



Reise seg

Den som aldri har lege oppskrubba i utforbakkar,
Aldri har halta med gips rundt ankelen,
aldri har falle for smil frå lepper
som løynde hoggtenner og blitt oppgnaga nær inntil døden
aldri har vandra i glede mot utstrekke hender
som greip hardt og so – funne seg liggande i blod
einsam på jorda,
aldri har gått seg vill i skremmande skogar
på leiting etter ein blome med ukjent namn
aldri har stuft i trapper av rusgifter
og svimla i svermar av ukjende stjerner,
har aldri kjent den umåtlege glede
ved å kunne reise seg att, falle og reise seg att,
finne att den første veldige siger langt, langt
tilbake i ein barndom som tida har raka oske over.

Som eingong langt tilbake i urtida, kravlar
Eg meg opp på jorda att, først på hender og kne
Så står eg på egne føter og kan gå!

Marie Takvam,
Falle og reise seg att
1980

Forord

Rapporten *Alene sammen* er skrevet med bakgrunn i en behovsundersøkelse gjort blant voksne pårørende i Hordaland og Sogn og Fjordane. Behovsundersøkelsen er en del av et større prosjekt i regi av Kompetansesenter rus, region vest - Bergen ved Stiftelsen Bergensklinikkene. I 2008 mottok Kompetansesenteret prosjektmidler fra Helsedirektoratet for å styrke arbeidet med pårørende til rusmiddelavhengige. Prosjektet har som mål å oppsummere kunnskap og metodikk på området pårørendearbeid, samt bruke sentrale føringer og forskningsbasert kunnskap i anbefalinger til videre tiltaksutvikling. Prosjektet som helhet utvikles i samarbeid med andre rusinstanser i regionen.

Etter hvert som kunnskapen om pårørendes belastninger i familier med rusmiddelavhengighet har økt, har det offentliges bekymring vokst. Det er en voksende bekymring knyttet til behovene til disse familiemedlemmene, og ikke minst hvordan disse behovene best kan møtes. I en slik situasjon er det naturlig å forsøke å få i tale de det gjelder, pårørende selv. Og aller helst pårørende som ikke gjør seg bruk av det offentliges eller hjelpeinstansers tilbud. De som har behov for støtte og hjelp, men som opplever veien inn til denne kronglete og vanskelig.

Å nå frem til pårørende generelt, og gruppen som ikke gjør seg bruk av tilbud spesielt – medfører noen metodiske utfordringer. Til tross for iherdig innsats fra mange gode hjelpere omfatter materialet færre respondenter enn det vi stipulerte med i forkant av undersøkelsen. Vi har likevel fått svar fra 135 pårørende, hvorav mange av dem representerer pårørende som er vanskelige å nå med eksisterende tilbud.

Tittelen «Alene sammen» viser til at de pårørende som bidrar med sin stemme i denne undersøkelsen, kjennetegnes ved å ha hyppig kontakt med den rusmiddelavhengige, uten å motta hjelp fra aktuelle hjelpeinstanser. De håndterer med andre ord situasjonen alene sammen med den rusmiddelavhengige, og har gjort det over lang tid.

Bergen, juni 2009

Vibeke Johannessen
Prosjektsjef

Innhold

Oppsummering 4

Innledning/bakgrunn 5

Forskning på området 7

Metode 10

Resultater/funn 11

Diskusjon 16

Avslutning 19

Litteratur 20

Oppsummering

- Utvalget består av 135 personer, hvorav 109 (80,7%) er kvinner og 26 (19,3%) er menn.
- Nesten halvparten av respondentene er eldre enn 50 år, og kun 11% er yngre enn 30 år.
- 70% er gift eller samboende.
- 62% er i heltidsjobb.
- Mødre representerer 31% av utvalget, kvinnelig samlivspartner 20%, fedre 13%, døtre 13%, søstre 12%, sønner 4%, mannlige samlivspartnere 4%, brødre 2%, og én person er bestefar.
- Mer enn 70% av utvalget har vært pårørende til rusmiddelavhengig i mer enn syv år.
- Mer enn 60% av utvalget har kontakt med den rusmiddelavhengige ukentlig eller oftere. Det er kvinnene som har den hyppigste kontakten.
- Over 60% av utvalget har aldri benyttet seg av hjelpetilbud rettet mot pårørende, og for mennenes del gjelder dette hele 75%.
- Pårørende som har benyttet seg av tilbud har i stor grad brukt kurs og pårørendesamlinger.
- Kvinner oppgir større hjelpebehov enn menn på flere områder.
- Kvinner oppgir hjelpebehov knyttet til sosial og psykologisk mestring, mens menn i større grad oppgir hjelpebehov knyttet til praktisk mestring.
- Søsken, uavhengig av kjønn, oppgir først og fremst at de har kunnskapsbehov.
- De pårørende blir mer oppmerksomme på egne hjelpebehov gjennom å benytte seg av tilbud.
- Menn ønsker tilbud som innbefatter den rusmiddelavhengige og individuelle samtaler.
- Kvinner ønsker tilbud på både individuell- og gruppebasis, men i mindre grad tilbud som innbefatter den rusmiddelavhengige.
- Pårørende ønsker lett tilgjengelige tiltak hvor de kan komme til individuelle samtaler.
- Menn ønsker at hjelpetilbud blir tilbudt direkte gjennom aktuelle instanser, at de blir invitert inn i konkrete tilbud.
- Pårørende ønsker bedre oversikt over aktuelle hjelpetilbud i regionen.

Innledning/bakgrunn

Å være pårørende til mennesker med et rusproblem, innebærer for mange en stor påkjenning og byrde på flere områder. Tradisjonelt er rusproblemer forbundet med fortielse og skam, og samfunnets syn på både rusmiddelavhengige selv og pårørende har vært preget av ikke-aksept. Pårørende har opplevd at omgivelsene plasser skyld for rusmiddelbruken inn i familien, og selv om synet etter hvert har blitt mer nyansert om hva rusmiddelproblemer skyldes, kleber fortsatt gamle forståelser og stigma ved både den som har et rusproblem og de nærmeste pårørende. Dette vanskeliggjør situasjonen ytterligere for disse familiene, og gjør terskelen for å søke hjelp høy.

Erkjennelsen av at samfunnet også har et moralsk og etisk ansvar for å bistå pårørende i belastende situasjoner, har etter hvert nedfelt seg i ulike politiske dokumenter, og som tilbud innenfor ulike deler av både frivillige organisasjoner og det offentlige hjelpeapparatet. I disse understrekes det at pårørende både er en del av pasientens nettverk og kan sees på som en ressurs for den rusmiddelavhengige i dagliglivet og i behandlingssammenheng, samtidig som de kan ha behov for hjelp for egen del. De er altså en viktig men overbelastet ressurs for den rusmiddelavhengige personen (NOU 2005:3).

I dag gis det mange tilbud til pårørende både gjennom egne brukerorganisasjoner og gjennom det offentlige. Det kan likevel se ut som det er noe tilfeldig hvilke hjelpetilbud som gis, alt ut fra den enkelte organisasjons/institusjons ressurser og faglige ståsted (Bjørnstad 2007). Med dette som utgangspunkt, er det viktig for utviklingen av fagfeltet å se nærmere på hvilken type hjelp som er hensiktsmessig for å øke mestringsevne og livskvalitet til denne gruppen. De som først og fremst kan si noe om behovene pårørende har, er naturligvis pårørende selv. Samtidig vet vi at det er ulike grupper av pårørende, og at de ulike funksjoner de har i familien er med på å påvirke deres hjelpebehov. Dette er viktig å ta hensyn til i utforming av tjenestetilbud.

Fra både forskning og praksis vet vi at det først og fremst er kvinnelige familiemedlemmer som bruker tilgjengelige pårørendetilbud (Bancroft, Carty, Cunningham-Burley & Beckett-Milburn 2003). Mannlige pårørende er nesten fraværende. Å forsøke å nærme oss noen svar på hvorfor bildet ser slik ut, var også noe vi ønsket å utforske gjennom behovsundersøkelsen. Men, som en understrekning av hvor vanskelig det er å nå frem til mannlige pårørende, er menn sterkt underrepresentert også i undersøkelsen. Til tross for dette ser vi interessante kjønnsforskjeller med hensyn til kontakthypigheten med den rusmiddelavhengige, opplevde hjelpebehov, og hva som skal til for å ta i mot tilbud som pårørende. Kjønnsperspektivet kan dermed være et korrigerende perspektiv med hensyn til tiltaksutvikling overfor pårørende fremover.

Definisjon av begrepet pårørende

Pasientrettighetsloven

I Lov om pasientrettigheter (*pasientrettighetsloven*) er pårørende definert på følgende måte:

Pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende.

Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge. Ved tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern har den som i størst utstrekning har hatt varig og løpende kontakt med pasienten tilsvarende rettigheter som den nærmeste pårørende etter psykisk helsevernloven og loven her, dersom ikke særlige grunner taler mot dette (www.lovdatab.no).

Pårørende i undersøkelsen

Rusmiddelproblematikk blir definert på ulike måter innenfor ulike tradisjoner og forståelsesrammer. Vi har valgt en familieorientert forståelse som nettopp fokuserer på og implementerer menneskene rundt den som har en rusmiddelproblematikk. Det eksisterer et rusproblem når: *«Bruken av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og/eller de følelsesmessige bånd mellom mennesker belastes og forstyrres av en annens rusbruk»* (Hansen 1990).

Undersøkelsen har som mål å fremskaffe kunnskap om og gi videre anbefalinger vedrørende alle familiemedlemmer som berøres av et annet familiemedlems rusmiddelproblem. Pårørende vil således omfatte familiemedlemmer utover de som har rettigheter ut fra pasientrettighetsloven, og kan være både partnere, foreldre, søsken, samt voksne barn. Når det gjelder mindreårige barn til rusmiddelavhengige pasienter, foreligger det egen undersøkelse hvor det utarbeides en egen rapport.

Forekomst/antall pårørende i Norge

Ved hjelp av ulike beregninger kan en grovt sett anslå at det finnes ca 100 000 mennesker som har et problematisk forhold til alkohol eller narkotiske stoffer i Norge i dag (Sirus 2008). For hver rusmiddelavhengig regner en med at det gjennomsnittlig er tre personer innen nær familie som blir direkte berørt av situasjonen. Ut fra en slik beregning er det rundt 300 000 familiemedlemmer som berøres av et annet familiemedlems rusbruk. I et folkehelseperspektiv vil det dermed være store helsemessige gevinster å gi pårørende hjelp som kan være med til å øke deres livskvalitet og mestring.

Forskning på området

Generelt

Hva vet vi allerede om pårørendes hjelpebehov og bruk av pårørendetilbud gjennom forskning på området? Det finnes få studier som fokuserer på å hente ut pårørendes eget syn på hva de trenger av hjelp. Mye av kunnskapen på dette området bygger på hjelpeapparatets fortolkning av pårørendes hjelpebehov ut fra påviste belastninger (Bancroft et al 2003). De profesjonelles definisjoner av hva pårørende trenger, kan derfor muligens, men ikke nødvendigvis, korrespondere med pårørendes definerte behov. Vi trenger derfor mer forskning om pårørendes egne opplevelser av hjelpebehov og hvordan disse behovene best kan møtes.

Pårørendes belastninger

Mennesker reagerer forskjellig på belastninger de opplever i livet. Ved alvorlige livshendelser vil ens opplevelse av situasjonen preges av hvem man er, hvordan de rundt en reagerer og en rekke andre faktorer i nåtid og fortid (Eide & Eide 2007). Slik sett vil situasjonen til den enkelte pårørende alltid oppleves individuelt og forskjellig fra andres opplevelse. Faktorer som påvirker pårørendes helsetilstand er knyttet til den rusmiddelavhengiges atferd, faktorer knyttet til den pårørende, og relasjonen mellom dem. Samtidig viser forskningslitteraturen mange sammenfallende belastninger hos familiemedlemmer til rusmiddelavhengige. Både den psykologiske og sosiale balansen forstyrres innad i familien og i forhold til andre utenfor familien når et familiemedlem har en rusproblematikk. Kortsiktige negative belastninger er opplevelsen av alltid å være på vakt, ensomhet, isolasjon, utmattelse, tap av nettverk, manglende støtte, usikkerhet for fremtiden, samt skyld og skamfølelse. Langsiktige belastninger inkluderer endringer i fysisk og psykisk helse slik som kronisk stress, søvnløshet, høyt blodtrykk, muskelspenninger, magesår, depresjon, angst, samt kronisk sorg (Velleman & Templeton 2004).

Familien blir ofte behandlet som en enhet, men noen studier illustrerer hvordan individuelle erfaringer og opplevelser avhenger av deres relasjon til den rusmiddelavhengige. Partnere rapporterer oftere fysisk vold, krenkelser og truende atferd, mens foreldre rapporterer manipulasjon og avvísning fra den rusmiddelavhengige (Bancroft et al 2003). Dette indikerer ulike hjelpebehov hos pårørende avhengig av hvilken relasjon de har til den rusmiddelavhengige.

Den rusmiddelavhengige er ofte i sentrum for alt liv som leves i familien, og rusproblematikken er gjenstand for taushet og blir tabubelagte tema både i familien og i møte med omverdenen. Slik blir disse familiene gjerne isolerte og mister mulig sosial og emosjonell støtte fra både hverandre og omgivelsene (Velleman & Templeton 2004). Familie prøver etter beste evne å mestre situasjonen på egenhånd, og det tar lang tid før de søker hjelp. Å søke hjelp kan oppleves som om familien har mislykkes i å greie å ivareta omsorgen for sine medlemmer (Bancroft et al 2003).

Litteraturen beskriver stigma og diskriminering for mennesker med ruslidelser og deres pårørende. Ikke bare belastningene i selve situasjonen, men også det å skulle oppsøke hjelpeapparatet, setter ofte pårørende i en utsatt og sårbar situasjon. Mange pårørende i emosjonell ubalanse møter et hjelpeapparat som de er avhengige av både for den rusmiddelavhengige og for sin egen del. De opplever ofte at helperne ikke har tillit til dem som gode medspillere, og at relevant informasjon og adekvat hjelp blir holdt tilbake. De opplever også ofte at de blir oversett, at de ikke blir tatt alvorlig, eller ikke å bli forstått av helsepersonell (Hasle & Risstubby 2005).

Pårørendes belastninger på ulike områder ut fra relasjon, bekreftes også gjennom en kartleggingsundersøkelse gjort ved Borgestadklinikken. Kartleggingen beskriver en pårørendegruppe som har opplevd rusmiddelproblematikken over lang tid hos aktuelt familiemedlem før de søker hjelp, og hvor pårørende beskriver ulike typer av belastninger ut fra hvilken relasjon de har til den rusmiddelavhengige. (Svenkerud & Hansen 2005).

Å mestre belastningene som kvinner og menn

Å kunne mestre belastende eller stressende situasjoner innebærer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og egne reaksjoner. Dette kan bety å forsøke å få kontroll på følelsene, få en bedre forståelse av situasjonen, eller rett og slett å få et praktisk grep om det som kan gjøres for at situasjonen skal bli minst mulig belastende (Eide & Eide 2007).

Bourdieu (1993) refererer til vaner som kulturbestemte og noe vi mennesker tilegner oss gjennom sosialisering og dannelse. Disse tilbøyelighetene til å handle på bestemte måter innenfor ulike miljøer betegner han som en slags praktisk sans. Den praktiske sansen styrer både tanker, følelser og handlinger og konstituerer verden som meningsfylt. I følge Bourdieu utvikles visse vaner på bakgrunn av visse miljøbestemte tilbøyeligheter, og det er denne tilbøyeligheten som gjør at kvinner og menn handler som de gjør. For eksempel at kvinner tar mest omsorgsarbeid i familien og at menn tar overtiden på jobben (Bourdieu 1993).

I en undersøkelse Lilleaas (2006) har gjort, beskriver mange kvinner en vane om å være i kroppslig beredskap for andre.

«Denne kroppserfaringen kan beskrives som en 'på vakt situasjon' som alle mennesker har tilgang til som en måte å fornemme farer på. Noen må ivareta andres basale behov og følelser. Et varslingssystem – mange kvinner ser ut til å ha utviklet en beredskap som ikke varsler om egne behov, det virker som hensynet til deres kropp overskygges av en plikt- og ansvarsfølelse overfor andre. Denne velutviklede ansvarsfølelsen for andre kan skyldes en kjønnsmessig bestemt atferd i vår kultur og oppleves som meningsfull for mange kvinner. Og det er denne kroppslige og kjønnsmessige situasjonen som gjør at kvinner 'instinktivt' vet hvordan de bør reagere i visse situasjoner» (Lilleaas 2006).

«Menn har i likhet med kvinner innarbeidet en type kroppslig beredskap, men deres ansvars- og pliktfølelse går mer i retning av jobb og karriere» (Lilleaas 2006).

Hvordan kvinner og menn blir sosialisert inn i ulike kjønnsroller kan dermed være en viktig variabel når en skal se på hvordan stress oppfattes og ulike mestringsstrategier utvikles. Fortsatt kan det se ut som menn blir sosialisert til større uavhengighet, er mer løsningsfokuset og mindre orientert mot å gi uttrykk for følelser. Kvinner sosialiseres i større grad til å fokusere på relasjoner og å være i beredskap for andre (Drumheller 2006; Bakketeig & Nordhagen 2007).

Det er særlig to dominerende mestringsstrategier en ser blant folk; en problemfokuset mestringsstrategi hvor målet er kognitive og adferdsmessige endringer versus en følelsesfokuset mestringsstrategi hvor målet er å modifisere egne følelser knyttet til den stressende situasjonen (Eide & Eide 2007). Det er generell enighet om at en følelsesfokuset mestringsstrategi ikke er så effektiv som en problemfokuset, og at en slik mestringsstrategi tenderer mot å utløse en psykisk påkjenning. Forskning viser at kvinner tenderer mot å bruke mer følelsesfokusede mestringsstrategier enn menn, som vanligvis bruker mer problemfokusede mestringsstrategier. Dette kan være en grunn til at kvinner i større grad enn menn opplever stress gjennom livsløpet (Drumheller 2006).

Samtidig gir denne mestringsstrategien også i større grad tilgang på signaler fra kroppen og evne til å tolke og sette ord på opplevde plager. Dette kan forklare forskjeller i kvinner og menns rapportering av helseplager – kvinnene opplever og gir uttrykk for disse, mens mennene i større grad eksternaliserer plagene (Mæland & Haugland 2007).

Kjønnsforskjeller i bruk av hjelpetilbud

Få studier ser på kjønnsforskjeller med hensyn til hvordan rusproblematikk influerer på familie-medlemmene, og om det er ulike hjelpebehov hos kvinnelige og mannlige pårørende. I bruken av hjelpetilbud ser vi imidlertid et svært kjønnskjevt bilde. Statistikken for 2007 fra Veiledningssenteret for pårørende i Oslo viser at ved telefonhenvendelser representerer mødre 86%, mens fedre representerer 14% (n= 436). I søskengruppen representerer søstre 80%, mens

brødre representerer 20% (N= 61). I gruppen barn av rusmiddelavhengige foreldre representerer døtre 87% og sønner 13% (n=45) Dette bildet forsterkes ytterligere når det kommer til timeavtale ved senteret. I alle pårønderelasjoner er det kvinnene som hovedsakelig oppsøker veilednings-senteret for hjelp. (Veilednings-senteret.no)

I Stiftelsen Bergensklinikkenenes tilbud til ulike pårørendegrupper, var det i 2008 kun kvinner som benyttet seg av partnergruppe, i pårørendeseminar var 90% kvinner, mens i et korttids kurstilbud var 80% kvinner.

I internasjonale studier ser en det samme bildet. Kvinnelige pårørende søker i større grad hjelp enn mannlige, og de oppgir i større grad emosjonelle hjelpebehov enn det menn gjør. Det er enda et interessant funn i disse studiene, yngre menn søker oftere hjelp enn eldre menn. (Bancroft et al 2003).

Virksomme tiltak

Kunnskapsoppsummeringer om hva som er virksomt for pårørendes livskvalitet og stressnivå, viser at pårørende har nytte av relevant kunnskap om rusproblematikk, av å få økte problemløsningsferdigheter, samt det å fokusere på sosial støtte. Likeledes at god nok hjelp til den rusmiddelavhengige er en sterk medvirkende faktor for bedret livskvalitet hos pårørende (Velleman & Templeton 2004; Orford et al, 1998).

Forskning tyder på at gruppebaserte eller individuelle tilbud vil ha innvirkning på forskjellige sider ved pårørendes liv. Gruppebaserte intervensjoner ser ut til å ha størst effekt med hensyn til sosial støtte, individuelle intervensjoner er mest effektive med hensyn til psykisk helse. Screening av behov kan derfor være effektivt for å anbefale pårørende til gruppebaserte eller individuelle intervensjoner (Bancroft et al 2003).

Formål med undersøkelsen

Formålet med denne undersøkelsen er å kartlegge ulike hjelpebehov i målgruppen voksne pårørende, og hvordan disse hjelpebehovene eventuelt kan møtes på en hensiktsmessig måte. Undersøkelsen vil fokusere på om det er pårørendegrupper en ikke når frem til med eksisterende tilbud, og forsøke å få svar på hva som skal til for å hjelpe disse gruppene inn i hjelpetilbud. Vi har kunnskap om at det er store kjønnsforskjeller i bruk av ulike tjenester blant pårørende. Stort sett er det kvinner som benytter seg av ulike tilbud. Undersøkelsen vil derfor også fokusere på kjønnsforskjeller i opplevde behov og eventuelle veier inn i tiltak.

Målgruppe

Undersøkelsen fokuserer på voksne pårørende i Hordaland og Sogn og Fjordane, og som har en pårønderelasjon til et familiemedlem som har en rusproblematikk. Målgruppen innbefatter dermed både foreldre, partnere, søsken og voksne barn.

Metode

Verktøy for innhenting av data

Til bruk i undersøkelsen ble det utviklet et standardisert spørreskjema med noen åpne svaralternativ. Skjemaet omfattet spørsmål rundt den pårørendes sivilstatus, den rusmiddelavhengiges situasjon, hvilke hjelpetilbud pårørende har benyttet seg av, hvilke hjelpebehov pårørende opplever at de har, og hvordan de ser for seg at disse behovene kan bli møtt av hjelpeapparatet. Skjema ble trykket i en papirutgave hvor respondentene kunne returnere besvarelse anonymt i frankert konvolutt, samt at det ble utarbeidet et tilsvarende anonymt webbasert spørreskjema.

Rekruttering av pårørende

Ut fra at mange pårørende lever i en svært belastende situasjon, anså vi det som sannsynlig at det ville medføre utfordringer å få respons på spørreundersøkelsen fra deler av gruppa. For å nå frem til et bredest mulig utvalg, ble det derfor utarbeidet en rekrutteringsstrategi på tre forskjellige områder:

- Via ulike behandlingsinstitusjoner for rusmiddelavhengige. Gjennom til sammen fem institusjoner i Hordaland ble spørreskjema distribuert til pårørende gjennom at den rusmiddelavhengige i behandling ga samtykke til at skjema ble sendt til aktuelle pårørende. Pårørende som deltok i ulike tilbud ved de respektive institusjonene fikk også tilbud om å besvare spørreskjemaet.
- Via interesseorganisasjoner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Interesseorganisasjonene fikk utdelt et visst antall skjemaer med frankerte konvolutter for besvarelse. Pårørende som gjør seg bruk av ulike fora i interesseorganisasjonene fikk så tilbud om å besvare skjema.
- Via anonym webbasert besvarelse. Opplysninger om, og link til skjema lå ute på Stiftelsen Bergensklinikkene sin hjemmeside i den perioden hvor papirskjema ble distribuert. Det ble også satt inn annonse i dagspressen som oppfordret pårørende til å besvare den webbaserte utgaven av skjema.

Undersøkelsens begrensninger

Det ble distribuert 2000 spørreskjema gjennom de ulike fora som beskrevet ovenfor. Papirversjonen ble besvart av 67 personer og webutgaven av 68 personer.

Undersøkelsen som helhet beskriver dermed en selektert gruppe hvor det er vanskelig å si noe om representativitet og generaliserbarhet gjennom dette utvalget.

Når utvalget blir delt inn i ulike underkategorier, blir gruppene i noen tilfeller så små at en ikke kan trekke noen konklusjoner ut fra tallene.

Menns manglende deltakelse i tjenestetilbud til pårørende gjenspeiles også i denne undersøkelsen ved at 19% av respondentene er menn. Dette gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner ut fra en kjønnsdimensjon.

Det ble ikke benyttet noen form for personlig identifikasjon ved besvarelse av spørreskjema. Respondenter kunne i realiteten dermed besvare skjema flere ganger. Dette anses likevel ikke som særlig sannsynlig ut fra at det ikke ble gitt noen form for belønning for utfylling av spørreskjemaet.

Noen av svaralternativene med hensyn til hvilke tilbud pårørende ønsker å benytte seg av kan være noe underrapportert ut fra at respondentene ikke kjenner til hva tilbudet innebærer. Likeledes kan noen av svaralternativene fremstå som noe overlappende, og det kan da være noe tilfeldig om en svarer bekræftende på det ene eller det andre.

Resultater/funn

Utvalget

Pårørende

135 personer har besvart spørreskjemaet, hvorav 109 (81%) kvinner og 26 (19%) menn. Nesten halvparten av utvalget er eldre enn 50 år, og kun 11% er yngre enn 30 år. 70% av utvalget er gift eller samboende, mens 16% er enslig og 13% er skilt.

62% er i heltidsjobb, mens 13% enten er sykemeldt, uføretrygdet, arbeidsledig eller under rehabilitering. Når det gjelder relasjon til rusmiddelavhengig, fordeler utvalget seg slik: 41 mødre (32%), 31 kvinnelige samlivspartnere (24%), 16 døtre (12%), 15 fedre (12%), 14 søstre (11%), 4 sønner (3%), 2 mannlige samlivspartnere (2%), 2 brødre (2%), samt en bestefar. To menn opplyser annet som sin relasjon til rusmiddelavhengig.

77% av kvinnene i utvalget er pårørende til en mannlige rusmiddelavhengig. De er først og fremst mødre til rusmiddelavhengige sønner, og kvinnelige samlivspartnere til rusmiddelavhengige menn. Døtrene i utvalget er hovedsakelig døtre av rusmiddelavhengige fedre.

For mennenes del er litt mer enn halvparten pårørende til kvinnelig rusmiddelavhengig og litt under halvparten pårørende til rusmiddelavhengige menn. Omtrent en like stor andel er fedre til rusmiddelavhengige døtre som til sønner, mens de som er sønner er det av rusmiddelavhengige mødre. Det er svært få mannlige samlivspartnere til rusmiddelavhengige kvinner i materialet.

De rusmiddelavhengiges situasjon

Familiemedlemmene ble bedt om å oppgi data omkring situasjonen til den rusmiddelavhengige de er pårørende til. Av de rusmiddelavhengige er 70% menn, mens 30% er kvinner. Disse tallene tilsvarende grovt sett kjønnsfordelingen i behandlingsinstitusjoner for rusmiddelavhengige (Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A. 2008).

Hovedrusmiddelet til den rusmiddelavhengige er narkotiske stoffer i mer enn halvparten av tilfellene, mens alkohol er det foretrukne rusmiddelet for ca 40%. I følge de pårørende har mer enn 70% av de rusmiddelavhengige vært avhengig av rusmidler i mer enn syv år, og det er kun et lite mindretall som ikke har erkjent egen avhengighetsproblematikk. 77% av de rusmiddelavhengige har mottatt behandling, mens 21% ikke har det (2% av pårørende er usikker på dette spørsmålet). Ca. halvparten av de rusmiddelavhengige er i behandling på det tidspunkt pårørende besvarer undersøkelsen.

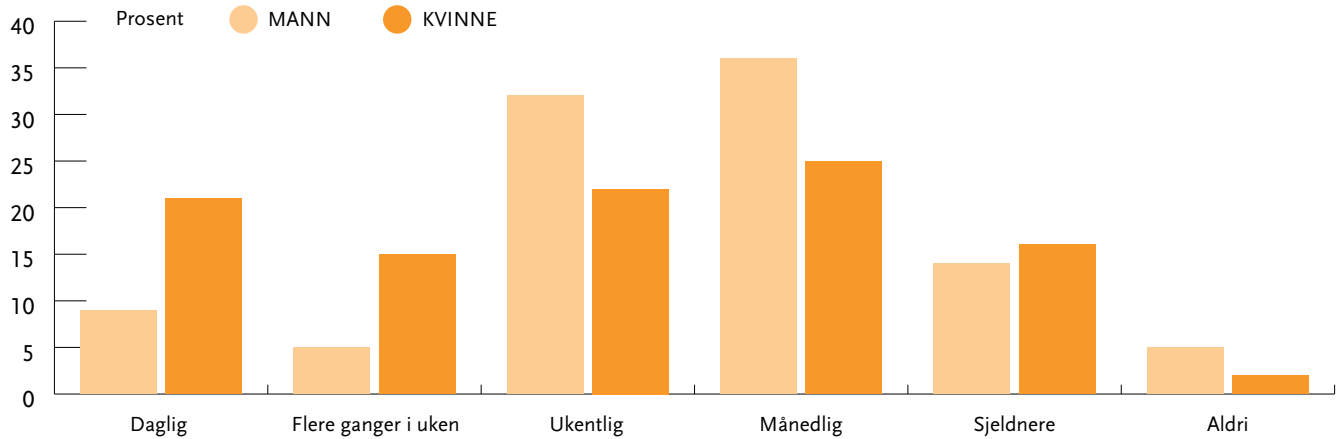
Kontakt mellom pårørende og rusmiddelavhengig

60% av pårørende har ukentlig eller oftere kontakt med den rusmiddelavhengige, mens 21% har månedlig kontakt, og 14% har kontakt sjeldnere enn en gang i mnd. 75% av pårørende har telefonkontakt med den rusmiddelavhengige ukentlig eller oftere.

Når vi trekker inn kjønnsdimensjonen og relasjon i kontakthypighet, er kvinnelige pårørende i overvekt når det gjelder daglig kontakt eller kontakt flere ganger i uken. Mannligte pårørende er i flertall når det gjelder ukentlig eller månedlig kontakt (se figur neste side). Når vi tar hensyn til pårørendes relasjon til den rusmiddelavhengige, ser vi at ca halvparten av mødrene har kontakt med den rusmiddelavhengige daglig eller flere ganger i uken. Tilsvarende tall for fedrene er 20%. For de andre relasjonene ser vi den samme tendensen til at kvinner har oftere kontakt med den rusmiddelavhengige enn menn, om enn ikke så sterk tendens som hos foreldrene.

Gruppen samlivspartnere er trukket ut når kontakthypighet beregnes.

KONTAKTHYPPIGHET MELLOM PÅRØRENDE OG RUSMIDDELAVHENGIG



Figuren omfatter ikke samlivspartnere

Bruk av tilbud

61% i utvalget har aldri benyttet seg av noe hjelpetilbud rettet mot pårørende, mens 39% oppgir å ha benyttet seg av ulike tilbud. 79% svarer at de ikke benytter seg av noe tilbud på besvareles-tidspunktet. Når en ser på kjønnsforskjeller i bruk av tilbud, har 75% av mennene aldri benyttet seg av tilbud, mens dette gjelder for 58% av kvinnene.

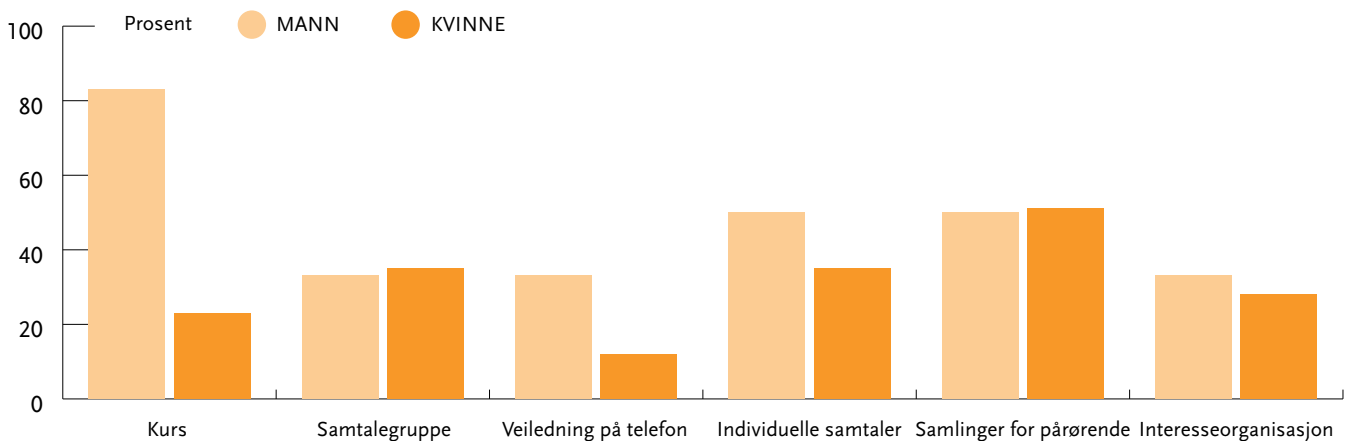
Dataene så langt gir oss et bilde av den typiske pårørende i denne undersøkelsen. Hun er kvinne og mor eller samlivspartner til en mannlig rusmiddelavhengig som hun har tett kontakt med. Hun er pårørende til en rusmiddelavhengig som har vært avhengig i mer enn syv år. Han har behandlingserfaring men er ikke nødvendigvis i behandling akkurat nå. Samtidig er dette en gruppe pårørende som i liten grad mottar eller har mottatt hjelp. De er altså i stor grad henvist til å håndtere situasjonen alene sammen med den rusmiddelavhengige.

Hvilke typer tilbud har pårørende benyttet seg av?

I gruppen som har brukt ulike tilbud (n= 49), har ca halvparten benyttet seg av pårørendesamlinger. Noen færre har benyttet seg av individuelle samtaler og samtalegruppe. 29% er medlem i interesseorganisasjon for pårørende. I bruk av disse tilbudene finner vi ingen markante kjønnsforskjeller (se figur under).

Kjønnsforskjeller i bruk av tilbud viser seg ved at 83% av mennene i utvalget har benyttet seg av kurs, mens dette gjelder for 23% av kvinnene. 33% av mennene har benyttet seg av telefonveiledning, mens det gjelder for 12% av kvinnene. Vi gjør oppmerksom på at utvalget av menn som har benyttet seg av tilbud er svært lite.

TILBUD PÅRØRENDE HAR BENYTTET SEG AV



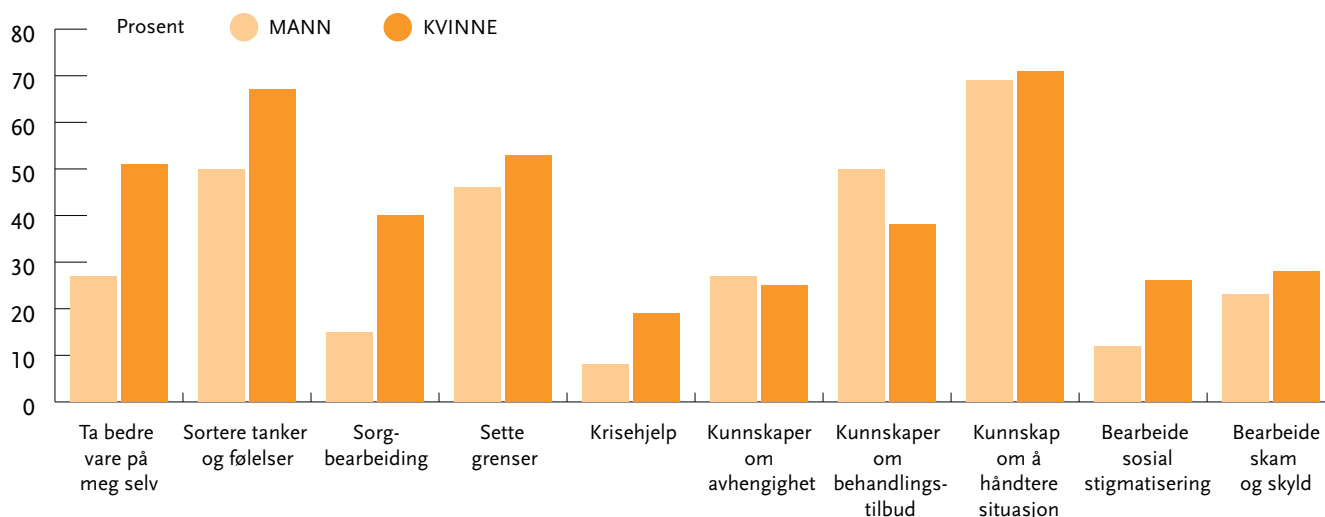
Hjelpebehov hos pårørende

Når det gjelder hjelpebehov oppgir rundt 70% av både kvinner og menn at de trenger mer kunnskaper om å håndtere situasjonen som pårørende (se figur under). Begge kjønn oppgir også i stor grad at de trenger hjelp til å sortere tanker og følelser, og at de trenger hjelp til å sette grenser. Kvinner oppgir et større hjelpebehov enn menn på flere områder. Over halvparten av kvinnene oppgir hjelpebehov med hensyn til å ta bedre vare på seg selv, mens under en tredjedel av mennene oppgir det samme. En større prosentandel av kvinnene oppgir også hjelpebehov med hensyn til sorgbearbeiding, å bearbeide opplevelsen av sosial stigmatisering, samt krisehjelp enn det mennene oppgir. Mennene på sin side oppgir i større grad enn kvinnene å ha behov for kunnskaper om behandlingstilbud.

En relativt liten andel (ca. 25%) av respondentene oppgir at de har behov for kunnskaper om skadelig bruk/avhengighet.

Antall år med rusmiddelavhengighet hos den rusmiddelavhengige ser ut til å ha liten innflytelse på hjelpebehov hos pårørende av begge kjønn. Vi finner heller ikke at den rusmiddelavhengiges hovedrusmiddel eller kjønn influerer på den pårørendes hjelpebehov.

HJELPEBEHOV FOR HELE UTVALGET, FORDELT PÅ KJØNN



Hjelpebehov og erfaring med hjelpetilbud

Når vi sammenligner svarene på hjelpebehov hos pårørende med og uten erfaring med pårørendetilbud, scorer pårørende som har erfaring med tilbud høyere enn de uten erfaring på svært mange områder. 70% av de kvinnene som har benyttet seg av tilbud oppgir at de trenger å ta bedre vare på seg selv, mens 40% av de som ikke har benyttet seg av tilbud sier det samme. Vi ser den samme tendensen hos mennene, om enn ikke i så sterk grad. 33% av mennene som har benyttet seg av tilbud oppgir at de trenger hjelp til sorgbearbeiding, mens 11% av de uten erfaring med tilbud sier det samme. 33% av kvinnene som har benyttet tilbud oppgir at de trenger krisehjelp, mens 10% av kvinnene som ikke har brukt tilbud oppgir det samme.

Relasjon og hjelpebehov

Et stort flertall av alle pårørende, uavhengig av relasjon til den rusmiddelavhengige, opplever at de trenger kunnskaper til å håndtere situasjonen som pårørende. Det samme gjelder hjelp til å sortere tanker og følelser, samt å sette grenser (se tabell side 14). Søsken skiller seg ut med få uttrykte hjelpebehov og behandles for seg.

Et stort flertall av mødrene opplever at de trenger å få hjelp til å ta bedre vare på seg selv. Nesten halvparten av voksne barn og samlivspartnere oppgir også dette som et hjelpebehov. For fedrenes del er det kun et mindretall som oppgir dette hjelpebehovet. Nesten halvparten av mødrene opplever at de trenger hjelp til sorgbearbeiding, et behov som også gjelder for over en tredjedel av samlivspartnerne. Kun et lite mindretall av fedrene oppgir sorgbearbeiding som hjelpebehov. Over 30% av mødre og samlivspartnere opplever at de trenger å få hjelp til å bearbeide opplevelse av sosial stigmatisering. Fedre oppgir i svært liten grad dette hjelpebehovet.

Til tross for at utvalget er pårørende til rusmiddelavhengige der hovedtyngden har vært avhengige i mer enn syv år, og de fleste av dem har vært i behandling en eller flere ganger, oppgir over 40% av foreldrene at de har behov for kunnskaper om behandlingstilbud. Foreldre og samlivspartnere er også de gruppene som i størst grad oppgir at de trenger å bearbeide opplevelsen av skyld og skam. Når det gjelder kunnskaper om skadelig bruk og avhengighet, er dette et behov pårørende i liten grad oppgir å ha. Et fåtall i utvalget opplever også at de trenger krisehjelp. Dette kan ha sammenheng med at pårørende i utvalget i stor grad har levd i situasjonen med den rusmiddelavhengige over lang tid. Samtidig skal det sies at over 20% av mødrene og samlivspartnerne oppgir at de har behov for krisehjelp.

Søsken skiller seg ut ved en relativt stor andel uttrykker få behov. Det er i hovedsak kunnskapsbehov i forhold til pårørenderolle, skadelig bruk og avhengighet, samt behandlingstilbud som oppgis som det søsken oppgir å ha behov for.

TABELL 1. HJELPEBEHOV ETTER RELASJON TIL BRUKER

BEHOV	MOR	FAR	SAMLIVSPARTNER	DATTER/SØNN	SØSKEN
Ta bedre vare på meg selv	61	27	42	45	19
Sortere tanker og følelser	76	53	61	80	38
Sorgbearbeiding	46	13	36	30	19
Sette grenser	61	53	52	50	19
Krisehjelp	22	7	24	15	6
Kunnskaper om skadelig bruk/avhengighet	27	27	24	10	44
Kunnskaper om behandlingstilbud	46	40	39	30	44
Kunnskaper om håndtere situasj. som pårør.	71	80	76	60	75
Bearbeide opplevelse av sosial stigmatisering	32	7	30	15	0
Bearbeide opplevelse av skam/skyld	37	33	24	25	0

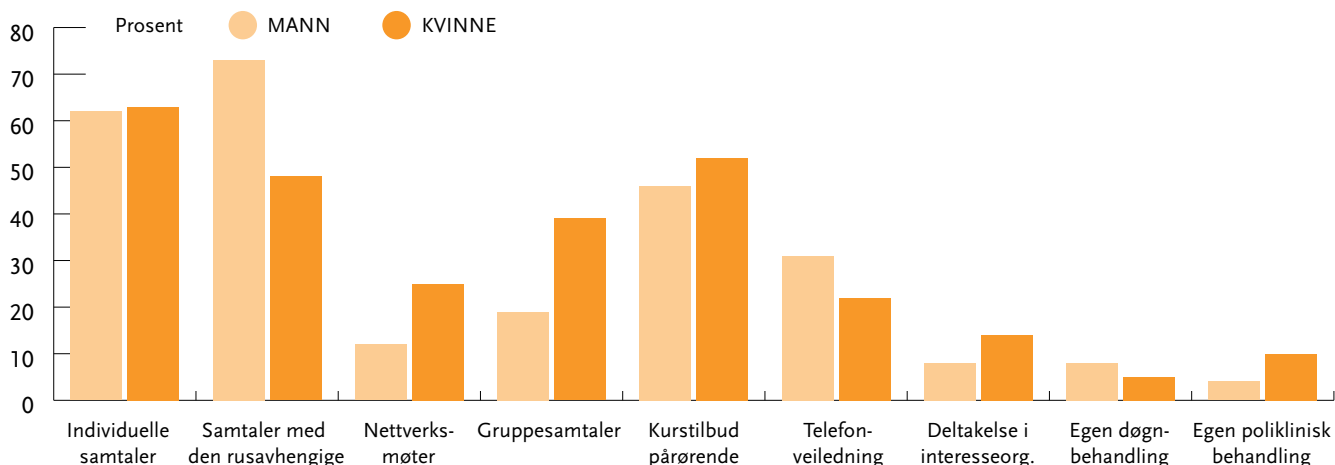
Hvilke tilbud ønsker pårørende å benytte seg av?

Både kvinner og menn ønsker i stor grad å benytte seg av individuelle samtaler (ca 60%), kurstilbud (ca 50%), samt i noe mindre grad telefonveiledning (Se figur neste side). På andre områder har kvinner og menn ulike tilbudsønsker. Menn ønsker i stor grad å benytte seg av samtaler sammen med den rusmiddelavhengige, mens dette gjelder i noe mindre grad for kvinner. Kvinner på sin side ønsker i større grad å benytte seg av gruppesamtaler og nettverksmøter enn det menn gjør.

Det er få pårørende i utvalget som ønsker medlemskap i interesseorganisasjon for pårørende, samt behandlingmessige tilbud. I den grad et slikt behov uttrykkes, er det kvinner som oppgir det.

Når vi trekker ut gruppen som ikke har benyttet seg av tilbud og ser på hvilke tjenestetilbud de ønsker, finner vi ingen store forskjeller fra de ønskene om hjelpetilbud utvalget som helhet har.

TILBUD DE PÅRØRENDE ØNSKER Å BENYTTET SEG AV

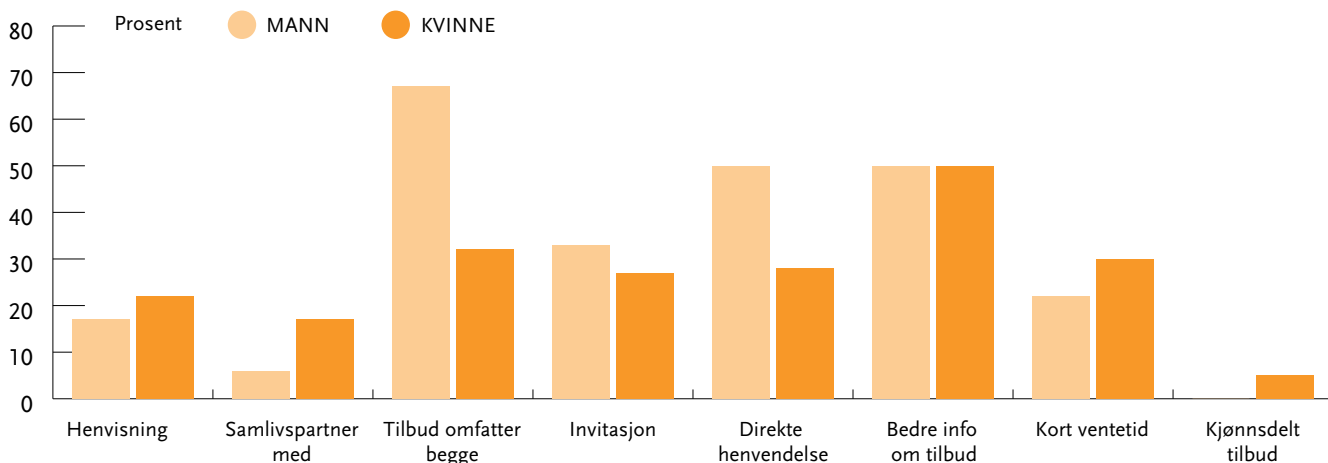


Hvordan adressere hjelpen?

Ca halvparten av både kvinner og menn oppgir at bedre informasjon om aktuelle tilbud i regionen vil kunne hjelpe dem til å ta i bruk hjelpetilbud (se figur neste side). Ca 30% av både kvinner og menn sier også at å få invitasjon fra den rusmiddelavhengiges behandlingssted, eller kort ventetid vil kunne hjelpe dem til å ta i mot et hjelpetilbud. Ca 20% av begge kjønn svarer at henvisning fra lege/annen helseinstans til spesifikt tilbud vil være til hjelp. Med hensyn til at et tilbud omfatter både rusmiddelavhengige og pårørende, har kvinner og menn ulikt syn på om dette vil hjelpe. En stor andel av mennene oppgir at dette vil hjelpe dem, mens det er betraktelig færre kvinner som anser dette som en hjelp til å ta i bruk tilbud. Det samme gjelder å få direkte henvendelse fra aktuell hjelpeinstans. Halvparten av mennene, i motsetning til under en tredjedel av kvinnene oppgir at dette vil kunne hjelpe dem til å motta tilbud.

Kort ventetid, henvisning fra lege og at samlivspartner er med, ser ikke ut til å være utslagsgivende for om pårørende ser for seg at de vil kunne ta i bruk aktuelle hjelpetiltak. Utvalget oppfatter heller ikke kjønnsdelte tilbud som viktig for dem. Alle menn i utvalget svarer nei på om et kjønnsdelt tilbud vil kunne hjelpe dem til å ta i bruk et tiltak, og nesten samtlige kvinner det samme.

HVA KAN HJELPE PÅRØRENDE SOM IKKE TIDLIGERE HAR BENYTTET TILBUD TIL Å TA I BRUK SLIKE?



Tilbud som omfatter både rusmiddelavhengig og pårørende

En stor overvekt av både kvinnelige samlivspartnerne og mødre svarer negativt på om det vil være til hjelp for dem å ta i bruk tilbudte tjenester hvis tilbudet omfatter både rusmiddelavhengig og dem som pårørende. Dette står i motsetning til fedrene, hvor en stor overvekt ser for seg at et tilbud som innbefatter både den rusmiddelavhengige og dem selv ville kunne hjelpe dem til å motta et tilbud.

Diskusjon

Utvalget

Halvparten av mødrene i utvalget har kontakt daglig eller flere ganger i uken med den rusmiddelavhengige, i motsetning til fedrene som har kontakt langt sjeldnere. Kan det være slik at det Bourdieu kaller en vanemessig tenkning eller tilbøyelighet til å handle på bestemte måter forklarer kjønnsforskjellene i kontakthypighet blant mødre og fedre i undersøkelsen? Mødrene tar på seg omsorgsoppgavene og blir mer følelsesmessig belastet ved den tette oppfølgingen av den rusmiddelavhengige. Far blir ikke så følelsesmessig involvert ved at han har andre fokus og større avstand til den rusmiddelavhengige. Dette samsvarer med studier som viser til at tilbaketrekking assosieres med større selvstendighet og redusert stress for det aktuelle familiemedlemmet (Orford et al 1998). Kan det være slik at det ikke er plass til mer enn en rolle som omsorgstaker, og når mor tar på seg den må far fylle andre roller? Den som ordner opp i økonomisk uføre, engasjerer seg i de praktiske forholdene rundt den rusmiddelavhengige osv. Kvinners behov for pårørendetilbud vil dermed være mer akutt, intenst og ha et sterkere følelsesmessig aspekt enn det som er aktuelt for menn. Det er kvinnene som investerer mest tid og krefter, samt emosjonelt engasjement i relasjonen til den rusmiddelavhengige.

Erfaring med pårørendetilbud

Over 60% av utvalget har aldri benyttet seg av noe hjelpetilbud rettet mot pårørende. På det tidspunktet pårørende svarer på undersøkelsen, er det kun et lite mindretall som gjør seg bruk av slike tjenester. Når vi samtidig vet at de fleste av disse pårørende har levd i denne situasjonen over svært mange år, bekreftes dokumentasjonen om at det tar lang tid for pårørende å søke hjelp. For menn tar det enda lengre tid enn for kvinner, og i likhet med det andre studier viser, oppgir kun en liten andel av mennene å ha benyttet seg av pårørendetilbud noen gang. Hvordan kan en forklare disse kjønnsforskjellene i bruk av aktuelle tilbud overfor pårørende? Menn og kvinner ser ut til å reagere forskjellig på stress. Menn reagerer med en «fight or flight response» – mens kvinners respons er mer «tend and befriend». Dette kan forklare hvorfor menn forlater deres rusmiddelavhengige partner, mens kvinner blir i forholdet og prøver å mestre situasjonen (Drumheller 2006).

Kvinner og menn forholder seg også forskjellig til symptomer og problemer. Kvinner opplever oftere at de er syk og søker profesjonell hjelp hyppigere enn menn. Dette kan forstås som et uttrykk for kvinners større helsebevissthet og tro på behandling. Det kan også sees på som typisk for kvinnerollen. Menn undervurderer sine lidelser, skal ta vare på seg selv og ikke vise sårbarhet. For kvinner er det mer tillatt å oppsøke hjelp og gjøre seg bruk av det profesjonelle hjelpeapparatet. Fortsatt er menn sosialisert inn i den maskuline verden hvor mot og dristighet blir applaudert. Maskulinitet kan dermed være en risikofaktor for sykdom, skade og død – men også en barriere mot bevissthet om helseskader og behandlingsbehov. Ekte menn blir ikke syke, og hvis de blir det oppsøker de ikke hjelp før det er for sent (Schei & Bakketeig 2007).

Hjelpebehov - triste kvinner og tøffe menn?

70% av pårørende uavhengig av kjønn oppgir at de trenger kunnskaper om å håndtere situasjonen, og dette er den kategorien flest svarer bekreftende på at de har et hjelpebehov knyttet til. Det kan ligge ulike tolkningsmuligheter i det å skulle håndtere en situasjon; det kan forstås ulikt av den enkelte som svarer, og det kan forstås ulikt ut fra om en er kvinne eller mann. Å håndtere situasjonen kan oppfattes som å skulle mestre situasjonen som pårørende står oppe i. Begrepet mestring er hentet fra stressforskningen og oversatt fra det engelske «coping» til «.. menneskers evne til å forholde seg til de utfordringer og påkjenninger en møter i livet» (Grue 2001). Praktisk mestring handler om hvordan man organiserer og strukturerer dagen når den er mer krevende

pga situasjonen knyttet til den rusmiddelavhengige enn det den ellers ville vært. Det kan handle om hvordan pårørende sliter med å nå frem i behandlingsapparatet, hvordan de organiserer dagene rundt den rusmiddelavhengige for å få til en endring i situasjonen eller for å unngå overdoser osv. Sosial mestring handler om hvordan man «presenterer avviket» i det sosiale landskapet. Pårørende kan oppleve stigmatiserende praksis i omgivelsene, opplevd tildeling av skyld fra både formelt og uformelt nettverk og isolasjon og ensomhet både for sin egen del og den som er rusmiddelavhengig. Psykologisk mestring handler om hvordan man forholder seg til den sorg og eventuelle skyld og skam som problemet vekker i en selv og den rusmiddelavhengige. Det kan være vanskelig for pårørende å snakke om den psykiske belastningen rusmiddelavhengigheten medfører for deres egen del (Hasle & Risstubben 2005).

Ved en forståelse av begrepet «håndtere» som å mestre ulike sider ved pårønderollen, er det nødvendig å se nærmere på de mer spesifikke svaralternativene pårørende hadde mulighet for å krysse av på for å få tak i eventuelle mer konkrete hjelpebehov. Vi ser da at kvinner i større grad enn menn oppgir hjelpebehov knyttet til den psykologiske og sosiale mestringen. Menn oppgir i større grad å ha hjelpebehov knyttet til den praktiske mestringen. Når vi samtidig vet at de kvinnelige pårørende har en mye tettere kontakt med den rusmiddelavhengige enn det mennene i utvalget har, blir det forståelig at de trenger mer hjelp til å ta vare på seg selv og sin sorgbearbeiding enn det mennene trenger. En hypotese kan være at kvinnene behøver hjelp til å regulere nærhet og avstand, noe mennene tilsynelatende greier i større grad ved at de reserverer seg mer for kontakt. Denne mer avstandspregede posisjonen kan også forklare at menn i langt større grad enn kvinnene ser det som hensiktsmessig å delta i pårørendetilbud sammen med den rusmiddelavhengige. De opplever at de har avstand nok og trenger ikke så mye fokus på egne behov. Å delta inn sammen med den rusmiddelavhengige kan da bety å bidra i en meningsfull sammenheng for å hjelpe den rusmiddelavhengige. Kvinnene i utvalget ønsker dette i langt mindre grad, og særlig gjelder dette for kvinnelige samlivspartnere. Dette kan bety at kvinnene har innsett at de trenger avstand til den rusmiddelavhengige for å kunne fungere til beste for seg selv og ikke minst den rusmiddelavhengige på sikt.

Hjelpebehovene øker ved å benytte seg av pårørendetilbud

Av pårørende som har benyttet seg av pårørendetilbud oppgir en større prosentandel hjelpebehov innenfor flere områder enn det de som ikke har benyttet seg av tjenestetilbud gjør. Dette kan forstås som at gruppen som ikke har benyttet seg av hjelpetilbud, generelt opplever mindre belastninger som pårørende enn de som har oppsøkt hjelp. At hjelpebehovene øker ved å benytte seg av tilbud, kan også forstås i lys av den tausheten og det tabuet som rusen representerer både i familien og i møte med omverdenen. Slik blir de familiene som ikke oppsøker hjelp gjerne isolerte og mister mulig sosial og emosjonell bekeftelse fra både hverandre og omgivelsene. Hjelpebehovene forblir uerkjente og pårørende bruker mange krefter på å holde egne behov i sjakk. Det er først ved å oppsøke hjelp at en oppdager egne hjelpebehov i større grad. En blir oppmerksom på at en trenger å ta vare på seg selv, og de følelsesmessige belastningene blir erkjent i møte med andre pårørende og hjelpere. Særlig gjelder dette kvinner, og hjelpebehov knyttet til følelsesmessige sider ved pårønderollen. 70% av de kvinnene som har benyttet seg av tilbud oppgir at de trenger å ta bedre vare på seg selv, mens kun 40% av de som ikke har benyttet seg av tilbud oppgir det samme. For menn gir ikke det å ha benyttet seg av tilbud utslag på dette hjelpebehovet. Disse dataene kan forstås i lys av kvinners praktiske kunnskap om å være i beredskap for andre uten å fokusere på egne behov. Når de så får fokus på seg selv gjennom pårørendetilbud, får de også i større grad tilgang på signaler fra kroppen og evne til å tolke og sette ord på opplevde plager.

Pårørendes ønske om hjelpetilbud

Jamfør Bjørnstads(2007) konklusjon foran om at det kan se ut som det er noe tilfeldig hvilke hjelpetilbud som gis til pårørende ut fra den enkelte organisasjons/institusjons ressurser og

faglige ståsted, kan en stille spørsmål ved i hvor stor grad tilbudene er innrettet mot det vi vet er virksomt for pårørendes livskvalitet – og i hvor stor grad pårørende ut fra om de er kvinne eller mann opplever disse tilbudene som relevante for dem.

Når vi sammenligner hvilke tilbud pårørende i undersøkelsen har brukt, med hva de faktisk kunne tenke seg av tjenestetilbud, finner vi at de få mennene i utvalget som har benyttet seg av tilbud, først og fremst har deltatt på kurs og samlinger for pårørende. Det mennene samlet først og fremst ønsker å benytte seg av, er samtaler sammen med den rusmiddelavhengige og individuelle samtaler. Det kan altså se ut som mennene har behov for noen andre tilbud enn det de i stor grad er tilbudt. For kvinnes del, har de benyttet seg av både gruppemessige tilbud og i noe mindre grad individuelle tilbud. De ønsker i likhet med mennene individuelle tilbud, men ønsker også i større grad å delta i tilbud på gruppebasis enn det mennene gir uttrykk for.

Kan noe av svaret på hvorfor kvinner i større grad benytter seg av tilbud, være slik at tilbudene i større grad er bygd på kvinners premisser enn på menns? Det terapeutiske rommet kan oppfattes som feminint med vekt på intim dialog og forventninger om å dele følelsesmessige problemer. Dette samsvarer i mindre grad med den maskuline måten å håndtere en vanskelig situasjon på, som mere handler om en praktisk og løsningsorientert hjelp. Ved gjennomgang av tilbudene til pårørende på nasjonalt nivå, er det en overvekt av tilbud av terapeutisk karakter. Manglende alternativer kan være med til å hindre menn i å søke hjelp.

Hvordan adressere hjelpen?

Den forskningsmessige litteraturen peker på manglende kunnskaper om hva pårørende selv opplever som hjelpebehov og hvordan disse best kan møtes. Pårørende i denne undersøkelsen oppgir samtidige hjelpebehov på flere områder, uten at de prioriterer dem. Det tilbudet som flest pårørende etterspør, er individuelle samtaler. På individuelt nivå kan et lavterskeltilbud som pårørende kan oppsøke uforpliktende være et første steg på veien til å få hjelp med de behovene en selv opplever. Et slikt tilbud kan for noen pårørende innebære å få råd og veiledning der og da, eller gjennom en nærmere kartlegging av behovene til den enkelte være en veiviser for videre hjelpetiltak. Andre grupper av pårørende vil trenge mer direkte adressert hjelp for å kunne benytte seg av aktuelle hjelpetiltak.

Halvparten av mennene i utvalget sier at hvis aktuelle hjelpeinstans henvendte seg direkte, ville dette hjelpe dem til å motta tilbud. Dette gjelder i langt mindre grad for kvinnene. Ut fra dette kan det se ut som menn mer enn kvinner trenger å bli invitert inn i konkrete tilbud - at noen de har tillit til peker på hvor de kan finne den riktige hjelpen tilpasset akkurat dem. Det kan også se ut som det har betydning for menn å delta i sammenhenger hvor tilbudet omfatter både den rusmiddelavhengige og pårørende. Å involvere mannlige pårørende når den rusmiddelavhengige er i en behandlingssituasjon, kan være med å gi mannlige pårørende en begripelig og meningsfull posisjon. Å involvere de mannlige pårørende og gjøre dem delaktige kan være sentralt for opplevelsen av å få makt over egen situasjon, at de kan få en opplevelse av en delaktig posisjon som er meningsfull, og hvor de er viktige medspillere i prosessen for at den rusmiddelavhengige kan gjenvinne sin helse.

Selv om verken kvinner eller menn ønsker seg kjønnsdelte tilbud, kan det tenkes at oppretting og annonsering av tilbud som spesielt er tilrettelagt for menn, vil kunne appellere til mennene ut fra at de da vil kunne se for seg at de kan fokusere mer direkte på mannrollen som pårørende. Ved å motta hjelp, kan mennene også bli mer oppmerksomme på, avlaste og støtte de kvinnelige pårørende i kontakten med den rusmiddelavhengige. En slik kjønns spesifikk tilnærming vil med fordel også kunne evalueres, for ytterligere å kunne skreddersy tilbud tilpasset målgruppen.

Både kvinnelige og mannlige pårørende gir uttrykk for at de trenger mer informasjon om pårørendetilbud i regionen, og at en slik oversikt vil kunne hjelpe dem til å ta i bruk aktuelle tilbud.

Informasjon om pårørendetilbud som informantene etterlyser, kan etterkommes ved at det utarbeides et hefte med opplysninger om ulike tilbud. Hftet kan distribueres til både aktuelle hjelpeinstanser og ulike kontorer som pårørende oppsøker.

Avslutning

Pårørende i undersøkelsen oppgir hjelpebehov på viktige områder som naturlig vil influere på deres opplevelse av livskvalitet og mestring av hverdagen. Mange har tett kontakt med den rusmiddelavhengige uten at de får noen støtte gjennom tilbud fra det offentlige hjelpeapparatet. Ut fra hjelpebehovene og det pårørende opplever at de trenger for å ta i bruk ulike tilbud, er det noen områder som peker seg ut som aktuelle å satse videre på fremover, og som kompetansesenteret vil anbefale at det arbeides videre med å utvikle:

- Lavterskeltilbud for pårørende med mulighet for individuelle samtaler og videre henvisning
- Aktiv invitasjon til pårørende om deltakelse i tilbud når rusmiddelavhengig er i behandling
- Gi tilbud som innbefatter både rusmiddelavhengig og pårørende
- Annonserer konkrete tilbud i presse og eventuelt gjennom arbeidslivsorganisasjoner
- Opprette spesifikke tilbud til menn
- Utarbeide hefte med opplysninger om tilbud til pårørende i regionen
- Evaluering av eksisterende og nyopprettede tilbud

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium*. København, Hans Reizels Forlag
- Bancroft, A., Carty, A., Cunningham-Burley, S., og Backett-Milburn K. (2003) *Support for the Families of Drug Users: A review of the literature*. Centre for Research on families and Relationships, University of Edinburgh
- Bakketeig og Nordhagen, (2007) *Hva feiler menn?* I Schei, B. og Bakketeig, L. (red.) *Kvinner lider – menn dør*. Oslo: Gyldendal
- Bergum R. (2007) *Medbrorerskap og myndiggjøring* I Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (red) (2007): *Meistring eller myndiggjøring – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørnstad, T.C. (2007) *Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, rapport 2007:2
- Bourdieu, P. (1993) *Outline a theory of practice*. Cambridge: Cambridge university press
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ekeland T.-J. (2007) Kommunikasjon som helseressurs. I Ekeland, T.-J. og Heggen, K. (red) *Meistring eller myndiggjøring – reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk
- Grue L. (2001) *Motstand og mestring*. NOVA rapport 1-2001
- Hansen F. (1990) *Rusmiddelmisbruk i et familieperspektiv*. Hvilke utviklingsmessige konsekvenser kan det få for barn? Borgestadklinikken ISBN
- Hasle, H. og Risstubben, E. (2005) *Selvhjelp for pårørende – et forprosjekt fra Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri i samarbeid med Høgskolen i Volda*
- Helse og omsorgsdepartementet (2001) Rundskriv av 13.08.2001: *Tjenester til mennesker med psykiske lidelser og omfattende rusmiddelmisbruk*.
- Iversen, E., Lauritzen, G., Skretting, A. & Skutle, A. (2008) *Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmisbrukere*. Klientkartleggingsdata. Rapport for 2007. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).
- Lilleaas, U (2006) I Roness & Matthiesen (red) *I klem eller balanse?* Bergen Fagbokforlaget
- Mæland, J.G., og Haugland, S., (2007) *Det syke kjønn?* I Schei, B. og Bakketeig, L. (red.) *Kvinner lider – menn dør*. Oslo: Gyldendal
- Nordlie E. (2003) *Alkoholmisbruk – hvilke konsekvenser har det for familiemedlemmene?* Tidsskrift Norsk lægeforening nr.1
- Nordby K, Kjøsberg K, Hummelvoll J.K (2008) *Samarbeid mellom ansatte og pårørende til personer med en nyoppdaget alvorlig psykisk lidelse*. Høgskolen i Hedmark, Rapport nr. 5
- NOU 2005: 3 *Fra stykkevis til helt*. En sammenhengende helsetjeneste
- Orford, J. et al, (1998) *Tolerate, engage or whitedraw*. Addiction, Vol. 93, No.12
- Svenkerud S&Hansen F(2005) *Utprøving av et kartleggings skjema for pårørende*. Borgestadklinikken BA
- Templeton L, Zohadi S, Galvani S, Velleman R (2006) *Looking Beyond Risk: Parental Substance Misuse: Scoping Study*. The Scottish Government
- Velleman R & Templeton L. (2004) *Evaluation of Interventions towards the Significant Other* Mental Health Research & Development Unit
- www.lovdatab.no – pasientrettighetsloven
www.sirus.no – 2008
www.veiledningssenteret.no