike medlemmer av nettverket en mulighet til å etablere en felles forståelse av situasjonen og behovene.

3.2 Informasjons- og rådgivningssamtaler

Det er en glidende overgang mellom familieterapi/parterapi på den ene siden og informasjons- og rådgivningssamtaler rettet mot pårørende alene eller sammen med pasient på den andre siden.

Ved *Bergensklinikkene* ble det ganske klart definert at det de bedriver ikke er familieterapi. En av våre informanter derfra uttalte følgende:

”Vi driver ikke familieterapi. Vi bruker nok mer begrepet støttesamtaler, vi tilbyr familien samtaler. Det er mer pårørendebehandling enn familiebehandling. I familiebehandling behandler man hele familien.”

Her trekkes det et skille mellom familiebehandling på den ene siden og pårørendebehandling på den andre. Andre behandlingenheter vil definere dette annerledes, og det en institusjon definerer som familiebehandling/parbehandling eller terapi vil andre karakterisere som pårørendebehandling og støttesamtaler. Dette sier noe om fokuset i kontakten med pårørende.

Hjellestadklinikken, som er en døgninstitusjon tilhørende Bergensklinikken, tilbyr samtaler til pårørende enten alene eller sammen med pasient, slike samtaler tilbys også til barn over 16 år. Når det gjennomføres parsamtaler eller familiesamtaler, skjer dette på pasientens premisser. For eksempel gjennomføres en modell med parsamtaler midt i behandlingsforløpet, mot slutten av behandlingsforløpet og et par måneder etter behandlingsslutt. Hovedformålet med par- og familiesamtaler er pasientens behandling, men et delmål er å bedre relasjonene innad i familien og forebygge utvikling av problemer hos barn.

Skutevikklinikken, som driver avrusning ved samme institusjon, arbeider med å bygge opp et tilbud til de pårørende. De har også ansatte med et spesielt ansvar overfor denne gruppen. De definerer sin virksomhet rettet mot pårørende utenfor familiebehandling: *”Vi driver ikke familiebehandling, vi gir råd og veiledning.”*

Pasientene får informasjon om at de pårørende kan snakke med noen på avdelingen, og ansatte kan også ta kontakt med pårørende hvis det foreligger tillatelse fra pasienten. De pårørende tilbys i praksis en til to samtaler, med eller uten pasient tilstede. Sier selv at de opplever det mest vellykket når pasienten også er tilstede. Målsetningen med samtalerne er å øke kunnskapen til de pårørende om hva pasienten sliter med, avklare forventninger og å si noe om hva som er realistisk. Målsetningen er videre å jobbe med relasjonen mellom pasient og pårørende. De pårørende får også informasjon om andre hjelpetilbud; poliklinikk, familievernkontor og hjelp til barna. Skutevikklinikken har ikke mindreårige barn inne til samtaler.

Poliklinikken ved Bergensklinikkene definerer det de har av tilbud til pårørende som noe annet enn familierapi. ”*Vi driver ikke organisert familierapi*”. Poliklinikken tilbyr allikevel pårørende enkeltsamtaler. Målsetningen er å bearbeide følgekonskvensene av rusbruk i nær familie og hjelp til mestring av situasjonen.

Også institusjoner som driver med familierapi har i tillegg samtaler som kan karakteriseres som informasjons- og rådgivningssamtaler. Disse samtalerne er i stor grad *ikke* registrert i Rusdata eller DIPS.

Duedalen har noen informasjons- og rådgivningssamtaler alene med pårørende som kommer på vegne av sine barn, men ser ikke på det som sin oppgave å være et pårørendesenter. At det er pasienten som er i fokus, og at alt som sies i slike samtaler må kunne formidles videre til pasienten.

Psykiatrisk Ungdomsteam Sandnes tilbyr pårørende samtaler, men begrenser dette til tre ganger. Disse samtalerne omfatter i hovedsak mor og far som ønsker å snakke om sitt barn. Hvis de pårørende har behov for mer, blir de henvist videre til pårørendesenteret. Formålet med samtalerne er å gi informasjon, samt gi de pårørende en anledning til å ”lette litt på trykket” og ivareta pårørendes behov. Pårørendesamtalerne fungerer også i praksis som et lavterskeltilbud som gir en inngang til videre familierapi. Mange av de som går i familierapi, startet først med pårørendesamtaler.

Frelsesarmeens behandlingssenter, Stavanger tilbyr samlivspartner av pasienter informasjons- og rådgivningssamtaler sammen med pasient. Det kan også være en rekke av samtaler, men dette blir skilt fra terapi. Målet er å gi informasjon om hva behandlingen innebærer, skape realistiske forventninger og øke forståelsen for samarbeid. De åpner også for at barn kan være med på slike samtaler (men ikke små barn under 6-7 år). Dette skjedde imidlertid ikke i 2007. Det er ikke et primært mål for institusjonen at barn skal delta.

Gauselskogen gjennomførte familiesamtaler i 2007, der i hovedsak foreldre blir kalt inn til en samtale sammen med pasient. Hensikten med samtalen er å få opplysninger og orientere om behandlingen. Defineres ikke som familierapi, men som en måte å etablere kontakt med familien på. Formålet med samtalen er i første rekke knyttet til behandling av pasienten, men anses også som viktig for pårørende. Eventuelt henvises familier videre til Psykiatrisk ungdomsteam hvis det er behov for familierapi.

Psykiatrisk Ungdomsteam Stavanger gjennomførte i noen tilfeller informasjons – og rådgivningssamtaler med pårørende i 2007, enten alene eller sammen pasient. Disse samtalene har ikke en egen registrering i DIPS. Det samme gjelder OBS-teamet i Stavanger, som tidligere var en del av PUT Stavanger. Samtalene har som mål å informere, gi kunnskap, dempe stresssymptomer og være støttende i henhold til psykososial belastning for de pårørende.

Behandlingsavdelingen ved Rogaland A-senter går ut med invitasjon til pårørende om informasjons- og rådgivningssamtaler. Det ble gjennomført slike samtaler i 2007, enten med pårørende alene eller sammen med pasient. Målsetningen med samtalen er å gi de pårørende noe for sin egen del, at de får litt hjelp til å hjelpe seg selv. Samtalene beskrives som psykoedukative. Denne aktiviteten er ikke synliggjort i statistikk.

Institusjoner som i utgangspunktet verken markedsfører seg i forhold til å drive familiebehandling eller pårørendearbeid, har allikevel en del kontakt med pårørende i form av informasjons- og rådgivningssamtaler. Dette gjelder f.eks i forhold til ruspasientene ved *Folgeforn DPS*, der pårørende, par og i noen tilfeller familier har mottatt denne type samtaler. Som oftest dreier det seg om enkeltsamtaler, men i noen

tilfeller også flere påfølgende samtaler. Her er mangler det også registrering av antall samtaler. Målsetningen med samtalene er slik de selv definerer den, å gi partner en forståelse av hva pasienten sliter med og motivere pasienten til behandling. I de få tilfellene det er barn inne, er målsetningen å gi barna informasjon om foreldrenes situasjon.

Poliklinikken ved Askøy Blå Kors Klinikk er en relativt nyoppstartet poliklinikk. Ett av områdene de ønsker å satse på er pårørendearbeid. De har imidlertid ennå ikke landet helt i forhold til hva dette skal innebære. *Behandlingsavdelingen ved Askøy Blå Kors klinikk* gjennomfører informasjons og rådgivningssamtaler med pårørende, og er i den sammenheng åpne for ulike konstellasjoner som også inkluderer mindre barn. Informanten uttrykte at det hadde vært behov for en full familieterapeutstilling ved klinikken.

Kalfaret behandlingssenter gjennomfører ”kaffetreff” hvor pasienten oppfordres til å invitere nær familie/pårørende inn på avdelingen til en samtale om behandlingsopplegget og om de planer som pasienten har. I samtalene blir informasjon utvekslet.

Poliklinikkene i Indre Sogn, Nordfjord, Florø og Førde har alle pårørende inne til informasjons- og rådgivningssamtaler.

Haugaland A-senter er i ferd med å starte et prosjekt (2008) der de ønsker å gi alle mindreårige barn av pasienter et tilbud om å snakke alene med en behandler. Der forutsetningen er samtykke fra pasient.

3.3 Gruppeforløp

3.3.1 Grupper for pårørende

De spesialiserte rusbehandlingssenheterne i Helse Vest tilbyr spredte gruppetilbud for pårørende.

Haugaland A-senter har et gruppetilbud for pårørende. Tilbudet består av åtte gruppesamtaler med en definert begynnelse og slutt, med de samme deltakerne fra

begynnelse til slutt. Målsetningen er å få en mulighet til å dele erfaringer og reflektere over disse med noen som befinner seg i en sammenlignbar belastningssituasjon. Tilbudet er rettet mot pårørende generelt, uavhengig om den det gjelder er henvist som pasient eller ikke. Primærmålsetningen er å bistå de pårørendes behov.

PUT Haugesund har tidligere hatt pårørende grupper over mange år, men ikke i 2007.

Floen kollektivet, som er en langtids døgninstitusjon, tilbyr pårørende å delta i pårørendeforening, som har samling hver femte uke. Foreningen fungerer som en "slow open" gruppe der noen deltakere forlater gruppen, mens andre kommer til. Det er opp til den enkelte pårørende hvor ofte og når man vil komme. Metoden er prosessorientert og dialektisk. Deltakerne i gruppen bestemmer selv hvilke tema som tas opp. To til tre behandlere tilstede på hvert møte, og det er mellom 18-20 deltakere tilstede hver gang. Målsetningen er å være et sted der de pårørende står i fokus, for gi dem hjelp til å mestre situasjonen. For behandlerne er det en målsetning å bli kjent med foreldrene/familien til pasientene for å skjønne mer hvordan samspillet er innad i familien. Gruppesamlingen kan også suppleres med enkeltsamtaler hvis pårørende har behov for å diskutere noe spesielt i enerom med en behandler. Ved ønske har det også i forlengelsen av pårørendeforeningen vært tilbudt undervisning.

Poliklinikken i Florø har tilbud om veiledningsgruppe for pårørende. Gir de pårørende undervisning i generelle psykologi, mestring og rus. Varigheten er 7-8 kvelder, med tre timer hver gang. Målsetningen med gruppen er å få de pårørende til å definere sine egne behov. Målet er bare indirekte knyttet til pasienten.

Poliklinikken ved Bergensklinikken er den enheten i Helse Vest som per i dag har det største gruppetilbudet. I 2007 hadde de tilbud om grupper til henholdsvis voksne barn av rusavhengige, partnere til rusmiddelavhengige og foreldre av rusmiddelavhengige. I grupper for voksne barn av rusmiddelavhengige arbeides det med følgetilstander av rusmiddelavhengighet i oppvektfamilie og mestringsstrategier i forhold til nåværende livssituasjon. I grupper for partnere/ektefeller av rusmiddelavhengige arbeides det med hvordan partnere kan beskytte seg og ta vare på seg selv i samlivet prioritere egne behov. Begge disse gruppene er organisert etter "slow open" prinsippet, der deltakerne kan delta inntil to år, med åtte deltakere i gruppen. Foreldre på sin side

tilbys et psykoedukativt opplegg over 10-12 ganger over en periode på fire måneder. Det er åtte deltakere i gruppen, de samme hver gang.

Alle gruppene har fokus på de pårørende og deres behov. Det teoretiske grunnlaget for gruppene er interaksjonistisk, med elementer fra psykodynamisk tenkning, tilknytningsteori og psykoedukativ tilnærming.

Rogaland A-senter har tidligere hatt gruppetilbud for voksne barn av rusmiddelavhengige, men ikke i 2007. Det ble allikevel gjennomført noe ad hoc gruppevirksomhet i 2007, basert på behandlingsbehov hos enkeltpasienter med bakgrunn som barn av rusmiddelavhengige.

3.3.2 Flerfamiliegrupper

Ved Psykiatrisk klinikk, Universitetssykehuset i Stavanger, har man ved gruppepoliklinikken etablert et tilbud om flerfamiliegrupper for ruspasienter. Disse gruppene drives i nært samarbeid med PUT Sandnes, PUT Stavanger og Gauselskogen behandlingssenter, som også er avdelinger under Psykiatrisk klinikk. Flerfamiliegrupper er et psykoedukativt opplegg for familier til rusmiddelavhengige som går over to år med møtepunkter hver 14 dag, 1,5 time per gang. Målgruppen for opplegget er pasient sammen med foreldre. Formålet er å hindre tilbakefall for pasienten gjennom å arbeide med kommunikasjonen innad i familien, et annet formål er å motivere til behandling. Behandlingen er ikke orientert mot bearbeiding av følelser, men handler i større grad om å løse praktiske og hverdagslige problemer. Frelsesarmeens behandlingssenter hadde også et tilbud om flerfamiliegrupper i 2007, men det ble ikke noe av det fordi det ikke var nok familier som meldte seg.

3.4 Undervisning/kurs (psykoedukasjon)

3.4.1 Pårørendedager

Et annet tiltak rettet mot pårørende er pårørendedager. Tre behandlingssenheter hadde i 2007 et slikt tilbud; Duedalen behandlingssenter, Frelsesarmeens behandlingssenter og Askøy Blå Kors behandlingssenter.

Programmet på en pårørendedag består i hovedsak av informasjon om behandlingssopplegget, med god anledning til å reise spørsmål. Etterpå er det

bespisning og sosialt fellesskap, der også pårørende får anledning til å knytte kontakter med andre pårørende.

Det er litt forskjellig hvilken målgruppe de ulike institusjonene henvender seg til. På FABO er pårørendedagen bare for de pårørende, på Duedalen er pasientene sammen med de pårørende, og der er det også barn til stede. På Duedalen blir også pasientene invitert til å si noe om hvordan det er å være pasient. De er ellers veldig bevisst at dette ikke er et psykoedukativt opplegg, og heller ikke tiden for familiesamtaler, men et informasjonsmøte om behandlingsopplegget.

3.4.1 Pårørendeseminar

Ved Bergensklinikkene (Poliklinikken, Hjeltestadklinikken, Skutevikklinikken) arrangeres det ved jevne mellomrom felles pårørendeseminar. Målgruppen er pårørende alene uten pasient. Invitasjonen til samlingene sendes ut og annonseres bredt, ikke bare til pårørende av pasienter som er i behandling. Pårørendeseminar ble gjennomført to ganger i 2007. Målsetningen med dagene er å gi pårørende en anledning til å fokusere på sin egen situasjon og få informasjon om tiltak rettet mot pårørende.

3.5 Henvisning videre

Det er også interessant å se litt nærmere på om de ulike behandlingseenhetene henviser pasienter/pårørende videre til familieorienterte tiltak, og eventuelt hvem de henviser videre til. Hva den enkelte behandlingseinstitusjon tilbyr av familieorienterte tiltak vil sannsynligvis stå i et visst forhold til det lokale tjenestetilbudet. Her ligger det potensielt noe informasjon om familieorienterte tiltak lokalt utenfor den spesialiserte rusbehandling, og om behandlingsbehov som den enkelte behandlingseinhet ikke selv klarer å dekke.

Kartleggingen har allerede vist oss hvordan behandlingseenhetene samarbeider internt ved de ulike institusjonene om familieorienterte tiltak, der døgnbehandlingseinheter henviser pårørende eller familier til det polikliniske tilbudet ved samme institusjon.

Utover dette oppgir et flertall av institusjonene at de i 2007 henviste pårørende/familier til andre aktører som tilbyr familieorienterte tiltak. I Helse

Stavanger dreier dette seg i første rekke om Pårørendesenteret og Veiledningscenter for pårørende. I Helse Bergen og Helse Førde kom det frem at flere behandlingsenheter hadde henvist familier til familievernkontor. To behandlingsenheter oppgir at de i 2007, har henvist familier til behandlingsinstitusjoner som legger inn familier.

3.6 Oppsummering

Familieterapien som drives innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest har i hovedsak et systemisk utgangspunkt med vekt på narrative og løsningsfokuserede metoder, der de største aktørene er poliklinikken ved Rogaland A-senter, Sandnes Blå Kors poliklinikk, Floenkollektivet og Psykiatrisk Ungdomsteam Sandnes.

Familieterapien arter seg ulikt alt etter hvem deltakerne er; det vil si om pasienter er ”barn” eller ”foreldre” og om mindre barn er tilstede eller ikke. Familiesamtaler kan være barneorienterte, sikkerhetsorienterte eller endringsorienterte. Flere behandlingsenheter har et spesifikt barnefokus på familieterapien. Det som ellers går igjen i beskrivelsen av familieterapi er at den i stor grad kombineres med individualterapi/individualsamtaler for pasient og eventuelt for pårørende og barn. Slik det ser ut drives parterapi med noenlunde det samme teoretiske/metodiske utgangspunkt som familieterapi.

Informasjons- og rådgivningssamtaler rettet mot pårørende, er en type virksomhet som finner sted hos majoriteten av behandlingsenhetene, også der man ikke har en høy profil på familieorientering. Informasjons- og rådgivningssamtaler blir også i noen tilfeller brukt som en mulig inngang til familieterapi, der dette er ønskelig og tjenlig.

Informasjons- og rådgivningssamtaler kan ha ulike målsetninger og fokus. På den ene siden kan de ha en funksjon i forhold til pasient ved å bidra med informasjon som er relevant for behandling. På den andre siden; både å bidra med nyttig informasjon inn i pasientens behandling, og å gi de pårørende noe for sin egen del, med vekt på mestring av situasjonen. Flere institusjoner tilbyr også individualterapi til pasienter med problematikk knyttet til det å være pårørende.

I forhold til gruppevirksomheten rettet mot pårørende er Bergensklinikkene en stor aktør som har grupper rettet mot henholdsvis foreldre, voksne barn og ektefeller, en annen stor aktør er Stavanger Universitetssykehus som har flerfamiliegrupper for ruspasienter og deres pårørende. Flere institusjoner som tidligere har hatt grupper for pårørende, har imidlertid ikke dette lenger. Ingen behandlingssenheter har grupper for mindreårige barn.

Psykoedukasjon er et element i flere av de ulike familieorienterte tiltakene. Blant annet inngår dette som et element i arbeidet med informasjons- og rådgivningssamtaler. Videre er dette et viktig element i flere av de gruppeløpene som er beskrevet, spesielt der foreldre inngår; grupper for foreldre ved Bergensklinikkene, flerfamiliegrupper osv. Tiltak som pårørendedager har også sentrale psykoedukative elementer.

I innledningskapitlet ble det trukket et skille mellom en separat og en integrert arbeidsmodell for familiebehandling. Bergensklinikken presiserer at de ikke driver familiebehandling/familierapi, men at de tilbyr støttesamtaler og gruppetilbud til pårørende. Dette representerer en hovedskillelinje i forhold til hvordan de ulike behandlingssenheter definerer og vektlegger sin innsats i forhold til pårørende. Der Bergensklinikkene representerer en separat arbeidsmodell og institusjoner som Rogaland A-senter og Sandnes Blå Kors poliklinikk representerer en integrert arbeidsmodell. Dette skillet representerer også ulike syn på i hvilken grad barn skal inkluderes i behandling, der Bergensklinikkene ikke ønsker å inkludere mindreårige barn direkte i den kliniske virksomheten.

Behandlingssenheter som inngår i kartleggingen kan på ulike måter beskrives i lys av disse arbeidsmodellene, der også arbeidsmodell kan variere fra den ene behandlingssituasjonen til den andre ved samme behandlingssenheter, alt etter behov og kliniske vurderinger.

4. DOKUMENTASJON

Vi har så langt i denne rapporten fokusert på bredden av tiltak som drives, spørsmålet blir videre om mengde, i hvor stort omfang tilbyr og gjennomfører behandlingseenhetene denne type virksomhet? Denne reiser også problemstillinger vedrørende registrering av denne type virksomhet.

4.1 Unyansert kategorisering

Gjennom DIPS og RUSDATA registrerer de ulike behandlingseenhetene sin virksomhet. Når det gjelder konsultasjoner som omfatter barn, pårørende, par eller familier er det ingen standardisert måte å registrere dette på. Her kan det lett oppstå forvirring; ulike institusjoner kan drive på med det samme men gi det ulike navn, likeledes kan institusjoner drive på med forskjellige ting, men gi det samme navn. Ulike kategorier blir benyttet; ”pårørendesamtaler”, ”parsamtaler”, ”familiesamtaler” med eller uten barn. De fleste behandlingseenhetene benytter registreringskategorier der nyansene i hvem som deltar ikke kommer frem; f.eks ”familiesamtaler” som da også kan romme parsamtaler og pårørendesamtaler.

Helse Vest mottar hvert år rapporter om antall konsultasjoner fra den polikliniske virksomheten. I tallene som rapporteres til Helse Vest, blir kategoriene enda videre da disse inkluderer alle polikliniske gruppekonsultasjoner; familiesamtaler, parsamtaler, pårørendesamtaler og gruppesamtaler, enten det er grupper av pårørende eller grupper av pasienter. Dette gjør disse rapporteringene enda vanskeligere å tolke i forhold til hva slags behandling som skjuler seg bak tallene.

4.2 Ulik måte å telle på

Et annet dilemma er at de ulike polikliniske behandlingseenhetene rapporterer sine respektive pårørende/par/familiesamtaler på ulike måter. Strekpunktene under viser mulige måter å telle virksomheten på:

- Antall konsultasjonstimer
- Antall konsultasjoner uavhengig av varighet
- Antall konsultasjoner/timer betinget av hvor mange terapeuter som er tilstede

- Inkludert eller ekskludert "ikke møtt" (konsultasjonene som blir forberedt, men der pasienten ikke møter til timen, altså planlagt, men ikke gjennomført familieorientert behandling)

De ulike måtene å telle på er ikke mer eller mindre korrekte. Det hadde imidlertid vært en fordel om det forelå en felles praksis slik at det var mulig å sammenligne virksomheten på tvers av institusjoner på en god måte.

4.3 Underdokumentering

Et annet problem er underdokumentering av familieorientert behandling. Et godt eksempel er informasjons- og rådgivningssamtaler. Mye av arbeidet som kan kategoriseres på denne måten, blir enten ikke registrert i det hele tatt, eller blir registrert som individuell konsultasjon på pasient. Et eksempel på dette er Askøy Blå Kors poliklinikk som driver noe parterapi, men som registrerer dette som individuelle konsultasjoner. Denne måten å registrere på, gjør at slik virksomhet i liten grad blir synliggjort i statistikken. Flere representanter for behandlingssenheter har i intervju kommentert sine egne registreringer, og påpeker at det mest sannsynlig er snakk om en underrapportering av familieorienterte tiltak.

4.4 Dokumentasjon av poliklinisk behandling

Poliklinisk behandling består av ulike typer konsultasjoner. Tabellen under forsøker å gi et anslag over i hvilken størrelsesorden familie/par/pårørende konsultasjoner finner sted i poliklinisk virksomhet (poliklinikken og PUT), i den grad det har vært mulig å oppdrive statistikk. Tallene som har kommet frem gjennom denne kartleggingen vil bli sammenlignet med de offisielle tallene rapportert til Helse Vest.

Tabell 4 Prosentandel familie/par/pårørende konsultasjoner og prosentandel polikliniske gruppekonsultasjoner i poliklinisk behandling innen de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonene i 2007

Behandlingsenhet:	Prosentandel familie/par/pårørende konsultasjoner i 2007*	Prosentandel polikliniske gruppekonsultasjoner i 2007 slik de ble rapportert inn til Helse Vest**
Indre Sogn psykiatri (rus)	Finner sted – ikke reg	0 (ikke rapportert)
Nordfjord psykiatri (rus)	21	0 (ikke rapportert)
Poliklinikken Florø (rus)	Finner sted - ikke reg	0 (ikke rapportert)
Poliklinikken Førde (rus)	?	0 (ikke rapportert)
Poliklinikken, Bergensklinikkene	6,1	9,4
PUT Bjørgvin	Finner sted - ikke reg	3,6
Askøy Blå Kors poliklinikk	Finner sted - ikke reg	0 (ikke rapportert)
Floen kollektivet	10,7	0,2
Folgefonn DPS	0,5	0 (ikke rapportert)
Haugaland A-senter	2,7	0,1
PUT Haugesund	4,9	4,5
Blå Kors poliklinikk Sandnes	8,2	9,8
Rogaland A-senter, poliklinikken	8,1	19
PUT Sandnes	3,7	1,2
PUT Stavanger	0,5	0,8

*Totalt antall = individuelle konsultasjoner + familier/par/pårørendekonsultasjoner (kan også være grupper av pårørende). Andelen er regnet ut fra et prinsipp om at en konsultasjon = en konsultasjon uavhengig av varighet og antall behandlere tilstede.

**Totalt antall = individuelle konsultasjoner + gruppekonsultasjoner (inkluderer alle slags gruppekonsultasjoner: fra gruppeterapi for pasienter, gruppeterapi for pårørende, familiesamtaler, parsamtaler, pårørendesamtaler). Andelen er regnet ut fra de tallene som er rapportert inn til Helse Vest. Noe usikkerhet om hvilke prinsipper som ligger bak rapporteringen fra den enkelte institusjon. Vurderingssamtaler inngår ikke i de individuelle konsultasjonene, og gruppekonsultasjoner er rapportert avhengig av antall behandlere.

Tabell 4 viser anslagsvis prosentandel av familie/par/pårørende konsultasjoner hos behandlingsenheter som driver poliklinisk virksomhet. Tallene varierer fra institusjon til institusjon og det tas forbehold om mangelfull dokumentasjon.

Nordfjord psykiatri, Bergensklinikkene, Floen kollektivet, Blå Kors Poliklinikk Sandnes og poliklinikken ved Rogaland A-senter skiller seg ved å ha en høyere prosentandel av familie/par eller pårørendekonsultasjoner. Det er imidlertid viktig å presisere at pårørende som får individual terapi ved institusjonene som ”pårørendepasienter” ikke inngår i statistikken.

Det må også tas høyde for at familie/par/pårørende konsultasjoner i mange tilfeller, krever en betydelig større innsats i form av konsultasjonsvarighet og antall terapeuter

som er involvert, sammenlignet med individuelle konsultasjoner. Dette gjelder spesielt i gjennomføring av familieterapi. Prosentandelen familie/par/ pårørende konsultasjoner representerer så sett ikke andelen av *tid* brukt på familieorienterte tiltak.

Tallene tyder allikevel på at det er et potensial for å øke innsatsen på dette området ved en rekke behandlingsenheter.

4.5 Dokumentasjon av familieorienterte tiltak i døgnbehandling

Når det gjelder døgninstitusjoner har det vist seg enda vanskeligere å få inn gode tall for den virksomheten som finner sted. I forhold til en del av behandlingseenhetene har vi ikke lyktes å hente inn tall fra 2007. Oversikten i tabell 5 viser likevel at mange av døgninstitusjonene har familieorientert virksomhet.

Tabell 5 Volum på familieorienterte tiltak innenfor døgnbehandling ved spesialiserte rusbehandlingsinstitusjoner i Helse Vest i 2007

Behandlingsenhet:	Antall pasienter i 2007	Mengde familieorienterte tiltak i 2007
Duedalen Blå Kors behandlingssenter	19	2 pasienter har hatt familiesamtaler
Frelesarmeens behandlingssenter, Stavanger	21	3 pasienter har hatt familiesamtaler
Frelesarmeens behandlingssenter, Heskestad	37	0
Gauselskogen	45 innleggelser 40 utskrivelser	Finner sted – ikke statistikk
Rogaland A-senter, behandlingsavdelingen	66 (møtt til behandling)	13 pasienter vært i familiebehandling – samarbeid poliklinikk Annet – ikke statistikk
Rogaland A-senter, avrusningsavdelingen	193 (møtt til behandling)	0
Karmsund ABR-senter	44	0
Haugaland A-senter		Se forrige tabell
Askøy Blå Kors klinikk, døgn		Finner sted
Floen kollektivet, døgn		Se forrige tabell konsultasjoner
Kalfaret behandlingssenter	26	30 familiesamtaler 8 nettverksmøter
Hjellestadklinikken		Finner sted
Skutevikklinikken		Finner sted

Virksomheten på dette området er også i stor grad betinget av målgruppene for behandling og beliggenheten til behandlingseenheten. Heskestad er for eksempel en behandlingseenhet med tunge ruspasienter, som i mindre grad har relasjoner til sine familier. Likevel ligger det hos mange behandlingseenheter et potensial for utviklingen av denne type arbeid.

4.6 Hva kunne vært registrert?

Praksisen rundt tallfesting av det familieorienterte arbeidet reiser en rekke utfordringer i forhold til å differensiere og standardisere tellingen. Videre er det en rekke ikke dokumenterte forhold, som det kunne vært interessant å få mer informasjon om, som et grunnlag for faglig videreutvikling:

- For hvor mange pasienter er familieorientert behandling et alternativ?
Hvor mange pasienter som har en familie det er mulig å inkludere?
- Hvor mange konkrete familier er inkludert i familieorientert arbeid?
- I hvilken grad er mindreårige barn involvert i det familieorienterte arbeidet?
- Hvilke grupper av pårørende er i størst grad involvert? Partnere, voksne barn, søsken, andre slektninger, utvidet familie?

Svar på disse spørsmålene ville gitt et kunnskapsgrunnlag der man på en helt annen måte kunne vurdere det faktiske arbeidet som gjøres i forhold til hva som er mulig og nødvendig/ønskelig. Likeledes ville et slikt kunnskapsgrunnlag kunne være et utgangspunkt for i større grad å målrette familieorientert arbeid innenfor den spesialiserte rusbehandlingen i Helse Vest.

5. KLINISK PRAKSIS VERSUS KUNNSKAPSSTATUS

Hvordan relaterer den kliniske virksomheten i Helse Vest seg til litteraturen om familiebehandlingens effekter? Det er her viktig å presisere at det kun er et utvalg familiebehandlingsmetoder og modeller som har gjennomgått forskning og effektmåling. Dette henger også sammen med at det innenfor fagdisiplinen familiebehandling, har vært en kritisk holdning til at kunnskap kan forstås i objektive termer, og der manualisering og ”objektiv” effektmåling står i kontrast til selve ideen om å være i av en terapeutisk prosess (Solem 2008). Imidlertid er det klart et behov for i større grad å evaluere og dokumentere effekten av ulike behandlingsmetoder, også innefor familiebehandlingsfeltet, i tråd med statlige føringer.

5.1 Et mål for Helse Vest å få rusmiddelavhengig inn i behandling?

I litteraturen er det beskrevet en rekke dokumentert effektive tiltak rettet mot pårørende som har til formål å *få rusavhengige inn i behandling*. Et viktig premiss for slike behandlingstilnærminger er at man har kontakt med pårørende, uavhengig av pasienter som er i behandling. I spesialisthelsetjenesten er naturlig nok utgangspunktet for behandling rusmiddelavhengige. Likevel har enkelte av behandlingsinstitusjonene i Helse Vest kontakt med pårørende uten at denne kontakten i utgangspunktet er formidlet via pasient. Eksempler på dette er Bergensklinikken som arrangerer åpne pårørendeseminarer, uavhengig av relasjon til inneliggende pasienter. Et annet eksempel er Rogaland A-senter som i 2008 opprettet en prosjektstilling som barne/pårørende kontakt, der pårørende også blir invitert til å ta kontakt i en fase før behandling. Her kan det være interessant å se nøyer på tiltakene som er beskrevet.

Man kan også reise spørsmålet å om dette er en oppgave spesialisthelsetjenesten i større grad kunne ha engasjert seg i. Her kunne det også være et potensial for utprøving av nye metoder, f.eks i samarbeid med primærhelsetjenesten. Og kanskje også en mulighet til å få rusmisbrukere inn i behandling på et tidligere tidspunkt.

Behandlingsmetoder som har som formål å få rusmisbrukere inn i behandling, har også vist god effekt i forhold til forbedringer i familiemedlemmers funksjon, uavhengig om personen med rusproblemer faktisk har startet i behandling.

Tiltak rettet mot pårørende alene med det formål å rusmiddelavhengig inn i behandling og/eller til endring av rusmønster, er interessant i forhold til distinksjonen mellom pårørendearbeid og rusbehandling. På den ene siden kan denne type tilnærming gi pårørendearbeidet en ny dimensjon, samtidig ligger det spenninger i dette når det gjelder hva formålet med pårørendearbeidet skal være. Hvis målet er å hjelpe pårørende for deres egen del, kan dette stå i strid med hensikten å enten hjelpe den rusavhengige inn i behandling, eller å hjelpe ham/henne i den behandlingen han/hun allerede står i.

5.2 Behov for mer forskning på familierapi

Når det gjelder familiebehandlingsmetoder som kombinerer både *misbruksrelaterte målsettinger og mål om bedre familiefungering*; er det i hovedsak en eller annen form for systemisk familierapi som anvendes av behandlingseenhetene i Helse Vest, både i forhold til yngre og eldre brukergrupper. Dokumentasjon av effekten av systemisk familierapi er sparsomme, men konkluderer med at slik behandling er like god eller bedre enn individuell behandling. Det imidlertid i liten grad klarlagt hva som faktisk ligger i den systemiske familierapien som er undersøkt. Den systemiske familierapien i Helse Vest bærer preg av å være narrativ og løsningsorientert. I litteraturen har vi ikke funnet noen studier der disse aspektene ved behandling er spesielt fokusert på eller etterprøvd.

Det er også lite forskning som sier noe om hvilken effekt systemisk familierapi har på barn, både i forhold til sikkerhet og barns behov. Når familiebehandling har barnas ve og vel som mål, er dette et problem når man skal vurdere litteraturens relevans for den kliniske virksomheten i Helse Vest på dette området. Her er det behov for utdypet kunnskap gjennom forskning, både kvalitativt og kvantitativt.

5.3 Kombinasjon av ulike metoder og teoretiske tilnærminger

Systemisk familierapi gjennomføres i Helse Vest både i forhold til voksne og unge ruspasienter. Forskningsresultater kan tyde på at systemisk familierapi har en enda bedre effekt for unge rusmiddelavhengige enn for voksne. De

familiebehandlingsmetodene som er beskrevet i litteraturen, som har vist best effekt for gruppen av unge rusmiddelavhengige, er i stor grad en kombinasjon av ulike tilnærminger/metoder.

Dette er generelt interessant også i forhold til familiebehandling med utgangspunkt i den voksne befolkningen. Et kjennetegn ved praksisen i Helse Vest er nettopp *kombinasjonen av ulike metoder og samspillet mellom dem*. Informasjons- og rådgivningssamtaler kan være inngangsporten til mer spesifikk familieterapi. Familieterapeutiske sesjoner kombineres med individualterapi for pasient, og samtaler/konsultasjoner med ulike kategorier av pårørende gjennomføres. Her er det imidlertid behov for mer kunnskap om effekter av kombinasjoner mellom ulike metoder og teoretiske perspektiver.

5.4 APT og Nettverksterapi

Atferdsterapeutisk parterapi (ATP) er den metoden som har sterkest dokumentert effekt i litteraturen. Ingen av behandlingseenhetene fremhevet i intervjuene at de har en satsning spesifikt på et slikt program, selv om kognitive atferdsterapeutiske tilnærminger finner sted. Den parterapien som ble beskrevet gjennom intervjuene, virker i større grad å være preget av et systemisk, strategisk utgangspunkt enn av et atferdsterapeutisk utgangspunkt.

Nettverksterapi er også en metode som viser god effekt i litteraturen. To behandlingseenheter i Helse Vest gjennomførte i 2007 nettverksmøter. Litteraturen gir grunnlag for videre utprøving og satsing på denne metodikken.

5.5 Virkningsfulle informasjons- og rådgivningssamtaler

Litteraturen gjennomgår metoder som har som sitt mål *å redusere innvirkningen og skade på familien*. Mye av kontakten mellom de spesialiserte behandlingstilbudene og de pårørende er informasjons- og rådgivningssamtaler, enten alene eller sammen med ruspasienten.

Litteraturgjennomgangen har vist gode effekter for en behandlingsmodell (brief intervention) rettet mot pårørende, som er utviklet på bakgrunn av SSCS-perspektivet

(Stress-strain-coping-support). Behandlingen tar utgangspunkt i et "five step"-program bestående av følgende elementer:

1. Gi familiemedlemmer mulighet til å snakke om problemet
2. Bidra med relevant informasjon
3. Utforske hvordan familiemedlemmene mestrer/responderer på personens rusmiddelproblemer
4. Utforske og øke den sosiale støtten (exploring and enhancing social support)
5. Utforske behov og mulighet for videre henvisning til andre relevante hjelpetilbud

(Templeton et al 2007:138)

Denne behandlingsmodellen er i utgangspunktet forsket på i primærhelsetjenesten, men det er også gjort forsøk på å implementere den i spesialisthelsetjenesten (Templeton et al 2007). Konklusjonen på denne studien, som dog har et lite utvalg, er at modellen synes å ha en god effekt også her, men at det oppstår noen nye utfordringer i forhold til rekruttering og til terapeuters dobbeltroller (Ibid.).

Noe av det slående i denne analysen er imidlertid beskrivelsen av spesialisthelsetjenesten i England som et system som i liten grad har forholdt seg til pårørende/familie. Artikkelen konkluderer med at det å rutinemessig skulle tilby en slik korttidsintervensjon til pårørende av pasienter i spesialisthelsetjenesten enda ligger et stykke frem, og at dette krever sterkere politiske og organisatoriske føringer. Sammenligner vi dette med situasjonen ved spesialisthelsetjenesten i Helse Vest, kan det se ut som vi har kommet et godt stykke i vei i forhold til å utvikle et slikt perspektiv, selv om dette også her i stor grad varierer fra institusjon til institusjon.

Innholdet i informasjons og rådgivningssamtaler rettet mot pårørende, slik de ble beskrevet gjennom intervjuene, har store likheter med elementene i "five step-programmet" basert på SSCS-modellen. Det er dermed god støtte ut fra den litteraturen som per i dag finnes for å opprettholde, kvalitetssikre og videreutvikle denne type virksomhet. Noe også flere institusjoner og enheter er i ferd med å gjøre, f.eks gjennom tydeligere informasjon til pårørende om at et slikt tilbud foreligger. Et viktig element for å underbygge viktigheten av dette arbeidet fremover, er bedre

dokumentasjon og synliggjøring av denne type arbeid, kombinert med økonomiske støtteordninger.

5.6 Gruppetilbud og psykoedukasjon for pårørende

Litteraturen beskriver i liten grad effekten av gruppetilbud rettet mot pårørende til rusmiddelavhengige. De psykoedukative flerfamiliegruppene som har blitt beskrevet i denne undersøkelsen, har sin utgangspunkt i psykiatrisk behandling, hvor de har vist seg som effektive for familier med psykiske lidelser (McFarlane 2007).

6. KONKLUSJONER OG UTFORDRINGER VIDERE

”Når denne gjennomgangen utføres, fremkommer det at vi i OBS-teamet faktisk i stor grad utøver familiearbeid. Det gjenstår å finne frem til en metodisk beskrivelse av vår tilnærming og et tiltak for registrering av familietilbudet”. Rusbehandlingsenhet i Helse Vest

”Familieterapifeltet er så ullent at det er vanskelig å forske på det. Kanskje når vi fikk satt oss ned og tydeliggjort målene ville det vært lettere å ha noen kvalitetsindikatorer” Rusbehandlingsenhet i Helse Vest

Tilgjengelig forskning har vist at det å inkludere familien i rusbehandling gir et øket potensial i forhold til å bedre situasjonen både for pasient, pårørende og for familien som system. Det er også i økende grad bevissthet om og praktisk behandlingsarbeid rettet mot familier og pårørende i de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonene i Helse Vest. Mye godt (men i liten grad dokumentert), arbeid drives på området.

Når det gjelder konkrete familieorienterte tiltak i 2007, har kartleggingen vist at et stort flertall av institusjonene i praksis har kontaktflater med pårørende. Sitatet innledningsvis beskriver en erkjennelse som kom til uttrykk fra flere informanter. Ved nærmere gjennomgang av behandlingens virksomhet, fant man familieorientert arbeid, i større omfang enn man hadde vært klar over. Å arbeide med familiene til pasienter på ulike måter, er noe som finner sted i den kliniske hverdagen.

Samtidig har mange behandlingenheter potensial til å utvikle volumet på denne type tjenester. Arbeidet er også i varierende grad klargjort, løftet opp og systematisert ved de ulike institusjonene. Noe som igjen avspeiler seg i mangelfull registrering, dokumentasjon og beskrivelse av virksomheten.

Ved de behandlingstiltakene som har et systematisk utviklet familieorientert arbeid, er det ulike vektlegginger i forhold til hvordan man nærmer seg familien. Enten i form av separate tiltak rettet mot pårørende, eller som integrert familiebehandling.

De spesialiserte rusinstitusjonene i Helse Vest har generelt utfordringer og potensial i forhold til samarbeid om:

- Dokumentasjon av på familieorientert arbeid, for å løfte og målrette innsatsen
- Strukturering og klargjøring av begrepsbruk og innhold i eksisterende tiltak, som en kvalitetssikring av arbeidet
- Utvikling eksisterende tiltak, utprøving av nye tiltak og kombinasjonen av tiltak, og erfaringsdeling på tvers i helseregionen
- Forskning på familieorienterte tiltak

I dette ligger det både strukturelle, kliniske og forskningsmessige utfordringer.

6.1 Strukturelle barrierer og utfordringer

6.1.1 Familieorienterte tiltak kontra krav om produksjon

"Familieterapi blir billigsalg/hobbyvirksomhet. Vi må ha betalt for familieterapi og gruppeterapi dersom vi skal leve av det"

Fra gruppesamtale på formidlingsseminar 2.12.2008

De strukturelle utfordringene ved utvikling av familieorienterte tiltak blir beskrevet i flere intervjuer. Det blir påpekt at det å drive familieorienterte tiltak kolliderer med krav om produksjon, og at de økonomiske insentivene ikke tar høyde for at f.eks familieterapisesjoner krever mer ressurser enn enkeltkonsultasjoner.

6.1.2 Forankring i ledelse

Familieorientert arbeid har videre i stor grad blitt drevet frem av ildsjeler ved de ulike behandlingseenhetene. Det har blitt understreket at om arbeidet skal utvikles videre, må det forankres strategisk i ledelsen ved den enkelte institusjonen.

6.1.3 Dokumentasjonsutfordringer

Kartleggingen har vist at det er behov for bedre kategorier for dokumentasjon av familieorienterte tiltak, som muliggjør sammenligning på tvers i helseregionen. Det er videre behov for å standardisere måten man teller slik virksomhet på. Kartleggingen har også vist at familieorienterte tiltak er underdokumentert i statistikken. For en videre utvikling av arbeidet ville det være nyttig med en utvidet dokumentasjon, ikke bare av antall konsultasjoner, men av hvor mange pasienter som har en familie det er mulig å inkludere i behandling, hvor mange konkrete familier som mottar behandling, i hvilken grad mindreårige barn er involvert og hvilke grupper av pårørende (partnere, voksne barn, søsken, andre slektninger, utvidet familie) som er involvert. Svar på disse spørsmålene ville gitt et bedre grunnlag for vurdering av hva som er mulig og ønskelig, og for bedre å målrette utviklingen av det familierettede arbeidet.

6.1.4 Kompetanseutvikling

Skal anbefalingen om å satse mer på familieorienterte tiltak implementeres bredt, vil det være behov for flere familieterapeuter eller andre yrkesgrupper med spesialkompetanse i forhold til barn og pårørende ved de ulike behandlingseenhetene. På formidlingsseminaret ble det uttrykt et behov for en regional utdanning i familieterapi, og en interesse for å opprette et slikt behandlingstilbud i Rogaland.

6.2 Kliniske utfordringer

6.2.1 Innholdsbeskrivelse og måldefinering

Kartleggingen viser et behov for en nærmere definering av hva som ligger i familieorientert praksis. Hvordan kan familieorientert tiltak defineres kontra familiebehandling og familieterapi? Hvordan skiller ulike familieorienterte tiltak seg fra hverandre med tanke på innhold? Det er også interessant å se nærmere på innholdet i ulike familieorienterte tiltak, når de utøves i en poliklinisk behandlingssetting og når de utøves i en døgnbehandlingssetting. Det blir også viktig å tydeliggjøre målene for behandling, med en nærmere beskrivelse av målgruppene for ulike tilbud.

6.2.2 Mindreårige barn

Undersøkelsen har vist at det er relativt få direkte kontaktpunkter mellom mindreårige barn og behandlingseenhetene i Helse Vest, de som finnes er først og fremst gjennom familierapi. Det drives en god del indirekte arbeid i forhold til barn. Mange enheter snakker med sine pasienter om barna og om foreldrerollen (f.eks gruppeopplegg i forhold til hvordan rusmisbruket virker inn på barn). Det drives også arbeid gjennom barneorienterte samtaler med par. Det kan imidlertid virke som om det er liten tradisjon på å snakke direkte med barn.

Et dilemma i forhold til barna blir beskrevet av Anders Hellman og Terje Knutheim i en fersk rapport: *"Selekterte barn av rusmisbrukende foreldre er ikke et kjerneoppdrag for noen instanser innen helse i Norge i dag, men barna behandles i mange systemer. Dette stiller store krav til samarbeid mellom instanser."* (Hellman og Knutheim 2008)

Uansett hvilken holdning man har til mindreårige barns deltakelse i behandling, er spesialisthelsetjenesten et sted der man indirekte forholder seg til dem, gjennom å behandle en far eller en mor. Dette er et ansvar de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonen har, spesielt siden ingen andre instanser har dette som sitt kjerneoppdrag.

Her har de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjoner i Helse Vest en utfordring, både i forhold til å sørge for at barn av pasienter blir ivaretatt, og i forhold til å dokumentere og forske på hvordan ulike tiltak virker, direkte og indirekte. Det er generelt liten kunnskap om hvordan familieorienterte tiltak virker inn på mindreårige barn (Lindgaard 2006).

Så langt vi kjenner til gjøres det per i dag noe innsats på dette området i Helse Vest: Gjennom KORFOR samarbeider Rogaland A-senter med Blå Kors Poliklinikk Sandnes, PUT Sandnes og PUT Stavanger om å samle inn og analysere barneregistreringsskjema fra de ulike institusjonene. Dette for å få mer kunnskap om hvem barna til ruspasientene er, og hvordan deres omsorgssituasjon ser ut.

Her ligger det også en utfordring i å avklare hvilken rolle spesialisthelsetjenesten skal ha i forhold til mindreårige barn.

Det å forholde seg til mindreårige barn av pasienter, er en oppgave som krever tid og kompetanse. Dette er noe som det burde tas høyde for i de økonomiske insentivene til behandling, og den uttelling den enkelte institusjon får for å drive familiebehandling.

6.2.3 Pårørende og rollefordeling

På samme måte som med barn, kan man spørre hvilket ansvar de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonene har for pårørende. Praksisen varierer i stor grad fra institusjon til institusjon i forhold til hvilket tilbud de pårørende får, og hva som er målsetningen med tilbudet/kontakten. Det blir også formidlet fra informantene at arbeid med pårørende kan romme dilemma i forhold til tid, tempo og timing, i forhold til hvem primærpasienten er.

Her kommer også variasjoner i forhold til rollefordeling mellom ulike lokale aktører inn. Noen institusjoner som gjennomfører familierapi, oppgir samtidig at de ikke har et separat tilbud til pårørende. Men henviser heller pårørende som ønsker hjelp for sin egen del, til pårørendesenter eller lignende. Andre steder kan pårørende/barn få konsultasjoner for egen del, i tillegg til å være en del av et familierapiforløp ved samme institusjon som primærpasient. Hvilke fordeler gir det at de ulike individene i et familiesystem kan forholde seg til samme behandlingsinstitusjon? Skaper dette familierapeutiske muligheter, og en større kjennskap til og deling av prosess både mellom terapeuter og internt i familien? Eller opplever partene det hensiktsmessig at disse oppgavene er fordelt mellom ulike institusjoner?

6.3 Forskningsmessige utfordringer

Familieorientert arbeid som drives innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest er i liten grad evaluert, og det er generelt interessant å se nærmere på effekten av familieorienterte tiltak, ut fra en kvalitativ og en kvantitativ tilnærming, og fra pasients, pårørendes og barns perspektiv. Vil allikevel her dra frem noen områder for forskning som synes særlig interessante.

6.3.1 Forskning på effekten av separate og integrerte arbeidsmodeller

Vi trenger forskning på de ulike måtene å arbeide familieorientert på.

Behandlingsenhetene i Helse Vest har ulike behandlingsprofiler. Noen velger å satse

på egne tilbud til pårørende, mens andre satser på tiltak der pasient inngår sammen med familie/nettverk. Begge tilnærmingene har vist gode effekter i forskningslitteraturen. De er heller ikke gjensidig utelukkende, men har delvis ulike målsetninger. Det hadde vært nyttig å gjennomføre studier, både kvalitativt og kvantitativt, på hvordan separate og integrerte arbeidsmodeller for familieorientert arbeid virker inn på så vell pasient, som pårørende og barn direkte og indirekte.

6.3.2 Forskning på løsningsorientert og narrativt orientert familierapi

Familierapien i helseregionen er i stor grad preget av å være systemisk, løsningsorientert og narrativ. Litteraturen viser at det er behov for flere effektstudier som sier noe om av denne type behandling. Det foreligger i dag, så langt vi har kunnet spore, lite forskning på en slik tilnærming i rusbehandling. Her er det etter vårt skjønn både behov for kunnskap om behandlingsprosesser og om hvilken virkning behandlingen har på de involverte parter. Det er særlig interessant å se hvilken virkning slik behandling har på barn.

6.3.3 Implementering av og forskning på SSCS-perspektivet og "five-step"-modellen

Litteraturen har, som nevnt, vist at tiltak rettet mot pårørende alene kan ha god effekt både i forhold til mestring av situasjon og i forhold til endring av rusmønster. Så vidt vi kan bedømme ligger det en mulighet i Helse Vest til å videreutvikle den virksomheten som allerede drives i form av informasjons- og rådgivningssamtaler gjennom SSCS-perspektivet og "five-step"-programmet. Det hadde vært interessant å forske på en eventuell implementering av en slik modell i en norsk behandlingssetting.

6.3.4 Forskning på kombinasjonen av metoder og tilnærminger

Et annet interessant område for videreutvikling og forskning er knyttet til kombinasjoner av metoder og tilnærminger. Det er viktig å få mer kunnskap om hvordan ulike behandlingsintervensjoner samvirker i forhold til behandlingseffekt.

6.3.5 Forskning på familieorienterte tiltak i et behandlingshistorie-perspektiv

Lindgaard fremhever i sine anbefalinger til praksisfeltet at familieorientert behandling kan sees på som et kontinuum, der familien kan inndras på forskjellige steder i

behandlingsforløpet (Lindgaard 2006:49). Dette er interessant også i forhold til å tenke kombinasjoner av ulike behandlingsmetoder. Familien kan inngå på ulike tidspunkt, på ulike måter gjennom et behandlingsforløp, i tråd med både pårørende og pasients behov i ulike deler av behandlingsprosessen. Her ligger det interessante muligheter for forskning på hvordan ulike familieorienterte tiltak virker i ulike faser av en ”behandlingshistorie”, med vekt på pasients, pårørendes og barns behov i de ulike faser.

7. REFERANSER

Bjørnstad, Thor Christian. Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer. ISF, Oslo 2007

Bentsen H. Psykoedukativ familieintervensjon ved psykoser. I: Borchgrevink T, Rund BR, Fjell A, red. Psykososial behandling ved psykoser. Oslo: Universitetsforlaget, 1993

Coppelo, A & Orford, J. Addiction and the family: is it time for services to take notice of the evidence? *Addiction*, 97, 1361-1363, 2002

Coppelo, A. G., Templeton, L. & Velleman, R. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review* 24:4, 369-385, 2005

Coppelo, A. G., Templeton, L. & Velleman, R. Family interventions for drug and alcohol misuse: is there a best practice? *Psychiatry*, 19:271-276, 2006

Cottrell, D. & Boston, P. Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol. 43 Issue 5, 573-586, 2002

Fernandez A.C. Begley E.A. Marlatt G.A. Family and Peer Interventions for Adults: Past Approaches and Future Directions. *Psychology of Addictive Behaviors*. 20(2)(pp 207-213), 2006

Ghodse, A. Hamid & Galea, Susanna. Families of People with Drug Abuse. In *Families and Mental Disorder*, Ed. Sartorius, Norman et al 2005

Haugland, Bente S. Familiebehandling innen rusomsorgen i Norden. NAD-publikasjon nr 25 1993

Helmann, Ander & Knutheim, Terje. Rapport: Tidlig intervensjon i forhold til barn av rusmisbrukende foreldre - Vurdering av kartleggingsmetoder i forhold til risikovurdering og planlegging av tiltak. Borgestadklinikken, Rogaland A-senter og Helsedirektoratet 2008

Hårtveit, H & Jensen, P. Familien – pluss en. Innføring i familieterapi. Tano-Aschehoug 1999

Keiley, Margaret K. Multiple-family group intervention for incarcerated adolescents and their families a pilot project. *Journal of Marital & Family Therapy*. Vol 33(1) Jan 2007, 106-12

Liddle H.A. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction*. 99(SUPPL. 2)(pp 76-92), 2004

Lindgaard, Helle. Voksne born fra familier med alkoholproblemer: mestring og motstandsdyktighed. Ph.d avhandling. Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet 2002

- Lindgaard, Helle. Familieorientert alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. Sundhedstydelsen, København 2006
- McFarlane, W., Dixon, L., Lukens, E. and Lucksted, A.. Family Psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 29, Issue 2, 223-245, 2003
- O'Farrell & Fals-Stewart. Alcohol abuse. *Journal of Marital and Family Therapy* 29(1):121-146, 2003
- Orford, Jim. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and alcohol review* 13 417-429, 1994
- Orford, Jim. The coping perspective. In: Velleman, R, Copello, A & Maslin, J (eds). *Living with drink: Women who live with problem drinkers*. London: Longman, 128-149, 1998
- Orford, Jim et al. Coping with alcohol and drug problems. *The Experiences of Family Members in Three Contrasting Cultures*. Routledge, London 2005
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 590-646). New York: John Wiley, 2004.
- Solbakken, Bjørn H og Lauritzen, Grethe. Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer. SIRUS, Oslo 2006
- Solem, May-Britt. Et systemisk blikk på familiebehandling og familieforskning. Innlegg holdt på den 8. nordiske kongress i familierapi, 27.-30. august 2008
- Solevåg, Asbjørn. Familierapi i rusfeltet. I *Rus & Avhengighet* – nr. 5 2002
- Helse og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for rusfeltet, i St.prp. nr.1 (2007-2008)
- Templeton, Lorna J., Zohhadi, Sarah E. and Velleman, Richard D. B. Working with family members in specialist drug and alcohol service: Findings from a feasibility study. *Drugs: education, prevention and policy*, 14:2, 137-150, 2007
- Velleman, R.D.B, Templeton, L. J. and Copello, A.G. The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24:2, 93-109, 2005
- Aamodt, Laila G og Aamodt, Ingerid. Tiltak for barn med psykisk syke foreldre. RBUP Helseregion Sør og Øst 2005

APPENDIX

Tabellen nedenfor viser de ulike enhetene som er intervjuet. Dette er en uttømmende liste over behandlingstilbud innenfor rusfeltet i Helse Vest (som enten ligger direkte under Helse Vest eller som har driftsavtale med Helse Vest), og alle aktuelle behandlingstilbud innenfor rusfeltet i helseregionen skal dermed være dekket.

Helseforetak	Navn på institusjon	Navn på behandlingsenhet	Navn og stilling på intervjuobjekt
Helse Stavanger	Blå Kors poliklinikk Sandnes	Poliklinikk	Gard Berge
	Duedalen Blå Kors behandlingssenter	Døgn	Torild Garborg
	Frelsesarmeens behandlingssenter	Døgn, Stavanger	
		Døgn, Heskestad	Margot Bratteteig
		LAR-Rogaland	Johannes Skår
	Gauselskogen (Psykiatrisk klinikk, AUV)	Døgn	Sissel Meberg
	PUT Sandnes	Poliklinikk	Silje Rimstad
	PUT Stavanger	Poliklinikk	Gunn Lytomt
	OBS-team Stavanger	Ambulant tjeneste	Kirsten Berggren
	Rogaland A-senter	Døgn	Torbjørn
		Poliklinikk	Veslemøy Storstein
		Avrusning	Jorunn Haave
	Helse Fonna	Folgefonn DPS	Poliklinikk
Haugaland A-senter		Døgn og poliklinikk	Geir Iversen
PUT Haugesund		Poliklinikk	Marti Karin Mo
Stiftelsen Karmsund ABR-senter		Døgn	
Helse Bergen	Askøy Blå Kors klinikk	Poliklinikk	Kari Ravnager
		Døgn	Petra Becker, leder kvinneavd
	PUT Bjørgvin	Poliklinikk	Anne Marie Øvrebø
	Floen kollektivet	Døgn	Tove Næss
	Kalfaret behandlingssenter	Døgn	Helmut
	Stiftelsen Bergensklinikkene	Avrusning, Skutevikklinikken	Giske Berge
		Poliklinikken	Jan Erik Håland
		Hjellestadklinikken	Gerd Helene Irgens
Helse Førde	Indre Sogn psykiatri	Poliklinikk	Kari Bergum Jensen
	Nordfjord psykiatri	Poliklinikk	Jørgen Bergset
	Vaksenpsykiatrisk poliklinikk, Florø	Poliklinikk	Carina Skold
	Vaksenpsykiatrisk poliklinikk, Førde	Poliklinikk	Harald Munkvold

¹ Det er interessant at også et snevrere begrep som ”familieterapi” inneholder et vidt spekter av ulike terapiformer. Shadish et al (1993) klassifiserte i et review 71 familieterapistudier i 22 forskjellige teoretiske modeller, og fremdeles var det 7 studier som de ikke klarte å klassifisere (Shadish et al i Cottrell & Boston 2002:582).

² Denne kartleggingen omfatter kun det arbeidet som drives innenfor de spesialiserte rusbehandlingsinstitusjonene i helseregionen. I tillegg til dette arbeidet vil det innen helseregionen være tiltak i kommunal regi og i regi av frivillige organisasjoner, rettet mot familiesystemet rundt den rusavhengige. Eksempler på dette er Sudmanske foreldre- og barnsenter (Bufetat), Pårørendesenteret i Helse Stavanger, Veiledningssenteret for pårørende i Rogaland, barnegrupper i regi av Arbeidernes Edruskapsforbund, Al-Anon familiegrupper, Lærings- og mestringssenter (Bergen), Familieklubber, tiltak knyttet til primærhelsetjenesten (spesielt rettet mot barn) (Bjørnstad, Lauritzen).