

Å være i samme båt med trygge voksne ved roret

Barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser i et helsefremmende perspektiv

Zeynep Gurbet Kocagüzel Bas



**Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap
Master i klinisk helsearbeid
Studieretning: Psykisk helsearbeid**

**HØGSKOLEN I BUSKERUD OG
VESTFOLD**

15.01.2016



Navn: Zeynep Gurbet Kocagüzel Bas	Dato: 15.01.2016
Tittel og undertittel: Å være i samme båt med trygge voksne ved roret. Barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser i et helsefremmende perspektiv.	
Sammendrag: Bakgrunn: Behovet for identifisering og oppfølging av barn som pårørende er godt dokumentert og lovfestet. Barn av foreldre med psykiske lidelser beskrives som risikoutsatte, og på politisk nivå har det i de senere år blitt et sterkt fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid. Det er fortsatt store utfordringer knyttet til å fange opp og gi nødvendig oppfølging til denne gruppen. Betydningen av tidlig intervensjon og lavterskeltilbud til utsatte barn og unge fremheves i flere helsepolitiske føringer. Studier viser at barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser er et egnet tiltak som kan ha en helsefremmende effekt for barna som deltar, samt at gruppelederne har en viktig rolle. Gjennom litteratursøket har jeg sett at det foreligger lite forskning på ansattes erfaringer med helsefremmede prosesser i barnegrupper, derfor vil denne oppgaven sette fokus på det. Hensikt: Å bidra til økt kunnskap om hvordan barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser kan ha en helsefremmende effekt for barna som deltar, sett fra et ansatteperspektiv. Teoretisk forankring: Referanserammen tar utgangspunkt i teori om barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Dette sett i lys av teorier om sense of coherence og resiliens. Metode: Studien har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Utvalget består av fem informanter med erfaring som gruppeledere for barnegrupper, på kommunalt nivå. Datainnsamlingen er utført gjennom fokusgruppeintervju. Datamaterialet er analysert i tråd med Graneheim og Lundmans metode for kvalitativ innholdsanalyse. Resultat: Analysen identifiserte fem kategorier. Den første er knyttet til å oppleve erfaringsfellesskap. Den andre viser betydningen av frirom med gode nærvær av voksne. Den tredje handler om å gi barnet kunnskap om psykiske lidelser og bevisstgjøring av følelser. Den fjerde er knyttet til å styrke barnets ressurser for å takle hverdagen. Den femte handler om barnegruppens rammer. Analysen resulterte med hovedtema: "Å være i samme båt med trygge voksne ved roret". Konklusjon: I barnegruppene møtte barna jevnaldrende i samme situasjon som har delte opplevelser og felles erfaringer. Gruppelederne la til rette for at barna var med og skapte et fellesskap knyttet til en normaliseringsprosess gjennom gjenkjennelse, åpenhet, forståelse og sosial støtte. De ansatte var opptatte av å gi barna gode opplevelser og trygg voksenstøtte gjennom aktiviteter, lek og aldersadekvat informasjon for å bidra til at barna ble mer bevisste på sine egne følelser og behov. I følge gruppelederne kan gruppedeltagelsen styrke barnas motstandskraft og ressurser, slik at hverdagen blir mer begripelig, håndterbar og meningsfull. Kunnskap om barnegruppens helsefremmende effekt må utvikles både på individ- og tjenestenivå. For å møte barnas behov for helsefremmende tjenester, og nasjonale politiske føringer om tidlig intervensjon og oppfølging til utsatte barn, må det sikres ressurser som kan bidra til å ivareta denne gruppen.	
Nøkkelord: barnegrupper, barn, foreldre med psykiske lidelser, helsefremmende arbeid, sense of coherence, resiliens, fagpersoner, fokusgruppe, fenomenologisk-hermeneutisk	
Antall ord: 32 992	



Name: Zeynep Gurbet Kocagüzel Bas	Date: 15.01.2016
Title and subtitle: In the same boat with reliable adults at the helm. Children's groups for children of parents with psychiatric disorders in the perspective of health promotion.	
<u>Abstract:</u> Background: The need of identifying and supervision the children as relatives are well documented and determined by law. Children of parents with psychiatric disorders are described as a high-risk group, and in the latest years on a political level, there has been focus on promotion and prevention in the health services. There are still major challenges related to catch up and give needed supervision to this group. The significance of early intervention and a low threshold services to children and youngsters at risk, are being highlighted in political guidelines. Studies show that children's groups for children of parents with psychiatric disorders is a suitable measure which gives promotion for participating children, it also shows that the leaders of the group have an important role. Trough literature search, I have seen there is little research done on employees' experiences with health promotion processes in children's groups, therefore this thesis will focus on that. Purpose: To contribute to increase knowledge about how children's groups for children of parents with psychiatric disorders can benefit with health promotion, seen from the employees' view. Theoretical foundation: The frame of reference is based on the theory of children's groups for children of parents with psychiatric disorders. This in light of theories of sense of coherence and resilience. Method: This study has a phenomenological-hermeneutic approach. The selected group comprises of five informants who have experience in leading children's groups for children on a municipal level of health care. The data is obtained through focus group interview. The data is analyzed after guidelines in accordance with Graneheim and Lundmans method of qualitative content analysis. Results: The analysis identified five categories. The first is related to sharing common experiences in a joint group. The second shows the importance of a "free place" with the closeness of adults. The third is about giving the child knowledge about psychiatric disorders and awareness of their feelings. The fourth is tied up to strengthen the children's resources and to handle everyday living. The fifth is about the groups' structure. The analysis resulted in the main theme: <i>"In the same boat with reliable adults at the helm"</i> . Conclusion: In the children's groups, the children met others in same situation and age group who had shared experiences and knowledge. The group leaders organized in a way so the children could participate and create a community linked to a process of normalization trough recognition, transparency, understanding and peer support. The staff focused on giving the children good experiences and adult support trough activities, play and information adequate to their age to help ensure the children became more aware of their own feelings and needs. According to the group leaders, group participation can strengthen children's resilience and resources so that everyday life becomes more comprehensible, manageable and meaningful. Knowledge of the health promotion effect in children's groups has to be developed both on an individual level and in health care services. To meet the children's need of health promotion service and the political guidelines for early intervention and supervision to children at risk, we have to ensure resources as a safeguard for this group. Key words: children's groups, parents with psychiatric disorders, health promotion, sense of coherence, resilience, professionals, focus-group, phenomenological-hermeneutic Words: 32 992	

FORORD

Takk til!

Jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til at denne studien er fullført.

Først og fremst ønsker jeg å takke min veileder, Ellen Andvig, ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold for god støtte, konstruktive tilbakemeldinger og motiverende ord.

Jeg takker mine informanter, som virkelig var engasjerte og kunnskapsrike innen fagfeltet. Deres deltakelse bidro til en effektiv dataproduktivitet i min studie. Uten dere hadde jeg ikke hatt mulighet til å gjennomføre denne studien.

Videre takk til mine gode kollegaer og venner for oppmuntring, gode råd og støtte underveis.

Til slutt, men ikke minst en spesiell takk til min sønn, Noah, som har vært tålmodig og forståelsesfull i skriveprosessen. Også takk til min familie som har stilt opp og støttet meg og bidratt med ”barnevakt” og praktiske gjøremål gjennom mastergradsstudiet.

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Bakgrunn for studien	1
1.1.1	Historisk tilbakeblikk og temaets aktualitet	2
1.2	Lovverk og forskrifter	4
1.3	Studiens hensikt med problemstilling og forskningsspørsmål	6
1.4	Oppgavens avgrensninger	7
1.4.1	Oppgavens oppbygging	7
2	TEORETISK RAMMEVERK OG AKTUELL LITTERATUR.....	8
2.1	Litteratursøk	8
2.1.1	Søkeord og gjennomføring av søk i databaser	9
2.1.2	Håndplukkede søk	9
2.2	Helsefremmende prosesser	11
2.3	Salutogenese	12
2.3.1	Sense of coherence	14
2.3.2	Stressfaktorer	16
2.3.3	Generelle motstandsressurser	17
2.3.4	Resiliens.....	18
2.3.5	Risikofaktorer	19
2.3.6	Beskyttelsesfaktorer.....	20
2.4	Betydningen av å være barn av foreldre med psykiske lidelser	22
2.5	Formålet med barnegrupper	25
2.6	Studier av barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser	26
2.6.1	Nasjonale rapporter og studier	26
2.6.2	Internasjonale rapporter og studier	28
3	METODE	31
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring	31
3.1.1	Fenomenologi	31
3.1.2	Hermeneutikk	33
3.1.3	Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming	35
3.2	Kvalitativ forskningsmetode	35
3.3	Mitt ståsted som forsker	36
3.4	Datainnsamling	37
3.4.1	Utvalg og rekruttering av informanter	37
3.4.2	Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervju.....	40

3.4.3	Transkribering	42
3.5	Dataanalyse	43
3.6	Personvern og etiske refleksjoner	44
3.6.1	Informert samtykke.....	45
3.6.2	Konfidensialitet og anonymitet	46
3.6.3	Etiske refleksjoner over egen undersøkelse.....	46
3.7	Metodiske refleksjoner	47
3.7.1	Studiens kvalitet	47
3.7.2	Studiens relevans	48
3.7.3	Studiens validitet	49
3.7.4	Refleksjoner over egen studie.....	50
4	PRESENTASJON AV FUNN.....	52
4.1	Barnegruppenes rammer	52
4.2	Å oppleve erfaringsfellesskap.....	55
4.3	Gi barnet frirom med gode nærvær av voksne	57
4.4	Gi barnet kunnskap om psykiske lidelser og bevisstgjøring av følelser.....	59
4.5	Styrke barnets ressurser for å takle hverdagen	61
5	DISKUSJON OG IMPLIKASJONER	63
5.1	Barnegruppenes organisering	63
5.1.1	Rekrutteringsprosesser og deltakerkriterier.....	63
5.1.2	Barnegruppenes tidsrammer og forløp	67
5.2	Å være i samme båt	68
5.2.1	Å skape opplevelse av fellesskap i barnegrupper.....	68
5.2.2	Betydningen av erfaringsfellesskap og gjenkjennelse.....	71
5.2.3	Betydningen av sosial støtte og forståelse fra jevnaldrende i samme situasjon ...	74
5.3	Trygge voksne ved roret	75
5.3.1	Gruppeledernes viktige rolle i barnegrupper	75
5.3.2	Betydningen av lek og aktivitet i barnegrupper.....	77
5.3.3	Gruppeledernes fokus på barnas ressurser og selvhjelpsteknikker	79
5.3.4	Betydningen av kunnskap og informasjon som blir gitt av gruppelederne	81
5.4	Implikasjoner for praksis	84
5.5	Videre forskning	86
6	KONKLUSJON	87
7	LITTERATURLISTE.....	88

Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Datanalysen: Oversikt over meningsenheter, subkategorier og kategorier

Oversikt over figurer:

Figur 1: Helse i livets elv

Figur 2: Faktorer som bidrar til sense of coherence

Figur 3: Perspektivendringen fra elendighet til resiliens

1 INNLEDNING

Denne masterstudien utforsker og beskriver hvordan barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser kan ha helsefremmende effekt for barna, sett i et ansattperspektiv.

1.1 Bakgrunn for studien

Jeg har gjennom min kliniske erfaring og studieforløp vært engasjert i fagfeltet barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet. Møter med barn og foreldre i vanskelige livssituasjoner i form av psykiske lidelser og/eller rusavhengighet hos foreldrene har berørt meg og gitt meg innsikt i at denne gruppen har behov for hjelp og støtte fra fagpersoner. Flere barn og foreldre gav uttrykk for mangelfull oppfølging, og det var mange historier som gjorde et sterkt inntrykk på meg. Gjennom mitt studieforløp har jeg skrevet oppgaver som omhandler utsatte barn og unge, og latt meg inspirere av teori om helsefremmende prosesser. Jeg så ut ifra litteratur og forskning behovet for helsefremmende innsats for denne gruppen, og at barnegrupper blir beskrevet som et egnet tiltak. Det drives barnegrupper i regi av både kommuner, helseforetak og organisasjoner flere steder i landet (Sølvberg, 2011). Flere undersøkelser anbefaler barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser, og beskriver at det finnes flere eksempler på gode rutiner og tiltak lokalt i Norge (Rimehaug, Børstad, Helmersberg og Wold, 2006; Sølvberg, 2011; Theisen og Ådnanes, 2014).

Helsemyndighetene i Norge anslår at psykiske lidelser rammer mellom en tredel og en todel av den norske befolkningen i løpet av livet. Dermed er det et av vår tids mest utbredte helseproblemer (Folkehelseinstituttet, 2014). En rapport fra Folkehelseinstituttet, utgitt i 2011, anslår at 410 000 norske barn (37,3%) har en eller to foreldre med en psykisk lidelse. 260 000 av disse barna har en foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering, mens 115 000 barn har foreldre med en alvorlig psykisk lidelse og rammes av dette (Torvik og Rognmo, 2011). En oppvekst med foreldre som har psykisk lidelse kan innebære en rekke utfordringer for barn på de fleste områder i livet, både praktisk, sosialt og emosjonelt (Kvelling, 2010; Trondsen, 2013). Oppfølging av barn av foreldre med psykiske lidelser byr på en rekke utfordringer både når det gjelder å oppdage dem tidlig nok, samarbeid mellom

instanser, samt lokale ulikheter i ressurser og tiltak (Trondsen, 2013; Halså, 2012). Studier viser at barn av foreldre med psykiske lidelser ønsker og har behov for informasjon, praktisk hjelp, emosjonell støtte og mulighet til å treffe jevnaldrende i samme situasjon (Trondsen, 2013; Kufås, Lund og Myrvoll, 2004; Gladstone, Boydell, Seeman og McKeever, 2011; Gladstone, McKeever, Seeman, og Boydell, 2014). Det har dessverre ikke vært fokus på barn som pårørende innen psykisk helsefeltet tidligere. Det er først de senere årene disse barna har blitt sett. Derfor har barn av foreldre med psykiske lidelser ofte, og med rette, blitt kalt ”de usynlige barna” (Sølvberg, 2011; Rimehaug et al., 2006; Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2007). Flere studier påpeker mangler og dårlige rutiner i hjelpeinstansene som den viktigste årsaken til at denne gruppen har vært tilnærmet usynlig (Sølvberg, 2011; Kufås et al., 2004; Rimehaug et al., 2006). Sølvberg (2011) hevder at helsevesenet har gjort grove unnlattelsessynder når det gjelder å ivareta barn av foreldre med psykiske lidelser, og at man kan undre seg over hvordan de har klart å overse hvilke konsekvenser det har for barn når omsorgspersonen deres har psykiske helseproblemer. Sølvberg (2011) hevder også at det finnes lite litteratur om temaet, og at man ikke har nok systematisk kunnskap.

1.1.1 Historisk tilbakeblikk og temaets aktualitet

Barn av foreldre med psykiske lidelser har vært et økt satsingsområde i den senere tid, også på politisk nivå. Dette har blant annet resultert i at denne gruppen har fått pårørendestatus (Helsedirektoratet, 2010a; Helsedirektoratet, 2012). Regjeringens satsing på barn som pårørende stammer delvis fra Soria Moria-erklæringens kapittel 10, der det står: ”*Regjeringen vil sørge for at barn med psykisk syke foreldre og rusmiddelmisbrukende foreldre får oppfølging og hjelp*”. Satsingen er delt i to parallelle og gjensidig supplerende prosesser mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet. Satsingen startet opp i 2007 med tiltak for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet, og ble utvidet til å omfatte barn som pårørende generelt i 2009. Satsingen har blant annet hatt som mål gi barna tidlig og langsiktig hjelp (Helsedirektoratet, 2012). Bakgrunn for satsingen var Sosial- og helsedirektoratets og Barne- og familiedepartementets (BFD) kjennskap til at barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusavhengige fikk lite støtte og mangelfull oppfølging (Helsedirektoratet, 2012; Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Regionsenteret for barn og unges psykiske helse og Statens institutt for rusmiddelforskning fikk i oppdrag fra BFD å utrede støtte- og behandlingstilbudet til disse barna

(Helsedirektoratet, 2012). Resultatet besto av 3 rapporter, og samtlige av rapportene konkluderte med at barn som pårørende ble gitt et tilfeldig, uforutsigbart og lite helhetlig tilbud. Alle rapportene anbefaler økt oppfølging av barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusavhengige (Aamodt og Aamodt, 2005; Solbakken, Lauritzen og Lund, 2005; Solbakken og Lauritzen, 2006). Rapporten *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre* av Aamodt og Aamodt (2005) understreker et stort behov for å styrke tilbudene for barn som pårørende, og redegjør for et mishold mellom den kunnskapen man har om betydningen av foreldrenes psykiske lidelse og den hjelpen foreldrene og barna tilbys. Rapporten bekrefter imidlertid at det er betydelig kompetanse og flere velfungerende tiltak å finne, via enkeltpersoner, frivillige organisasjoner, og fagmiljø som gjør en stor innsats for risikoutsatte barn. Samtidig viser forfatterne til et varierende tilbud og utbredt ildsjelsarbeid. Disse 3 rapportene dannet grunnlaget for satsingen på barn som pårørende på politisk nivå. Satsingen resulterte i lovendringer og helsepolitiske føringer som vil presenteres i neste kapittel. I tillegg ble nye tiltak etablert. Helse- og omsorgsdepartementet besluttet i 2007 å opprette det nasjonale kompetansenettverket *BarnsBeste*. Nettverket har til hensikt å systematisere og formidle kunnskap og metoder som omhandler barn som pårørende. De har dessuten et eget nettverk som retter seg mot barnegrupper. Satsingen ble senere valgt videreført av begge departementer, i samsvar med regjeringens ambisjon om fortsatt å styrke forebyggende og helsefremmende psykisk helsearbeid for barn og unge. (Helsedirektoratet, 2012).

I 2008 gjennomførte landets fylkesmenn og Helsetilsynet et landsomfattende tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barnevernstjenester, i 114 kommuner. Det ble funnet brudd på regelverkets krav i 90 kommuner og pekt på forbedringsmuligheter i 11 kommuner. Det står i rapporten at det ikke legges til rette for at utsatte barn og unge fanges opp og følges opp forsvarlig (Helsetilsynet, 2009). I arbeidet med barn som pårørende er det også viktig å ha kjennskap til FNs barnekonvensjon, kapittel 3, hvor det står at hensynet til barnas beste skal utgjøre et grunnleggende prinsipp i alle sammenhenger hvor barn er berørt (Barne- og familiedepartementet, 2003).

For min del ble disse faktorene avgjørende i forhold til valg av tema og problemstilling. Jeg ønsker gjennom min studie økt kunnskap om utviklingen på dette feltet, spesielt i forhold til tiltak som kan bidra til å fremme barns positive utvikling. Jeg ser også denne kunnskapsutviklingen som nyttig for fagpersoner i møte med barna, og i arbeidet med tjenesteutvikling.

1.2 Lovverk og forskrifter

Det har fra regjeringens side vært en satsing på å skape kunnskap om barn av foreldre med psykiske lidelser. I denne satsingen ligger det en rekke føringer og lovbestemmelser for hvordan helsepersonell skal sikre en best mulig ivaretagelse av barna. Jeg vil nå presentere lovbestemmelsene og relevante forskrifter som gjelder for barn som pårørende i aldersgruppen 0-18 år, og innebærer biologiske barn, stebarn, adoptivbarn og fosterbarn (Helsedirektoratet, 2010a).

I 2009 vedtok Stortinget endringer i Helsepersonelloven §10 og i Spesialisthelsetjenesteloven §3-7, som trådte i kraft 1. januar 2010. Endringene representerte et juridisk vendepunkt for barn som pårørende, som innebærer endringer både på systemnivå og for det enkelte helsepersonell (Trondsen, 2013). Endringene innebærer at barn skal sees på som pårørende, og det ble utgitt retningslinjer for hvordan de skal ivaretas. Lovbestemmelsene omhandler ivaretagelse av barn under 18 år som har en pårønderolle overfor den voksne forelderen som strever med psykiske, somatiske eller rusrelaterte problemer. Endringene ble gjort for å sikre at mindreårige barn som pårørende skal bli kartlagt av helsepersonell, og få den oppfølgingen og informasjonen som de har behov for. Bestemmelsene gjelder for alle helsepersonell som arbeider i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og i private helsetjenester. Det ble i tillegg lovfestet at spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlig personell som skal sikre at barn som pårørende får oppfølging (Helsepersonelloven §10a; Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a; Helsedirektoratet, 2010a). Virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonell er i stand til å rette seg etter lovpålagte plikter (Helsepersonelloven §16). Virksomhetene pålegges dermed å innlemme plikten til å ivareta barn som pårørende i de ansattes arbeidsoppgaver, og utarbeide tilhørende rutiner.

Rundskriv 5/2010 *Barn som pårørende* omhandler de nye lovbestemmelsene og gir utfyllende kommentarer. Rundskrivet setter fokus på helsearbeiderens ansvar i forhold til å informere og ivareta barn som pårørende, og er ment som en veiledning til helsepersonell om hvordan lovendringene kan praktiseres og hvilke hensyn som må tas (Helsedirektoratet, 2010a). Følgende påpekes i rundskrivet: ”Når begrepet barn som pårørende brukes om barn, må det ikke forstås slik at barn skal ivareta foreldrenes behov”. Formålet med bestemmelsen er at barna skal få bli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når

omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner. Helsepersonell har plikt til å melde ifra hvis det er behov for videre oppfølging hos barnet. Helsepersonell skal tilby informasjon og skal kunne veilede om de tiltak som kan være aktuelle. De skal også tilby samtaler med barn og til eventuelt andre som har omsorg for barnet, der de skal informere om pasientens lidelse. Alt dette skal skje innenfor taushetspliktens rammer og samtykke skal innhentes. Informasjon som gis må være den som foreldrene har samtykket til. Hvis ikke samtykke gis, kan barnet bare få generell informasjon om de ikke allerede kjenner til lidelsen. Rundskrivet presiserer også at samhandling mellom tjenestene betyr mye for at barna skal bli ivaretatt på en helhetlig og god måte over lengre tid (Helsedirektoratet, 2010a).

I Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009), *Samhandlingsreformen*, påpekes viktigheten av tidlig intervensjon og lavterskeltilbud. Med samhandlingsreformen vil regjeringen sikre et bærekraftig, helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud av god kvalitet tilpasset den enkelte bruker. Det legges opp til økt innsats på forebyggende og helsefremmende tiltak. I arbeidet med barn og unge fremheves viktigheten av samarbeid med sektorer utenfor helsetjenesten. Det står videre at mange profesjoner og instanser er i posisjon til å arbeide med tidlig identifisering, og at tidlig intervensjon er sektorovergripende på flere nivåer og vil gjelde ansatte ved helsestasjon, politi, barnevern, familievern, barnehage, skole og oppfølgingstjeneste og pedagogisk-psykologisk tjeneste. Når det i samhandlingsreformen legges opp til langt sterkere fokus på forebygging, understøttelse av brukerens egenmestring, tidlig intervensjon og lavterskeltilbud, er dette oppgaver som i stor grad ligger under det kommunale ansvaret. Helsestasjoner og skolehelsetjenesten skal ha et helhetlig perspektiv på forebyggende arbeid som innebærer utstrakt tverrfaglig arbeid. Dette er av avgjørende betydning i arbeidet med å forebygge psykiske plager og håndtere sammensatte sosiale problemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I veilederen, *Sammen om mestring*, står det at barn som lever sammen med en foresatt som har en psykisk lidelse eller et rusmiddelproblem er risikoutsatt. Når en person utvikler psykiske helseproblemer eller rusmiddelproblemer vil familiemedlemmer bli involvert i problemutviklingen, og møte ulike utfordringer. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk lidelse, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand. Helsepersonell som yter tjenester til en pasient skal avklare om

pasienten har mindreårige barn, skaffe seg oversikt over omsorgssituasjonen og innhente samtykke til hensiktsmessig oppfølging. Helsepersonell skal ha barn i fokus, og det bør være et gjensidig ansvar for både kommunen og ansvarlige behandlere i spesialisthelsetjenesten å kontakte hverandre i forhold til barnets situasjon, og ta rede på hvilke vurderinger som er gjort, og om det er truffet tiltak for å ivareta barnet (Helsedirektoratet, 2014).

I Melding til Stortinget 19 (2014-2015), *Folkehelsemeldingen Mestring og muligheter*, står det at folkehelsearbeid handler både om å fremme livskvalitet og trivsel gjennom deltakelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring, og om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer. Det vektlegges videre at alle barn og unge må gis muligheter til mestring og utvikling. Det omfatter gode levekår og oppvekstforhold som fremmer psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.3 Studiens hensikt med problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med studien er å utforske hvordan samtale- og opplevelsesgrupper, som har fokus på aktiviteter, for barn av foreldre med psykiske lidelser kan ha en helsefremmende effekt for barna, sett fra et ansatteperspektiv. Studiens mål er å utvikle kunnskap om gruppeledernes erfaringer og opplevelser med helsefremmende prosesser for barn i barnegrupper. I den forbindelse ønsker jeg å innhente data gjennom fokusgruppeintervju med ansatte som har ledet barnegrupper, da jeg finner deres erfaringer som relevante. Med utgangspunkt i disse betraktningene belyses følgende problemstilling i studien:

”Hvordan kan barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser ha en helsefremmende effekt for barna som deltar, sett i et ansatteperspektiv?”

Jeg ønsker å belyse fenomenet ved hjelp av to teoretiske perspektiver: sense of coherence og resiliens. Forskningsspørsmålene som vil bli forsøkt belyst ved hjelp av fokusgruppeintervju er:

- 1: Hva kan oppleves som fremmende for sense of coherence i barnegrupper?
- 2: Hva kan oppleves som fremmende for resiliens i barnegrupper?

1.4 Oppgavens avgrensninger

Intensjonen med studien er å undersøke gruppeledernes erfaringer og opplevelser med helsefremmende prosesser for barn i barnegrupper som drives på kommunalt nivå. På grunn av oppgavens omfang har jeg avgrenset studien til å gjelde barn av foreldre med psykiske lidelser, og utelukker dermed andre grupper barn som pårørende. Jeg har valgt å omtale barna i oppgaven som barn av foreldre med psykiske lidelser. Undersøkelser viser dog at dette kan være en uheldig betegnelse av barna, da den kan føre til stigmatisering av barna (Aamodt og Aamodt, 2005). Jeg har imidlertid valgt å bruke denne betegnelsen i studien på bakgrunn av at den er førende i litteraturen på området. For å variere språket i oppgaven omtales informantene som ansatte og gruppeledere. Betegnelsene brukes i studien om fagpersoner som har ansvaret for barnegrupper, og som avgjør barnegruppens innhold. Informantene har erfaring som gruppeledere for barn i barneskolealder, derfor avgrenses studien til denne aldersgruppen. Jeg bruker betegnelsen barnegrupper i oppgaven som en betegnelse på samtale-, opplevels- og aktivitetsgrupper som har ulike organisatoriske rammer hvor barn av foreldre med psykiske lidelser har mulighet til å delta. Jeg har valgt å ha et helsefremmende perspektiv fremfor en sykdomsorientert tilnærming. Barnegrupper beskrives i litteraturen som et helsefremmende tiltak, samt at dette er barn som i utgangspunktet er friske. Jeg mener at økt kunnskap om de barna som klarer seg godt, kan i praksis ha større og bedre virkning for å utvikle helsefremmende tiltak, enn kunnskap om negative forhold. I oppgaven brukes begrepene psykiske lidelser, psykiske vansker og psykiske helseproblemer om hverandre. Dette for å variere ordlyden i teksten. Jeg har valgt å studere problemstillingen fra et ansatteperspektiv, og dermed ikke inkludert barn av foreldre med psykiske lidelser som har deltatt i barnegrupper. Jeg vil gjøre rede for dette valget under metodiske refleksjoner.

1.4.1 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt på følgende måte: i kapittel 2 presenteres oppgavens teoretiske rammeverk og aktuell litteratur. Kapittel 3, Metode, omhandler oppgavens vitenskapsteoretiske forankring, hvilken forskningsmetode som er anvendt for å svare på problemstillingen og dataanalysen, samt etiske og metodiske refleksjoner. I kapittel 4 presenteres funn som har kommet frem i studien. Deretter følger kapittel 5, Drøfting og implikasjoner, hvor funn og teori drøftes opp mot hverandre. I det siste kapitlet beskrives konklusjonen fra studien.

2 TEORETISK RAMMEVERK OG AKTUELL LITTERATUR

I dette kapitlet vil jeg presentere de teoretiske rammene for min studie, samt gjennomgå aktuell litteratur. Jeg starter med en beskrivelse av mitt litteratursøk. Deretter presenterer jeg teori om helsefremmende prosesser, salutogenese, sense of coherence, og resiliens. Videre beskrives betydningen av å være barn av foreldre med psykiske lidelser, og formålet med barnegrupper. Avslutningsvis gjennomgår jeg relevante funn fra litteratursøket, som omhandler barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser.

2.1 Litteratursøk

Jeg har utført et systematisk litteratursøk for å finne frem til relevant litteratur som kan anvendes i oppgaven, og for å få oversikt over hva som er gjort av tidligere relevant forskning. For å få oversikt over feltet valgte jeg å søke etter litteratur som tar for seg barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Jeg fant flere artikler og rapporter som omhandler temaet. Flere av dem tar for seg erfaringer barn og foreldre har med barnegrupper. Videre har jeg søkt etter litteratur som tar for seg hva slags erfaringer ansatte har med barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Dette gjorde jeg for å få en dypere forståelse av temaet, og for å kunne se likheter og forskjeller i barnas og ansattes erfaringer med barnegrupper. Jeg har også søkt etter litteratur som beskriver helsefremmende prosesser i barnegruppene, og fant noe litteratur som fremstiller tiltakets helsefremmende effekt. Imidlertid foreligger det lite forskning på ansattes erfaringer med helsefremmede prosesser i barnegrupper.

Jeg søkte også litteratur ut ifra egen kunnskap og erfaring fra fagfeltet. Dette beskrives i kapitlet “Håndplukkede søk”.

Litteratursøket ble gjennomført i tidsrommet februar 2014 til oktober 2015. Jeg valgte å utføre jevnlig litteratursøk for å få med meg utviklingen innenfor fagfeltet. Dette viste seg å være hensiktsmessig siden relevante artikler og rapporter ble publisert gjennom hele denne tidsperioden.

2.1.1 Søkeord og gjennomføring av søk i databaser

Problemstillingen har ledet meg til søkeordene som er brukt. Både norske og engelske søkeord er anvendt, avhengig av hvilke databaser søkene er utført i. I alle databasene valgte jeg å variere kombinasjon og antall søkeord som ble brukt, slik at jeg kunne få flere treff og plukke opp relevante publikasjoner. De norske søkeordene var: *barn, barnegrupper, ung omsorgsperson, foreldre, psykiske lidelser, helsefremmende arbeid, opplevelse av sammenheng, resiliens, barnegrupper, støttegrupper, psykoedukasjon, og fagpersoner*. De engelske søkeordene var: *child, children groups, young carers, parents, mental health, health promotion, sense of coherence, resilience, support groups, psychoeducation, peer-support, mental health professionals og staff*.

Følgende databaser ble brukt i litteratursøket: SveMed+, PubMed, Medline, PsycINFO (OvidSP) og Cinahl. Jeg startet søket i databasen SveMed+, da dette er en nordisk referansedatabase. Her kunne jeg også sjekke ut om det var andre søkeord som kunne brukes istedenfor de jeg valgte, slik at jeg kunne bruke det i videre søk. Deretter fortsatte jeg med litteratursøket i databasene PubMed og Medline. Disse to databasene gir muligheter for å finne sammendrag av artikler og artikler i fulltekst. På bakgrunn av dette søkte jeg i disse basene i et tidlig stadium av søket. Videre søk ble gjort i basene Cinahl og PsycINFO, men søket i disse databasene resulterte i få treff, og jeg måtte prøve meg frem ved å variere antall søkeord og kombinasjon i stor grad. Dermed resulterte søket i flere artikler, og etter en kritisk gjennomgang valgte jeg ut de jeg vurderte som relevante for oppgavens problemstilling. I tillegg søkte jeg etter litteratur på BIBSYS, hvor jeg fant relevant litteratur fra Folkehelseinstituttet, SINTEF, Tidsskrift for psykisk helsearbeid og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), samt aktuelle fagbøker som blant annet *Barn som pårørende (2012)*. De fleste resultatene fra dette søket tar for seg tema *barn som pårørende*, og inneholder mye betydningsfullt teori som er anvendt i oppgaven. I BIBSYS er kun de norske søkeordene brukt.

2.1.2 Håndplukkede søk

Min erfaring og kunnskap om barn av foreldre med psykiske lidelser hjalp meg i å utføre håndplukkede søk. Jeg har på bakgrunn av min kompetanse søkt direkte på forskere som er kjent innen feltet, og på nettsidene til SINTEF, Helsetilsynet, Rådet for psykisk helse, Voksne

for barn, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse, psykiskhelsearbeid.no, Sørlandet sykehus, BarnsBeste, psykologisk.no, Redd Barna, Morild og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Søket resulterte i flere artikler og rapporter som omhandler temaet, samt boken *Familier i motbakke – på vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (2015). Det har også vært nyttig å se gjennom nettsidene til disse stedene. På denne måten har jeg skaffet meg informasjon om prosjekter og undersøkelser som utføres, eller er utført på dette området. Flere av de relevante rapportene omhandler, presenterer og viser til flere andre studier. Dermed hadde jeg en kritisk gjennomgang av disse, og denne prosessen førte til andre interessante studier og artikler som kunne anvendes i oppgaven. Søk i basene til tidsskriftet Sykepleien og bladet Psykisk helse er også blitt utført. Her fant jeg noen interessante fag- og forskningsartikler. Jeg leste gjennom artiklene og gikk gjennom litteraturlistene, og kom frem til flere aktuelle rapporter og artikler.

Følgende funn fra databasesøket var en review-artikkel: *Children's experiences of parental mental illness: a literature review. Early Intervention in Psychiatry* (Gladstone, Boydell, Seeman og McKeever, 2011). Denne presenterer barnas erfaringer med foreldrenes psykiske lidelse, og tar ikke direkte for seg barnegrupper som tiltak. En kritisk gjennomgang av denne ledet meg frem til andre relevante artikler.

I de senere årene er det blitt økt oppmerksomhet på barn av foreldre med psykiske lidelser på politisk nivå, og satsingen har resultert i lovendringer og helsepolitiske føringer som omhandler barn som pårørende. Derfor har det vært viktig å sette meg godt inn i politiske føringer og retningslinjer. Jeg har derfor gjennomført søk på nettsidene til Regjeringen og Helsedirektoratet, hvor jeg fant relevante veiledere, rundskriv og rapporter.

Gjennom min veileder og personer i fagfeltet fikk jeg tilgang til noen aktuelle dokumenter og artikler. Blant annet *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer; en evaluering av forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum* av Halså og Aubert (2009). Under et masterseminar fikk jeg også tips om doktorgraden til Torndsen (2013), ”Vi er ikke syke mennesker, vi har bare et behov for å snakke”. Denne avhandlingen ledet meg frem til flere av de samme artiklene litteratursøket i databasene resulterte i.

2.2 Helsefremmende prosesser

Helsefremmende arbeid handler om å styrke helsen. Health Promotion dekker det vi på norsk kaller folkehelsearbeid og omfatter både helsefremmende og forebyggende arbeid (Helsedirektoratet, 2010b). Det internasjonale begrepet Health Promotion ble etablert med Ottawa-charteret fra 1986. Helsefremmende arbeid defineres som den prosess som gjør folk i stand til å øke kontrollen over faktorer som påvirker helse. Den utvidede helsedefinisjonen beskriver at helse er en ressurs i hverdagslivet, ikke objektivt det å leve. Helse er et positivt konsept som fremmer sosiale og personlige ressurser så vel som fysisk kapasitet. I helsefremmende arbeid rettes fokuset mot forhold som bidrar til å opprettholde og fremme psykisk helse (Helsedirektoratet, 2010b).

Ottawa-chartret ble utarbeidet og godkjent på den internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986 (World Health Organization(WHO),1986). Her defineres helsearbeid som prosessen som kan fremme økt kontroll og forbedring av egen helse hos mennesket. Helse sees i denne tradisjonen som en prosess som skapes og utvikles i hverdagen. Et viktig element er menneskets vilje og motivasjon til endring og kunne gjøre noe selv (Andvig, Syse, Iversen, Vik, 2011). Ansatte i barnegrupper er en del av hverdagen til barn av foreldre med psykiske lidelser som deltar i disse gruppene, og kan derfor være med på å påvirke og løfte frem muligheter med et slikt perspektiv.

I Ottawa-charteret (WHO, 1986) ble det presentert fem hovedprinsipper: Det første er å bygge opp en sunn helsepolitikk. Det vil si at helse skal fremmes som et sentralt område i alle bestemmende organer på alle områder og nivåer. Prinsipp to er å skape et støttende miljø. Det tredje prinsippet er å styrke lokalmiljøets muligheter for handling. Det betyr at helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å oppnå en bedre helse. Det fjerde handler om å kunne utvikle bedre individuelle ferdigheter. Her er det definert at helsefremmende arbeid skal støtte både en personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsstrategier. Ansatte i barnegrupper vil i tråd med dette prinsippet kunne bidra med sin faglige kunnskap, erfaring og personlige egenskaper. Det siste prinsippet omhandler at helsetjenesten skal tilpasses slik at helsesektorens rolle i økende grad beveger seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å utøve kliniske og kurative tjenester.

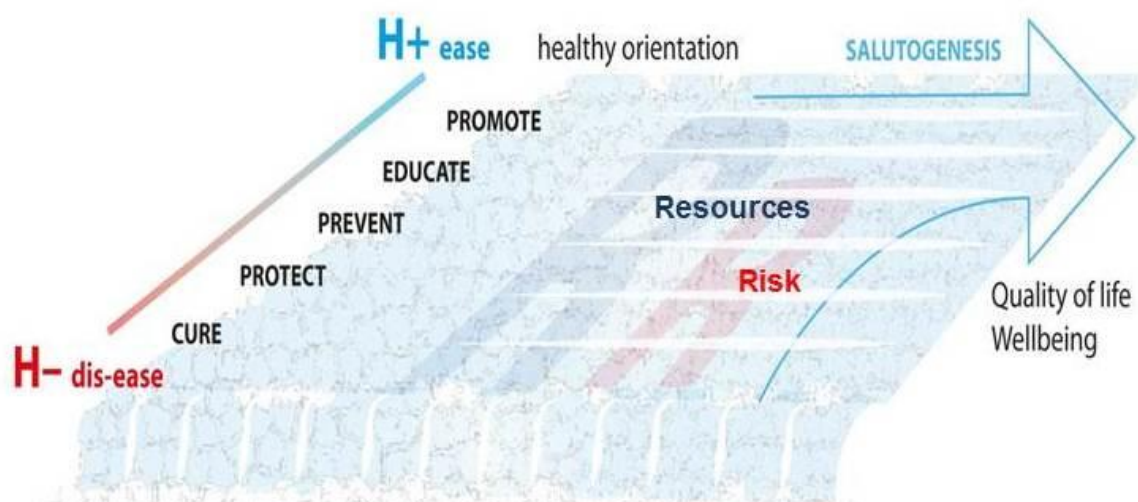
2.3 Salutogenese

Salutogenese betyr ”tilblivelse av helse” og oversatt fra latin betyr ordene, ”saluto” helse, og ”genese” skapelse eller tilblivelse. Den salutogenetiske tilnærmingen fokuserer på hvordan helse skapes ved å styrke personens ressurser, og har sine røtter tilbake til greske skrifter (Langeland, 2014). På slutten av 1970-tallet fikk den salutogenetiske tilnærmingen et økt fokus, blant annet ved at sosiologen Aaron Antonovsky (1979) utviklet ”Teorien om salutogenese” og ”Sense of Coherence” (SOC). Antonovsky (1979; 2012) utviklet begrepet SOC for å kunne forklare hvordan helse skapes i lys av teorien om salutogenese.

Antonovskys arbeid for salutogenesens tankesett har bidratt til et nytt begrepssystem som vektlegger helse i motsetning til sykdom. Antonovsky (1987) forklarer salutogenese ved å speile fenomenet mot patogenese. Antonovsky påpeker at han ikke er motstander av den patogenetiske tilnærming, men ser på de ulike tilnærmingene som komplementære. En sentral forskjell mellom begrepene er at salutogenese fokuserer på hva som gir en høyere grad av helse, i motsetning til patogenese som fokuserer på hva som gir sykdom. Salutogenese fremstiller et perspektiv på velvære, både psykisk og fysisk, ved å fokusere på å fremme menneskets aktive evne til tilpasning til stressfulle indre og ytre omgivelser (Antonovsky, 2012).

Antonovsky hevder at alle mennesker har en viss grad av helse. Innenfor salutogenese defineres helse som et kontinuum, forklart som en akse som går fra helse til uhelse. En salutogen tilnærming fokuserer på hvilke ressurser som bidrar til at noen mennesker opprettholder og utvikler bedre helse til tross for ulike belastninger. Videre fokuserer tilnærmingen på hvor den enkelte person er på kontinuumet og hvordan man kan bevege seg opp mot den enden på kontinuumet som gir en høyere grad av helse (Antonovsky, 2012).

Eriksson og Lindström (2008) har videreutviklet Antonovskys helsekontinuum gjennom metaforen ”Health in the River of Life” (Figur1). Mennesker kommer til verden med ulike forutsetninger for opplevelse av helse. Noen blir født med bortimot fullkommen helse, mens andre fødes ”på grensen til fossefallet”. Figuren illustrerer videre at salutogenese er en kontinuerlig prosess, der risikoer og ressurser, samt hvordan man håndterer disse, påvirker menneskers opplevelse av livskvalitet og helse. Den salutogene teori er et viktig bidrag til helsefremmende politikk, forskning og praksis (Eriksson og Lindström, 2008).



Figur 1: Helse i livets elv (Lindström og Eriksson 2010, s.17) illustrerer kontinuumet mellom ytterpunktene fullkommen helse og uhelse, der alle mennesker til enhver tid befinner seg.

Videre er personens historie og opplevelse viktigere i salutogenese enn diagnosefokus (Antonovsky, 2012). Denne tilnærmingen krever at gruppelederne har en holistisk tilnærming for å få en dypere forståelse av barnas situasjon. Når det gjelder synet på stress, forstås spenning og stress i en salutogen tilnærming som potensielt helsefremmende. Derimot ser man i patogenese på stress som sykdomsskapende. I salutogenese vektlegges bruken av motstandsressurser, mens i patogenesen fokuseres det utelukkende på å minimere risikofaktorene. Salutogenese kan misforstås som helseforebyggende, dersom fokuset i seg selv er å bevare helsen for å forebygge eller hindre sykdom. Salutogenese har en utvidet tilnærming der man ikke enten er syk eller frisk, men man kan være både frisk og syk samtidig. Ut fra et patogenetisk syn ser man etter sykdomsfaktorer som kan være årsaker til sykdom, mens man ut fra et salutogenetisk perspektiv ser etter faktorer som kan bidra til at personer skyves mot god helse på kontinuumet (Antonovsky, 1987; 2012).

Antonovsky begrunner med bakgrunn i sin forskning at helse er ikke et spørsmål om hva en person utsettes for, men personens evne til å takle det som skjer i livet. Innenfor den salutogene tenkningen hevdes det at høy grad av stressfaktorer, kombinert med høy grad av sosial støtte er helsefremmende (Antonovsky, 2012).

2.3.1 Sense of coherence

Teorien om salutogenese er mest kjent for sitt sentrale begrep ”sense of coherence” (SOC). Antonovsky (2012) stilte seg undrende spørsmål som: ”Hva er det som gir god helse?” og ”Hvorfor klarer noen til tross for mye motgang likevel å være friske, og til og med bli sterkere av motgang?” For å kunne gi noen svar på disse spørsmålene ut fra et salutogent mestringsperspektiv utviklet han det sentrale begrepet SOC. På norsk kan begrepet oversettes til ”opplevelse av sammenheng” (OAS) (Antonovsky, 2012). Antonovsky (1987) hevder at SOC er en avgjørende faktor for å kunne forklare personers plassering på kontinuumet og for å kunne bevege seg mot den ”sunne” pol. Antonovsky definerer SOC slik:

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli, som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.”
(Antonovsky, 2012, s. 41).

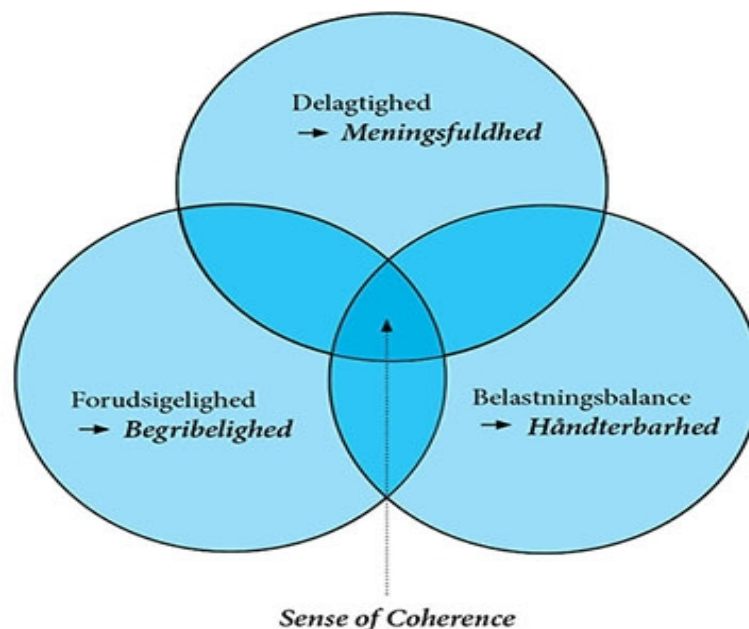
Det fremgår i denne definisjonen at det er særlig tre komponenter som er viktige for å definere Antonovskys begrep SOC. For at en person skal oppleve en sammenheng, i en overordnet global betydning, må vedkommende for det første ha en tillit til at stimuli som stammer fra ens indre eller ytre omgivelser er begripelige. Den andre komponenten er at vedkommende har en indre tro på å ha tilstrekkelig med mestringsressurser til å takle utfordringene. Den tredje komponenten er at personen må være motivert og se at det er en mening med å møte utfordringen (Antonovsky, 2012). Disse tre komponentene i SOC oversettes gjerne til norsk med begripelighet, håndterbarhet og mening, og forstås å være ulike mestringsfenomen som må ligge til grunn for å oppnå god helse i et salutogent perspektiv (Langeland, 2014). Antonovsky (1987) hevder at styrken på SOC har direkte psykologiske konsekvenser som påvirker helseopplevelsen, og at disse tre komponentenes styrke avgjør om SOC blir svak eller sterk. For å gi leseren en mer utdypet forståelse av begrepet SOC vil de tre komponentene bli nærmere beskrevet nedenfor.

1: Begripelighet: handler om at personen forstår de ulike stimuli man møter i livet som strukturerte, forutsigbare, forklarlige/forståelige og sammenhengende. Med stimuli menes ulike utfordringer av mindre eller større omfang som å bli syk, bli utsatt for ulykke, miste nære venner eller pårørende, oppleve krig, ikke takle jobben, måtte flytte etc. (Antonovsky, 1979; 2012). Å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse kan være en slik utfordring (Kvelling, 2010; Pølkki, Ervast og Huupponen, 2004). Personen som opplever stimuli som

fornuftsmessig begripelige har en økt tillit til at det en utsettes for i fremtiden, også vil kunne være til å begripe. Også om de ulike hendelser skulle komme som en overraskelse, vil man likevel oppfatte at de passer inn i en sammenheng og kan forklares. Antonovsky definerer det som ”en grunnfestet evne til å begripe virkeligheten” (Antonovsky, 1979; 2012).

2: Håndterbarhet: handler om at personen har motstandsressurser til rådighet til å mestre de krav som man står ovenfor. Personen har kontroll over ressurser, slik at man ikke opplever seg som et offer. Det kan være mange ulike former for motstandsressurser, indre ressurser som blant annet selvtillit og trygghet. Det kan også være ytre ressurser som venner som stiller opp, mennesker man kan rådføre seg med, eller steder man kan henvende seg for hjelp. Hvis en ikke opplever nødvendige motstandsressurser til rådighet, vil en i større grad risikere uhelse som en konsekvens (Antonovsky, 1979; 2012).

3: Meningsfullhet: handler om at personen opplever mening i livet og mening med det en opplever. Det er vesentlig at kravene oppleves utfordrende, verdt investering og engasjement. Mennesker som har vanskelig for å se meninger med ting, vil i mindre grad være motivert for å engasjere seg (Antonovsky, 1979; 2012; Langeland, 2014).



Figur 2: Faktorer som bidrar til sense of coherence (figuren er hentet fra: <http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Befolkningens%20sundhedstilstand/Mental%20sundhed/Salutogenese.aspx>)

I følge Antonovsky (2012) er disse tre komponentene uløselig knyttet til hverandre. Disse tre komponentene, og at en har personlig kapasitet til å forstå og mestre presset/stresset som en utsettes for fra omgivelsene, hjelper mennesket til en opplevelse av sammenheng. For å fremme helse, må tilværelsen gjøres sammenhengende, og en må ha en følelse av kontroll. En forsøker å oppnå høy grad av disse tre komponentene – selv om man utsettes for stress og press (Antonovsky 2012; Langeland, 2014; Bøe og Thomassen, 2007).

2.3.2 Stressfaktorer

Antonovsky (1987; 2012) definerer stressfaktorer som krav man ikke har en umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på, men som man like fullt er tvunget til å reagere på. Antonovsky beskriver tre ulike typer stressfaktorer som har en flytende overgang i hverandre.

1: Kroniske stressfaktorer som skaper personens livsopplevelse, for eksempel personens historiske kontekst, gruppetilhørighet, kultur, sosial rolle, mellommenneskelige situasjon, temperament og personlighet (Antonovsky, 2012). Antonovsky (1987; 2012) ser på de ulike kroniske stressfaktorer som generaliserende og langvarige avgjørende faktorer på hvor personen ligger på kontinuumet eller for personens SOC nivå.

2: Vesentlige livshendelser som kan sted- og tidfestes, for eksempel skilsmisse, død i nær familie, oppsigelse, familieførøkelse, enestående personlige prestasjoner og pensjonering. Antonovsky kaller disse for stressende livsbegivenheter. Han presiserer at det ikke er selve hendelsen som er den viktige faktor i seg selv, men hvilke konsekvenser som medfølger i kjølevannet av hendelsen. Om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsefremmende, avgjøres ut fra styrken på personens SOC (Antonovsky, 1987; 2012).

3: Daglige små tilfeldige irritasjonsmomenter, for eksempel å stryke på førerprøven, gjøre det dårlig på en eksamen, få en parkeringsbot eller lignende. Antonovsky (1987; 2012) mener at disse faktorene sannsynligvis ikke vil påvirke personens SOC.

Salutogenese ser på stressfaktorer som mulige faktorer til å bevege seg mot god helse på kontinuumet (Antonovsky, 1987; 2012). Å vokse opp med en forelder som har en psykisk lidelse kan være et eksempel på en stressfaktor (Pølkki et al., 2004). Opplevelsen av at en forelder har en psykisk lidelse kan være en dramatisk opplevelse i livet, og kan føre til stressreaksjoner hos både barn og forelder, og forandre hverdagslivet i familien på mange måter (Pølkki et al., 2004). Barn av foreldre med psykiske lidelser kan oppleve styrket

mestring ved å delta i barnegrupper, gjennom de ulike helsefremmende faktorene som ansatte vektlegger i arbeidet i gruppen (Theisen og Ådnanes, 2014). Denne endringen kan ifølge Antonovsky (1987; 2012) muliggjøre en forskyvning mot bedre helse på kontinuumet. I den salutogene modellen er stressfaktorvariabelen plassert ute på sidelinjen. Dette er i tråd med Antonovskys vektlegging av mestringsressurser og SOC (Antonovsky, 2012).

2.3.3 Generelle motstandsressurser

I Antonovskys redegjørelse for den salutogene modellen konsentrerer han seg om generelle motstandsressurser som bygger opp under SOC, og som er avgjørende for evnen til å takle spenning på en tilfredsstillende måte (Antonovsky, 2012). Antonovsky definerer motstandsressurser slik: *"enhver karakteristikk av personen, gruppen eller omgivelsene som kan fremme effektiv mestring av spenning"* (Antonovsky, 1979, s. 99). For å kunne bidra til at personer skal klare å mestre de ulike stressfaktorene er det sentralt, ifølge det salutogene perspektiv, å identifisere individuelle og kollektive motstandsressurser. Teorien hevder at jo høyere grad av personlige og kollektive motstandsressurser en har tilgjengelig og kan anvende, jo bedre SOC og høyere grad av helse vil en oppleve (Antonovsky, 1987; 2012; Langeland, 2014).

Det er vanskelig å gi en fullstendig liste over alle mulige motstandsressurser, da samspillet mellom person og omgivelser alltid vil være i forandring. Antonovsky identifiserer følgende hovedområder for motstandsressurser: sosial støtte, egoidentitet, kunnskap og intelligens, kultur, religion og verdier, fysiske og biokjemiske, materielle verdier, mestringsstrategier, og kontinuitet, oversikt og kontroll. Her fokuseres det på hvordan dette samlet virker inn på belastninger man kan utsettes for. I hvilken grad personen opplever å ha motstandsressurser tilgjengelig, vil påvirke SOC i situasjonen, som igjen påvirker personens opplevelse av grad av helse. Ressursene er kun potensielt tilgjengelige, og det er opp til personen og omgivelsene å ta de i bruk. Graden av dette avgjør hvordan en mestrer stress. Den enkelte persons ressurser vil gi en unik grunnholdning i møte med hendelser i livet (Antonovsky, 1987; Langeland, 2014). Deltagelsen i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser, og støtten fra gruppelederne og de andre barna i gruppen, kan bidra til at barnet har tilgang på slike motstandsressurser.

Oppsummert kan man si at i en salutogen tilnærming i arbeidet med barnegrupper vil målet være å identifisere og ta i bruk barnets ressurser, og bruke det potensialet hvert enkelt barn har. Videre bør det fokuseres på barnets historie og hvordan barnet kan mestre stressfaktoren som det å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse kan medføre. En legger vekt på å ta i bruk potensielle og eksisterende motstandsressurser, og legger derfor ikke bare vekt på å redusere risikofaktorene. I følge den salutogene modellen kan dette være med på å styrke barnets SOC, og dermed gi en høyere grad av helseopplevelse (Antonovsky, 2012; Langeland, 2014).

2.3.4 Resiliens

Ordet "resilience" stammer opprinnelig fra fysikken, og betegner et objekts evne til å komme seg tilbake til utgangspunktet etter å ha vært strukket eller bøyd (Borge, 2007; Rutter, 2000). Borge (2010) skriver at resiliens kommer til syne hos barn som viser en positiv og vellykket tilpasning tross risiko. Jeg har i min studie valgt å bruke Rutter (2000) sin definisjon på resiliens:

"Resiliens er prosesser som gjør at utviklingen når et tilfredsstillende resultat, til tross for at barn har hatt erfaringer med situasjoner som innebærer en relativ stor risiko for å utvikle problemer eller avvik". (Borge, 2010, s.15).

Det fremgår av definisjonen at Rutter (2000) mener resiliens er en relativ motstandskraft mot psykososial risiko. Han hevder det er en eller flere prosesser, og ikke kun ett personlighetstrekk. Disse prosessene innebærer mekanismer som er operative både før, under, og etter møtet med den stressende opplevelsen. Mange mangfoldige prosesser er involvert. Borge (2010) skriver at det finnes flere typer resiliens og flere typer risiko, og ethvert barn i risiko må finne sine særegne prosesser som gjør at tilværelsen blir enklere å mestre.

Resiliensforskere er opptatte av å kartlegge normal fungering under unaturlige forhold. Man har undersøkt effekten av konkrete traumatiske hendelser som krig, katastrofer og tortur, så vel som mer langvarige stressfaktorer som for eksempel å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse. Studie av Jenkins og Smith (1990) viser at barn som vokste opp i en vanskelig hjemmesituasjon, men som hadde en annen nær voksen relasjon utenfor hjemmet, hadde langt færre symptomer på psykiske vansker, enn de barna som opplevde mye konflikter og som ikke hadde noen annen voksen person de kunne snakke med. Borge (2010) støtter dette og

fremmer at mange barn som klarer seg godt, har ofte en annen betydningsfull person utenom primæromsorgsgiver de kan støtte seg på. I en studie av Collishaw, Pickles, Messer, Rutter, Shearer og Maughan (2007) ble det gjort funn på at ungdommer som hadde opplevd omsorgssvikt i hjemmet som barn, fungerte godt til tross for dette. Funnene viser at gode familierelasjoner og de personlige relasjonene ungdommene hadde med signifikante andre, var viktigere enn grad av omsorgssvikt. Videre viser funn at relasjoner er mer betydningsfullt enn andre resiliensfaktorer, som for eksempel kjønn og intelligens.

2.3.5 Risikofaktorer

I følge Kvello (2010) er risikofaktorer en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler vansker. Barns sårbarhet ovenfor påkjenninger varierer. Noen barn kan rammes hardere enn andre selv om risikonivået er identisk. Både genetiske faktorer og miljøfaktorer påvirker barnas utvikling slik at de kan utvikle psykiske vansker. Det påpekes imidlertid at det er ikke slik at all risiko og stress er negativt. Tvert imot kan møtet med utfordringer i hverdagen skape en positiv utvikling hos barna (Kvello, 2010). Studier viser at noen barn har erfart at foreldrenes lidelse har gitt dem en viktig egenskap i form av modenhet og selvtillit, mens andre barn beskriver at lidelsen har ført til lav selvfølelse og ensomhet (Östman, 2008).

Risiko kan være mer eller mindre alvorlig. Dersom mange risikofaktorer er kroniske og inntreffer samtidig, kan det være alvorlig. Imidlertid er det ikke risikoen selv som er det viktigste, men de prosessene og mekanismene den aktiverer. Resiliensforskningen viser at selv om effekten av en risiko kan være ganske liten, kan effekten av flere risikofaktorer få store konsekvenser for barns utvikling. Det å være utsatt for en type risiko fører ofte ikke til langvarige vansker hos barn, men det er summen av flere faktorer som bidrar til skjev utvikling (Bekkhus, 2012).

Innen resiliensforskningen står familiens betydning for barnets positive utvikling sterkt (Borge, 2010; Bekkhus, 2012). Familieforhold som foreldrenes psykiske helse og konflikter, har vært sentrale forklaringer på atferdsvansker (Cummings og Davies, 1994). Dette støttes av Kvello (2010) som hevder at psykiske lidelser hos foreldrene er en av risikofaktorene for at barnet kan utvikle psykiske vansker. Imidlertid behøver ikke psykisk lidelse hos foreldre i seg

selv påvirke barnet i negativ retning. Men dersom dette faller sammen med en uheldig oppdragerstil, for eksempel emosjonell utilgjengelighet kan dette virke skadelig på barnets utvikling (Kvello, 2010). Walsh (2008) poengterer at barn i familier med psykiske lidelser hos mor eller far kan være i risiko, men hvis man klarer å identifisere beskyttende faktorer kan man fremme resiliens i familiene.

Kategorisering av barn av foreldre med psykiske lidelser som en risikogruppe for utvikling av psykiske vansker kan virke uheldig (Trondsen, 2013). Gladstone, Boydell og McKeever (2006) hevder at det kan være alvorlig å definere barn inn i en risikokategori, og at det er et stempel som kan følge barna inn i sitt voksenliv. Trondsen (2013) sin studie viser at ungdommene opplevde defineringen som risikoutsatt som en tilleggsbelastning. Samtidig kan et risikofokus bidra å skape unødvendig bekymring og frykt hos barnet for å utvikle psykiske vansker selv, og virke som en selvoppfylgende profeti (Trondsen, 2013). Dette er viktig kunnskap, sett i et helsefremmende perspektiv.

En studie utført av Fjone, Ytterhus og Almvik (2009), hvor 20 barn av foreldre med psykiske lidelser i Norge er dybdeintervjuet, synliggjør en tøff kamp for å møte kravene til normalitet. Studiet viser hvordan barna kjemper for å unngå stigmatisering ved hjelp av ulike strategier. Det ble identifisert fire ulike strategier barna utviklet for å håndtere situasjonen på best mulig måte: søke seg til likesinnede i miljøet, unngå eksponering, søke ensomhet og utvikle kunstneriske uttrykk (Fjone et al., 2009). Imidlertid påpeker Trondsen (2013) at et risikofokuset kan virke hensiktsmessig ved å bidra til å synliggjøre barnas livssituasjon, betydningen av å fange opp barna tidlig og sette søkelys på familienes behov for hjelp og støtte.

2.3.6 Beskyttelsesfaktorer

Kvello (2010) påpeker at beskyttelsesfaktorer demper risikoen for utvikling av vansker når personer rammes av risikofaktorer, og at beskyttelsesfaktorer omfavner både genetiske, biologiske, mentale, miljømessige og sosiale faktorer. Kvello (2010) hevder at samme beskyttelsesfaktorer kan være virksom mot flere risikofaktorer, samt at miljømessige risikofaktorer synes å gi synlige effekter på barn først fra de er i slutten av førskolealder.

Veilederen *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* fremhever at beskyttelsesfaktorer for barn som pårørende forekommer på flere nivåer (Sosial- og helsedirektoratet, 2007):

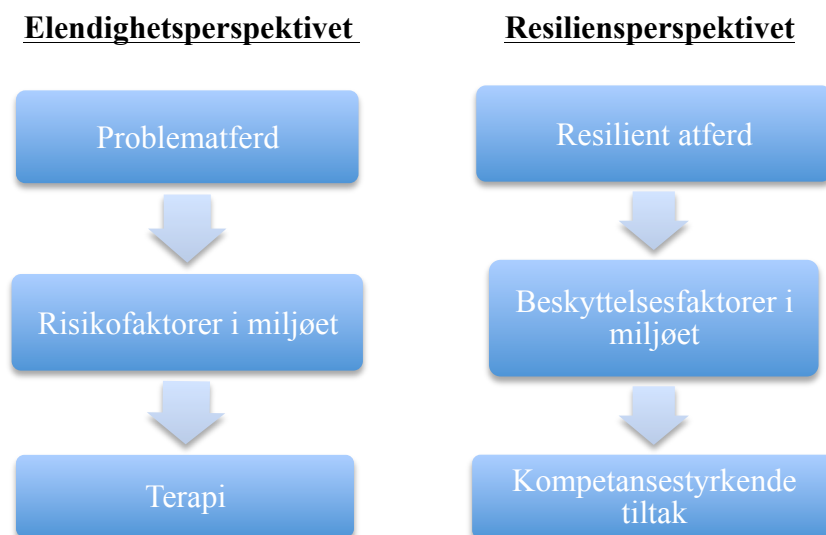
- På individnivå: Medfødt robusthet, sosiale ferdigheter og lett temperament, selvstendighet og opplevelse av å styre viktige aspekter ved eget liv, mestring og følelse av egenverd, kognitiv kapasitet, opplevelse av sammenheng, kreativitet og interesser.
- I forhold til foresatte og nær familie: Foreldres varme og utviklingsstøttende omsorg, foreldres deltakelse og interesse i barns liv, konsistens i oppdragelse, foreldre som tillater barnet å motta hjelp fra andre og som selv får god sosial støtte fra naboer, venner og familie.
- I forhold til øvrig nettverk og samfunn: Sosialt nettverk preget av støtte (minst en person som har hatt positiv betydning for barnet over tid), tilhørighet i gruppe som representerer verdier innenfor samfunnets anerkjente normer, samfunnsstrukturer som støtter personens mestringsstrategier, inkludering i skole/arbeidsliv, tiltak som virker sosial utjevnende.

Jeg ser gjennom disse tre ulike nivåene at resiliens avhenger ikke bare av karaktertrekk ved barnet, men at visse egenskaper må være tilstede i miljøet for at barnet skal ha en positiv utvikling. Dette illustrerer at det er forhold i miljøet som må være der for at barn skal utvikle seg til tross for risiko (Kvello, 2010). Beskyttelsesfaktorer knyttet til øvrig nettverk og samfunn kan for eksempel være barnegrupper og gruppeledere, ved at barnet opplever sosialt nettverk preget av støtte. Gruppelederne og de andre barna kan gi støtte og oppmuntring slik at barnet kan møte nye utfordringer med ny styrke.

Kunnskap om resiliens og innsikt i reaksjoner hos barn som lever under vanskelige livssituasjoner som har en tilfredsstillende utvikling, tilfører viktige bidrag til utvikling av gode helsefremmende og forebyggende tiltak, som for eksempel barnegrupper (Bratli, 2010). Det er en bred enighet innenfor resiliensforskningen vedrørende hvilke faktorer som kan fremme barns resiliens. I tillegg til betydningen av barnets personlige egenskaper peker ulik forskning på grad av åpenhet mellom foreldre og barn, barnets kunnskap og forståelse av sin situasjon, samt tilgjengelig nettverk og sosial kompetanse (Bratli, 2010; Kvello, 2010). Dette er faktorer som kan styrkes gjennom barnas deltagelse i barnegrupper (Bratli, 2010; Theisen og Ådnanes, 2014).

Borge (2010) viser i figur 3, viktigheten av å snu perspektivet fra et elendighetsperspektiv til mestring i arbeidet med barn som har behov for hjelp. Utgangspunktet for elendighetsperspektivet er bekymringen for barn. Man oppdager symptomer på psykiske vansker. Når symptomene blir mange og alvorlige, utvikler barnet en psykisk lidelse som observeres i barnets atferd. Man søker da etter å forstå hva som har skjedd og leter etter årsaker i barnet og miljøet. Barnet henvises til utredning og terapi. Resiliensperspektivets utgangspunkt er annerledes. Her står forbindelsen mellom barns særegne resiliente atferd og det sosiale systemet som sentralt i resiliensprosessen. Her er barnets selvoppfatning viktig. Ethvert barn må utvikle en tro på sin kapasitet til å håndtere stress og risiko i miljøet. Det er viktig å styrke barnets kognitive, sosiale og atferdsmessige karakteristika for å gjøre barnet mindre sårbart ovenfor en rekke vansker (Borge, 2010).

Figur 3: Perspektivendringen fra elendighet til resiliens (Borge, 2010, s.35).



Oppsummert kan man si at resiliensprosessen foregår gjennom å redusere risikofaktorer, samt styrke og synliggjøre beskyttelsesfaktorer. Gjennom å styrke barns forståelse for egen situasjon, evne til å løse egne vansker og relasjon til foreldre eller andre pårørende kan man fremme en god psykososial utvikling hos barnet (Borge, 2010).

2.4 Betydningen av å være barn av foreldre med psykiske lidelser

Studier viser en sammenheng mellom ulike psykiske lidelser hos foreldrene og en forhøyet risiko for utvikling av psykiske vansker hos barna (Borge, 2010; Glistrup, 2006; Kvellø, 2010; Sølvberg, 2011; Killen, 2009). Dette i form av høyere forekomst av emosjonelle

vansker, søvn- og atferdsvansker, kognitive utviklingsvansker, nedsatt selvfølelse, liten tiltro til egne ressurser og sosial unnvikelse (Kvello, 2010; Killen, 2009; Bratli, 2010; Aamodt og Aamodt, 2005; Sølvsberg, 2011; Almvik og Ytterhus, 2004).

Foreldre med alvorlige psykiske lidelser kan ha en redusert kapasitet til å ta vare på seg selv og sine barn (Halsa, 2008; Killen, 2009). Lidelsen kan virke inn på evnen til å utføre foreldrefunksjoner og daglige omsorgsoppgaver (Trondsen, 2013). Barna er i utgangspunktet friske, men de kan miste en trygg havn, mangle et godt forbilde, og på grunn av dette utvikle ”usynlig adferd” der de trekker seg unna for å unngå problemer (Sølvsberg, Aase, og Walnum, 2002; Borge, 2010; Aamodt og Aamodt, 2005; Glistrup, 2006; Rimehaug et al., 2006). Dette støttes av Blinkenberg, Falkesgaard og Hermansen (2007) som hevder at barn av foreldre med psykiske lidelser er særlig utsatt fordi barn i dets oppvekst er avhengig av en relasjon til foreldrene. Dessverre er det flere av barna som opplever taushet og mangel på informasjon om forelderens sykdom, og føler seg usynlige både i og utenfor familien (Trondsen, 2013). Trondsen (2013) påpeker at barna ofte må håndtere store omsorgs- og ansvarsoppgaver, og at de strever med vanskelige følelser som redsel, ensomhet og skyld. I tillegg lever de med en uforutsigbarhet i dagliglivet på grunn av svingninger i forelderens helsetilstand (Trondsen, 2013; Almvik og Ytterhus 2004; Gladstone et al., 2014). Studier viser at barna opplever det praktiske og emosjonelle ansvaret for stort i forhold til deres utviklingsnivå (Kallander, 2010; Pölkki et al., 2004). Dette kan tyde på at barn av foreldre med psykiske lidelser tar på seg ”foreldrerollen” for sine foreldre (Östman, 2008; Fjone et al., 2009).

Barn av foreldre med psykisk lidelse blir ofte betegnet som ”unge omsorgsgivere” eller ”det usynlige barnet” i faglitteraturen (Blinkenberg et al., 2007; Kvello, 2010; Glistrup, 2006; Killen, 2009; Rimehaug et al., 2006; Kallander 2010, Sølvsberg, 2011). Den første betegnelsen bygger på at enkelte barn av foreldre med psykiske lidelser tar rollen som omsorgsperson, og bruker mye krefter ved å ta på seg voksenlivets forpliktelser og gjøremål (Kallander, 2010). Rapporten *Barn i Norge 2014* setter fokus på når barn er pårørende. I rapporten viser Ruud (2014) til studier utført av Becker (2007) og Cass, Smyth, Hill, Blaxland og Hamilton (2009) som poengterer at omsorg for andre kan ha positive virkninger som personlig vekst, utvikling av empati, familiesamhold og ferdigheter. Imidlertid påpekes det at altfor omfattende omsorgsroller kan ha begrensende og negativ effekt på barnas helse, trivsel, sikkerhet, utvikling og skolegang (Becker, 2007; Cass et al., 2009). Glistrup (2006) påpeker at

barna ofte forsøker å skjule foreldrenes manglende omsorgsevne i lojalitet mot foreldrene. Kallander (2010) fremmer at barna selv ønsker praktisk hjelp i hjemmet, og presiserer at graden av omsorgsbelastning bør kartlegges slik at ”unge omsorgsgivere” får nødvendig oppfølging fra det offentlige. Videre fremhever Kallander (2010) at barna trenger støtte og anerkjennelse for den jobben de allerede har utført for familien.

Den andre betegnelsen ”det usynlige barnet” har hovedsakelig to grunner. Det første bygger på at disse barna ofte har blitt oversett av hjelpeinstansene tidligere (Rimehaug et al., 2006; Sølvberg, 2011). Det andre bygger på at et barn av foreldre med psykiske lidelser gjør alt de kan for å skåne sine foreldre for ytterligere belastninger. Barna forsøker ofte å fremstå som ubekymrede og dyktige slik at de ikke påvirker situasjonen i hjemmet ytterligere i negativ retning (Blinkenberg et al., 2007). Noen barn utvikler altså en sensitivitet med hensyn til foreldrenes atferd til enhver tid, med stadige tanker om hva de selv kan gjøre bedre for å forhindre vansker i familien. Noe som kan sees i sammenheng med barnas opplevelser av skyld og skam for familiens situasjon (Glistrup, 2006). Leira (2003) beskriver hvordan følelser av skyld og skam forbundet med psykiske lidelser må sees i sammenheng med kulturelle tabu som fortsatt preger dette området i vårt samfunn. Temaet snakkes sjeldent åpent om, hverken innad i familien eller utad, og barna fanger tidlig opp dette tabuet (Leira, 2003). Glistrup (2006) skriver at barn av foreldre med psykiske lidelser bærer ofte på en usynlig sorg, fordi de opplever at de har det annerledes enn andre barn. De gjør seg ”usynlig” for at ingen skal stille ubehagelige spørsmål. De ønsker å greie seg selv og kan ikke forklare hvordan de har det for de er redde for å ikke bli forstått (Glistrup, 2006). I følge Fjone et al. (2009) var det å gjøre seg ”usynlig” en av strategiene som ble brukt av barna. Dermed fikk ikke andre vite noe om hvordan de hadde det hjemme. Skam og frykt for stigmatisering fremkommer som er årsaken (Fjone et al., 2009).

I tillegg til skam, skyld og frykt for stigmatisering, kan lojalitetsfølelsen ovenfor foreldrene føre til at barna ikke snakker om foreldrenes problemer, men heller prøver å skjule utfordringene det medfører. Sterk kjærlighet og beundring av egne foreldre danner grunnlaget for den store lojaliteten (Fjone et al., 2009; Glistrup, 2006). På tross av alt det vanskelige har barna en sterk kjærlighet til sine foreldre (Östman, 2008).

Det er dokumentert at barn av foreldre med psykiske lidelser har behov for hjelp til å forstå og

bearbeide belastninger de lever med (Borge, 2010; Glistrup, 2006). Barna har behov for å bekrefte sin virkelighetsoppfatning, og samtidig få hjelp til å sette ord på det som foregår hjemme (Fraser og Pakenham, 2008). Faktorer som barnets personlige egenskaper, relasjon og åpenhet mellom barn og foreldre, et godt sosialt nettverk, barnets kunnskap og forståelse av situasjonen kan virke beskyttende for barnet (Aamodt og Aamodt, 2005). Fraser og Pakenham (2008) rapporterer at barn av foreldre med psykiske lidelser mangler informasjon om lidelsen og har dermed ofte misoppfattelser om forelderens psykiske lidelse som kan resultere i unødvendig bekymring og stress. Glistrup (2006) påpeker viktigheten av at ansatte er i stand til å se og forstå livssituasjonen som barnet lever i, anerkjenne barnets motiver, kompetanse og innsats. Barna har behov for å finne adekvate mestringsstrategier som gjør de i bedre stand til å håndtere vanskelighetene (Glistrup, 2006), og nyere forskningsresultater viser at man bør sette i verk helsefremmende og forebyggende tiltak (Sølvberg, 2011, Theisen og Ådnanes, 2014; Rimehaug et al., 2006).

2.5 Formålet med barnegrupper

En del foretak og kommuner har valgt å dekke barn av foreldre med psykiske lidelser sitt behov for informasjon og nødvendig oppfølging ved å tilby barnegrupper for barn som er pårørende (Theisen og Ådnanes, 2014; Sølvberg, 2011). Barnegrupper er ikke et lovpålagt tiltak (Sølvberg, 2011). Enkelte steder er det utviklet et samarbeid på tvers av nivåer (Rimehaug et al., 2006). Aamodt og Aamodt (2005) påpeker at arbeidet med barnegrupper i stor grad er drevet av ildsjeler og spesielt interesserte, og at tiltakene er sårbare. Rapporten poengterer at barnegrupper som tiltak bør styrkes, slik at de lettere kan etableres og holdes ved like uten å være prisgitt av ildsjeler.

I følge Bratli (2010) er hensikten med gruppetilbud for barn av foreldre med psykiske lidelser å bidra til å forebygge psykiske vansker hos barnet. Følgende faktorer kan bidra til dette: barnets forståelse av situasjonen hjemme, barnets selvforståelse, gode familierelasjoner, støtte fra personer utenfor familien, venner, fritidsinteresser, engasjement i skolen, barnets egne ressurser og temperament, samt kognitive og sosiale ferdigheter (Bratli, 2010; Aamodt og Aamodt, 2005). Grant, Repper og Nolan (2008) vektlegger viktigheten av et salutogen perspektiv i barnegrupper. Noe som er i tråd med faktorer innenfor helsefremmende perspektiv som jeg viser til tidligere i kapitlet. I følge Theisen og Ådnanes (2014) er

bakgrunnen for å utvikle gruppetilbud som er direkte rettet mot barn, basert på erfaringer som viser at barn av foreldre med psykiske lidelser har behov for mer informasjon, kunnskap og hjelp til å forstå forelderens lidelse og egne behov. En viktig faktor i barnegrupper er å gi barn mulighet til å møte andre barn i samme situasjon (Gladstone et al., 2014; Blinkenberg et al., 2007; Møller, 2002; Halså og Aubert, 2009; Glistrup, 2006; Aamodt og Aamodt, 2005). Det vektlegges å dele erfaringer, hvor gjenkjennelsen av å høre hva andre barn forteller kan hjelpe et barn i prosessen med å tilegne seg sine egne følelser (Gladstone et al., 2014; Glistrup, 2006; Blinkenberg et al., 2007; Møller, 2002; Halså og Aubert, 2009). I barnegruppene er det vanlig at barna får informasjon om foreldrenes situasjon og hva dette kan bety for hverdagen i familien, noe som kan bidra til å avlaste skyldfølelse og klargjøre muligheter for støtte og hjelp (Blinkenberg et al., 2007, Møller, 2002, Halså og Aubert, 2009). Enkelte av barnegruppene tilbyr aktiviteter og lek i fellesskap, og er et sted hvor barna kan få gode opplevelser og ha det fint sammen (Aamodt og Aamodt, 2005; Bratli, 2010; Theisen og Ådnanes, 2014). I barnegruppene har ofte gruppelederne fokus på å hjelpe barna til å oppdage og forstå mer av egne behov, følelser og muligheter, samt å gi barna mulighet til å danne et nettverk og høste positive opplevelser (Møller, 2002). Killen (2009) hevder at de barna som klarer seg best under belastende forhold, er barn som har en trygg tilknytning utenfor hjemmet. Dette gjelder barn som får hjelp til å mestre sin situasjon, og som opplever en kontinuitet og sammenheng i livet.

2.6 Studier av barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser

Jeg vil videre gi en gjennomgang av relevante forskningsartikler og rapporter fra litteratursøket som spesifikt omhandler barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Først presenteres de nasjonale og deretter de internasjonale funnene, i kronologisk rekkefølge.

2.6.1 Nasjonale rapporter og studier

Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer (Svendsen, 2004). Dette er en evalueringsrapport av BAPP-programmet som er et gruppetilbud for barn som har foreldre med psykiske problemer og/eller rusproblemer. Målet er å styrke barnas mestringsferdigheter, øke deres kunnskap og bevisstgjøre nettverksressurser. Det å leve i en familie med foreldre med problemer skal være tilstrekkelig for å delta. Hovedfunn fra denne

evalueringen viser at barna verdsetter å møte andre barn i samme situasjon, og har fått en økt forståelse og kunnskap om psykiske lidelser. Den økte kunnskapen om lidelsen har ført til at barna tenker mindre på problemene knyttet til den, og noen av barna har fått større innsikt i egne reaksjoner på foreldrenes sykdom. Svendsen (2004) anbefaler at det videre arbeides med bedre metoder for å involvere forelderen med den psykiske lidelsen, og bedre metodikk ved rekrutteringen av barna. Rimehaug et al. (2006) presenterer i sin artikkel *De "usynlige" barna* BAPP-modellens bakgrunn, implementering, manual, samt evaluering av gruppetilbudet. Rimehaug et al. (2006) fremmer at metodene i barnegruppene bør være forskningsbasert.

Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer (Halsa og Aubert, 2009). Dette er en evalueringsrapport av det forebyggende gruppetilbudet for barn av foreldre med psykiske lidelser i Asker og Bærum, *"Du er ikke den eneste"*. Hensikten med gruppen er å forebygge psykiske vansker, og styrke barnas opplevelse av tilhørighet og mestring i hverdagen. I rapporten fremheves de viktigste funnene: Barnas kompetanse om psykiske lidelser har økt, og barna har fått større forståelse for hvordan foreldrenes lidelse kan påvirke dem. Kunnskapen har ført til at barna har fått innsikt i at lidelsen påvirker foreldrenes atferd. Det å bli kjent med jevnaldrende med lignende erfaringer rapporteres betydningsfullt for barna. Det fremkommer også at deltagelsen i gruppen har gitt barna større kjennskap til egne følelser og behov.

Læring og mestring for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer (Bratli, 2010). Dette er en sluttrapport om prosjektet SMIL-styrket mestring i livet. Utviklingsarbeidet har bestått i å utforme gruppetilbud for målgruppen. Bratli (2010) hevder at forebyggende og helsefremmende intervensjoner vil ha god effekt for barn av foreldre med psykiske lidelser. Funn viser at gruppefellesskap med samtale og samvær med andre barn som er i tilsvarende situasjon viser seg å være en god hjelp for mange barn. Samspill og samvær med andre barn i samme situasjon gir barna anledning til å dele erfaringer og følelser, gi og motta råd, redusere ensomhetsfølelsen og isolasjon, og fratakelse av skyld og skam. Rapporten presenterer evalueringsresultater fra både barna, foreldrene og gruppelederne.

"Vi er ikke syke mennesker, vi har bare et behov for å snakke" – en kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder (Trondsen, 2013). Hensikten med studien er å utforske potensialet i internettbaserte selvhjelpsgrupper som et

støttetilbud for ungdom som har foreldre med psykiske lidelser. Funn viser at støttetilbudet gav ungdommene en arena til å dele opplevelser, erfaringer og følelser, og gi hverandre råd og støtte. Studien peker videre på hvordan selvhjelpsforumet fungerer som en endringsarena og mestringsressurs. Trondsen (2013) rapporterer at gjennom gjenkjennelse og åpenhet blir det skapt et fellesskap knyttet til en normaliseringsprosess, slik at ungdommene kan omdefinere oppfatninger av pårønderollen, egne muligheter og fremtidsperspektiver. Denne studien bygger opp under min studie om barn.

I 2014 utgav SINTEF en forskningsrapport: *Evaluering av SMIL – Styrket Mestring I Livet – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer* (Theisen og Ådnanes, 2014). Hovedmålsettingen til SMIL-gruppen er å bidra til å styrke barns evne til å forstå og mestre sin egen hverdag, og slik forebygge framtidige psykiske problemer. Først og fremst er dette knyttet til det å oppleve at man ikke er alene i sin situasjon, og at foreldres lidelse eller vansker ikke er deres skyld. Hovedfunnene fra denne rapporten viser at barna har en positiv opplevelse av å delta på gruppene. Barna erfarte at de opplevde lettelse over å kunne uttrykke tanker, bekymringer og erfaringer i fellesskap med andre barn i samme situasjon. Noen av barna rapporterte at de hadde blitt mer bevisste i forhold til egne behov og roller i familien, og at de hadde blitt flinkere til å sette grenser.

2.6.2 Internasjonale rapporter og studier

Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness (Fraser og Pakenham, 2008). Barnegruppens ramme var psykoedukativ og var basert på et resiliensperspektiv. Det var fokus på å dempe risikofaktorer og styrke beskyttelsesfaktorer i gruppen. Barnegruppens hensikt var å gi informasjon om psykiske lidelser, fremme mestringsstrategier, få støtte fra jevnaldrende, gruppesamtaler, samt ulike aktiviteter som for eksempel å lage kunst, ulike spill, quiz og fremvisning av filmer. Barna som deltok i gruppen viste til klinisk signifikant bedring i mental helse og livstilfredshet.

Young people supporting parents with mental health problems: the experiences of assessment and support (Grant, Repper og Nolan, 2008). Studien presenterer barnas tilbakemeldinger på en barnegruppe for ”young carers” for barn av foreldre med psykiske lidelser i England. Barnegruppen hadde ingen tidsramme, slik at barna ble sett over et lengre tidsperspektiv.

Barna som deltok i gruppen hadde mulighet til å kontakte gruppelederne også utenfor gruppesamlingene. Funn viser at gruppelederne ble sett på som viktige nærpersoner. Humor ble brukt aktivt i gruppen, noe som gav en god atmosfære, som igjen resulterte i at barna følte en økt trygghet og kontroll. Gruppen i seg selv ble sett på som et viktig sted å forme vennskap med jevnaldrende. Å bli kjent med jevnaldrende i samme situasjon hjalp barna å bedre forstå deres egne erfaringer og se verdien i at de ikke er de eneste, samt normalisere livssituasjonen de lever i. For enkelte barn kunne det ta flere måneder før de ble trygge nok til å snakke fritt om deres erfaringer, og før de følte at de ikke var illojale mot foreldrene når de åpnet opp om familiehemmeligheter. Forfatterne vektlegger viktigheten av et salutogen perspektiv i barnegrupper, og fremhever faktorer som hjelper barna til å begripe, håndtere og være i stand til å se en mening i deres livssituasjon for å styrke SOC.

Interviews with children of persons with a severe mental illness -Investigating their everyday situation (Östman, 2008). Funn viser at samtale er viktig for barna for å redusere stresset som medfølger ved å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse. Barna i studien understreket viktigheten med tillitt til de personene de snakket med om foreldrenes situasjon. Personene barna hadde tillitt til blir beskrevet som jevnaldrende, fagpersoner, slektninger eller den ”friske” forelderens. Videre viser funn at barna ofte manglet noen å snakke med om forelderens lidelse, og blir beskrevet som ”alene med deres følelser og tanker”. Barna ønsket samtale med fagpersoner for å få informasjon om forelderens psykiske lidelse, samt atferd knyttet til lidelsen. I tillegg viser funn at informasjon om foreldrenes lidelse reduserte barnas usikkerhet og følelse av skyld og skam.

Early Outcomes of a Pilot Psychoeducation Group Intervention for Children of a Parent with a Psychiatric Illness (Riebschleger, Tableman, Rudder, Onaga og Whalen, 2009). Forskerne har undersøkt praksis, formål og effekt ved en støttegruppe for barn mellom 10-16 år. Viktigheten av forebygging og tidlig intervensjon for barna understrekes. Funn i studien viser flere faktorer som kan bidra til at barnet takler stressende situasjoner i hverdagen bedre: Barna trenger å få konkret informasjon og lære om foreldrenes psykiske lidelse, samt lære mestringsstrategier og teknikker. Barna bør lære å gjenkjenne følelser og regulere følelsenes effekt. Barna har behov for å ha et positivt og håpefullt syn på fremtiden. Videre er en viktig faktor å snakke åpent om den psykiske lidelsen med de nærmeste. Barna trenger å ha kontakt med trygge og støttende voksne. Barna bør være involvert i ulike aktiviteter, også utenom

familien. Forskerne fremmer at disse ulike faktorene bør brukes mer i utformingen av barnegrupper.

Analysis of a Support Group for Children of Parents with Mental Illness: Managing Stressful Situations (Gladstone, McKeever, Seeman, og Boydell, 2014). Dette er en evaluering av en psykoedukativ støttegruppe for barn i skolealder som har en forelder med en psykisk lidelse. Barnegruppen fulgte en mal og varte over 8 uker. Forskerne observerte gruppedynamikken og utførte en kritisk diskursanalyse av malen som ble brukt i gruppen. Dette var for å undersøke om barna forsto formålet med gruppen, noe som var forhåndsbestemt av gruppelederne. I tillegg så de på om intervensjonen til gruppen dekket barnas behov. I gruppen var det et fokus at barna skulle få kunnskap om ulike psykiske lidelser. Økt kunnskap ble sett på som en styrke for barnet, og for å uttrykke vanskelige følelser rundt det å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse. Barna som deltok understreket viktigheten av å kjenne på fellesskapet, støtte fra jevnaldrende og gjenkjennelse gjennom deres felles erfaringer som betydningsfullt. Resultatene fra studien påpeker at informasjonen som gis til barn i undervisningssammenheng bør gjennomgås jevnlig, og at det bør tilpasses barnas alder. Videre viser funn at støttegrupper kan hjelpe barna med å fremme gode relasjoner. Barna vil også ha godt utbytte av å lære om hvordan de kan snakke om deres erfaringer, også i andre arenaer utenfor barnegruppen. I 2010 skrev Gladstone sin doktoravhandling *"All in the same boat": An analysis of a support group for children of parents with mental illnesses*, som omhandler det samme gruppetilbudet. Det er samsvarende funn i disse studiene.

3 METODE

Dette kapitlet handler om hvor jeg har posisjonert meg vitenskapsteoretisk, og ut ifra det valg av design og metode for undersøkelsen. Kapitlet starter med en presentasjon av oppgavens vitenskapsteoretiske forankring. Deretter redegjør jeg for hvilken forskningsmetode som er anvendt for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Videre beskrives datainnsamlingen, og det gis en gjennomgang av selve gjennomføringen av fokusgruppen. Etter dette presenterer jeg dataanalysen, og redegjør etiske refleksjoner jeg har gjort underveis. Avslutningsvis i kapitlet beskrives de metodiske refleksjonene, og jeg vil vurdere oppgavens relevans og validitet.

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Undersøkelsen er forankret i en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteori. Jeg vil ut ifra min egen forståelse av teoriene argumentere for hvorfor de er relevante for min undersøkelse. Jeg har utført et kvalitativt fokusgruppeintervju, der jeg har ønsket å utforske problemstillingen og forskningsspørsmålene basert på en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Malterud (2011) skriver at kvalitative studier bygger på teorier om menneskelig erfaring og fortolkning, henholdsvis fenomenologi og hermeneutikk. En fenomenologisk tilnærming i form av kvalitative intervjuer er en velegnet fremgangsmåte når man ønsker å studere personers opplevelser. Fortolkningen av de beskrevne fenomener er den delen av forskningsprosessen som hører til hermeneutikken (Malterud, 2011). Jeg vil først begrunne bruken av en fenomenologisk tilnærming, og deretter redegjøre for hvordan dette naturlig fører meg over i en hermeneutisk forståelse. Grunnet oppgavens omfang og begrensninger går jeg ut ifra de grunnleggende idéene i hver tradisjon.

3.1.1 Fenomenologi

Kvalitativ metode er en velegnet metode som bidrar til å forstå et fenomen, fange opp meninger og opplevelse. Fenomenologi er en forståelsesform der menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap (Malterud 2011). Fenomenologien har sin oppmerksomhet rettet mot subjektet og subjektets erfaringer (Thornquist, 2003).

Den fenomenologiske tradisjonen bidrar til et brudd med positivismens dualisme ved å ta avstand fra et sterkt skille mellom objektet (fenomenet) og subjektet (personen). Edmund G. A. Husserl (1859-1938) blir regnet som fenomenologiens grunnlegger og var særlig opptatt av hvordan verden blir konstituert via individets bevissthet. Det som kjennetegner bevisstheten, er dens intensjonalitet. Med det menes at bevisstheten er sentrert mot noe annet enn seg selv, og man tilstreber å lage seg en mening om det en sanser og forestiller seg både ved hjelp av erfaring og fantasi. Fenomenologien betrakter hensikten med selve fenomenet slik det kommer frem. Fenomenologien omtales som en erfaringsfilosofi med vekt på at forståelsen av fenomener er avhengig av hvordan personen erfarer verden rundt seg, og at verden derfor ikke kan sees uavhengig av personen som erfarer den. Fenomenologi står i motsetning til en ensidig vektlegging av vitenskapelig og intellektuell refleksjon på bekostning av livserfaring, sunn fornuft og praktisk erfaring (Thornquist, 2003; Kvale og Brinkmann, 2009).

Min oppgave er inspirert av fenomenologisk tradisjon. Jeg søker å få frem gruppeledernes opplevelser og beskrivelser, knyttet til deres erfaringer med barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. På bakgrunn av at jeg er interessert i gruppeledernes erfaringer lot jeg meg inspirere av en fenomenologisk tradisjon, fordi den er velegnet til å forstå sosiale fenomener sett ut ifra aktørens perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har vært opptatt av å få frem den helsefremmende effekten barnegrupper kan ha for barna som deltar, fra et ansatteperspektiv. I kvalitativ forskning er fenomenologi mer bestemt et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver. Fenomenologer er interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden (Kvale og Brinkmann, 2009). Livsverden er den konkrete, dagligdagse verden en tar for gitt og som man i hovedsak forholder seg ureflektert til. Sentralt i fenomenologien står *livsverdensperspektivet*. Husserl mente at fenomenologiens oppgave var å tydeliggjøre livsverdenen. Dette forutsetter en disiplinert tilnærming til fenomenet – preget av åpenhet og at man parentessetter forforståelsen, så langt det er mulig. Med livsverden menes den erfarings- og opplevelsesverden man allerede lever i sammen med andre mennesker og som man kan stå i et kommunikativt forhold til (Thornquist, 2003). Thornquist (2003) hevder at utfordringen ved å benytte en fenomenologisk forståelse, er at forskeren ikke skal tilnærme seg feltet med ferdige teorier og kategorier. Det oppfordres til åpenhet og tilbakeholdenhet. Jeg setter dette i sammenheng med Husserls begrep *epoche* (å sette i parentes), og reflekterer over ren bevissthet upåvirket av egen forforståelse. Husserl bruker *epoche* som betegnelse for en systematisk beslutning om å rette erkjennelsesbestrebelsene bare mot erkjennelsesobjektets vesen, og

avholde seg fra antagelser eller fordommer (Thornquist, 2003). Med dette i tankene har jeg kontinuerlig gjort vurderinger og refleksjoner underveis i forskningsprosessen. Blant annet har jeg reflektert rundt moderatorrollen, og i sammenheng med min forforståelse, fordommer og kommunikasjonsform. Dette på bakgrunn av mitt ståsted som forsker, som jeg beskriver nærmere i kapittel 3.3. Jeg ønsket å være åpen og tilbakeholden, men samtidig en effektiv dataproduktivitet. Mitt formål var å bevare en fenomenologisk tilnærming under fokusgruppeintervjuet. I tillegg til dette hadde jeg godt kjennskap til virksomhetene barnegruppene var organisert under, og kunne navnene til informantene. Malterud (2012) skriver at det å kunne tiltale informantene med navn, vil føre til at henvendelsen oppleves mer personlig. På denne måten kommer navnene direkte inn på lydopptaket.

Jeg er klar over at datainnsamlingen er preget av en fenomenologisk tilnærming uten forutsetninger, men også noe hermeneutisk tilnærming, da den inneholder elementer i hermeneutikken. Dette er grunnet informantenes beskrivelser og eksempler av barnas helsefremmende effekt av barnegruppene, som kunne basere seg på egne tolkninger. Under intervjuet understreket samtlige av informantene at de fikk konkrete tilbakemeldinger fra barna, både muntlig og skriftlig. Disse erfaringene delte de under fokusgruppeintervjuet og poengterte at det stemte med deres egne observasjoner. Pedagogikkprofessoren og fenomenologen Jan Bengtsson (1988) mener at livsverdenen er allment til stede i våre observasjoner, og er knyttet til det observerende subjekt og danner en *forståelseshorison*t.

Siden jeg har skrevet oppgaver om tema tidligere, og dette er et område jeg kjenner godt til, erkjenner jeg at dette vil bli et vanskelig ståsted for meg i undersøkelsen. Jeg er klar over at dette bringer meg nærmere et hermeneutisk ståsted.

3.1.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk er læren om fortolkningen av tekster og meningsfylte fenomener (Kvale og Brinkmann, 2009; Aadland, 2011). Bearbeidelse og fortolkning av tekst er en fundamental del av forskningsprosessen i kvalitative studier (Lindseth og Norberg, 2004; Aadland, 2011). Hermeneutikk har fått mye oppmerksomhet i forbindelse med forskning som omfatter menneskets erfaringer, forståelse og fortolkning av meningsfulle fenomener. Dagens hermeneutikk ble opprinnelig utviklet innenfor filosofien og litteraturvitenskapen, og handlet

om tolkning av skriftlige tekster (Thornquist, 2003). Hermeneutikken er opptatt av hvordan mennesket innenfor språkets rammer forstår den mening og de intensjoner som andre mennesker uttrykker gjennom ord, handlinger og i relasjonelle sammenhenger. To begrep er sentrale innenfor hermeneutikken; fordom og forståelseshorisont. Begrepene refererer til at fenomener gir mening ut ifra sammenhengen en møter dem i og at man har en bakgrunnskunnskap som bringes inn i fortolkningen av fenomenene (Thornquist, 2003; Kvale og Brinkmann, 2009).

Hans-Georg Gadamer (1900-2002) innførte begrepet ”horisontsammensmeltning” og videreutviklet hermeneutikk som metode av betydning for forskningsprinsipper. Ved en horisontsammensmeltning vil min egen forståelse utvides ved å benytte andres forståelseshorisont til ny viten. Min egen forståelseshorisont innbefatter bevisst og ubevisst kunnskap, og i en sammensmeltning med andres forståelseshorisonter utvides forståelsen og utvikling av ny kunnskap. I denne prosessen stilles det krav til refleksjon, åpenhet og å ha vilje til å forkaste egen forforståelse for å utvide ny forståelse og kunnskap. En horisontsammensmeltning krever at tolkerens egen forståelse er med i prosessen og ikke bare fenomenets sammenheng og iboende muligheter for forståelse (Thornquist, 2003; Kvale og Brinkmann, 2009).

Det grunnleggende prinsippet i fortolkningsprosessen er en stadig veksling mellom forståelsen av deler av teksten, og forståelsen av teksten som helhet. Man lar betydningen man har funnet i deler av teksten belyse teksten som helhet, samtidig som teksten som helhet påvirker forståelsen av delene. Denne prosessen kalles en hermeneutisk sirkel, og pågår til man opplever å forstå teksten som sammenhengende og konsistent (Kvale, 1983). Thornquist (2003) hevder at den hermeneutiske sirkel er det mest kjente begrepet innen hermeneutisk tradisjon, og skriver at det fortolkningsmessige prinsippet handler om å forstå delene ut ifra helheten og helheten ut ifra delene. Thornquist (2003) beskriver den som en dynamisk erkjennelsesprosess. Dette er prinsipper som er vesentlige for meg i egen undersøkelse. Jeg vil under intervjuet og analysen tilstrebe å være bevisst egen forforståelse, og være åpen i tolkningen av informanternes informasjon. Også i analysen av kvalitative intervjuer veksler man mellom å forstå eller fortolke deler av intervjuet i lys av hele intervjuet, samtidig som forståelse av delene kan skape en forståelse av den totale intervjuteksten. En av forskjellene mellom tradisjonell tekstfortolkning og analyse av kvalitative intervjuer, er at man som

kvalitativ forsker både er fortolker og medskaper av teksten. Innen tradisjonell tekstfortolkning jobber man med ferdigstilte tekster. En annen forskjell er at man må balansere ønsket om logisk, meningsfull sammenheng i teksten mot det fenomenologiske perspektivet, hvor man holder seg tro mot de nyansene og eventuelle motsigelsene i teksten fordi dette kan speile selve fenomenets kompleksitet (Kvale, 1983).

3.1.3 Fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming

Min studie har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, da jeg innhentet subjektive erfaringer/beskrivelser fra informantene, som senere ble transkribert til tekst som jeg bearbeidet og tolket. I intervjuer skal man få personer til å fortelle om hendelser og situasjoner, samt refleksjoner over dette (Malterud, 2012; Kvale og Brinkmann, 2009; Aadland, 2011). Med dette i tankene forsøkte jeg under fokusgruppeintervjuet å tilrettelegge på best mulig måte for informantene, slik at de kunne få frem mest mulig konkrete fortellinger om hendelser de har opplevd og refleksjoner over dette. Metoden er fenomenologisk fordi fokuset for studien ligger på levde erfaring, med det formål å få frem meningssensasjoner ved den levde erfaringen. Datamaterialet som ble gjort om til skriftlig tekst ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, som er utarbeidet av Graneheim og Lundman (2004). Det hermeneutiske perspektivet ligger i at jeg tolket og abstraherte til et hovedtema. I Graneheim og Lundmans (2004) metode for kvalitativ innholdsanalyse er til og med trinn fem beskrivende (manifest), mens trinn seks er tolkende (latent). På trinn seks kommer hermeneutikken inn. Frem til det hadde jeg en fenomenologisk tilnærming i analyseprosessen (Graneheim og Lundman, 2004). Jeg gir en nærmere beskrivelse av selve dataanalysen og trinnene jeg har fulgt i kapittel 3.5. Metoden er videre hermeneutisk ved at annen litteratur benyttes til å belyse funnene fra undersøkelsen for å utvikle en omfattende forståelse, og samtidig kan funnene utdype forståelsen av litteraturen.

3.2 Kvalitativ forskningsmetode

Metode kan ses som veien mot målet (Kvale og Brinkmann, 2009). Min studie har et eksplorativt og beskrivende design, med bruk av kvalitativ metode. Da jeg også har en hermeneutisk tilnærming er designet i tillegg tolkende. Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative

tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet. Den tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2012). I forskning skal metoden tilpasses formålet. Med det menes at man velger den metoden som man mener er best egnet til å utforske, eller gi svar på forskningsspørsmålene (Malterud, 2011). Problemstillingen for denne studien er:

”Hvordan kan barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser ha en helsefremmende effekt for barna som deltar, sett i et ansatteperspektiv?”

Kvalitative metoder benytter seg av ulike strategier for innsamling av data, men bygger i hovedsak på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2011). Jeg har valgt kvalitativ metode hovedsakelig av to grunner. For det første er jeg interessert i gruppeledernes erfaringer og beskrivelser, og dermed på prosesser og meninger som ikke kan måles i kvantitet. For det andre foreligger et fåtall studier innenfor området som tar for seg de helsefremmende faktorer i barnegrupper i et ansatteperspektiv, spesielt på nasjonalt nivå. Malterud (2011) skriver at kvalitativ metode anses som særlig egnet når man skal studere et fenomen det foreligger lite kunnskap om.

3.3 Mitt ståsted som forsker

Malterud (2011) sammenlikner forskerens forforståelse med en ryggsekk som en har med seg inn i forskningsprosessen. Hun skriver at innholdet i ryggsekken er med og påvirker forskeren hele veien. Min forforståelse kommer delvis frem i innledningen hvor jeg skriver om bakgrunn for valg av tema. Jeg vil her utdype dette nærmere og beskrive min bakgrunn.

Jeg, Zeynep Gurbet Kocagüzel Bas, har arbeidet innen helse- og omsorgssektoren både før, under og etter sykepleierutdanningen som jeg fullførte i 2008. Jeg har erfaring fra hjemmesykepleien, og fra virksomhet for psykiske helsetjenester i to forskjellige kommuner. Ved siden av dette har jeg fullført videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid. Jeg ønsket å jobbe tettere med utsatte barn og unge i min arbeidshverdag, og bestemte meg for å bevege meg mot skolevesenet og fullførte praktisk-pedagogisk-utdanning. I løpet av min praksis ble jeg mer oppmerksom på manglende og tilfeldig oppfølging til utsatte barn og unge, samt konsekvensene av dette. På bakgrunn av dette ønsket jeg å jobbe med tjenesteutvikling. Siden begynnelsen av 2012 har jeg vært ansatt i kommunehelsetjenesten i helsedirektørens stab som

spesialkonsulent. Jeg jobber med tjenestetildeling og samordning, spesielt i forhold til mennesker med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. I tillegg er jeg med i prosjekter som går ut på tjenesteutvikling. Jeg har et tett samarbeid med virksomhet for psykiske helsetjenester for voksne, senter for oppvekst og skolevesenet. I løpet av det siste året har jeg deltatt på diverse kurs og seminarer som har omhandlet barn som pårørende. Jeg har blant annet deltatt på kurs om psykologisk førsthjelpsskrin, gjennom organisasjonen Voksne for barn.

Malterud (2011) hevder at forskerens ståsted, faglige interesser og personlige erfaringer avgjør hvilken problemstilling som er den aktuelle, hvilket perspektiv som skal velges, hvilke metoder og utvalg som er relevante, hvilke resultater som besvarer de viktigste spørsmålene og hvordan konklusjonene skal vektlegges og formidles. Spørsmålet er ikke hvorvidt forskeren påvirker prosessen, men hvordan.

3.4 Datainnsamling

Jeg har samlet inn data via fokusgruppeintervju. Malterud (2012) skriver at fokusgrupper er en forskningsmetode der kvalitative data blir samlet inn fra gruppediskusjoner om et tema forskeren vil vite mer om. Hensikten med fokusgrupper er hverken å komme til enighet eller å presentere løsninger på de spørsmål som diskuteres. Hensikten er å få frem de ulike synspunktene på saken (Aadland, 2011). Malterud (2012) skriver at samhandlingen mellom deltakerne står sentralt, og påpeker viktigheten av gruppedynamikken. Gruppesamtalen må kjennetegnes av uttalt interaksjon mellom deltakerne. Malterud (2012) anbefaler grupper med 5-8 deltakere. Lerdal og Karlsson (2008) skriver at antall deltakere i et fokusgruppeintervju bør være hensiktsmessig, og at nyere litteratur ofte anbefaler en gruppe som består av mellom 4-6 personer.

3.4.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Mens man innen kvantitativ forskning søker et utvalg som skal være mest mulig representativt for en viss populasjon, søker man innen kvalitative metoder et utvalg som kan gi mest mulig relevant informasjon om det fenomenet man ønsker å studere. For å samle data

fra relevante kilder er kunnskap om feltet og teoretisk bakgrunn viktige forutsetninger (Malterud, 2011). Jeg ønsket å undersøke ansattes erfaringer med barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser, og studere gruppenes helsefremmende effekt for barna gjennom ansatteperspektivet. Derfor rekrutterte jeg informanter som var eller hadde vært ansatte som gruppeledere for barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Et slikt utvalg kalles *strategisk*. Det betyr at man velger ut de personene som man tror har noe å fortelle om det fenomenet man er ute etter (Dalland, 2012).

Studiets inkluderingskriterier er at informantene måtte ha erfaring med å være gruppeledere for barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser på kommunalt nivå. Derfor forespurte jeg gruppeledere som var ansatte på kommunalt nivå og som hadde minimum to års erfaring med barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser, om å delta i undersøkelsen. Kravet om 2 års erfaring ble gjort på bakgrunn av at det er ansattes beskrivelser det skulle forskes på, og den ansatte måtte derfor ha erfaring med barnegrupper over tid for å kunne dele noe av den opplevelsen. Kjønn og alder ble vurdert som ikke viktige begrensninger her. Jeg ønsket å rekruttere ansatte med minimum treårig høyskoleutdanning.

På bakgrunn av min erfaring og kunnskap startet jeg rekrutteringsprosessen med å ta kontakt med fagrådgiver i en virksomhet for psykiske helsetjenester for voksne, som jeg har et tett samarbeid med gjennom jobben. Jeg var på forhånd klar over at hun hadde god oversikt over feltet og tiltak som finnes, grunnet hennes ansvarsområde. I tillegg hadde jeg kjennskap til at det finnes to barneansvarlige i hennes virksomhet som har i oppgave å fange opp barn av brukere med psykiske helseproblemer som har et behov for oppfølging. Kufås et al. (2004) skriver at psykiske helsetjenester for voksne har en unik anledning til å identifisere barn som er utsatt for risiko, og dermed kan muligheter for effektiv forebygging skapes. Viktigheten av dette understrekes også i rapporten *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid*, hvor det påpekes at tjenester innrettet til voksne brukere med psykiske lidelser eller andre sosiale problemer kan være sentrale aktører når det gjelder å fange opp barn som kan ha behov for bistand (Helsetilsynet, 2009).

Jeg spurte kontaktpersonen om hun kjente til noen som driver barnegrupper i kommunen, og om hun kunne være behjelpelig med rekruttering av informanter. Jeg informerte henne om studien og utvalgskriteriene. Malterud (2012) skriver at i enkelte prosjekter kan det være

fordelaktig å rekruttere deltakere til fokusgruppeintervju via kontaktpersoner. Hun beskriver kontaktpersoner som portvakter, som kan bidra med å nå de riktige informantene. I tillegg skriver Malterud (2012) at det er positivt at forskeren har kjennskap til aktuell forskningsinstitusjon, og tillit til kontaktpersonen. Kontaktpersonen ble først kontaktet per telefon, deretter hadde jeg et møte med henne og informasjonsskrivet ble gjennomgått. Dette for å sikre at nødvendig informasjon ble gitt. Under møtet ble det lagt vekt på at de aktuelle informantene var kjent for sitt gode arbeid innenfor fagfeltet, blant annet hadde en av dem nylig fått den nasjonale barnevernsprisen. Det viste seg at valget av kontaktperson var hensiktsmessig. Hun gav meg nødvendig informasjon om aktuelle kandidater og deres kontaktinformasjon, slik at jeg kunne ta kontakt per e-post for forespørsel.

Jeg var forberedt på at rekrutteringsprosessen ville ta tid, og valgte derfor å sende en informativ e-post til de seks aktuelle kandidatene. Malterud (2012) skriver at rekrutteringsprosessen ikke bør undervurderes, og at det krever tid, innsats og fantasi. Alle godkjenninger i forhold til forskningsprosjektet var klare og intervjuguiden var ferdigstilt. E-posten inneholdt informasjon om forskningsprosjektet, temaet og intervjuprosessen, samt informasjonsskriv og samtykkeskjema som vedlegg. Det viste seg først å være vanskelig å rekruttere informanter. Etter hvert fikk jeg tilbakemeldinger, og alle var positive. Det var en utfordring å finne tidspunkt som passet for alle. Jeg ønsket at alle seks skulle delta, og valgte derfor å bruke mye tid på å tilrettelegge tidspunkt og sted. Malterud (2012) hevder at logistiske spørsmål som tid og sted har stor betydning. Jeg fikk gjennomført fokusgruppeintervjuet i løpet av november 2014.

Fokusgruppen ble gjennomført med fem informanter, da én meldte forfall samme dag. Det var stor variasjon i forhold til gruppeledernes utdanning. Det var en pedagog, en helsesøster, en vernepleier, en psykiatrisk sykepleier, og en sosionom. Flere hadde relevante videreutdanninger og mange års erfaring innenfor fagfeltet. Informantene hadde et vidt spekter i alder og yrkeserfaring. Gruppelederne var ansatte i ulike virksomheter og avdelinger: skolen, forebyggende helse- og oppveksttjenester, tiltakstjenesten og psykisk helseteam. Jeg gir ikke en nærmere beskrivelse av informantene for å bevare deres anonymitet.

3.4.2 Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervju

Jeg valgte fokusgruppeintervju for datainnsamling med henblikk på at ny kunnskap og forståelse kan utvikles gjennom refleksjoner og diskusjoner i fellesskap. Fokusgruppeintervju er en god kvalitativ forskningsmetode når hensikten er å utforske felles erfaringer (Malterud, 2011;2012). I fokusgrupper kan man få frem forskjellige synspunkter om et felles tema (Kvale og Brinkmann, 2009). Fokusgruppeintervju tillater deltagerne til å samtale, diskutere og reflektere over et tema. Dette for å avdekke likheter og forskjeller, samtidig som det er mulig å oppnå ny forståelse for et fenomen uten at det bringer frem en enighet (Malterud, 2012; Kvale og Brinkmann, 2009).

Fokusgruppeintervjuene ledes av en moderator som styrer både diskusjonen og samhandlingen i gruppen, i tillegg deltar ofte en person som er assisterende moderator (Malterud, 2012; Lerdal og Karlsson, 2008). Jeg hadde med meg en medstudent som var assisterende moderator. Hun forpliktet seg skriftlig til taushetsplikten om dataene som kom frem i fokusgruppeintervjuet, noe informantene fikk opplyst på forhånd. Jeg skulle være moderator for første gang og var klar over at moderator har en viktig rolle ved å guide informantene gjennom en dynamisk gruppeprosess for å innhente nødvendig data. Moderator styrer samtalen mellom deltakerne og sørger for at den avsatte tiden blir brukt hensiktsmessig i forhold til prosjektets problemstilling (Malterud, 2012; Lerdal og Karlsson, 2008). Assisterende moderator skulle observere gruppedynamikken og notere betydningsfull kommunikasjon (Lerdal og Karlsson, 2008). Malterud (2012) skriver at resultatet avhenger mye av hvordan intervjueren bruker seg selv som metodisk verktøy. I tillegg skriver Malterud (2012) at moderatorrollen krever opplæring, og anbefaler at man på forhånd deltar i et fokusgruppeintervju slik at man gjør seg noen erfaringer. Jeg deltok i et fokusgruppeintervju som informant og fikk innsikt i prosessen før jeg gjennomførte mitt intervju.

Jeg utarbeidet intervjuguiden i forkant. Informantene fikk ikke utlevert denne på forhånd, fordi jeg ønsket ikke å legge føringer i forhold til hvilke temaer det skulle snakkes om. Jeg valgte å benytte en semistrukturert intervjuguide. Ved hjelp av denne hadde jeg muligheten til å trekke informantene inn mot fokusering på temaet dersom diskusjonen ble uhensiktsmessig for undersøkelsen. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål, slik at informantene fikk frem deres erfaringer og opplevelser rundt tema. Den kunne også endres hvis informantene kom med viktige innspill jeg ikke hadde forutsett.

Intervjuguiden (Vedlegg 3) består av tre spørsmål:

1. Kan dere fortelle om deres praksis med barnegrupper?
2. Kan dere beskrive erfaringer dere har hvor barnegrupper har vist en helsefremmende effekt?
3. Hvilke utfordringer har dere i arbeidet med barnegrupper?

Jeg valgte å ha intervjuet et sted som er kjent og sentralt, slik at det skulle være enkelt å finne frem, samt for å unngå lang reise for informantene. Jeg la også vekt på at det skulle være gode og gratis parkeringsmuligheter. Ideelt sett bør stedet være enkelt å finne, og fokusgruppeintervjuet bør gjennomføres i komfortable, rolige og praktiske omgivelser fri for forstyrrelser, da dette vil påvirke deltakerne (Ruff, Alexander og McKie, 2005). Intervjuet foregikk på et egnet undervisningsrom i en egen uforstyrret korridor. I rommet var det et stort ovalt bord med plass til alle deltakerne. Jeg satt meg øverst ved bordet for å ha oversikt, ellers var bordplasseringen tilfeldig. Jeg brukte en diktafon til å ta opp intervjuet. Jeg gjorde meg godt kjent med diktafonen i forkant og gjorde flere testopptak. Jeg hadde på forhånd forberedt lunsj, fruktfat, drikke, kaffe og kake som sto klart da informantene kom. Det å invitere informantene til lunsj var en god ide, og jeg opplevde at det bidro til en mer avslappet stemning i rommet. Informantene takket og gav tilbakemeldinger på at de satte stor pris på serveringen. Jeg gikk gjennom kjørereglene og informasjonsskrivet mens informantene spiste. Samtlige skrev under og leverte inn samtykkeskjemaet før intervjuet. Jeg opplyste om at jeg avslutningsvis ville ta en runde rundt bordet, for å sikre at informantene fikk komme med en avsluttende kommentar.

Jeg startet diktafonen, og intervjuet begynte med presentasjoner. Alle informantene presenterte seg selv, og sa noe om deres utdanning og yrkeserfaring. Etter ønske fra en av informantene hadde jeg innledningsvis en gjennomgang av alle tre spørsmålene i intervjuguiden, og deretter startet jeg med første spørsmålet. Informantene var aktive under hele intervjuet. Gruppedynamikken var optimal, noe som bidro til at jeg som moderator ikke trengte å følge en veldig styrende strategi. Samhandlingen mellom deltakerne under intervjuet kan begrenses ved at moderator styrer for mye, samt gjøre den spontane samhandlingen og diskusjonen mellom informantene mindre (Lerdal og Karlsson, 2008). Ved å ha en fenomenologisk tilnærming håpet jeg at jeg under intervjuet kunne la samtalen gå, uten mye innblanding fra meg som moderator. Temaene jeg hadde notert på forhånd og

ønsket å undersøke kom opp i løpet av intervjuet. Det var ingen av informantene som var redde for å ta ordet, eller si sin mening. Noen av informantene kjente hverandre fra før, og par av de jobbet sammen fortsatt. Informantene viste stor interesse for temaet, og dialogen var flytende. De avbrøt hverandre sjelden. Avslutningsvis fikk alle informantene muligheten til å fortelle om de hadde noe å tilføye. De delte også sine tanker om deltakelsen, og det kom frem at samtlige av informantene opplevde fokusgruppeintervjuet positivt, spennende og nyttig. Jeg opplevde at intervjuet var konstruktivt, og at dataproduktiviteten var optimal.

3.4.3 Transkribering

Transkribering betyr å transformere fra en form til en annen (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg så det som hensiktsmessig å starte transkriberingsprosessen få dager etter gjennomført intervju. Ved å transkribere intervjuet fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalen strukturert og bedre egnet for analysen (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg transkriberte intervjuet selv fordi det er lettere å oppleve nyansene i et lydopptak når man selv har vært tilstede. I tillegg oppnådde jeg ved å transkribere selv en unik oversikt over materialet. Noe som også støttes og anbefales av Malterud (2012).

Jeg hadde på forhånd skrevet ned navnene til informantene på et ark, og kodet dem med bokstaver og tall. Det samme gjorde jeg med stedsnavn, navn på virksomheter og behandlingsinstitusjoner. Som moderator var jeg bevisst på å bruke navnene til informantene når de ønsket å si noe under intervjuet, og dermed fikk jeg navnene direkte inn på lydopptaket. På denne måten ble det enkelt å skrive ned hvem som sa hva og bruke de riktige kodene. Disse kodene brukte jeg gjennom hele transkriberingsprosessen. Jeg transkriberte fra muntlig til skriftlig ord for ord, og brukte mye tid på denne prosessen for å sikre at jeg fikk med meg alt det informantene sa på en riktig måte og gjengi det ordrett. Jeg inkluderte også pauser som ble markert med "...", og når informantene brukte høy stemme brukte jeg store bokstaver. Nonverbal kommunikasjon jeg vurderte som relevant ble også notert. Det var viktig for meg å være tro mot måten informantene uttrykte seg på. Målet med transkripsjon er å fange det informantene sier og gjengi dette i en mest mulig presis eller lojal representasjon (Malterud, 2011). Jeg hørte gjennom lydopptaket flere ganger både under og etter transkriberingsprosessen, og leste notatene assisterende moderator skrev under intervjuet.

3.5 Dataanalyse

Etter at intervjuet var gjennomført og transkribert til tekst, startet jeg arbeidet med å analysere dataene. Formålet med analysen er å utvikle kunnskap om erfaringene og livsverdenen informantene har delt innenfor det feltet forskningen er utført (Malterud, 2011). Jeg har valgt å benytte Graneheim og Lundmans (2004) metode for kvalitativ innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse er ikke et entydig begrep, men en mengde ulike teknikker for systematisk dataanalyse. Graneheim og Lundman (2004) presenterer en bred oversikt over begrep knyttet til prosedyrer, tolkning og troverdighet i kvalitativ innholdsanalyse. Graneheim og Lundman (2004) anbefaler retningslinjer for kvalitativt analysearbeid. I min studie er disse retningslinjene fulgt.

Malterud (2002; 2011) skriver at analysen skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at det organiserte datamaterialet blir fortolket og sammenfattet. Malterud (2011) hevder at den vitenskapelige tilnærmingen skiller seg fra overflatisk synsing ved at analysen er gjennomarbeidet og veldokumentert. Malterud (2001) påpeker at analysen ikke bare skal gjennomføres, men også formidles. Jeg vil nå gi en gjennomgang av trinnene i metoden og hvordan jeg har gjennomført analysen.

I trinn én i analyseprosessen leste jeg gjennom hele det transkriberte intervjumaterialet mange ganger for å danne et helhetsinntrykk, slik Graneheim og Lundman (2004) anbefaler. Parallelt med lesingen noterte jeg observasjoner og refleksjoner. For hver ny runde lesing, tilføyde jeg nye observasjoner eller gjorde justeringer av observasjonene. Det var stor bredde i intervjumaterialet.

I trinn to bestemte jeg meningsenheter. En meningsenhet er i følge Graneheim og Lundman (2004) en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. Meningsenhetene markerte jeg med markeringstusj i det transkriberte materialet.

I trinn tre forkortet jeg meningsenhetene uten at meningsinnhold gikk tapt. Dette kaller Graneheim og Lundman (2004) kondensering, og resultatet er kondenserte meningsenheter.

De kondenserte meningsenhetene skrev jeg over på gule selvklebende lapper.

I trinn fire grupperte jeg disse kondenserte meningsenhetene til høyere nivå. Graneheim og Lundman (2004) skriver at dette er å abstrahere og at abstraksjon foregår i hele prosessen videre. I begrepet abstraksjon ligger både beskrivelse og tolkning. Tolkningssomfanget stiger med stigende abstraksjonsnivå (Graneheim og Lundman, 2004). På dette nivået kalles resultatet av abstraksjonen; kode. En kode jeg kom frem til ble da en fellesbetegnelse for en gruppe meningsenheter.

I trinn fem vurderte jeg likheter og ulikheter i koder, og jeg abstraherte videre via subkategorier til kategorier. Å skape kategorier er ifølge Graneheim og Lundman (2004) kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Alle relevante data ble kategorisert og jeg resulterte med fem kategorier: *Å oppleve erfaringsfellesskap*, *Gi barnet frirom med gode nærvær av voksne*, *Gi barnet kunnskap om psykiske lidelser og bevisstgjøring av følelser*, *Styrke barnets ressurser for å takle hverdagen* og *Barnegruppens rammer*.

I trinn seks abstraherte jeg til tema: *Å være i samme båt med trygge voksne ved roret*. Graneheim og Lundman (2004) skriver at dette ikke er et obligatorisk analysesteg. Dette bestemmes av forskerens vitenskapsteoretiske tilnærming. Min studie har en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming, og derfor gjennomførte jeg alle analysestegene.

Dette var en tidkrevende prosess som kontinuerlig krevde justeringer og forbedringer, basert på veksling mellom analyse, lesing av fokusgruppeintervju og lesing av hele datamaterialet. Vedlegg 4 viser en skjematisk eksempel på noen av de ulike analysestegene jeg har gjort i denne studien.

3.6 Personvern og etiske refleksjoner

Forskning skal formidle sann kunnskap og må overholde kravene for forskningsetiske prinsipper. Forskningsetiske retningslinjer må følges i forbindelse med forskning innenfor alle fagområder (Ruyter, 2003). God forskningsetikk krever at studien skal ha en mening og være nødvendig i en større sammenheng enn for forskeren selv. Informantene som deltok i min

undersøkelse uttrykte tilfredshet, og formidlet at det var nyttig å delta i studien. De håpet at undersøkelsen kunne bidra til økt oppmerksomhet på barnegrupper, spesielt på tjenestenivå. Samtlige av informantene delte også personlige erfaringer de beskrev som vonde eller negative. Dette gjaldt spesielt erfaringer fra tjenestenivå som påvirket barnegruppene og barna. Jeg var under hele prosessen oppmerksom på å ikke belaste mine informanter unødvendig. Selv om informantene gav skriftlig samtykke til deltakelsen, er det jeg som forsker som har ansvaret for informantene som er inkludert i studien (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg er kjent med Helsinki-deklarasjonens grunnprinsipper. Deklarasjonen understreker at det er forskeren som gjennomfører studien som har ansvaret for informantene som er involvert i studien.

Forskningsetikkloven (2006) stiller krav til opprettelse av forskningsetiske komiteer både nasjonalt og regionalt. Siden jeg ønsket å undersøke ansattes erfaringer og opplevelser med helsefremmende prosesser for barn i barnegrupper ble studien meldt inn og godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dette gjorde jeg før jeg startet med rekrutteringsprosessen. Vedlegg 1 (NSD: 38867) viser godkjenning fra NSD med kommentarer.

3.6.1 Informert samtykke

Ved rekruttering gav jeg skriftlig informasjon om hensikten med studien. Jeg gav også informasjon om hvordan fokusgruppeintervjuet ville bli gjennomført, og at all data ville bli slettet etter endt undersøkelse. Informantene gav skriftlig samtykke på bakgrunn av denne informasjonen, og hadde mulighet til å trekke seg underveis. Skriftlig samtykke ble innhentet før fokusgruppeintervjuet startet (Kvale og Brinkmann, 2009). Vedlegg 2 viser informasjonsskrivet og samtykkeskjema som ble sendt ut til informantene ved rekruttering.

I tillegg valgte jeg å gi muntlig informasjon til informantene rett før fokusgruppeintervjuet startet. Informantene ble igjen informert om undersøkelsens formål, hovedtrekkene i designen og eventuelle risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Jeg gjentok at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten å måtte oppgi en begrunnelse (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.6.2 Konfidensialitet og anonymitet

Det var en kort presentasjonsrunde i starten av fokusgruppeintervjuet. Personlige opplysninger ble kun innhentet for å si kort om bakgrunn. Opplysningene ble anonymisert før transkriberingen, og arket med navn og koder ble oppbevart innelåst. Forskningsmaterialet, båndopptak og nedskrevne ark ble håndtert av meg som gjennomførte forskningsprosjektet, samt veileder. Man skal ikke kunne finne tilbake til de som er intervjuet ved å lese studien (Kvale og Brinkmann, 2009). Det var viktig at informantene ble opplyst om dette, slik at de kunne føle trygghet når det gjaldt anonymitet. Det er viktig å anerkjenne at respekten for informantenes personvern er høy. Det er opplevelsen knyttet til temaet jeg ønsket å studere. Fortrolighet innen forskning er avhengig av at data som identifiserer informantene ikke avsløres. Samtidig handler fortrolighet om bruken av informasjon informantene har bidratt med. Forskeren har mulighet til å fortolke gitt informasjon uten å bli motsagt, og på denne måten tillegge informanter meninger de ikke har (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.6.3 Ethiske refleksjoner over egen undersøkelse

Jeg var under hele forskningsprosessen bevisst på min rolle som forsker, og reflekterte rundt temaer som kunne påvirke undersøkelsen. Under fokusgruppeintervjuet var jeg opptatt av å skape en trygg atmosfære, og vise alle informantene respekt. Jeg hadde ingen tidligere erfaring med fokusgruppeintervju. Jeg fikk muligheten til å delta i et fokusgruppeintervju som informant, omtrent en måned før jeg gjennomførte min egen fokusgruppe. Erfaringene og observasjonene fra dette intervjuet bidro til konstruktiv refleksjon rundt fokusgruppeintervju som metode og gjennomføringen. Erfaringene kom til nytte både under planleggingen og gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet, men jeg var fortsatt utrent i moderatorrollen. En av utfordringene som utrent moderator var å ikke la meg engasjere i diskusjoner som tilkjennega mine egne meninger og gi informantene følelse av at jeg tok side i diskusjoner. Informantene kjente til hvor jeg var ansatt og min yrkesbakgrunn. Ingen av informantene var ansatt i samme virksomhet som meg.

Jeg var oppmerksom på å ikke si noe som kunne påvirke informantenes formidlingsmåte og åpenhet. Jeg hadde på forhånd reflektert rundt min kompetanse og kjennskap til feltet, og var bevisst på å ikke stille ledende spørsmål som kunne påvirke informantene til å gi informasjon som jeg ønsket ut ifra egne erfaringer eller meninger. Som tidligere nevnt hadde jeg forberedt

en intervjuguide, som var et hjelpemiddel under intervjuet. Jeg hadde ikke behov for å bruke den aktivt, da dialogen naturlig berørte og tok for seg alle temaene jeg hadde satt opp. Det var også betryggende for meg som uerfaren moderator å ha en intervjuguide.

3.7 Metodiske refleksjoner

Ut ifra min problemstilling valgte jeg å intervju gruppeledere som har jevnlig kontakt med barn av foreldre med psykiske lidelser. Malterud (2011) skriver at forskerens perspektiver og posisjon kan ha innvirkning på hvilke kunnskap som blir presentert og hvordan problemstillingen belyses. Det var viktig for meg å formidle til informantene at jeg ønsket å lære av deres erfaringer og opplevelser, samt at min intensjon med studien ikke er å vurdere de som gruppeledere. Jeg var bevisst på å frigjøre meg fra mine egne tanker, og åpent ta imot hva de delte med meg. Jeg er klar over at min studie representerer en av flere studier som omhandler helsefremmende prosesser i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser, og at man kan beskrive den samme virkeligheten ut ifra mange perspektiver.

3.7.1 Studiens kvalitet

Malterud (2002; 2011) skriver at kvalitative studier skal kunne bedømmes etter sin vitenskapelige kvalitet, og understreker relevans, validitet og refleksivitet som aktuelle kriterier. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til. Validitet betyr gyldighet, og omhandler hva forskeren har funnet ut og i hvilken grad resultatene fra studien er gyldige. Refleksivitet handler om å forholde seg til forutsetningene som omgir kunnskapsutviklingen og former den kunnskapen som kommer ut av prosessen (Malterud, 2001). Malterud (2002; 2011) hevder at forskerens rolle og perspektiver underveis, herunder forforståelse og teoretisk referanseramme, bestemmer hvilken side av virkeligheten som kan beskrives, fortolkes og analyseres. Malterud (2012) fremhever at rekrutteringsinnsatsen, gjennomføringen av fokusgruppeintervju og analysen er avgjørende prosesser når man skal besvare problemstillingen, og at elementene er vesentlige for resultatet og kvaliteten av forskningsstudie. Med dette i tankene har jeg brukt jeg mye tid på disse prosessene, og erfart at det har vært hensiktsmessig for min undersøkelse.

3.7.2 Studiens relevans

Malterud (2011) skriver at relevans handler om hvorvidt resultatene handler om noe nytt, og om kunnskapen kan brukes. Gjennom mine litteratursøk har jeg funnet lite forskning som fremstiller temaet fra et ansatteperspektiv. Samtidig resulterte litteratursøket med få funn som vektla barnegruppenes helsefremmende effekt i lys av teorier om sense of coherence og resiliens. Enkelte funn fremhever viktigheten av et salutogen perspektiv i arbeidet med barnegrupper, og beskriver barnegrupper som et egnet tiltak for barn av foreldre med psykiske lidelser. Jeg ser at dette er i tråd med mine funn i studien.

Enkelte av mine funn gjenspeiler resultater fra andre undersøkelser som omhandler barnegrupper for barn av foreldre med psykisk lidelser. Jeg ser at mine funn gjennom ansatteperspektivet og funn i både nasjonale og internasjonale studier som presenterer barnas uttalelser og erfaringer, understøtter hverandre. Funn som for eksempel å være en del av et fellesskap, oppleve gjenkjennelse, forståelse og støtte fra jevnaldrende, samt viktigheten av kunnskap om psykiske lidelser, er noen av disse. Repeterbarhet er et sjeldent kriterium innen kvalitativ forskning. Dette begrunnes gjennom mangfoldet i kvalitativ forskning og at datainnsamling, analyse, tolkning og presentasjon av funn påvirkes av forskerens ståsted (Malterud, 2011). Det kom frem i min undersøkelse at informantene var skeptiske til prioriteringer og organiseringer av barnegrupper og andre tilbud til barn av foreldre med psykiske lidelser. Dette gjenspeiler funn fra nasjonale studier som fremhever behovet for barnegrupper, og påpeker at det er blitt gitt et tilfeldig, uforutsigbart og lite helhetlig tilbud til barn som pårørende (Aamodt og Aamodt, 2005; Sølvberg, 2011; Theisen og Ådnanes, 2014).

Som jeg har vist til tidligere i oppgaven har fokuset på barn av foreldre med psykiske lidelser økt betydelig. Det har resultert i lovendringer som omfatter all helsepersonell, og det lages stadig nye fagprosedyrer og retningslinjer med anbefalinger for hvordan denne gruppen på best mulig måte skal ivaretas. Det har derfor vært relevant å forske på de ansattes erfaringer. Dette kan gi nye refleksjoner til utførere som driver barnegrupper, men også til ledere i kommunen som har ansvar for de økonomiske rammene og hvilke tiltak som bør prioriteres for å yte gode kostnadseffektive tjenester som kan bidra til helsefremmende effekt for denne gruppen.

3.7.3 Studiens validitet

Oppgavens validitet er en vurdering om metodene jeg har anvendt er egnet til å gi svar på det jeg ønsket å undersøke. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at validitet ikke hører til en spesiell fase i undersøkelsen, men at den gjennomsyrrer hele forskningsprosessen. Validering handler om at en studies gyldighet avhenger av i hvor stor grad studiens for forståelse er (Kvale og Brinkmann, 2009). Denne studien bygger på forskning som viser at barnegrupper er et egnet tiltak for barn av foreldre med psykiske lidelser, og at det kan ha en helsefremmende effekt for barna. Det å se på hvordan gruppeledere opplever dette, kan bidra til en ny forståelse av teamet. For å øke påliteligheten av funnene i studien har jeg gjort rede for min forståelse i oppgaven, slik at leser får et innblikk i forskerens ståsted og bakgrunn. Under presentasjonen av funnene har jeg benyttet sitater fra samtlige informanter for å styrke påliteligheten i studien. Jeg har foretatt jevnlig litteratursøk i pålitelige databaser, og brukt god tid på å gjennomgå funnene. Jeg har forsøkt å kvalitetssikre litteratur som er benyttet i denne studien ved å kritisk analysere artiklene det er henvist til i studien.

Kvale og Brinkmann (2009) hevder at validitet avhenger av den håndverksmessige kvaliteten på gjennomføringen av undersøkelsen. Dette stiller krav til en systematisk analyse og gjentatte spørsmål til fortolkningen av data, og er en vurderingsprosess gjennom hele undersøkelsens forskjellige faser. Jeg hadde ingen tidligere erfaring som moderator i et fokusgruppeintervju og heller ingen erfaring med transkribering. I forkant av fokusgruppeintervjuet leste jeg litteratur om metoden og transkriberingsprosessen, og benyttet meg av veiledning. For å ivareta validiteten forsikret jeg at det informantene uttrykte ble oppfattet korrekt underveis i fokusgruppeintervjuet ved å stille spørsmål som for eksempel: ”Har jeg forstått deg rett når jeg oppfatter det du sa..?”. På denne måten fikk informantene muligheten til å rette opp eventuelle misforståelser. Å ha med assisterende moderator under intervjuet har vært en fordel med tanke på studiens validitet. Hun noterte aktuell nonverbal kommunikasjon under fokusgruppeintervjuet, for å forsikre at dette ikke ble utelukket. Jeg, som moderator, var bevisst på å ha fokus på samtalen. Jeg hørte gjennom lydopptaket fra fokusgruppeintervjuet gjentatte ganger, spilte frem og tilbake flere ganger under transkriberingen og inkluderte nonverbal kommunikasjon.

For å ivareta validiteten har jeg i transkriberingsprosessen valgt å gjengi det som ble sagt i intervjuet ord for ord. Etter transkriberingen hørte jeg gjennom lydopptaket, og gikk flere

ganger tilbake og gjorde rettinger for at teksten skulle stemme med det som ble sagt av informantene. Under dataanalysen hadde jeg flere refleksjoner for å sikre tolkningen av funnene. Validering av analyseprosessen handler om hvorvidt spørsmålene som stilles til teksten er gyldig, og om fortolkningene er logiske (Kvale og Brinkmann, 2009). Min tolkning av funnene er satt opp mot relevant litteratur. For å styrke studiens validitet har jeg bevisst valgt litteratur som belyser alle sider av funnene uten å lete etter bestemte funn i analysen.

I hvor stor grad de empiriske funn kan generaliseres er et problematisk spørsmål.

Generaliserbarhet er i tradisjonell fortolkning ikke aktuell i kvalitativ metode. Dessuten har det ikke vært et mål for studien. Det betyr ikke at generaliserbarheten utelukkes, men at det blir lagt en annen betydning i ordet. Begrepet generaliserbarhet kan ses i et analytisk perspektiv. En analytisk generalisering betyr her en vurdering av studiet, og om funnene som er fremkommet kan benyttes som en pekepinn på hva som kan forekomme i en lignende situasjon. Det vil da være opp til leseren selv å avgjøre hvorvidt resultatene kan generaliseres i lesers eget perspektiv (Kvale og Brinkmann, 2009; Malterud, 2002).

3.7.4 Refleksjoner over egen studie

Det å forske har vært en lærerik og spennende prosess, men også krevende i perioder. Mitt engasjement og interessen for feltet var min drivkraft og jeg har hatt flere konstruktive refleksjoner over egen studie i disse periodene. Jeg opplever at dette har styrket og løftet min studie. Fulltidsjobb og mammarollen ved siden av har forutsatt mye planlegging for å sette av nok tid til oppgaven.

Jeg har erfart at det har vært en stor fordel å ha både sykepleie- og pedagogikkutdanning, samt praksis fra begge felt. Jeg opplever at jeg har kunnet se på temaet fra både sykepleieperspektivet og pedagogperspektivet. Dette har ført til mange interessante tanker og refleksjoner underveis i forskningsprosessen. Jeg har utført litteratursøk i flere fagfelt, og funnet relevant litteratur. Jeg er opptatt av tverrfaglighet, og mener det er viktig i arbeidet med barn av foreldre med psykiske lidelser. Jeg jobber i kommunehelsetjenesten, samtidig har jeg god kjennskap til spesialisthelsetjenesten jeg har et tett samarbeid med. Det å ha kjennskap til feltet på to nivåer har også kommet til nytte underveis i forskningsprosessen.

Jeg gjennomførte kun et fokusgruppeintervju, og ser at det ville styrket studiens validitet dersom jeg hadde foretatt et oppfølgingsintervju. Imidlertid var det flere faktorer som førte til at jeg ikke valgte å gjennomføre flere intervju. Det var vanskelig å rekruttere og samle informanter, grunnet deres travle hverdag. Det var fem informanter som deltok i intervjuet og dialogen førte frem til mye data i forhold til problemstillingen. Under fokusgruppen opplevde jeg en effektiv dataproduktivitet, noe jeg fikk bekreftet etter jeg fullførte analyseprosessen. Gruppedynamikken var optimal, alle informantene var engasjerte fagfolk og var aktive gjennom hele fokusgruppeintervjuet. De turte å si sin mening, samtidig var de interessert i andre deltakernes erfaringer og var lyttende. Informantene diskuterte og reflekterte sammen i gruppeprosessen. Det at informantene hadde forskjellige grunnutdanninger kom også til nytte under intervjuet, og temaene ble beskrevet fra forskjellige perspektiver. Jeg ser også at studiens validitet kunne vært styrket dersom jeg hadde sendt oppsummering av fokusgruppeintervjuet til informantene, og fått tilbakemeldinger.

I min studie er ikke barn av foreldre med psykiske lidelser som har deltatt i barnegrupper inkludert som informanter. Det er gruppelederne som uttaler seg om hvordan barnegruppene kan ha en helsefremmende effekt for barna, på bakgrunn av deres erfaring og kompetanse. Det at barna evaluerte gruppedeltagelsen i etterkant og gav tilbakemeldinger til gruppelederne underveis, har ført til at barnas stemme og erfaringer også har kommet noe frem i undersøkelsen. Noe jeg mener er viktig for å kunne ivareta brukerperspektivet. I tillegg valgte jeg å utføre litteratursøk som også tok for seg barnas erfaringer med barnegrupper. Dette også for å få en mer helhetlig forståelse av fenomenet. Dersom barneperspektivet skulle ivaretas i egne intervjuer krever dette etter min vurdering en lengre forskningsprosess som kunne ivaretatt barna i forhold til sårbarhet, samt tillitsforhold til meg som forsker. Jeg er også klar over at det krever lengre tid å rekruttere barn som informanter, og at det ville vært en mer etisk komplisert forskning i forhold til samtykke fra foreldre og godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Jeg har imidlertid gitt plass til barneperspektivet som en del av implikasjoner for videre forskning i kapittel 5.

4 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene fra mitt fokusgruppeintervju slik de fremstår etter analyseprosessen. Ved hjelp av funn som har kommet frem i denne prosessen ønsker jeg å svare på følgende forskningsspørsmål, fra et ansatteperspektiv:

- 1: Hva kan oppleves som fremmede for sense of coherence i barnegrupper?
- 2: Hva kan oppleves som fremmede for resiliens i barnegrupper?

Jeg velger å presentere mine funn etter de fem hovedkategoriene, fremfor å presentere funnene etter forskningsspørsmålene. Dette for å best mulig få frem nyansene i mine funn, samt en strukturert oversikt. Funnene er disponert i følgende fem kategorier:

- 1) Barnegruppenes rammer.
- 2) Å oppleve erfaringsfellesskap.
- 3) Gi barnet frirom med gode nærvær av voksne.
- 4) Gi barnet kunnskap om psykiske lidelser og bevisstgjøring av følelser.
- 5) Styrke barnets ressurser for å takle hverdagen.

Disse fem kategoriene vil presenteres etter hverandre i teksten. Jeg har i dette kapitlet valgt å gjengi flere sitater og noen dialoger fra fokusgruppeintervjuet for å bedre få frem informantenes beskrivelser og erfaringer, samt gruppedynamikken i fokusgruppen.

4.1 Barnegruppenes rammer

Gruppelederne som deltok i fokusgruppeintervjuet var fra to ulike barnegrupper på kommunalt nivå. Begge barnegruppene var samtale- og opplevelsesgrupper, som hadde fokus på aktiviteter. Det var ikke kjønnsoppdelte grupper. Informantene påpekte forskjellene og likhetene mellom disse to gruppene med tanke på rekruttering, kriterier, gruppeforløp og innhold. En av informantene hadde erfaring fra begge gruppene, da hun hadde vært ansatt som gruppeleder i den andre barnegruppen tidligere. Dette kom til nytte under fokusgruppeintervjuet, ved at hun kunne gi en grundig beskrivelse av likhetene og forskjellene mellom gruppene.

Den ene gruppens forløp baserte seg på en mal som heter CU2. Gruppelederne forklarte at CU2 er en mal som styrer gruppeprosessen gjennom ulike temaer og aktiviteter for hver samling. Gruppelederne fortalte at de fulgte malen konsekvent. Gruppen var et tiltak som lå under psykisk helseteam, i en større virksomhet. Gruppelederne hadde fokus på helsefremmende- og forebyggende arbeid inn i barnefamiliene. Informantene beskrev at rammen til gruppen var temabasert og at hovedfokuset var samtale, men at de også hadde fokus på gode opplevelser, lek og aktiviteter relatert til temaet. Gjennom samtale ønsket gruppelederne å gi barna kunnskap om foreldrenes psykiske lidelse, om barnets nettverk og hvor de kan søke ytterligere hjelp eller støtte. Det var et nytt tema som ble tatt opp hver gang, og barna fikk oppgaver knyttet til temaet. Lek og aktiviteter ble tatt i bruk for å utforske, og øke forståelsen av temaene. Informantene understreket at samtalene også var viktig for å lære barna mestringsstrategier, slik at de bedre kunne takle utfordrende situasjoner de møtte i hverdagen, eller kunne møte i fremtiden. Det var et mål at barna skulle lære seg å snakke om egne følelser og behov, samt bli mer åpen slik at de kunne snakke med andre om foreldrenes psykiske lidelse.

Hver gruppe bestod av 5-8 deltagere, og gruppen møttes en gang i uken i ca. 10 uker. Tidsrammen til gruppen var på 1,5-2 timer. Et barn kunne bare delta på et gruppeforløp, altså ikke mer enn 10 ganger. Gruppelederne hadde samtaler i forkant, midt i og i etterkant med barna og foreldrene. Informantene vektla viktigheten av å inkludere og gi foreldrene informasjon om barnegruppene i forkant av oppstart. De beskrev dette som en tidkrevende, og til tider utfordrende prosess. En av informantene beskrev: *"Det krever ganske mye tid for at foreldrene på en måte skal tørre å la barnet gå i gruppene. En må liksom bli kjent med barna og foreldrene, og de må skjønne hva vi vil med disse gruppene."* Alder på barna varierte fra gruppe med 6-8 år gamle barn, til en annen gruppe med barn i alder fra 9-12 år. Gruppelederne erfarte at beste aldersgruppen i forhold til refleksjon og følge opp gruppeopplegget var fra 9-12 år. Ansatte fortalte at barna ble rekruttert via skole, helsesøster, foreldrene selv, barnevernstjenesten, pedagogisk-psykologisk tjeneste og hjelpeapparatet ellers. Informantene forklarte at de hadde ganske spisse deltakerkriterier for gruppen. Et eksempel på dette var at en av foreldrene måtte ha en kjent diagnose og erkjenne det selv. Dette førte til at flere barn måtte utelukkes, og vanskeliggjorde rekrutteringen av barn. Informantene la til at gruppen en periode ble drevet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Den andre gruppen fulgte ingen mal, og hadde heller ingen diagnosekriteriet. Det å leve i en familie med foreldre med problemer var tilstrekkelig for å delta. Denne barnegruppen har eksistert i mange år. Dette var en samtale- og opplevelsesgruppe for barn av foreldre med psykiske lidelser, som både har tatt opp relaterte utfordringer, hatt fokus på gode opplevelser, vært på gård og gjort ulike aktiviteter barna liker. Etter at barnegruppen flyttet til en gård og begynte å ha samlinger der, ble disse gruppene mye mer relatert opp mot aktivitet. Gruppene hadde opp til 10 barn. Det var ingen begrensning i forhold til antall ganger barna kunne delta i gruppen, enkelte barn deltok i gruppen over flere år. Gruppene var inndelt fra 1.-4. klasse, og fra 5.-7. klasse. En av informantene som var med å drive denne gruppen, sa at de fleste barna hadde en forelder med en alvorlig psykisk lidelse. En annen gruppeleder opplyste om at flere av foreldrene hadde tjenester fra psykososialt-team i kommunen. Og begge påpekte at det ikke er diagnosen som skal være avgjørende for tjenestene man får tilbud om, men hjelpebehovet. Gruppelederne fortalte at de startet samlingene med et varmt måltid de laget sammen med barna. De ansatte vektla at dette var hensiktsmessig for en myk start til å få høre hvordan dagen til barna hadde vært, og at barna på denne måten fikk full oppmerksomhet fra voksne. Måltidet ble beskrevet som en sosial situasjon hvor barna fikk trent på sine sosiale ferdigheter. Deretter startet gruppelederne fellesaktivitetene for dagen, og hadde som mål å gi barna gode opplevelser. Gruppelederne organiserte blant annet turer til sanselåve, gård og teater. Aktivitetene ble ofte brukt som inngangsport for samtale med barna. Samtalene var ikke temastyrt, men omhandlet det barna selv ønsket å snakke om.

En viktig del av oppfølgingen var at gruppelederne fikk mulighet til å observere barna i gruppen, og dermed bli bedre kjent med barnas situasjon og behov. Gruppelederne kunne blant annet observere faktorer som kanskje kunne være tegn på at barnet hadde en forelder som ikke klarte å ivareta omsorgsrollen optimalt, og som hadde behov for hjelp. En informant pekte på de marginale utfordringene som noen av barna hadde: *"Også var det jo veldig marginalt. Sånn som det ene barnet som stilte i tennissokker i skoene ute i snøen midt på vinteren. Dette var ganske vanlig for barna i gruppen, at de var dårlig kledd."* Informantene fortalte at de gjennom disse observasjonene, hadde mulighet til å kle barna i raggsokker som de hadde med i gruppen. I alvorlige situasjoner hvor man var bekymret for omsorgssvikt, samarbeidet gruppelederne med barnevernet. Noen av barna som gikk i gruppen hadde tiltak gjennom barnevernet. Derfor valgte gruppelederne å inkludere en tilsynsfører fra barnevernet som deltok i samlingene, og erfarte at det bidro til en mer helhetlig oppfølging. En av informantene som var med å drive denne gruppen fortalte: *"Også var det en tilsynsfører med i*

gruppen. Da var tilsynsfører med og fikk mye kunnskap, som hun hadde behov for. For da fikk hun anledning til å se familien fra en annen kant enn når hun var hjemme der.” Informantene hadde ingen erfaringer med foreldre som hadde opplevd dette negativt.

Det som var felles for begge gruppene, var tverrfaglighet. Informantene understreket viktigheten av tverrfaglig og tverretattlig samarbeid, og påpekte at det styrket fagligheten i gruppene. En av informantene sa: *”Vi var 3-4 voksne, så vi var mange...og hadde forskjellige bakgrunn. Jeg tenker at det var nyttig å være en tverrfaglig gruppe... jeg tenker at vi da så litt mer helheten...ja, hvordan det barnet egentlig har hatt det. Flere perspektiver.”*

Gruppelederne beskrev gruppene som lavterskeltilbud. Barna ble hentet av gruppelederne på skolen eller skolefritidsordningen, og kjørt hjem etter samlingene. Gruppelederne beskrev denne transporten som viktig for oppmøte og for samarbeidet med skolene. Lærerne hadde gitt tilbakemeldinger til gruppelederne om at barna gledet seg til å bli hentet. Et annet viktig element som gikk igjen i begge barnegruppene som samtlige av gruppelederne fremhevet, var at barna fikk mulighet til å møte andre barn i samme situasjon som seg selv.

4.2 Å oppleve erfaringsfellesskap

Informantene var opptatte av helsefremmende faktorer i deres praksis, og de påpekte viktigheten av gjenkjennelse og det at barna var med på å skape et fellesskap som vesentlige elementer i denne prosessen. Informantene fortalte at barna som deltok i barnegrupper møtte andre barn i samme situasjon, og dermed kjente seg igjen i felles erfaringer og delte opplevelser. Informantene fortalte videre at barna gav tilbakemeldinger på deltakelsen i gruppen og hva de opplevde som betydningsfullt. Under fokusgruppeintervjuet gav informantene eksempler på uttalelser noen av barna hadde kommet med. En av informantene gjentok en uttalelse fra et barn to ganger i løpet av fokusgruppen, fordi hun syntes uttalelsen understreket viktigheten av å oppleve erfaringsfellesskap:

” Jeg fulgte opp en gutt, som hadde en veldig syk mamma, og som hadde gått i grupper, i det uendelige...Så han var drittlei grupper, og han ønsket egentlig ikke å gå på gruppe hos oss. Så begynte han liksom å komme mer og mer, og til slutt så ønska han å gå i grupper, fordi...så sa han det så fint selv og at: ” Det er jo bare de barna som kan skjønne hvordan jeg har det!””

Informanten fortalte videre at et annet barn som tidligere hadde deltatt i gruppen, hadde fortalt at barna i gruppen var de eneste vennene han hadde som forstod han, og som han visste hadde litt av de samme problemene som ham. En annen informant støttet dette og fortalte: *” De ble ganske glad i hverandre, på tross av veldig ulikhet, fordi ”Vi liksom har noe sammen”. Vi var opptatt av det med taushetsplikt, også det ble liksom sånn...det å være helt fri.”*

Gruppelederne var samstemte på at opplevelsen av sosial støtte fra jevnaldrende barn, som har delte opplevelser og erfaringer, er vesentlig. En av informantene beskrev:

”En ting er hvis vi som voksne sitter og snakker om ulike temaer, men når det andre barnet som har opplevd det samme sier: ”Men det er ikke din skyld, det må du liksom skjønne!” Det tror jeg er så viktig og effektivt, enn at vi voksne skal sitte og ha et tema.”

Gruppelederne la til rette for gode opplevelser og aktiviteter sammen, noe de mener styrket fellesskapet og som førte til at barna kunne dele mer. En av informantene delte en erfaring som støttet denne tankegangen, og fortalte at de blant annet tok med seg barna på aktiviteter som omhandlet psykiske lidelser. Hun fortalte at de tok med seg barna på teater for å se et stykke som handlet om en mor som hadde en psykisk lidelse, og hvordan dette påvirket et barn i gruppen:

”Vi var på teater og så et teaterstykke...i forhold til en mor som var schizofren. Og da var det en av barna som fortalte vet du: ” Ja, sånn har mamma’n min det og!” Så det var gjenkjennbart. Og da kunne dem dele da.”

En annen gruppeleder fra den samme barnegruppen støttet dette, og påpekte at det var nyttig å bruke slike aktiviteter som inngangsport for en generell samtale om psykiske lidelser, siden deres samlinger ikke var temabaserte. Informanten som delte teatererfaringen fortalte videre at hun har erfart at barna lettere kan dele, når de opplever ting som er gjenkjennbart. En annen informant som var enig i dette kom med et eksempel: *”De var ikke den eneste som hadde en mamma som kanskje ikke sto opp om morgenen, eller som kanskje lå og sov når de kom hjem fra jobb. Ja, litt sånne felles ting som de ikke hadde med andre barn.”*

Samtlige informanter poengterte at det også ble lettere for barna å dele når de normaliserte situasjoner. Gruppelederne erfarte at barna i gruppen delte sine opplevelser i større grad når de hørte hva andre barn sa, fordi det førte til gjenkjennelse og normalisering. En av

gruppelederne beskrev det slik: *"Uansett hvor mye temaer og greier vi har på en måte...jah...det å kjenne på det fellesskapet, og si "Åh... Det er ikke bare meg som har en mamma som sover hele tiden!" De ble liksom letta..."* Informantene fortalte at barna visste at de hadde felles erfaringer og delte opplevelser med flere barn i gruppen, og sa at dette fremmet følelsen av normalisering og åpenhet. En av informantene fortalte:

"Det som var mye av effekten...og kanskje utbytte tenker jeg er...det var at barna møtte andre barn i samme situasjon...det var en gutt som sa: "Han har også en mor med psykisk lidelse, men han ser jo helt normal ut og han ønsker jo å ha det helt vanlig i livet sitt og han liker de vanlige ting!" Altså jeg tror den opplevelsen er kjempeviktig bare!"

I følge informantene hadde barna gitt flere positive tilbakemeldinger på fellesskapet med jevnaldrende i samme situasjon. Blant annet det å oppleve forståelse og støtte fra andre barn som kunne skjønne hvordan de har det, samt det å kjenne på fellesskapet, hadde barna beskrevet som verdifullt. Samtlige informanter poengterte at barnas deltakelse i og tilknytning til fellesskapet med jevnaldrende i samme situasjon, har betydning for barnas utvikling.

4.3 Gi barnet frirom med gode nærvær av voksne

Alle informantene understreket at aktiviteter og opplevelser med støttende voksne tilstede gjennom gruppen hadde en stor verdi for barna. En av informantene fortalte at hun erfarte aktiviteter som en god inngangsport for å komme i kontakt med barna. Hun beskrev en tur til et sansehus, hvor barna fikk mulighet til å ligge i en seng og bare flyte og kjenne etter gode følelser, som en sterk opplevelse for barna. I følge de ansatte var slike opplevelser med på å gi barna et frirom i hverdagen. Informantene beskrev også nærhet til dyr som en god opplevelse for barna:

"Bare det å være på en gård, se og lære hva som skjer der. For eksempel at det fødes lam, klappe på hesten eller hoppe i høyet. Dette har de kanskje ikke sett tidligere, kanskje det er mange som ikke har vært på gård tidligere også."

En av informantene mente at noe av det viktigste ved gruppen var å gjøre dagligdagse aktiviteter sammen. Hun trakk spesielt frem viktigheten av å tilberede og spise mat sammen, og sa: *"Det å sitte sammen rundt et bord, snakke sammen og dele et varmt måltid, det var nærmest det viktigste."*

Den tette voksenstøtten barna fikk fra gruppelederne anså informantene som et viktig utbytte for barna. Gruppelederne påpekte at gjennom voksenstøtten lå det faktorer som å være sammen med en trygg voksen, få god oppmerksomhet, å bli sett, og lek mellom barn og voksne. En av informantene gjenga en setning de pleide å si til barna for å tydeliggjøre støtten: *"Vi er her for dere, dere kan komme til oss utenom også!"* Informantene fremhevet at de gav barna tett oppfølging under gruppeforløpet.

Det gode nærværet av voksne bestod av blant annet at gruppelederne støttet barna under aktiviteter. Informantene fortalte at noen av barna var avhengige av at det var noen der, som så dem og som dro dem med videre:

"De som slet mest måtte ha noen ved siden av seg hele tiden under aktiviteter, som var der slik at de ikke skulle backe ut, fordi de var liksom sånn: "Dette greier jeg ikke, det her greier jeg ikke." Men vi sa: "Jo, du greier det, du greier det." Bare det å være der hele tiden og se at dem fikk det til, med den voksenstøtten, det var bare helt utrolig altså."

Lek mellom barn og voksne var også noe informantene pekte på som en viktig del av det gode nærværet: *"Barna var avhengige av at det var noen der, som så dem. Vi lekte ofte, det er jo alltid veldig hyggelig når barn og voksne leker sammen. Og det var det mange av barna som ikke var vant til."* En annen informant beskrev: *"De ble veldig trygge på oss, og trygge på gruppa. De fikk en pause. Vi leste ofte sammen. Barna var veldig oppmerksomme når vi leste. Da var det mye ro i gruppa, vi kunne sitte rundt et bål sammen og lese."*

Informantene fra den gruppen som fulgte CU2-malen fortalte at de inkluderte foreldre og søsken med i en samling midt i gruppeforløpet. Under samlingen var det lagt opp slik at barna kunne lage mat, samtale, leke og spise sammen med foreldre og søsken. Gruppelederne sa de opplevde dette som positivt, også for barnas del, og la til at de fikk muligheten til å informere foreldrene om hva de hadde gjort i gruppen. Den andre gruppen hadde også forsøkt å inkludere foreldre og søsken i en samling, men det var bare to foreldre som kom. En av informantene fra denne gruppen forklarte at det var en trist opplevelse for de andre barna når foreldrene ikke dukket opp. Dermed hadde de vurdert situasjonen og bestemt at de ikke skulle invitere foreldre og søsken flere ganger.

4.4 Gi barnet kunnskap om psykiske lidelser og bevisstgjøring av følelser

En av informantene fra barnegruppen som var temabasert, fortalte at de fokuserte mye på å gi barna kunnskap om ulike psykiske lidelser. Gruppelederne sa at de beskrev de ulike psykiske lidelsene, slik at barnet kunne få en knagg til å henge forelderens adferd på. Gruppelederne erfarte at barna i gruppen ofte hadde ulike bekymringer knyttet til forelderens lidelse. Et utdrag fra en dialog mellom tre informanter rundt dette området følger:

”Barna selv gav tilbakemeldinger til oss om at de ønsket å få vite mer om de ulike psykiske lidelsene foreldrene hadde, så det vi begynte å gjøre var å snakke mer direkte til barna.”

”Det var ikke sånn at alle barna nødvendigvis kunne plassere foreldrene sine, men det hadde noe med å definere psykisk lidelse og sette ord på hva slags diagnose og hvordan det kan påvirke.”

”Barna var ofte redde for om lidelsen kunne være smittsom eller arvelig, og med de ulike informasjonstemaene som vi hadde fra gang til gang så var det lettere og forstå og forklare, at det er en sykdom i hodet som man ikke kan se.”

Samtlige informanter påpekte at hensikten med å gi aldersadekvat informasjon om ulike lidelser var å gi barnet økt innsikt og forståelse for hva psykisk lidelse kan være, og hvordan dette kan påvirke forelderen og familien. Gruppelederne som fulgte CU2-malen fortalte at de i etterkant av de temabaserte samtalene ofte hadde leker og oppgaver knyttet til temaet, som kunne bidra til bevisstgjøring av følelser hos barnet. Informantene gav eksempler på ulike aktiviteter. Det kunne være gjennom tegning av følelser i kroppen, eller en konkurranse om å komme på flest mulig følelser, som gruppelederne kalte følelsesstafetten. Denne leken ble gjennomført ved å dele gruppen i to lag, barna løp frem og tilbake, og poenget var å skrive opp flest følelser på hvert sitt store ark i løpet av fem minutter. I etterkant skulle barna fortelle om en situasjon/erfaring hvor de hadde denne følelsen, og gjerne vise til hvor på kroppen de følte denne følelsen. Informanten forklarte at hensikten med denne leken var å åpne opp for en dialog omkring tanker og følelser som barna eller andre har. Målet var å styrke forståelsen for hva følelser er, og hvordan følelser kan påvirke oss. Gruppelederne beskrev at slike leker hadde en stor betydning for barnas utvikling og bevisstgjøring. En annen lek var gjennom en bamse som gruppelederne fortalte at barna selv hadde gitt navnet: ”Psykisk syk”. Denne bamsen fungerte som en taleregulator, som ble sendt mellom barna i gruppen. Informantene beskrev dette som frigjørende for barna, ved at ordet ”psykisk syk” plutselig ble et godt ord, som barna ikke forbant med skam, og et ord som barna likte å si.

En av gruppelederne fra den andre gruppen, som ikke fulgte en mal, fortalte også at de brukte tegning av følelser aktivt under samlingene:

”Vi hadde veldig mye fokus på skyld. At dette ikke handler om deres skyld. Og mamma og pappa gjør kanskje så godt de kan, men det er sånn. Altså vi la det gå bort fra de. Det ble litt sånn...det felles de barna hadde det var at de hadde foreldre som ikke fungerte som alle andre foreldre, men så hadde de allikevel mye kjærlighet. Men på en annen måte. Jeg husker så godt han ene gutten. Det var før vi begynte å ha samlinger på gården. Så satt vi og tegnet...også skulle han tegne...kroppen...hvor det var vondt. Husker han tegnet masse sånne rabler. Og da skulle han tegne skyld... Svart... Ja, svart... Ja, det var vondt, og det var igjennom hele kroppen, hele magen... Det var så sterkt!”

Den samme informanten fortalte at hun hadde god erfaring med bruk av bøker som omhandlet barn i samme situasjon. Hun beskrev barnas interesse for hvordan karakterene i bøkene taklet vanskene og hvordan familiene fikk hjelp. Gruppelederen erfarte at bøkene gav barna en forståelse og innsikt i psykiske lidelser, hvordan familier og barn kan bli påvirket, og hvordan man kan mestre utfordringer.

Samtlige informanter poengterte viktigheten av fratakelse av skyldfølelse hos barnet. Konkret arbeidet de med dette gjennom å samtale med barnet om at det er aldri barnets skyld at forelderen har en psykisk lidelse. Informantene var samstemte om at barna hadde et behov for å lette på følelser som skyld, skam og ansvar. En av informantene sa:

”Jeg tenker at noe av det viktigste er å få frem til barnet at de ikke er skyld i det. Han ene gutten for eksempel hadde lagd masse bråk hjemme, slengt i dører og sagt noe stygt til mammaen sin, og mammaen begynte å gråte. Hun gikk og la seg, eller tok en sånn helt irrasjonell...Jeg tenker at det var flere barn som hadde lignende opplevelser, og at det var godt for de å høre at det aldri er din skyld! Det er sånn som voksne skal tåle, det må voksne tåle!”

Videre vektla gruppelederne at de måtte fortelle barna:

” Det er lov å være glad. Og å gå ut og leke, selv om mamma var lei seg og var inne og gråt. Og at det ikke var barna som skulle hjelpe de voksne. Men at det alltid var noen andre voksne som skulle hjelpe.”

En annen informant hadde følgende erfaring: *” Barna er ofte veldig fornuftige. De tar mye ansvar, tenker på andre og er veldig empatiske. Så vi måtte jobbe med å løfte noe av dette av de.”*

Gruppelederne erfarte at barna brukte mye tid og energi på å prøve å forstå forelderens situasjon. En av gruppelederne fortalte at når barna deltar i gruppen og ting faller litt mer på plass, så vokser barna veldig. Gruppelederne fortalte også at de inviterte barna til å utforske hvordan kropp og følelser henger sammen. En av gruppelederne fortalte at de tok i bruk avkoblingsøvelser i gruppen, og hadde god erfaring med dette. En informant delte følgende erfaring:

”Vi hadde fokus på følelser, og bevisstgjøre barna på at følelsene sitter i kroppen. Slik at om barnet fikk vondt i magen, eller at de blir kvalme, så er det ikke sikkert at de er syke. Altså, gi barna hjelp til å begripe litt av sammenhengen der, eksempel nå var mamma dårlig og se litt sammenhengen med sine egne følelser rundt dette.”

Informantene trakk også frem at barna har hatt god effekt av psykologisk førstehjelpsskrin, og fortalte at gjennom verktøyet fikk barnet hjelp til å gjenkjenne sine egne følelser. En informant sa:

” Vi har brukt psykologisk førstehjelpsskrin, altså kognitiv terapi. Dette er noe som barna skjønner, og tar med seg og bruker. Det gjør de fra de er ganske små. Så det er jo veldig konkrete ting som vi gir de i løpet av gruppa. Burde brukes mer.”

Gruppelederne fra den ene gruppen hadde deltatt på kurs om psykologisk førstehjelpsskrin, og sa at de fikk tilstrekkelig opplæring.

4.5 Styrke barnets ressurser for å takle hverdagen

Under fokusgruppeintervjuet kom det frem at gruppelederne har sterkt fokus på at gruppedeltagelsen skulle bidra til å styrke barnas ressurser for å takle hverdagen bedre. En av informantene fortalte at hovedpunktet i gruppen var at det var en mestringsgruppe, hvor barna lærte ulike teknikker og verktøy som de selv kunne bruke i vanskelige situasjoner. Flere av barna hadde gitt tilbakemeldinger på dette, og vurdert de forskjellige øvelsene og teknikkene de var tillært som nyttig. En av informantene fortalte:

” En konkret øvelse som barna har gitt tilbakemelding på er pusteøvelser, ulike teknikker. Ligge på gulvet og surre, og kjenne at bølgen kommer og går. Slappe av i hele kroppen og kjenne på gode følelser istedenfor de vonde følelsene. Og det har vi fått tilbakemeldinger på etterpå, at det har blitt brukt etterpå. For det er jo veldig mange av disse barna som har problemer med å sove, så det har da blitt brukt om kvelden for å sove for eksempel.”

Informantene fortalte at et av målene med barnegrupper var at barna skulle lære seg å kjenne igjen følelser. Spesielt følelser som blir kaotiske for barna, og lage en handlingsplan sammen med barna. Denne planen gikk ut på hvilke øvelser eller verktøy barna kunne ta i bruk, hvem de kunne kontakte, og at de søkte hjelp ved behov. Gruppelederne følte at et viktig mål var nådd hvis de fikk formidlet dette. På bakgrunn av dette var det mye fokus på nettverk og nettverkskart under gruppeforløpet. Gruppelederne snakket med barna om hvem de kunne kontakte når gruppen ikke eksisterte lenger, og ønsket å bevisstgjøre barna i forhold til å bruke nettverket.

Gruppelederne var veldig opptatte av at det alltid skal være de voksne som har ansvaret, og at barn ikke skal ha en omsorgsrolle overfor forelderen. Under intervjuet hadde tre av informantene en dialog som omhandlet viktigheten av det å få lov til å være barn:

”Passe på at barna har fokus på seg selv også, at de har et godt liv. Tross i det dem lever i.”

”Så hadde de liksom så veldig vanskelig liv. Altfor mye ansvar til å være så små.”

”Det var jo mange som hadde ansvarsoppgaver. Feil selvfølgelig, men dem har jo det. Både som...noen ble jo brukt som tolk for foreldrene. Og, ansvar for medisiner noen ganger, og følge til lege. Og ja... Så, mange hadde mye ansvar. Noen ganger kan man jo lure på hvor barnevernet var, men de var jo der og gjorde også noe...”

”Apropos det med ressurser ikke sant. De er jo ofte veldig fornuftige, de tar jo veldig mye ansvar og de tenker veldig på andre, de er veldig empatiske. Altså alle disse tinga her, men de hadde litt for mye av det. Så vi måtte prøve og løfte det av de, men det kan jo også være en ressurs da.”

”Mange positive egenskaper, men som de har fått litt for tidlig og litt for mye av.”

Dialogen tydeliggjorde at informantene vektla å ha et fokus på avlastning av ansvarsfølelse hos barna, samtidig så de på ansvaret de tok hjemme som en ressurs. Gruppelederne poengterte at de prøvde å bevisstgjøre barna på å ha fokus på seg selv.

Informantene fortalte at barna i etterkant av deltakelsen evaluerte barnegruppen. Flere av barna hadde gitt tilbakemeldinger på at de nå klarte å mestre situasjoner som de ikke klarte tidligere.

5 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Jeg vil i dette kapitlet drøfte mine funn i lys av studiens teoretiske rammeverk som jeg presenterte i kapittel 2. Mitt hovedtema, ”Å være i samme båt med trygge voksne ved roret”, er resultatet av min overordnede forståelse av kategoriene fra analysen. Opplevelsen av å være i samme båt representerer viktigheten og verdien av å delta i et fellesskap med jevnaldrende i samme situasjon, og samtidig være med å bidra i fellesskapet, og erfare gode opplevelser sammen med andre barn. Trygge voksne ved roret innebærer betydningen av å ha omsorgsfulle gruppeledere som har styringen og tilrettelegger for gode opplevelser i barnegrupper. De voksne gir støtte, nødvendig informasjon og bistår barna for å møte deres behov, slik at barna kan oppleve ”å være i samme båt” og få en økt følelse av trygghet. I følge gruppelederne er dette betydningsfulle prosesser i barnegrupper som kan hjelpe barna med å takle utfordringer i hverdagen. Drøftingen er organisert i tre hoveddeler. I den første delen, *barnegruppenes organisering*, drøftes temaet på tjenestenivå da jeg ut ifra mine funn vurderer dette som relevant i forhold til problemstillingen og hovedtema. Den andre delen tar for seg betydningen av å skape opplevelsen av å være i samme båt, den tredje delen tar for seg betydningen av trygge voksne ved roret. I alle delene drøftes funn fra ansatteperspektivet.

5.1 Barnegruppenes organisering

De ansatte understreket at barnegrupper bør settes mer på dagsorden, spesielt på tjenestenivå. Det kommer frem i funnene at barnegrupper bør organiseres mer tilgjengelig, slik at alle barn som har et behov får mulighet til å delta. Barnegruppenes rekrutteringsprosesser, deltakerkriterier og forløp vektlegges av gruppelederne som avgjørende elementer i forhold til tilbudets tilgjengelighet for barna. Godt samarbeid mellom instanser og faggrupper fremheves som betydningsfullt for barna og rekrutteringsprosessen. På bakgrunn av dette ønsker jeg å drøfte funnene om organisering som kan ha betydning for barna og deres deltakelse i gruppen.

5.1.1 Rekrutteringsprosesser og deltakerkriterier

Det gis tilbud om barnegrupper ved enkelte foretak innenfor spesialisthelsetjenesten og kommuner (Sølvberg, 2011). Gruppelederne i min studie drev barnegrupper på kommunalt

nivå. Den ene barngruppen var drevet i samarbeid med spesialisthelsetjenesten en kort periode. Kommunen hadde ansvar for de faglige ressursene for å gjennomføre samlingene. Spesialisthelsetjenesten hadde ansvar for å sørge for egnede lokaler og skulle bidra med rekruttering av barn. Studier viser at enkelte steder har utviklet et samarbeid på tvers av nivåer (Rimehaug et al., 2006). Med dette samarbeidet ønsket gruppelederne å nå frem til flere barn og lette rekrutteringen. Imidlertid opplevde gruppelederne et manglende samarbeid, og fellestiltaket ble avsluttet etter en kort periode. Mine funn er i tråd med resultatene som presenteres i rapporten *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende*. Det påpekes i rapporten at spesialisthelsetjenestens samhandling med kommunene for oppfølging av barn som pårørende er relativt begrenset. Spesialisthelsetjenestens behandlere og barneansvarlige, samt fastlegene, rekrutterer i liten grad barn som pårørende til tiltak i kommunene. Videre står det at det kan se ut som om det mangler samarbeidsstrukturer for tverrfaglig og tverretatlig arbeid, både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012). Helse- og omsorgspersonell skal ha barn i fokus, og det bør være et gjensidig ansvar for både kommunen og spesialisthelsetjenesten å kontakte hverandre i forhold til barnets situasjon og vurdere aktuelle tiltak. Disse manglene kan virke hemmende når helsepersonell skal identifisere og ivareta mindreårige barns informasjons- og oppfølgingsbehov som pårørende (Helsedirektoratet, 2014).

Et landsomfattende tilsyn som ble gjennomført i 2008 viser at det ikke legges til rette for at utsatte barn og unge fanges opp forsvarlig, og for å etablere samarbeid rundt denne gruppen. Dette resulterer i at barna ikke får rett tjeneste til rett tid, og at de fanges opp for sent. Resultatet fra tilsynet tydeliggjør behovet for bedre samarbeid i kommuner rundt barn og unge (Helsetilsynet, 2009). Imidlertid kommer det frem i mine funn at gruppelederne opplevde samarbeidet innad i kommunen som svært godt. Gruppelederne rapporterte om et godt tverretatlig samarbeid mellom instanser som tradisjonelt er vanskelig å få til, slik som skole, politi, barnevern og andre helse- og omsorgsvirksomheter i kommunen. Gruppelederne fra den ene gruppen beskrev kun samarbeidet med barnevernet som begrenset, dette gjaldt spesielt under rekrutteringsprosessen. Den andre gruppen hadde derimot et tett samarbeid med barnevernet. Blant annet var det en tilsynsfører fra barnevernet som var med i gruppesamlingene. Med dette ønsket gruppelederne å fremme et helhetlig tjenestetilbud til barna. I tillegg var gruppelederne i denne gruppen ansatt i ulike virksomheter i kommunen. Det påpekes i tilsynsrapporten at de ansatte i de ulike deltjenestene i kommunen skal samarbeide rundt utsatte barn, også med barnevernet ved behov (Helsetilsynet, 2009).

Gruppelederne opplevde at det tverretatlige samarbeidet bidro til at barnegruppene fikk økt oppmerksomhet fra flere instanser. Noe som kan ha en positiv innvirkning for barnegruppenes tilgjengelighet. Når det er flere instanser som har kjennskap til barnegruppene, kan flere barn og deres familier bli opplyst om tiltaket. Dermed kan flere barn bli rekruttert til gruppene, og instansene kan samarbeide ved behov. På denne måten kan også barna sikres et mer helhetlig tilbud, da barna kan ha behov for samordnet bistand på bakgrunn av foreldrenes psykiske lidelse (Helsetilsynet, 2009). Ansvar for det helsefremmende og forebyggende arbeidet er tydeliggjort i Helse- og omsorgstjenesteloven, og det er ikke tilstrekkelig med en rent helsefaglig eller medisinsk tilnærming. Kommunen må også sikre en sosialfaglig og helhetlig tilnærming (Helsedirektoratet, 2014). I følge gruppelederne kan det tverretatlige og tverrfaglige samarbeidet i barnegruppene styrke en sosialfaglig og helhetlig tilnærming.

Barnegruppene fikk henvendelser fra blant annet skole, barnevernstjenesten og hjelpeapparatet ellers. Gruppelederne fra den gruppen som fulgte CU2-malen erfarte at foreldrene ofte ble skremt når barna ble henvist av barnevernet, og at de dermed ikke godtok tilbudet. Gruppelederne reflekterte rundt rekrutteringsprosessen under fokusgruppen. De ansatte var samstemte om at det kunne hjulpet om gruppelederne på forhånd hadde fått mulighet til å ha en motivasjonssamtale med foreldrene og barna som var henvist av barnevernet. Viktigheten av riktig informasjon om formålet og innholdet, for å ufarliggjøre barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser, påpekes av gruppelederne som vesentlig for rekrutteringsprosessen. Jeg ser at motivasjonssamtaler med foreldrene kan være hensiktsmessig og utslagsgivende i forhold til foreldrenes vegring, og at dette kan påvirke barnas mulighet til å delta i barnegrupper. Informasjonen som blir gitt kan hjelpe foreldrene med å forstå meningen med barnegrupper, noe som igjen kan øke motivasjonen (Antonovsky, 2012). Hos foreldrene er frykten for å mislykkes eller i verste fall miste omsorgen for barna stor (Kufås et al., 2004). Studier viser at noen av foreldrene vegrer seg for å ta imot hjelp, fordi de er for slitne, redde for barnevernet, skammer seg eller ikke ser konsekvensene av egen lidelse (Halsa, 2008; 2012; Maybery og Reupert, 2009). Behovet hos barnet kan være større enn det foreldrene antar, fordi barn ser og forstår mer enn det foreldrene tror (Kufås, 2004; Svendsen, 2004). Kufås et al. (2004) hevder at informasjon som blir gitt til foreldrene er utslagsgivende for å øke begripelsen av situasjonen, slik at foreldrene bedre kan se behovet hos barnet.

Gruppelederne som opplevde utfordringer ved rekruttering av barn til gruppen hadde også et deltakerkriterie på at forelderen måtte ha en kjent diagnose og erkjenne dette. Imidlertid var det noen av foreldrene som ikke erkjente egen lidelse, og dermed fikk ikke barna delta i gruppen selv om foreldrene så behovet og ønsket hjelp. Det kom frem hovedsakelig to grunner for hvorfor foreldrene ikke erkjente egen lidelse; det første var mangel på innsikt, og det andre var redsel for stigmatisering og negative holdninger. Mine funn er i tråd med studier som viser at foreldrenes vegring ikke nødvendigvis handler om at de ikke ser behovet eller ønsker hjelp, men at vegringen kan være knyttet til tabu, skam og engstelse for negative og stigmatiserende holdninger fra samfunnet (Halsa, 2008).

Gruppelederne begrunnet deltakerkriteriet med at de fulgte CU2-malen som forutsatte dette, i tillegg til at de ønsket åpenhet. Kufås et al. (2004) ser psykisk helse som et kontinuum, og skriver at kategoriseringer som for eksempel psykisk sykdom, er problematiske. Samtidig kan sykdomsbegrepet virke skyldavlastende for hele familien, noe som er spesielt viktig i forhold til barna (Kufås et al., 2004). Funnene viser at diagnosekriterier kan føre til utfordringer i forhold til rekruttering, da barn ikke får deltatt i gruppen fordi foreldrene ikke erkjenner lidelsen. Min erfaring fra egen yrkespraksis er at det er behovet som er avgjørende for tiltak som igangsettes, og ikke diagnosen. Jeg vurderer dette som en uheldig tilnærming da jeg ser på dette i lys av Antonovskys teori om salutogenese. Grant et al. (2008) vektlegger viktigheten av et salutogen perspektiv i barnegrupper. I en salutogen tilnærming er personens historie og opplevelse viktigere enn diagnosefokuset (Antonovsky, 2012). Dette krever at gruppelederne har en holistisk tilnærming for å få en dypere forståelse av barnas situasjon. Selv om det kommer frem i funnene at gruppelederne legger stor vekt på viktigheten av å kunne se helheten i barnas situasjon, gjenspeiles ikke dette i forhold til den ene barnegruppens deltakerkriteriet. Slik jeg ser det bør det være barnets behov som er avgjørende i slike situasjoner. Jeg anser at det også kan bidra til å lette rekrutteringen, og dermed kan flere barn få mulighet til å delta i gruppen som ledes av fagfolk. Pølkki et al. (2004) påpeker viktigheten av profesjonell hjelp til barn av foreldre med psykiske lidelser.

Den andre barnegruppen hadde ingen kriterier i forhold til diagnose og erkjennelse av psykisk lidelse. Noe gruppelederne fra denne gruppen fremhevet som positivt. De bemerket at gruppen aldri opplevde noen utfordringer ved rekruttering. Det var barnas behov som var avgjørende både i forhold til deltakelse og for hvor lenge barna kunne gå i gruppen, noen barn

gikk i gruppen over flere år. Gruppelederne opplevde at dette var med på å ufarliggjøre barnegruppen, og at flere foreldre så på det som en aktivitet for barna. Mine funn som understøttes av teori tydeliggjør hvordan gruppenes organisering kan påvirke tiltakets tilgjengelighet og nytte på flere måter. Disse faktorene er det viktig å fokusere på innenfor tjenesteutvikling for barn av foreldre med psykiske lidelser.

5.1.2 Barnegruppenes tidsrammer og forløp

Gruppelederne fra den ene gruppen fulgte en mal helt konsekvent. Gruppen møttes kun 10 ganger og innholdet var bestemt på forhånd. Barna kunne delta på kun et gruppeforløp. Jeg anser at det å ha forhåndsbestemt innhold som er basert på en mal, kan påvirke muligheten for endringer underveis i gruppeforløpet. Det kan begrense tilrettelegging og tilpasning i forhold til barnas behov og ønsker. Bratli (2010) understreker i sin studie at barn i barnegrupper ønsker å påvirke innholdet i gruppene i større grad, og skriver at barna ønsker mer aktivitet enn samtaler. Samtidig ser jeg fordelene ved å følge CU2-malen, da den er utviklet gjennom studier og effekten er konstatert etter evalueringer. I tillegg valgte gruppelederne programmer som var tilpasset barnas alder. Jeg ser også at gruppene kan bli mer målrettet ved å følge en mal. Gruppelederne fra den andre gruppen opplevde at barnas motivasjon økte når de fikk være med på planleggingen av innholdet. Studier støtter at en slik involvering øker motivasjonen hos barna (Bratli, 2010; Östman, 2008; Grant et al., 2008).

Det at barna ikke kunne delta i mer enn et gruppeforløp mener jeg kan være en ulempe, fordi behovet fortsatt kan være tilstede etter deltakelsen. Gladstone et al. (2014) skriver at det er ubevisst om barna har nytte av å delta i barnegrupper som kun går over en kort periode, og påpeker at de sannsynligvis vil trenge en mer langvarig oppfølging. En av gruppelederne fra gruppen som fulgte CU2-malen delte sine tanker om gruppenes tidsrammer. Hun sa at hun har kjent på det å ha hatt en gruppe ti ganger, fordi det hadde vært barn i gruppen som kunne hatt veldig god nytte av å fortsette. Tilbakemeldingene gruppelederne hadde fått fra barna i etterkant av deltakelsen bekrefter denne erfaringen. Flere av barna hadde uttrykt et sterkt ønske om at den samme gruppen burde opprettes igjen, og eksistert over en lengre periode. Dette er i tråd med Svendsen (2004) sin studie som fremhever at barna ønsker flere gruppesamlinger. Både funn i studien og teori understøtter at barna bør innlemmes i planleggingen av gruppeinnholdet, samt behovet for en mer langvarig oppfølging. Dette forutsetter endringer knyttet til barnegruppenes organisering.

5.2 Å være i samme båt

Å være en del av et fellesskap hvor man kan oppleve gjenkjennelse, åpenhet, forståelse og sosial støtte fra jevnaldrende i samme situasjon vektlegges av de ansatte som betydningsfulle prosesser i studien. Funnene kan tyde på at disse prosessene kan forsterke barnets opplevelse av erfaringsfellesskap, som igjen kan bidra til å gi en følelse av ”å være i samme båt”. Studien til Gladstone et al. (2014) understøtter at barna som har deltatt i barnegrupper, opplever det å kjenne på fellesskapet, være en del av det, og støtte fra jevnaldrende som verdifullt. Videre skriver forfatterne at barna beskriver gjenkjennelse, som de oppnår gjennom deres felles erfaringer, som betydningsfullt. Ut ifra dette ser jeg at mine funn fra gruppeledere og funn fra internasjonale studier som presenterer barnas perspektiv, understøtter hverandre.

5.2.1 Å skape opplevelse av fellesskap i barnegrupper

”Å kjenne på fellesskapet” var en uttalelse gruppelederne gjentok og vektla under fokusgruppen, og påpekte at barna kan oppnå dette ved å møte jevnaldrende i samme situasjon. Funn fra gruppelederne viser at de er opptatt av å gi barna muligheten til opplevelse av fellesskap, noe barna sjelden fikk mulighet til på andre arenaer. Halså og Aubert (2009) understreker at barnegrupper er tiltak som gir barn mulighet til å bli kjent med jevnaldrende med lignende erfaringer, og påpeker dette som betydningsfullt for barna. Flere studier viser at barna selv ønsker og har et behov for å treffe jevnaldrende i samme situasjon (Trondsen, 2013; Gladstone et al., 2011; Gladstone et al., 2014). På bakgrunn av disse studiene er det viktig å merke seg at barna ikke bare har et behov, men også et ønske om å møte jevnaldrende i samme situasjon. Dette kan forstås som at barna verdsetter barnegrupper, nettopp fordi de møter andre barn med felles erfaringer og delte opplevelser. Opplevelse av fellesskap kan også sees i lys av Antonovskys (2012) teori om salutogenese og SOC. Det å kunne oppleve at man er en del av et fellesskap med jevnaldrende kan være en viktig motivasjonsfaktor. Det kommer frem i funnene at gruppelederne er opptatt av å gi barna mening og en økt følelse av tilhørighet gjennom fellesskap med andre. De ansatte observerte at tilhørigheten til fellesskapet var med og forsterket meningen med gruppedeltagelsen.

Gruppelederne tilrettelegger for at barna i gruppene får mulighet til å dele sine utfordringer med hverandre, gi hverandre støtte og fortelle hverandre hvordan de mestrer hverdagens

utfordringer. Det å se at de ikke er den eneste, at det finnes flere barn i samme situasjon, kan gi barna mening i livet og mening i det de opplever. Det er viktig å se mening med det en opplever, slik at man blir motivert for å engasjere seg (Antonovsky, 2012). Funnene kan forstås som at fellesskapet med andre barn i samme situasjon kan styrke barnas opplevelse av meningsfullhet. Dette har en avgjørende betydning for barnas innstilling og ønske om å mestre risikofaktorer, til tross for foreldrenes psykiske lidelser.

Gruppelederne erfarte ofte at barn beskrev de og andre barn i barnegruppen som en ressurs. Dette er i tråd med studier som poengterer at barn ser på gruppelederne som viktige nærpersoner (Grant et al., 2008), og at barn av foreldre med psykiske lidelser beskriver relasjoner med jevnaldrende som en viktig ressurs (Fraser og Pakenham, 2008). Barnegrupper kan være et sted barna kan henvende seg for hjelp og rådføre seg med gruppelederne, og oppleve andre barn som venner som stiller opp. Antonovsky (2012) beskriver disse elementene som ytre ressurser som hjelper mennesker når de møter motstand. Motstandsressurser styrker håndterbarheten, og dersom en ikke opplever å ha nødvendige motstandsressurser til rådighet, vil en i større grad risikere uhelse som en konsekvens (Antonovsky, 2012). Dette kan tyde på at barn i barnegrupper kan styrke sine motstandsressurser, og at disse ressursene kommer til nytte når barnet opplever stress og utfordringer. Ved at barn i barnegrupper føler de har en opplevelse av håndterbarhet, vil de i mindre grad føle seg som et offer for omstendighetene. På bakgrunn av funnene, belyst av SOC-teorien, vurderer jeg at opplevelse av fellesskap i barnegrupper er betydningsfullt for barn av foreldre med psykiske lidelser. Det kan bidra til å gi mening i barnas liv, og deltakelsen i barnegrupper kan øke tilgjengelige motstandsressurser som styrker barnas håndterbarhet. Meningsfullhet og håndterbarhet er to av tre komponenter som bidrar til SOC, og ved å styrke disse to komponentene gjennom barnegrupper kan barn oppleve en helsefremmende effekt (Antonovsky, 1987; 2012; Langeland, 2014).

Gruppelederne hadde blant annet som mål å gi barna gode opplevelser der og da, samt tilrettelegge for at barna kunne være sammen med jevnaldrende som har liknende erfaringer. Det ble lagt vekt på fellesaktiviteter og samtaler, og gruppelederne understreket betydningen av gode opplevelser. Mine funn er i tråd med studier som viser at enkelte barnegrupper tilbyr aktiviteter, og at de er et sted hvor barna kan få gode opplevelser og ha det fint sammen (Aamodt og Aamodt, 2005). Møller (2002) bekrefter at gruppelederne ofte har fokus på å gi

barna mulighet til å høste gode opplevelser. Samtlige av gruppelederne i min studie hadde fokus på å tilrettelegge for fellesaktiviteter som barna liker. De opplevde at det å gjøre fellesaktiviteter barna liker, ga barna glede. Gruppelederne som ikke fulgte en mal klarte dette i større grad. For eksempel var barnegruppen på teater, gård og sansehuset. De lekte ofte og lagde mat sammen. Denne barnegruppen startet alltid gruppesamlingen med et varmt måltid, og alle barna og gruppelederne spiste i fellesskap. Å kunne starte samlingen slik vektlegges av gruppelederne fordi de visste at det å sitte sammen rundt et bord var det mange av barna som ikke opplevde hjemme. Derfor kan det å spise et varmt måltid i fellesskap ha stor betydning for barna. Dette er i tråd med Svendsen (2004) som fant at samvær under måltider med andre barn og voksne var det beste ved gruppen. Både funn i studien og teori understøtter verdien av felles-aktiviteter og måltider for å kunne høste gode opplevelser. Funnene kan tyde på at gode opplevelser og aktiviteter i barnegrupper, kan forsterke opplevelsen av fellesskap.

I den ene barnegruppen kunne barna delta på kun ett gruppeforløp som besto av 10 samlinger. Det fremkommer i funnene at barna fikk oppleve fellesskap i gruppene kun en kort periode. En av gruppelederne fra denne gruppen meldte sin bekymring angående dette og hvordan denne begrensningen kan påvirke barnegruppenes helsefremmende effekt. Studier som påpeker viktigheten av å oppleve og delta i fellesskapet setter spørsmål ved om det er effektivt for barn å delta i programmer som kun går over en kort periode (Gladstone et al., 2014). De ansatte fra den andre barnegruppen stilte seg også kritisk til denne begrensningen, og fremhevet at barna som deltok i deres grupper over tid ofte beskrev en bedre effekt av opplevelse av fellesskap i forhold til barna som sluttet etter en kort periode. Dette er i tråd med Gladstone et al. (2014) sin studie som anbefaler en mer langvarig oppfølging av barn i barnegrupper. På bakgrunn av funn som understøttes av teori anser jeg viktigheten av at barna bør få mulighet til å delta i fellesskapet over en lengre periode, og at det også bør være fokus på fellesskap i andre arenaer, for eksempel på skoler. Imidlertid har jeg kjennskap til at barn av foreldre med psykiske lidelser ofte har et stort skolefravær, noe som kan tyde på at barna har redusert mulighet til å oppleve fellesskap utenom barnegruppene. Studier understøtter dette og viser at situasjoner i hjemmet, som for eksempel belastende omsorgsoppgaver i familien, kan være årsaken til at enkelte barn av foreldre med psykiske lidelser har stort fravær på skolen (Becker, 2007; Cass et al., 2009; Kufås et al., 2004). Det at gruppelederne hentet barna på skolen og hadde et tett samarbeid med lærerne kan bidra til å forebygge fravær.

5.2.2 Betydningen av erfaringsfellesskap og gjenkjennelse

Felles erfaringer og delte opplevelser relatert til å være barn av foreldre med psykiske lidelser vektlegges av gruppelederne. Derfor tilrettela gruppelederne for at barna kunne samtale om sine utfordringer, og observerte at dette bidro til gjenkjennelse og åpenhet blant barna, og at dette igjen forsterket opplevelsen av ”å være i samme båt”. De ansatte beskrev disse faktorene som betydningsfullt for barna i gruppene og for fellesskapet. Mine funn er i tråd med Trondsen (2013) som skriver at aspekter som gjenkjennelse og åpenhet er vesentlige faktorer på veien til å skape et fellesskap. Studier støtter at gjenkjennelse er betydningsfullt for barn i barnegrupper (Gladstone et al., 2014). Grant et al. (2008) bekrefter også at ved å bli kjent med jevnaldrende som har felles erfaringer, hjelpes barna til å bedre forstå deres egne erfaringer og gjenkjenne egne følelser. Forfatterne skriver videre at dette er faktorer som styrker SOC i barnegrupper.

Gjenkjennelse av andres følelser og erfaringer kan bidra til en endring av normalitetsoppfatningen og synet på seg selv (Trondsen, 2013). Gruppelederne var bevisst på dette og hadde derfor mye fokus på gjenkjennelse gjennom fellessamtaler. Gruppelederne beskrev barnas tilbakemeldinger om at opplevelse av gjenkjennelse styrket fellesskapet og førte til en normalisering av situasjoner og følelser. Gruppelederne beskrev videre at normaliseringsprosessen bidro til åpenhet og økt forståelse hos barnet, samt en reduksjon av å føle seg så alene. Funnene er i tråd med Theisen og Ådnanes (2014) som fant at barn verdsetter det å kunne snakke om tanker, bekymringer og erfaringer med andre barn i samme situasjon fordi det bidrar til at de ikke føler seg alene. Grant et al. (2008) påpeker også at gjenkjennelse hjelper barn til å se verdien i at de ikke er de eneste med slike erfaringer og at det normaliserer livssituasjonen de lever i. Kufås et al. (2004) hevder at parallelle historier om andre barn og familier ofte kan gi en avstand til egne problemer og utfordringer. Både funn og teori understøtter at opplevelse av gjenkjennelse og åpenhet kan bidra til å skape et fellesskap knyttet til en normaliseringsprosess, og at det kan redusere barnas ensomhetsfølelse.

Bratli (2010) påpeker flere faktorer ved barnegruppene som kan bidra til å redusere ensomhetsfølelsen, blant annet det at barna kan gi og motta råd fra hverandre. Gruppelederne observerte at bekreftelser og råd fra jevnaldrende i samme situasjon var betydningsfullt. Det var mer effektivt enn deres tilbakemeldinger, og innledet til mer deling. Barna fortalte hverandre om hvordan de taklet situasjonene og ga hverandre råd. Dette kan bidra til å

gyldiggjøre egne tanker og reaksjoner, som igjen kan bidra til økt positiv selvfølelse og styrke barna i retning av å anerkjenne egne følelser og behov (Halsa og Aubert, 2009).

Funnene som understøttes av teori viser at gjenkjennelsesprosessen gjennom erfaringsfellesskap er et viktig element i barnegrupper. Gjenkjennelse av egne følelser og erfaringer kan styrke forutsigbarheten og gi barna en forklaring på utfordringene, samt styrke indre ressurser som selvtillit og trygghet. Dette kan hjelpe barna til å takle stress og utfordringer mer begripelig og håndterbart. Samtidig kan det hjelpe barna til å se en mening i deres livssituasjon. Ved å styrke disse komponentene, styrkes opplevelsen av sammenheng, og dermed kan det skapes en helsefremmende prosess i barnegruppene (Antonovsky, 2012).

Gruppelederne observerte at barna som deltok i gruppene ofte virket flaue over sin situasjon, og var ofte tause og isolerte seg. De ansatte erfarte at barna i gruppene ofte var redde for negative holdninger og stigmatisering, fordi deres situasjon avvirket fra det omverdenen definerer som normalt. I denne forbindelse opplevde gruppelederne at barna ofte strevde med følelser som skam og skyld, samt frykt for stigmatisering. Funnene er i tråd med Fjone et al. (2009) som skriver at barn av foreldre med psykiske lidelser kan oppleve nedsettende kommentarer og negative holdninger til psykiske helseproblemer, og dermed kan de bevisst unngå å fortelle om forelderens lidelse for å unngå stigmatisering av forelderens eller dem selv. Dette oppleves ofte som en tilleggsbelastning for barna, og dermed utvikler de ulike strategier for å takle situasjonen på best mulig måte (Fjone et al., 2009). Søk seg til likesinnede i miljøet, unngå eksponering, søke ensomhet og utvikle kunstneriske uttrykk er de fire strategiene som ble identifisert av Fjone et al. (2009). Gruppelederne så ofte en sammenheng mellom barnets skam og skyldfølelse og barnets forståelse av forelderens lidelse; hvorfor mor eller far oppførte seg rart? Forlegenhet, skam og skyldfølelse er utbredt blant barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser (Gladstone et al., 2011). Jeg vurderer at gjenkjennelses- og normaliseringsprosesser, samt økt forståelse for psykiske lidelser kan bidra til at flere barn kan snakke mer åpent om sine erfaringer. Disse prosessene i barnegruppene kan redusere bekymringen for stigmatisering og følelser som skyld og skam, nettopp fordi barn ser at de ikke er den eneste. De er flere i samme båt.

Barn som kjente hverandre fra før, oftest gjennom skolen, møttes i gruppene. Gruppelederne hadde samtaler med barna på forhånd av gruppedeltagelsen i slike situasjoner, og beskrev at

barna opplevde det nærmest som en sjokk fordi de hadde ikke visst at det andre barnet var i en liknende situasjon. Mine funn er i tråd med Svendsen (2004) sin studie der barna selv har uttrykt at de kjente enkelte av de andre barna fra før, men at de ikke visste om at en av foreldrene deres hadde psykiske problemer. På bakgrunn av disse erfaringene hadde gruppelederne fra den ene barnegruppen fokus på taushetsplikt for å styrke trygghetsfølelsen. Imidlertid var det enkelte foreldre som stilte seg skeptiske når barna ikke ville fortelle om innholdet i gruppesamlingene hjemme. Svendsen (2004) mener at ”taushetsplikten” som pålegges barna bør problematiseres, og at både faglige og etiske forhold tilsier at barnet bør kunne vise åpenhet overfor foreldrene. En løsning på dette kan være at barnet får lov til å snakke med foreldrene om gruppesamtalene, men ingen andre. Svendsen (2004) skriver at en slik løsning forutsetter at foreldrene må pålegges legal taushetsplikt.

De ansatte opplevde at det kunne ta noe tid før enkelte barn ble trygge nok til å snakke fritt om deres erfaringer i gruppen. Gruppelederne observerte at tausheten ble redusert etterhvert som barnet ble bedre kjent med barnegruppen og tryggheten økte. Svendsen (2004) støtter at barnas skepsis bedres etterhvert som de blir bedre kjent med de andre barna og gruppelederne. En god relasjon til gruppelederne øker tryggheten hos barnet (Grant et al., 2008). Gruppelederne beskrev at taushetene kan sees i sammenheng med lojalitet. Mine funn er i tråd med Grant et al. (2008) som skriver at det kan ta flere måneder før enkelte barn blir trygge nok til å snakke fritt om deres erfaringer i barnegrupper, og før de føler at de ikke er illojale mot foreldrene når de åpner opp om familiehemmeligheter.

Gladtsone et al. (2014) fant at barnegrupper kan hjelpe barn med å fremme gode relasjoner. Det er viktig at gruppelederne tilrettelegger for god relasjonsbygging, da barn av foreldre med psykiske lidelser ofte ikke har optimale relasjoner i familien og til andre (Svendsen, 2004; Theisen og Ådnanes, 2014). Kufås et al. (2004) skriver at barn av foreldre med psykiske lidelser ofte viser tegn på usikkerhet på relasjonen til forelderen, som burde sett og forstått dem. Barnegrupper har en begrenset effekt på å styrke familierelasjonene, og det påpekes i studier at gruppene bør inkludere foreldrene i større grad (Svendsen, 2004; Theisen og Ådnanes, 2014). En av gruppene hadde en praksis på dette. Gruppelederne inkluderte foreldrene i barnegruppen en gang midt i forløpet og beskrev dette som vellykket. Den andre gruppen hadde forsøkt å innføre denne praksisen, men det hadde endt med at kun to foreldre kom. Derfor hadde gruppelederne valgt å ikke inkludere foreldrene videre i gruppeforløpet.

Gjennom å styrke barnas relasjoner til foreldre og andre barn, kan man fremme en god psykososial utvikling og styrke beskyttelsesfaktorer hos barnet, noe som er vesentlig for å utvikle barnets resiliens (Halsa og Aubert, 2009).

5.2.3 Betydningen av sosial støtte og forståelse fra jevnaldrende i samme situasjon

Den sosiale støtten barna gir hverandre i barnegrupper vektlegges av de ansatte som en viktig faktor. I samtaler med gruppelederne hadde barna beskrevet den sosiale støtten og forståelsen fra de andre barna som betydningsfullt. Studier understøtter dette, og viser at felles erfaringer og delte opplevelser er grunnlaget for den utslagsgivende sosiale støtten og forståelsen barna i gruppen viser hverandre (Gladstone et al., 2011; Gladstone et al., 2014). Å oppleve forståelse og støtte fra jevnaldrende i gruppen kan sees i lys av resiliensteorien. Fraser og Pakenham (2009) hevder at sosial støtte er en viktig faktor for å fremme resiliens. Sosial støtte spiller en stor rolle for barns mestring av hverdagslivets utfordringer. Sosial støtte fra nettverk kan være en beskyttelsesfaktor for barn som pårørende (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Pölkki et al. (2004) skriver at noen barn av foreldre med psykiske lidelser er svært sårbare og kan fort utvikle stressreaksjoner og langvarige vansker, dersom de ikke har beskyttende faktorer slik som sosial støtte i deres nettverk. Tilknytning til barnegruppen kan i denne sammenhengen være en samfunnsmessig beskyttelsesfaktor (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Tiltak som bidrar til å styrke opplevelsen av sosial støtte er helsefremmende (Helsedirektoratet, 2014). Funnene som understøttes av teori fremhever at sosial støtte og forståelse fra jevnaldrende i barnegrupper kan bidra til å styrke barnas resiliens. Sosial støtte er også en viktig motstandsressurs, og Antonovsky hevder at høy grad av stressfaktorer, kombinert med høy grad av sosial støtte er helsefremmende (Antonovsky, 2012).

Gruppelederne erfarte at den sosiale støtten og forståelsen fra jevnaldrende også økte motivasjon for deltakelse, fordi det styrket opplevelsen av fellesskap. Barna ble godt kjent med hverandre og beskrev hverandre som venner til gruppelederne. Mine funn er i tråd med Grant et al. (2008) som fant at barnegrupper blir sett på som en viktig arena for å forme vennskap med jevnaldrende. Barn av foreldre med psykiske lidelser har selv uttalt at relasjoner med jevnaldrende er en viktig ressurs, og barn som mottar støtte fra venner klarer seg bedre enn de barna som ikke har en slik støtte (Fraser og Pakenham, 2008). Venner kan være en motstandsressurs som styrker håndterbarheten (Antonovsky, 2012). I denne sammenheng ser jeg viktigheten av at gruppelederne legger til rette forhold som kan ha

betydning for at barna skal kunne forme vennskap med jevnaldrende. Barnegrupper kan på denne måten bidra til at barn får et større sosialt nettverk. Studier viser at jo større sosialt nettverk, desto mindre belastende omsorgsopplevelser for barnet (Fraser og Pakenham, 2008). Fraser og Pakenham (2008) understreker at sosialt nettverk er den sterkeste resiliensfaktoren. Derfor kan barnegrupper være et tiltak som kan hjelpe barn til å få seg venner og et utvidet sosialt nettverk, og dermed ha en helsefremmende effekt.

5.3 Trygge voksne ved roret

Gjennom analysen ble gruppelederne forstått som *trygge voksne ved roret*. De bisto med hjelp og støtte til barna på ulike måter. Gruppelederne hadde fokus på gi barna gode opplevelser og frirom i hverdagen, samt økt kunnskap om psykiske lidelser gjennom informasjon og samtaler. Lek, aktiviteter og gode øyeblikk hadde en stor plass i gruppene. Gruppelederne hadde også fokus på bevisstgjøring av barnas følelser, samt styrke deres ressurser.

5.3.1 Gruppeledernes viktige rolle i barnegrupper

Den ene barnegruppen var et resultat av faglig engasjement. Sosialkonsulent ved en skole og helsesøster hadde satt i gang samtale- og opplevelsesgrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser i samarbeid med oppvekstteamet i kommunen. En av de ansatte i denne gruppen understreket viktigheten av engasjementet til de to andre gruppelederne som hadde startet gruppen og beskrev de som ildsjeler, og mente at barnegruppen sannsynligvis ikke hadde eksistert uten deres innsats. Funnene er i tråd med rapporten *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre* som påpeker at arbeidet med barnegrupper i stor grad er drevet av ildsjeler og spesielt interesserte, samt at tiltakene er sårbare. Barnegrupper som tiltak bør styrkes, slik at de lettere kan etableres og holdes ved like uten å være prisgitt av ildsjeler (Aamodt og Aamodt, 2005).

Det kommer frem i funnene at flere av barna trengte å bli passet på, fordi mange av barna hadde ingen til å passe på de. Gruppelederne beskrev at barna har behov for støttende tilstedeværelse fra de voksne, gjennom å bli sett og motta bekreftelse. I følge Borge (2010) dreier resiliens seg om å ha signifikante andre som kan støtte og ivareta barnet, noe som kan

være en beskyttende faktor. I veilederen *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* beskrives beskyttelsesfaktorer for barn som pårørende på flere nivåer. Under nivået øvrig nettverk og samfunn, påpekes det at sosialt nettverk preget av støtte fra minst en person som har hatt positiv betydning for barnet over tid kan styrke en positiv utvikling hos barnet (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Forskning om resiliens hos barn som vokser opp i en vanskelig hjemmesituasjon understøtter dette. Studier viser at barn som hadde en annen nær voksenrelasjon utenfor hjemmet, hadde færre symptomer på psykiske vansker, enn de barna som ikke hadde andre voksne å samtale med (Jenkins og Smith, 1990; Collishaw et al., 2007). Barn av foreldre med psykiske lidelser uttrykker et behov for å ha kontakt med trygge og støttende voksne (Riebschleger et al., 2009). Borge (2010) støtter at mange barn som klarer seg godt har ofte en annen betydningsfull person utenom primæromsorgsgiver som de kan støtte seg på. Grant et al. (2008) skriver at barna beskrev gruppelederne som ”surrogat foreldre” og verdsatte gruppeledernes måte å løse vansker på gjennom en kreativ og humoristisk atmosfære. På bakgrunn av funn som understøttes av teori ser jeg den viktige rollen gruppeledere i barnegrupper har i form av den hjelpen og støtten barna får gjennom gruppeforløpet. Det fremkommer i funnene at noen av gruppelederne hadde kontakt med barna også utenfor gruppen, noe barna hadde uttrykt som betryggende. I tillegg hadde barna beskrevet den frivillige deltakelsen som positivt. Studier støtter at flere gruppeledere har kontakt med barna også utenfor gruppen, og at barna uttrykker en følelse av innflytelse og kontroll ved gruppedeltagelsen, fordi de når som helst kan trekke seg ut (Grant et al., 2008).

Det at hvert enkelt barn skulle få tilstrekkelig og positiv oppmerksomhet under samlingene vektlegges av gruppelederne. De erfarte at enkelte barn hadde stort behov for hjelp og motivasjon under aktiviteter og vanskelige situasjoner. Werner (2000) poengterer at barn som mottar positiv oppmerksomhet fra støttende voksne, kan utvikle selvstendighetsfølelsen, samt evnen til å kunne be om hjelp og støtte når de har behov. Når barna får gjentatte erfaringer i å håndtere vanskelige situasjoner enten på eget initiativ eller med støtte fra andre, kan barna oppleve en følelse av forventning om å mestre. Dette kan resultere i en trygghet som fører til at barna har tro på å ha en positiv påvirkning på egen utvikling. På bakgrunn av dette kan barna utvikle ulike mestringsstrategier, og de kan lettere hente fram hva de trenger fra miljøet og bruke det aktivt for å få støtte til å møte situasjonen slik at deres behov blir ivarettatt (Werner, 2000). Dette er også i tråd med det salutogene perspektivet, der sosial støtte vektlegges som en viktig mestringsressurs for en høyere grad av SOC. I tillegg kan følelse av forventning om å mestre styrke barnets begripelighet (Antonovsky, 2012).

5.3.2 Betydningen av lek og aktivitet i barnegrupper

Det fremkommer i funnene at gruppelederne har fokus på å gi barna læring, gode opplevelser og øyeblikk i gruppen, ofte gjennom alderstilpasset lek og aktiviteter. Å gi barnet et frirom med gode nærvær av voksne vektlegges av gruppelederne, og de opplevde at flere barn beskrev barnegruppene som et frirom i hverdagen. De ansatte forklarte at frirom handler om å gi barnet en pause fra den psykiske lidelsen, og barnet får en arena hvor de selv er i fokus og blir sett og bekreftet av voksne. Mine funn viser at gruppelederne så det som hensiktsmessig å tilrettelegge for ulike aktiviteter og lek for å gi barna frirom, gode opplevelser og for å styrke barns læring. Hagborg og Range (2008) støtter dette og fremhever at i en barnegruppe er det vel så viktig med lek og aktiviteter som det å ha samtale og kunnskapsformidling.

Gruppelederne beskrev lek mellom barn og voksne som betydningsfullt, og erfarte at aktiviteter og lek bidrar til å styrke relasjonen mellom barna og gruppelederne. Kvello (2010) understøtter dette og skriver at lek kan bidra til å styrke båndene mellom den voksne og barnet. Gruppelederne erfarte også at barna i gruppen ble bedre kjent med hverandre gjennom lek. Studier støtter dette, og beskriver at det er faktorer som bidrar til økt motivasjon for deltakelse og åpenhet (Svendsen 2004; Theisen og Ådnanes, 2014).

Lekens betydning for barn kan også forstås innenfor utviklingspsykologi og pedagogisk forskning, og jeg velger å fremstille noen relevante teorier fra Eik (2003). Teoretikeren Sigmund Freud og hans etterfølger Erik Erikson har studert personlighetsteorier om lek, og fremhever lekens betydning for barnets psykiske utvikling. Freud påpeker at leken kan tolkes som et uttrykksmiddel for følelser og ubevisste motiver. Videre hevder han at barnet kan avreagere innestengte følelser og få utløp for frustrasjon gjennom lek. I motsetning til Freud er Erikson opptatt av at lek er en skapende prosess. Han sammenlikner barns lek med forskning og kunstnerisk utfoldelse hos voksne. En annen sentral teoretiker er Jean Piaget som skriver om kognitive leketeorier. Piaget hevder at stadiene i barnets intellektuelle utvikling gjenspeiles i de lekeformene som oppstår i forskjellige utviklingsfaser. Teoretikeren Gregory Bateson studerte samspillteorier om lek, der sosiale samspillprosesser står i sentrum. Han er opptatt av lek som sosial samspill og som kommunikasjon. Selvtutviklingen og det sosiale samspillet knyttes til sosialiseringen. Lek er også et uttrykk for barnets trang og evne til å kommentere virkeligheten (Eik, 2003).

Lek handler om utforskning og skaperlyst, og lek er en indikasjon på barnets fungering og

samtidig utviklingsfremmende (Eik, 2003; Kvello, 2010; Lillemyr, 2011). Barn kan hjelpes til en bedre utvikling med henhold til refleksjonsevne og det å se sammenheng i egen tilværelse, gjennom lek og aktiviteter (Hagborg og Range, 2008). Dette er i tråd med helsefremmende perspektiv. Lillemyr (2011) ser på lek som veien til læring og utvikling, og fremhever en sammenheng mellom lek-opplevelse-læring i sin bok med nettopp denne tittelen. Både funn i studien og teori understøtter viktigheten av lek for barns utvikling og læring. Læring kan bidra til å styrke barnets begripelighet (Antonovsky, 2012). Jeg vurderer at lek i barnegrupper kan gi barnet mulighet for utvikling, samt gruppelederne en unik mulighet til å observere barnet. Gruppelederne poengterte viktigheten av at lek og aktiviteter tilpasses hvert enkelt barn og gruppen som helhet.

Videre fremkommer det i funnene at gruppelederne ser det som hensiktsmessig å involvere barna i større grad i planleggingen av lek og aktiviteter i gruppen, fordi det kan bidra til å styrke gruppetilhørigheten og motivasjonen hos barna. Evalueringer av andre gruppetilbud viser at barn etterspurte mer deltagelse i gruppetilbudet på deres egne premisser. Barna ytret et ønske om mer lek og aktiviteter, samt mindre samtale. Flere av barna var også opptatte av at de voksne ikke skulle bestemme alt på forhånd, men spørre barna om hva de selv har mest lyst til å gjøre når det var aktiviteter (Bratli, 2010; Theisen og Ådnanes, 2014). En slik involvering kan bidra til at barna føler en økt kontroll og innflytelse i barnegruppen, samt bidra til en motivasjon til å delta i gruppen (Bratli, 2010; Östman, 2008; Grant et al., 2008).

Gruppelederne i min studie har et sterkt fokus på lek og dens positive innvirkning det kan ha for barn, noe som gjenspeiler seg i deres praksis. De ansatte opplevde at fellesaktiviteter og lek bidro til å styrke følelsen av trygghet og tilhørighet hos barna, samt gi gode øyeblikk. Funnene er i tråd med Bratli (2010) som poengterer at det er viktig å fokusere på aktiviteter og lek i gruppene for å etablere tilhørighet og trygghet hos barna. Gjennom fellesaktiviteter og lek fremmes også barnas sosiale kompetanse, noe som er i tråd med beskyttelsesfaktorer innenfor resiliensperspektivet (Bratli, 2010). Schore (2012) hevder at lek er nødvendig for utvikling, og at det bør være noe som opptar alle som arbeider terapeutisk. Lek gir barn mulighet til å utvikle nye nevrale nettverk for tanker, følelser, atferdsmønstre og sanseopplevelser. Når barn leker blir de oppslukt av øyeblikket, engasjert av oppgaven eller kontakten med de andre. Dette er de øyeblikkene en bør lete etter og styrke, dersom man ønsker å bidra til en positiv utvikling hos barn (Schore, 2012).

Brown og Vaughan (2010) beskriver lek som en mental tilstand. Forfatterne hevder at utviklingshistorien til den enkelte vil variere, og dermed også hvilke aktiviteter som vil gi denne mentale tilstanden. For noen kan det være å lese en bok, for andre kan det være film, kortleker eller ringspill. I mine funn kommer det frem at høytlesing fra bøker som omhandler barn i samme situasjon, prioriteres av gruppelederne. Barna hadde gitt uttrykk for at de ønsket høytlesing fra bøker som omhandler andre barn i liknende situasjon. Gruppelederne mente at et viktig element i slike bøker er at det finnes en mening i situasjonen, et håp om at vanskeligheter kan overvinnes. Dette er i tråd med resiliensteorien. Samtidig erfarte gruppelederne at opplevelse av gjenkjennelse knyttet til fortellingen kunne bidra til at barna i større grad identifiserte egne følelser og samtalte om de. Disse opplevelsene kan bidra til å øke mening og begripelighet hos barnet. Barnas bevissthet kan øke gjennom gjenkjennelse av følelser, og historien kan hjelpe barna til å se en mening med situasjonen. Disse prosessene kan hjelpe barnet til en sterkere SOC (Antonovsky, 2012).

5.3.3 Gruppeledernes fokus på barnas ressurser og selvhjelpsteknikker

I funnene kommer det frem at gruppelederne forsøkte å knytte lek og aktiviteter opp mot læring. De benyttet seg av ulike verktøy og læringsleker som psykologisk førstehjelpsskrin, følelsesstafetten og bamseleken. Aktivitetene ble tilrettelagt i forhold til barnas alder.

Gruppelederne har gode erfaringer i forhold til bruk av psykologisk førstehjelpsskrin i barnegruppene. Psykologisk førstehjelpsskrin bygger på prinsipper fra kognitiv terapi, og er både et samtaleverktøy og et selvhjelpsmateriale. Skrinet har tre versjoner som er tilpasset ulike aldersgrupper. Hovedhensikten med skrinet er å lære barn enkle selvhjelpsteknikker, gjennom utvikling av kunnskap, ferdigheter og mestringsstrategier (Haugland, Mauseth og Raknes, 2013; Raknes og Haugland, 2013). Gruppelederne erfarte at mange av barna ikke var ærlige om hvordan de hadde det, eller de var lite oppmerksomme på egne følelser. Dette understøttes av litteraturen som beskriver barn av foreldre med psykiske lidelser som ”det usynlige barnet” (Blinkenberg et al., 2007; Glistrup, 2006). Dermed hadde gruppelederne fokus på at barna skulle bli mer bevisste på egne følelser og legge planer for hva de kan gjøre om de har behov for hjelp. Psykologisk førstehjelpsskrin ble brukt blant annet for å fremme denne prosessen, da verktøyet kan være effektivt for at barn skal lære seg å bli oppmerksom og ærlig i forhold til hvordan de har det. Barn kan ta i bruk røde og grønne figurer som symboliserer rødtanker og grøntanker. Grøntanker er hjelpsomme og skaper mer glede og

trivsel, mens rødtanker er negative og vonde. Denne øvelsen kan hjelpe barna til å gi mer plass til de tankene de ønsker, og barna lærer å framsnakke seg selv (Haugland et al., 2013; Raknes og Haugland, 2013). I følge gruppelederne gav barna tilbakemeldinger om at de forstod og tok i bruk disse teknikkene. Det kan se ut til at dette verktøyet kan være effektivt i barnegrupper, ved at den bidrar til en bevisstgjøring av følelser hos barnet, og at barnet får økt kunnskap og tilegner seg mestringsstrategier. Dette selvhjelpsmateriellet kan ha en forebyggende og helsefremmede effekt for barn, gjennom at de lærer å påvirke egne liv og forholde seg aktivt til egne tanker, følelser og handlinger (Haugland et al., 2013).

En annen selvhjelpsteknikk som fremheves av gruppelederne er pusteøvelser. Gruppelederne hadde fått tilbakemeldinger fra barna om at de blant annet tok i bruk pusteteknikkene på kvelden dersom de ikke fikk sove. Disse selvhjelpsteknikkene som fremkommer i funnene er i tråd med resiliensteorien, hvor det blant annet vises til ulike nivåer som kan utløse beskyttelsesfaktorer for barnet. Disse teknikkene kan bidra til å styrke beskyttelsesfaktorer hos barna på individnivå, og dermed kan barna oppleve at de styrer viktige aspekter ved eget liv og kontroll. Denne prosessen kan føre til en sterkere motstandskraft (Sosial- og helsedirektoratet, 2007; Borge, 2010). Videre er det innenfor resiliensperspektivet viktig å ha fokus på barnas evne til å løse egne vansker. Det er også sentralt at barnet har en tro på sin egen kapasitet til å håndtere stress (Borge, 2010). Riebschleger et al. (2009) støtter at barn av foreldre med psykiske lidelser har behov for å lære ulike mestringsstrategier og teknikker for å håndtere sin hverdag. Mine funn er også i tråd med SOC-teorien, da selvhjelpsteknikker kan bidra til å styrke barnas håndterbarhet og motstandsressurser for å takle stressfaktorer i hverdagen. Antonovsky har identifisert mestringsstrategier som en av hovedområdene for motstandsressurser. Dersom barnet opplever å ha motstandsressurser tilgjengelig, vil dette styrke SOC (Antonovsky, 1987; Langeland, 2014).

Hva kan barna gjøre dersom de ikke klarer å ta i bruk disse selvhjelpsteknikkene på egenhånd fordi situasjonen oppleves for kaotisk? Dette var et spørsmål gruppelederne hadde fokus på under gruppesamlingene. Gruppelederne hjalp barna med å utarbeide en handlingsplan. Denne planen inneholdt øvelser og verktøy barna kunne ta i bruk, og hvem de kunne kontakte for hjelp hvis det var behov for det. Ved å lage et nettverksskart, bevisstgjorde de barna på hvem de kunne støtte seg på. Mine funn er i tråd med Kufås et al. (2004) som poengterer nødvendigheten av å samtale med barna og lage en plan om hva de kan gjøre neste gang de

opplever en vanskelig situasjon, og hvem de kan kontakte eller være hos. Støtte fra naboer, venner, familie og øvrig nettverk kan være beskyttelsesfaktorer for barn som pårørende (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Å oppleve tilgjengelig nettverk er en faktor som kan fremme resiliens (Bratli, 2010).

5.3.4 Betydningen av kunnskap og informasjon som blir gitt av gruppelederne

I følge Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkun (2010) vil informasjon til barna om foreldrenes lidelse være en viktig faktor for at barna skal mestre utfordringer. Forfatterne hevder at informasjon om foreldrenes lidelse kan skape forståelse hos barna og gi barna kunnskap om hvordan lidelsen kan arte seg. Gruppelederne observerte at barna brukte mye tid og krefter på å forsøke å forstå foreldrenes lidelse og atferd knyttet til lidelsen. For å øke forståelsen hos barna fokuserte gruppelederne på å gi aldersadekvat informasjon om psykiske lidelser og hvordan det kan påvirke familiehverdagen. For å hjelpe barna å leve med sine omstendigheter og gi dem håp for fremtiden, er det nødvendig med tilstrekkelig informasjon om psykiske lidelser og varselsymptomer (Gladstone, 2010). Östman (2008) skriver at samtale er viktig for barna, fordi det kan redusere stresset som medfølger ved å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse. Kufås et al. (2004) poengterer at informasjon kan hjelpe barna til å forstå det de var blitt eksponert for.

Östman (2008) fant at barna ofte mangler noen å snakke med om forelderens lidelse, og beskriver de som ”alene med deres følelser og tanker”. Gladstone (2010) fremhever at barn som ikke hadde fått informasjon om foreldrenes lidelse hadde en tendens til å beskrive foreldrenes atferd og sine egne erfaringer ved å bruke begreper som problemer, dårlige dager, stress, tristhet og depresjon. For å fremme helse, må tilværelsen gjøres sammenhengende, og en må ha en følelse av kontroll (Antonovsky, 2012). Det å forstå sammenhengen i egen tilværelse med seg selv i sentrum er viktig for å kunne håndtere hverdagen bedre. Ved økt forståelse gjennom barnegrupper kan vanskelige spørsmål knyttet til forelderens lidelse bli mindre skremmende, fordi både spørsmålene og svarene blir gitt i en mer begripelig kontekst.

Gruppelederne erfarte at barna ønsket å få vite mer om foreldrenes lidelse og hvordan det kan påvirke forelderens, samt at barna ofte var redde for om lidelsen kunne være smittsom eller arvelig. Funnene er i tråd med Östman (2008) som fant at barn ønsker samtale med

fagpersoner for å få informasjon om forelderens psykiske lidelse, samt atferd knyttet til lidelsen. Gladstone (2010) bekrefter at noen barn uttrykker forvirring og bekymring om deres genetiske risiko for å utvikle en lidelse. Gladstone (2010) hevder at lite informasjon kan føre til at barna opplever mestring som utfordrende og at barna tåler godt å snakke om foreldrenes lidelse, og understreker at åpenhet kan føre til at barna selv etterspør viktig informasjon.

Studier viser at barnegrupper kan bidra til økt kunnskap hos barna, og dermed gi en større innsikt i hvordan lidelsen kan påvirke foreldrenes atferd, samt gjør det lettere å snakke åpent om dette hjemme (Svendsen 2004; Bratli, 2010). Halså og Aubert (2009) fant samsvarende funn i sin studie og skriver at barn utvikler en økt forståelse av hva det vil si å ha en psykisk lidelse gjennom gruppedeltagelsen. Barna hadde også utviklet en forståelse for at barnet kan bli påvirket av samværet med forelderens psykiske lidelse. Det var blitt enklere for barna å uttrykke seg og be om hjelp gjennom denne kunnskapen (Halså og Aubert, 2009). Svendsen (2004) mener at økt kunnskap om lidelsen fører til at barna tenker mindre på utfordringene knyttet til den, og at noen av barna får større innsikt i egne reaksjoner på foreldrenes lidelse. Informasjon kan styrke begripelighet. Det at barnet opplever stimuli som fornuftsmessig begripelige eller at det finnes en god forklaring vil være et vern mot forverret helse. Dette er med på å øke tillitt til at det man utsettes for i fremtiden, også vil kunne være til å begripe (Antonovsky, 2012). Samtidig kan faktorer som barnets kunnskap og forståelse av situasjonen virke beskyttende, og fremme resiliens (Aamodt og Aamodt, 2005; Kvello, 2010).

Gruppelederne erfarte at barna ofte var preget av sterk skyldfølelse og viste bekymring for at noe de har sagt eller gjort kunne være årsaken til forelderens lidelse eller atferd. Gjennom informasjon og samtale forsøkte de å frata barnas skyldfølelse. Gruppelederne rapporterte at barna gav uttrykk for at informasjon og økt kunnskap førte til trygghet, økt selvfølelse og selvtillit, samt reduserte skyld- og ansvarsfølelsen. Selvtillit og trygghet hos barnet er indre ressurser som kan styrkes gjennom informasjon og kunnskap som kan hjelpe barnet å takle hverdagen mer håndterbar (Antonovsky, 1987; 2012; Langeland, 2014). I følge Borge (2010) er det viktig for en resiliert utvikling at barnet ikke føler skyld for forelderens lidelse, og barnet trenger derfor å få relevant informasjon om lidelsen. Studier bekrefter at informasjon er vesentlig for skyld- og ansvarsavlastning (Kufås et.al., 2004; Kallander, 2010). Östman (2008) hevder at informasjon om foreldrenes lidelse reduserer barnas følelse av usikkerhet, skyld og skam.

I følge gruppelederne gav barna tilbakemeldinger om at den økte kunnskapen om lidelsen bidro til at de ble klar over at forelderens psykiske vansker ikke var deres eller foreldrenes skyld. Funnene kan tyde på at økt forståelse og kunnskap om lidelsen og hvordan den kan arte seg, kan gi barnet mulighet for gjenkjennelse av unormal atferd forårsaket av lidelsen, noe som kan bidra til at barnet opplever mindre skyldfølelse knyttet til forelderens endrede atferd. Dersom barnet forstår de ulike stimuli som forståelige og sammenhengende, kan barnet oppleve at stimuli passer inn i en sammenheng og kan forklares (Antonovsky, 2012). Dette kan gjøre barn mer robust. Walsh (2008) påpeker at det vil være hensiktsmessig å tenke at barn som forstår forelderens psykiske vansker som noe utenfor deres representasjon som forelder, vil ha et bedre utgangspunkt i forhold til resiliente faktorer enn barn som ser på de negative aspektene ved den psykiske lidelsen som en del av foreldrerepresentasjonen. Walsh (2008) hevder at barns økte forståelse av forelderens lidelse er knyttet til en evne til å se seg selv separat fra forelderens lidelse, som da fremmer resiliens. Gladstone (2010) støtter dette og utdyper at barn som har kunnskap om forelderens lidelse ser ut til å være mer resiliente fordi de gir lidelsen skylden for deres livssituasjon, og ikke dem selv eller foreldrene.

Imidlertid poengterer Grant et al. (2008) viktigheten av å unngå å sette et stempel på forelderens lidelse. Symptomer og tegn innenfor de ulike psykiske lidelsene ble i barnegruppen de studerte lagt frem som forelderens atferd, i motsetning til å kategorisere dette som en del av en diagnose. Forskerne ytret at dette arbeidet var tidkrevende og utfordret gruppelederens tålmodighet, empati, samt en absolutt tillitt til at barna var klare for å samtale om deres opplevelser (Grant et al., 2008). Selv om Antonovsky (1987) kategoriserer kunnskap som et av hovedområdene for motstandsressurser, er det sentralt innenfor det salutogene perspektivet å ikke fokusere på lidelsen.

Enkelte studier dokumenterer utfordringene knyttet til informasjonsutvekslingen med barna. Gladstone (2010) beskriver ulike utfordringer i denne sammenhengen; foreldre trodde informasjonen kunne virke tyngende og frustrerende for barn, og noen foreldre nektet for virkningen den psykiske lidelsen kunne ha på barnet. Noen barn ble beskrevet som ”sultne” på informasjon, og ble ved noen tilfeller avvist som for unge til å forstå. Andre foreldre ønsket imidlertid at barnet skulle få informasjon, fordi de hadde en oppfatning om at det ville korrigere misoppfatninger barnet kunne ha om at de forårsaket vanskene i familien (Gladstone, 2010). Jeg vurderer i denne sammenhengen at det kan være hensiktsmessig å

vektlegge samarbeidet med foreldrene, jf. Helsepersonelloven §10a. Gruppelederne fra den ene gruppen hadde samtaler med barn og foreldre i forkant, midt i og i etterkant av barnegruppene, og beskrev det som nyttig. Man kan gjennom et slikt samarbeid åpne for samtale knyttet til hva slags informasjon foreldrene selv ønsker at barnet skal få, og kartlegge hva slags informasjon barnet allerede har om forelderens lidelse. Det er vesentlig å få kunnskap om hvordan barn av foreldre med psykiske lidelser oppfatter foreldrenes atferd og psykiske symptomer for å kunne forstå hvordan denne oppfattelsen kan påvirke utviklingen av resiliente faktorer (Walsh, 2008). Halså (2008) påpeker viktigheten av å inkludere foreldrene for å kunne utvikle og tilrettelegge riktig tilbud til barnet. Helsefremmende arbeid bør bygge på gjensidig tillit og godt samarbeid (Svedberg, 2006). Funnene er relevant sett i lys av resiliens teorien, hvor beskyttelsesfaktorer for barn forekommer på flere nivåer. Et av nivåene er foresatte og nær familie. Under dette nivået hevdes det at foreldres deltakelse og interesse i barns liv, og foreldre som tillater barnet å motta hjelp fra andre styrker resiliensutviklingen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

5.4 Implikasjoner for praksis

Studiens funn viser at gruppeledere i barnegrupper utfører en jobb med stort ansvar for barnas helsefremming. De viser stort engasjement for barna og for å gi gode opplevelser gjennom barnegruppene. Gruppelederne har mye kunnskap innenfor fagfeltet og et oppriktig ønske om å hjelpe barna. Dette er kunnskap som er viktig å ta i betraktning når kommunen organiserer tjenester til barn av foreldre med psykiske lidelser.

Funnene fra studien viser at samarbeidet med foreldrene kan være avgjørende og utslagsgivende i forhold til om barnet får muligheten til oppleve *å være i samme båt med trygge voksne ved roret*. Helsepersonelloven §10 pålegger helsepersonell å samtale med pasienten/foreldrene om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov, og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Dette kan være en tidkrevende prosess, men den bør prioriteres for å øke motivasjon for barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser.

Det er viktig å ha fokus på mestringsstrategier og ressurser i barnegruppene. Verktøyet psykologisk førstehjelpsskrin var et godt hjelpemiddel som bør benyttes hyppigere i

barnegrupper. Pusteteknikker for å takle vanskelige situasjoner kommer også frem som en viktig mestringsstrategi, noe gruppeledere bør fokusere på i større grad. Et tverrfaglig samarbeid kan vise seg å være hensiktsmessig for å kunne gi barnet et mer helhetlig tilbud. Lek og aktiviteter i barnegrupper bør prioriteres, på grunn av den utviklingsfremmende effekten. Barna bør inkluderes i planleggingen av innholdet, noe som kan bidra til at barna føler en økt kontroll og innflytelse i gruppen, samt bidra til økt motivasjon. I barnegrupper som følger en mal hvor innholdet er forhåndsbestemt kan dette være en utfordring. Tidsbegrensede programmer for barnegrupper kan være en ulempe, da barn av foreldre med psykiske lidelser ofte trenger en mer langsiktig oppfølging. Deltakerkriterier som går ut på diagnoser kan være til hinder for at enkelte barn får delta i barnegrupper, og medfører en sykdomsrettet fokus. I stedet bør det være barnets behov som er avgjørende for deltakelsen. Barnegrupper kan være en arena for barna hvor de kan forme verdifulle vennskap med jevnaldrende. Derfor er det viktig at gruppelederne legger til rette forhold som kan bidra til dette. Samlingene bør starte med et varmt måltid i fellesskap, da det kan ha stor betydning for barna, spesielt for barn som ikke opplever en slik atmosfære hjemme. Aktiviteter og samtaler i fellesskap bør vektlegges, fordi støtte og forståelse fra jevnaldrende har en stor betydning for barna. Barna har et behov og ønske om å møte jevnaldrende i samme situasjon, og faktorene i barnegrupper kan styrke barna i en helsefremmende prosess. Derfor bør barnegrupper organiseres mer tilgjengelig og få økt oppmerksomhet på flere nivå.

Denne studiens videre implikasjoner er en bevisstgjøring av helsefremmende faktorer i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Dette kan bidra til refleksjoner vedrørende hva som kreves av både de ansatte, ledere og organiseringen for å fremme helsefremmende arbeid for utsatte barn og unge. Noe som kan bidra til økt fokus på barnegrupper både på tjenestenivå og politisk nivå, slik at det kan utvikles egnede tiltak.

Jeg har tidligere i studien henvist til rundskrivet *Barn som pårørende* og ønsker å uttrykke noen tanker jeg har gjort meg underveis i lys av helsefremmende perspektiv. Jeg har et inntrykk av at språket i rundskrivet kan virke stemplende for barn av foreldre med psykiske lidelser. Språket kan synes å ha et sykdomsrettet fokus ved at begrep som belastning og problemutvikling blir benyttet. Det kunne vært gunstig å ta i bruk et mer helsefremmende språk da dette omhandler barn som i utgangspunktet er friske, men lever under stressituasjoner.

5.5 Videre forskning

Denne studien har sett på ansattes opplevelser knyttet til barnegruppenes helsefremmende effekt for barn av foreldre med psykiske lidelser. I videre forskning vil det være viktig å se på andre perspektiver og erfaringer knyttet til barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Det er vesentlig å få frem barnas stemme. Det kan være interessant å studere hvordan barna selv opplever barnegrupper og tiltakets helsefremmende effekt. Hvordan beskriver barn i barnegrupper sin erfaring med tiltaket? Hva mener barn er nyttig hjelp til familien og seg selv? Det vil samtidig være interessant å se videre på om barn opplever at de selv har innvirkning på den hjelpen som gis. Det kan også være interessant å forske på barnegrupper hvor foreldre inkluderes i større grad. Hvordan beskriver foreldre med psykiske lidelser sine erfaringer med barnegrupper for deres barn? Hvordan erfarer barn at foreldrene inkluderes i barnegruppene? Det kan også være spennende å studere barnegrupper som drives innen spesialisthelsetjenesten. Hvordan beskriver ansatte i spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser?

Det var et overraskende funn at informantene beskrev det tverretatlige samarbeidet på kommunalt nivå som så godt som de gjorde. Dette sett i lys av rapporten *Utsatte barn og unge- behov for bedre samarbeid*, hvor behovet for bedre samarbeid i kommuner rundt utsatte barn og unge fremheves (Helsetilsynet, 2009). Det kan være interessant å se på hva som bidrar til dette gode samarbeidet.

Gruppelederne poengterte betydningen av lek for barn og at det bør vektlegges i større grad. Teorier innen pedagogikken og utviklingspsykologien støtter dette. Det ville være interessant å utforske tema i lys av lekteorier innen pedagogikken og utviklingspsykologien.

6 KONKLUSJON

I denne studien har jeg undersøkt hvordan barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser kan ha en helsefremmende effekt for barna som deltar, sett i et ansattperspektiv. Jeg har fokusert på hva som kan oppleves fremmende for sense of coherence og resiliens i barnegruppene. I følge gruppelederne skapte barna et fellesskap sammen med jevnaldrende i samme situasjon, og gruppelederne bidro med hjelp og støtte til barna på ulike måter. Disse hovedfunnene resulterte i studiens tittel: *Å være i samme båt med trygge voksne ved roret.*

I følge gruppelederne er samspill og samvær med jevnaldrende i samme situasjon verdifullt for barn i barnegrupper. Det å være med å skape et fellesskap og erfare gode opplevelser sammen med andre barn har en stor betydning. Gruppelederne la til rette for at barna var med og skapte et fellesskap knyttet til en normaliseringsprosess gjennom gjenkjennelse, åpenhet, forståelse og sosial støtte. Tilgang til støttende gruppeledere kan bidra til en økt trygghet og selvtillit for barna. Det vektlegges av de ansatte at barnets utvikling kan styrkes gjennom lek, aktiviteter og kunnskapsformidling i barnegrupper. Det viser seg å være hensiktsmessig å involvere barna i større grad i planleggingen av gruppeforløpet. Disse faktorene kan bidra til at barnas opplevelse av sammenheng i sin livssituasjon styrkes, samt styrking av beskyttelsesfaktorer som kan svekke risikoen for utvikling av vansker hos barnet. Innen helsefremmende perspektiv vektlegges det at barn som har en trygg tilknytning utenfor hjemmet har et bedre utgangspunkt i en utfordrende og krevende hverdag. Dette gjelder barn som får hjelp til å bearbeide vonde opplevelser, samt ivareta relasjonen til foreldrene. Barnegrupper som ikke har kriterier for rekruttering og som ikke er tidsbegrenset, er mest hensiktsmessig for barna.

Kunnskap om barnegrupper som et helsefremmende tiltak for barn av foreldre med psykiske lidelser ser ut til å være sentralt både på individ- og tjenestenivå. Gruppeledernes erfaringer vil være viktig for å kunne utvikle økt kunnskap om feltet, og etablere tiltak som er i tråd med disse erfaringene. For å møte barnas behov for helsefremmende tjenester, og nasjonale politiske føringer om tidlig intervensjon og oppfølging til utsatte barn, må det sikres ressurser som kan bidra til å ivareta denne gruppen. Denne studien vil kunne ha en betydning for klinisk psykisk helsearbeid da den bidrar til økt bevissthet og refleksjon vedrørende det helsefremmende arbeidet ovenfor barn av foreldre med psykiske lidelser.

7 LITTERATURLISTE

Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre: Rapport*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

Aadland, E. (2011). *...og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Almvik, A. og Ytterhus, B. (2004). Ualminnelig alminnelighet - barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker. *Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap*. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

Andvig, Ellen, Syse, John, Iversen, Petter, E, Vik, Lars (2011). *Forskningsprosjektet miljøterapi – ”når rammene løses opp” smidige overganger mellom kommune og DPS*. Tønsberg: Høgskolen i Vestfold. Rapport 2.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. San Francisco, Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Barne- og familiedepartementet. (2003). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

- Becker S. (2007). Global Perspectives on Children`s Unpaid Caregiving in the Family. Research and Policy on “Young Carers” in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7(1), 23-50.
- Bekkehus, M. (2012). Familierisiko og atferdsvansker; Årsak og Virkning. *Psykologi i Kommunen*, 2, 3-8.
- Bengtsson, J. (1988). *Sammanflätningar. Fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty*. Göteborg: Daidalos.
- Blinkenberg, S., Falkesgaard, N. og Hermansen, D. (2007). *Børn af forældre med psykisk sygdom; anbefalinger til god praksis i psykiatrien og i det tværsektorielle samarbejde*. København: Sekretariat for netværk af forebyggende sygehuse i Danmark.
- Borge, A. I. H. (red). (2007). *Resiliens i praksis. Teori og Empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademiske .
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Bratli, S. (2010). *Læring og mestring for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. Aker: Oslo universitetssykehus HS.
- Brown, S. og Vaughan, C (2010) *Play. How it Shapes the Brain, Opens the imagination and Invigorates the Soul*. New York: Penguin Group. University Press
- Bøe, T. D. og Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Cass, B., Smyth, C., Hill, T., Blaxland, M., og Hamilton, M. (2009). *Young Carers in Australia: Understanding the advantages and disadvantages of their care giving*. Canberra: Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse and Neglect*, 31, 211-229.
- Cummings, M. E., og Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 73-112.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eik, L. T. (2003). *Lekende læring og lærende lek på småskoletrinnet*. Oslo: PEDLEX Norsk Skoleinformasjon
- Eriksson, M. og B. Lindström (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. I: *Health Promotion International*. Vol. 23 (2). Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research, International Union for Health Promotion and Education Global Working Group on Salutogenesis.
- Fjone, H. H., Ytterhus, B. og Almvik, A. (2009). How Children with Parents Suffering from Mental Health Distress Search for 'Normality' and Avoid Stigma. *Childhood* 11/2009; 16(4):461-477.
- Fraser, E. og K.I. Pakenham (2008). Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2008; 42:1041-1050.

- Fraser, E. og K.I. Pakenham (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, health and medicine Vol. 14, No. 5, October 2009, 573-584.*
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelserapporten 2014: Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4.* Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Forskningsetikkloven (2006). LOV-2006-06-30-56. Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-30-56>
- Gladstone, B. M. (2010). *"All in the same boat": An analysis of a support group for children of parents with mental illnesses. PhD-avhandling.* Toronto: University of Toronto.
- Gladstone, B. M., Boydell, K. M. og McKeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine*, 62 (10): 2540-2550.
- Gladstone, B. M., Boydell, K. M., Seeman, M. V. og McKeever, P. D. (2011). Children's experiences of parental mental illness: a literature review. *Early Intervention in Psychiatry*, 5 (4): 271-289.
- Gladstone, B. M. McKeever, P. Seeman, M. og Boydell, M. K. (2014). Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations. *Qualitative Health Research 2014*, 24 (9): 1171–1182.
- Glistrup, K. (2006). *Hvad børn ikke ved... har de ondt af.* København: Hans Ritzels Forlag.

- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). *Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*. Nurse education today (2004) 24, 105-112.
- Grant, G., Repper, J., og Nolan, M. (2008). Young people supporting parents with mental health problems: the experiences of assessment and support. *Health and Social care in the Community*, 16 (3), 271- 281.
- Hagborg, E. og O. Ränge (2008). Lekar och övningar. I U. Forinder & E. Hagborg (Red.), *Stödgrupper för barn och ungdomar* (s. 281-292). Lund: Studentlitteratur.
- Halsa, A. (2008) *"Mamma med nerver". En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. PhD-avhandling*. Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Halsa, A. og Aubert, A. M. (2009). *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer; en evaluering av forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum*. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Halsa, A. (2012) Foreldre som velferdsaktører - forebyggende arbeid for barn i risiko. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende* (s.150-170). Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland B. S. M., Mauseth, T. og Raknes, S. (2013). *Psykologisk førstehjelp i førstelinjetjenesten. Implementering og evaluering*. Oslo/Bergen: RBUP Øst og Sør og RKBU Vest.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. St. meld. nr. 47 (2008-2009)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Folkehelsemeldingen – mestring og muligheter. Meld. St.19 (2014-2015)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2010a). *Barn som pårørende*. Rundskriv IS-5/2010. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet (2010b). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2012). *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007–2010*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2007). *De usynlige barna. Barna av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Helsepersonelloven (1999). LOV-1999-07-02-64. Lov om helsepersonell m.v.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Helsetilsynet (2009). *Utsatte barn og unge- behov for bedre samarbeid. Rapport 5/2009*. Oslo: Statens helsetilsyn.

Jenkins, J. M. og Smith, M. A. (1990). Factors protecting children living in disharmonious homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 60-69.

Kallander, E. K. (2010) Skjulte unge omsorgsgivere – helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol.7. Nr. 3. 2010; s. 206 – 216.

Killen, K (2009). *Sveket: Barn i risiko – og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.

Korhonen, T., Pietilä, A.M., og Vehviläinen-Julkun, K. (2010). Are the children of the clients visible or invisible for nurses in adult psychiatric? - A questionnaire survey. *Scandinavian journal and Caring Science*, s. 65-74.

Kvale, S. (1983). The Qualitative Interview: A phenomenological and hermeneutical mode of understanding. *Journal of Phenomenological Psychology vol 14* no 2, 171-196.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kufås, E., Lund, K. og Myrvoll, L. R. (2004). Foreldre med psykiske problemer. Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* Vol.1. Nr.3. 2004.

Langeland, E. (2014). *Salutogenese og psykiske helseproblemer*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), Rapport 1/2014.

Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 2008:3 (3): 172-175.

Leira, H, K. (2003). *Det gode nærvær – kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lillemyr, O. F. (2011). *Lek – opplevelse – læring*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004): A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of Caring Science*, 18, 145-153.
- Lindström, B. og Eriksson, M. (2010). *The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis: Salutogenic pathways to health promotion*. Folkhälsan Research report 2010:2. Helsinki: Folkhälsan Research Centre, Health Promotion Research, International Union for Health Promotion and Education Global Working Group on Salutogenesis.
- Malterud, K. (2001). *Qualitative research: standards, challenges, and guidelines*. Lancet 2001; 358:483-8.
- Malterud, K. (2002). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger*. Tidsskriftet for Den norske legeforening. Nr. 25 – 20.oktober 2002. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122:2468 – 72.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maybery, D. og Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (2009), 16(9): 784-791.
- Møller, B. (2002). *Børn med psykisk syge forældre; god praksis*. København: Socialt udviklingscenter SUS.
- Pölkki, P., Ervast, S-A. og Huupponen, M. (2004). Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent. *Social work in health care: 151-163*.

- Raknes, S. og Haugland, B.S.M (2013). *Psykologisk førstehjelp. Veiledning for bruk i førstelinjen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Riebschleger, J., Tableman, B., Rudder, D., Onaga, E. og Whalen P. (2009). Early Outcomes of a Pilot Psychoeducation Group Intervention for Children of a Parent with a Psychiatric Illnes. *Psychiatric Rehabilitation Journal* (2009), 33(2):133-141.
- Rimehaug, T. Børstad, J. M., Helmersberg, I. og Wold, J.E. (2006). De ”usynlige” barna. *Tidsskrift for den norske legeforening* (2006), 126:1493-4.
- Ruff, C.C., Alexander, I.M. og McKie, C. (2005). The use of focus group methodology in Health disparities research. *Nursing Outlook*, 53(3): 134-140.
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I J. P. Shonkoff og S. J. Meisels (Red.), *Handbook of early childhood intervention s.651-683*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Ruud, T. (2014) Barn av pasienter med alvorlig sykdom eller rusmiddelbruk: Prosjektplan og erfaringer underveis fra en multisenterstudie . I: *Barn i Norge 2014 "Når barn er pårørende"*. Voksne for barn.
- Ruyter, K. W. (red). (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schore, A. (2012) *The science of the art of psychotherapy*. New York: W.W. Norton & Company.
- Solbakken, B., Lauritzen, G. og Lund, M.K.Ø. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer, SIRUS-rapport 5/2005*. Oslo: SIRUS

Solbakken, B. og Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, SIRUS-rapport*. Oslo: SIRUS.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Rundskriv 5/2006: Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999). LOV-2013-06-21-79. Lov om spesialisthelsetjenesten <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

Svedberg, P. (2006). Hälsofrämjande i psykiatrisk omvårdnad. I: Arvidsson, B. og Skärsäter, (Red.) *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.

Svendsen, A. (2004). *Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer. En evaluering av BAPP-programmet*. Trondheim, Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge: s. 1-20.

Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Sølvberg, H. A., Aase, I. M. og Walnum, E. G. (2002). *Prosjekt "Andungen". Erfaring med gruppetilnærming som mentalhygienisk tiltak etter oppvekst med psykisk sykdom hos mor eller far*. Kristiansand: Prosjekt "Andungen".

Theisen, O. M. og Ådnanes, M. (2014). *Evaluering av SMIL - Styrket Mestring i Livet – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn

- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for Helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Trondsen, M. V. (2013). *"Vi er ikke syke mennesker, vi har bare et behov for å snakke" – en kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder. PhD-avhandling. Tromsø: Norges Arktiske Universitet.*
- Torvik, F. A. og Rognmo, K. (2011). *Rapport 2011:4. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Walsh, J. (2008). Childrens understanding of mental ill health: implications for risk and resilience in relationships. *Child and family Social Work* 2009, 14, 115-122.
- Werner, E.E. (2000). Protective Factors and Individual Resilience I: Meisels J. og Shonkoff J. P : *Handbook of early childhood intervention*. (115-132) (9.printing 2009) Cambridge: University Press.
- World Health Organization, (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21. November 1986.
- Ytterhus, B. (2012) Hva er et "pårørende barn"? Barn mellom risiko, nytte og en åpen framtid. I Haugland, B. S. M., Ytterhus, B. og Dyregrov, K. (Red.) *Barn som pårørende* (s. 18-43). Oslo: Abstrakt Forlag.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with severe mental illness: Investigation their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (5): 354-359.

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD (NSD: 38867)

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ellen Andvig
Institutt for helsefremmende arbeid Høgskolen i Buskerud og Vestfold
Postboks 2243
3103 TØNSBERG

Vår dato: 06.06.2014

Vår ref: 38867 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.05.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

38867	<i>Helsefremmende perspektiv i arbeidet med barn av foreldre med psykiske lidelser</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ellen Andvig</i>
Student	<i>Zeynep Gurbet Bas</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Kopi: Zeynep Gurbet Bas gurbet_84@hotmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 38867

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, forutsatt at dato for prosjektslutt endres til 01.06.2016, jf. telefonsamtale med Zeynep Gurbet Bas 03.06.2014.

Vi minner om at ledere (evt. andre ansatte) i barnegrupper med barn av foreldre med psykiske lidelser ikke kan omtale barn/foresatte på en personidentifiserende måte. Studentene må derfor stille spørsmålene på en slik måte at taushetsplikten ivaretas, og kan med fordel minne den ansatte om at navn og identifiserende bakgrunnsopplysninger (som alder, kjønn, landbakgrunn, spesielle hendelser, diagnoser mm.) må utelates ved omtale av barn og foresatte.

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

Forventet prosjektslutt er 01.06.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved:

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

Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

En kvalitativ studie om barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser

Bakgrunn og hensikt

Jeg tar Mastergradsstudium i klinisk helsearbeid ved Høyskolen i Buskerud og Vestfold og skal gjennomføre en studie om barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Studien gjøres i forbindelse med min mastergradsoppgave. Jeg ønsker å ha kvalitative fokusgruppeintervjuer med ansatte som arbeider med barnegrupper. Dette for å høre om deres erfaringer og opplevelser i forbindelse med dette arbeidet. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan ansatte beskriver sine erfaringer med å lede barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. I studien ønsker jeg å belyse om deltakelse i barnegrupper kan ha en helsefremmende virkning hos barna. Det er to teoretiske perspektiver jeg har fokus på: resiliens og opplevelse av sammenheng. Problemstillingen lyder som følger: *"Hvordan kan barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser ha en helsefremmende effekt for barna som deltar, sett i et ansatteperspektiv?"*

Hva innebærer deltakelse i studien?

For å kunne belyse ovenstående problemstilling ønsker jeg å intervjuer ansatte som har erfaring med å lede barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser. Deltagelsen i studien innebærer at informantene deltar i fokusgruppeintervju. Det er ønskelig med fem til åtte informanter som deltar per fokusgruppeintervju. Tidsrammen rundt intervjuet beregnes til omtrent to timer. Spørsmålene vil omhandle hvordan de ansatte erfarer å lede barnegrupper og hva de mener barna får ut av å delta i disse gruppene. Dataene vil registreres ved lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

All data vil bli behandlet konfidensielt og på en forsvarlig måte i henhold til Personopplysningsloven og etter retningslinjer gitt av Datatilsynet. Dette innebærer at jeg som forsker vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn. Datamaterialet vil anonymiseres, og slettes senest innen den 01.06.2016. Forskningsresultatene vil bli publisert i en mastergradsoppgave og vitenskapelige artikler.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta i fokusgruppeintervju ber jeg deg om å underskrive samtykkeerklæringen på siste side og sende den til meg. Når denne er mottatt vil du bli kontaktet av undertegnede. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, eller generelt ønsker mer informasjon om forskningsprosjektet kan du kontakte masterstudent Zeynep Gurbet Bas, tlf: 98120374, mail: zeynep.gurbet.bas@drmk.no eller veileder førstelektor Ellen Andvig, ellen.andvig@hbv.no.

Personvern

Informasjonen som lagres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Min veileder førstelektor Ellen Andvig er faglig ansvarlig for studien.

Utlevering av materiale og opplysninger til andre

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg

Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige mastergradsoppgaven eller i artiklene. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 01.06.2016.

Studien er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Zeynep Gurbet Bas, tlf: 98120374, mail: zeynep.gurbet.bas@drmk.no eller veileder førstelektor Ellen Andvig, ellen.andvig@hbv.no.

Med vennlig hilsen

Zeynep Gurbet Bas

Masterstudent i klinisk helsearbeid, studieretning psykisk helsearbeid
Høgskolen i Buskerud og Vestfold

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

- 1: Kan dere fortelle om deres praksis med barnegrupper?
- 2: Kan dere beskrive erfaringer dere har hvor barnegrupper har vist en helsefremmende effekt?
- 3: Hvilke utfordringer har dere i arbeidet med barnegrupper?

Vedlegg 4: Dataanalysen –**Oversikt over meningsenheter, subkategorier og kategorier.**

Meningsenhet	Subkategori	Kategori
Jeg fulgte opp en gutt, som hadde en veldig syk mamma, og som hadde gått i grupper, i det uendelige... Så han var drittlei grupper, og han ønsket egentlig ikke å gå på gruppe hos oss. Så begynte han liksom å komme mer og mer, og til slutt så ønska han å gå i grupper, fordi... så sa han det så fint selv og at: ”Det er jo bare de barna som kan skjønne hvordan jeg har det!”	Forståelse fra andre barn	Å oppleve erfaringsfellesskap
De var ikke den eneste som hadde en mamma som kanskje ikke sto opp om morgenen, eller som kanskje lå og sov når de kom hjem fra jobb. Ja litt sånne felles ting som de ikke hadde med andre barn.	Kjenne seg igjen i erfaringer og delte opplevelser	
En ting er hvis vi som voksne sitter og snakker om ulike temaer, men når det andre barnet som har opplevd det samme sier: ”men det er ikke din skyld, det må du liksom skjønne”, det tror jeg er så viktig og effektivt, enn at vi voksne skal sitte og ha et tema.	Støtte fra andre barn	
Det som var mye av effekten... og kanskje utbytte tenker jeg er... det var at barna møtte andre barn i samme situasjon... det var en gutt som sa: ”Han har også en mor med psykisk lidelse, men han ser jo helt normal ut og han ønsker jo å ha det helt vanlig i livet sitt og han liker de vanlige tinga!” Altså jeg tror den opplevelsen er kjempeviktig bare!	Opplevelse av gjenkjennelse	
Uansett hvor mye temaer og greier vi har på en måte... jah... det å kjenne på det fellesskapet, og si ”Åh... Det er ikke bare meg som har en mamma som sover hele tiden!” De ble liksom letta...	Opplevelse av fellesskapet	
Barna var avhengige av at det var noen der, som så dem. Vi lekte ofte, det er jo alltid veldig hyggelig når barn og voksne leker sammen. Og det var det veldig mange som ikke var vant til.	Støttende tilstedeværelse av den voksne	Gi barnet frirom med gode nærvær av voksne
De som sleit mest måtte ha noen ved siden av seg hele tiden under aktiviteter, som var der for at de ikke skulle backe ut, fordi de var liksom sånn: ”dette greier ikke, det her greier jeg ikke”. Men vi sa: ”Jo du greier det, du greier det”.	Bekreftelse og oppfølging fra voksne	
Vi fikk noe midler til å reise på turer, bl.a. sansehuset. Og det var sterkt for barna, ligge der i en seng og flyte, og bare flyte liksom og kjenne etter.	Gode opplevelser og øyeblikk	
Det å sitte sammen rundt et bord, snakke sammen og dele et varmt måltid, det var nærmest det viktigste. Det å sitte sammen rundt et bord var det mange som ikke opplevde hjemme.	Gjøre dagligdagse aktiviteter sammen	
Altså bare det å være på en gård, og se og lære hva som skjer der. For eksempel at det fødes lam. Ting som de ikke har opplevd selv, ting som de ikke har sett før, kanskje det er mange som ikke har vært på en gård. Altså opplevd litt av det med livet da.	Nærhet til dyr	

Barna selv gav tilbakemeldinger til oss om at de ønsket å få vite mer om de ulike psykiske lidelsene foreldrene hadde, så det vi begynte å gjøre var å snakke mer direkte til barna.	Skape forståelse for foreldrenes lidelse	Gi barnet kunnskap om psykiske lidelser og bevisstgjøring av følelser
Også var det dette med skyldfølelse da. At det aldri er barnas skyld. Og at det er lov å være glad. Og å gå ut og leke, selv om mamma var lei seg, og var inne og gråt. Og at det ikke var barna som skulle hjelpe de voksne, men at det alltid var noen andre voksne som skulle hjelpe.	Fratakelse av skyldfølelse	
Vi hadde et tema for hver gang, også var det litt oppgaver ift. tema. Det kunne være tegning, det kunne være å tegne følelser i kroppen. Vi hadde konkurranse om å komme på flest mulig følelser, løp frem og tilbake, følelsesstafett.	Bli kjent med egne følelser	
At de lærer seg til å kjenne igjen hvis det oppstår noen sånne følelser som blir kaotiske inni seg. At du da søker hjelp, på en måte. Det, tenkte jeg som et mål, at hvis vi kan få formidlet det i alle fall	Gjenkjenne følelser og søke hjelp, en plan for hva de kan gjøre.	Styrke barnets ressurser for å takle hverdagen
En konkret øvelse som barna har gitt tilbakemelding på er pusteøvelser, ulike teknikker. Ligge på gulvet og surre, og kjenne at bølgen kommer og går. Slappe av i hele kroppen og kjenne på gode følelser istedenfor de vonde følelsene. Og det har vi fått tilbakemeldinger på etterpå, at det har blitt brukt etterpå. For det er jo veldig mange av disse barna som har problemer med å sove, så det har da blitt brukt om kvelden for å sove for eksempel.	Lære mestringsteknikker for å takle hverdagen.	
Vi passet på, ja de måtte passes veldig på. Vi hentet de og kjørte de hjem. Vi hentet flere unger fast, kjørte rundt og plukket dem opp.	Vi passet på barna, hentet de og kjørte de hjem.	Barnegruppenes rammer
Jeg tenker jo at vi har hatt to forskjellige grupper. Vi har fulgt en mal som heter CU2. Hvor det har vært veldig spisse kriterier for å komme inn. Vi har fulgt den malen i forhold til hvordan vi har drevet og styrt gruppene. Både med tanke på innholdet, og dette her med samtaler i forkant, midt i og etterpå er en del av denne malen.	Vi har fulgt CU2-malen, ift hvordan vi har drevet og styrt gruppene., samt hatt spisse kriterier for å komme inn.	
Det tenker jeg er litt sånn som jeg har kjent på hele veien, det å på en måte ha hatt ti ganger og ferdig med det... Jeg har jo hatt barn som kunne hatt veldig god nytte av å fortsette. Vi har jo hatt grupper som kunne ha gått over år faktisk.	Vi har hatt grupper som kunne ha gått over år, og som ikke burde vært ferdig etter 10 ganger.	