

Mestring som mulighet gjennom samtale, aktiviteter og opplevelser- gruppelederes arbeid med barnegrupper

En kvalitativ studie om hvordan fagpersoner beskriver bruk av
helsefremmende arbeidsmetoder i barnegrupper for barn som
har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker

Therese Fagernes Bottegård



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

Master i klinisk helsearbeid

Studieretning: Psykisk helsearbeid

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

16.01.2017

Kandidatnummer 3

Navn: Therese Fagernes Bottegård	Dato: 16.01.2017
Tittel og undertittel: Mestring som mulighet gjennom samtale, aktiviteter og opplevelser- gruppelederens arbeid med barnegrupper. En kvalitativ studie om hvordan fagpersoner beskriver bruk av helsefremmende arbeidsmetoder i barnegrupper for barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker.	
Sammendrag: <p>Bakgrunn: Behovet for identifisering og oppfølging av barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker er godt dokumentert i forskning og lovverk. Barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker kan oppleve ulike stress-situasjoner som kan påvirke de i varierende grad i forbindelse med forelderens vansker. Studier og rapporter som omhandler denne gruppen viser at barna selv etterlyser mer informasjon og oppfølging fra fagpersoner. Tidligere nasjonal og internasjonal forskning viser at barnegrupper for barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker kan ha helsefremmende effekt for barna som deltar.</p> <p>Hensikt: Studiens hensikt er å utvikle kunnskap om hvordan fagpersoner kan arbeide helsefremmende i barnegrupper for barn som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker.</p> <p>Teoretisk forankring: Studiens teoretiske ramme tar utgangspunkt i teori om barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker, og relevant lovverk og politiske føringer for arbeidet rettet mot denne gruppen. Dette sett i lys av det helsefremmende perspektivet salutogenese, og teori om bruk av gruppe som hjelpemiddel.</p> <p>Metode: Studien har en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Utvalget består av seks informanter med erfaring som gruppeledere for barnegrupper, innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunalt nivå. Datainnsamlingen er utført gjennom et individuelt intervju og et fokusgruppeintervju. Dataanalysen er utført i tråd med Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalysemetode</p> <p>Resultat: Dataanalysen avdekket kategoriene: 1. Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser i gruppen. 2. Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot samtale og samtalebaserte øvelser i gruppen. 3. Barnegruppens organisering. Analysen resulterte med hovedtema: «Mestring og mulighet gjennom aktivitet og opplevelsen- med samtalen som verktøy i gruppelederens verktøykasse»</p> <p>Konklusjon: Studien viste at gruppelederne erfarte arbeidsmetoder som rettet seg mot aktivitet, opplevelser og samtale i gruppene kunne fremme helse hos barna som deltok. Barnegruppens organisering kunne påvirke den helsefremmende effekten, gjennom ulik fremgangsmåte ved rekruttering og rammer for gruppen. Studien viste at barnegruppen kan dekke barns behov for en arena hvor de kunne samtale om sine utfordringer sammen med fagpersoner og andre barn, få kunnskap om psykisk helse, utveksle ideer om nye handlingsmuligheter, og utvikle et gruppefellesskap gjennom gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot bruk av samtalen, aktiviteter og opplevelser. Barnegruppen kunne ikke endre barnas livssituasjon, men den kunne bidra til en opplevelse av sammenheng for barna gjennom ny forståelse, mening og nye håndteringsmuligheter.</p> <p>Nøkkelord: Barnegrupper, barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker, fagpersoner, helsefremmende arbeid, arbeidsmetoder, salutogenese, fokusgruppeintervju, individuelt intervju, hermeneutisk-fenomenologisk metode</p>	

Name: Therese Fagernes Bottegård	Date: 16.12.2017
Title and subtitle: Coping as a possibility through conversation, activities, and experiences – group leaders work with children`s group A qualitative study of how health professionals describe the use of health promoting methods in groups for children of parents with mental disorder and/or substance abuse.	
<u>Abstract:</u> <p>Background: The need for identification and monitoring of children and adolescents of parents with mental disorder and/or substance abuse is well documented in current scientific research and legislation. Children of parents with mental disorder and/or substance abuse are often to experience various stressful situations that may influence them in concurrence with their parent`s difficulties. Studies about this group of individuals illustrates that the children themselves are seeking more information from the health professionals. Previous national and international research indicates a health promoting effect for children of parents with mental disorder and/or substance abuse who participate in children`s groups.</p> <p>Purpose: The aim of this qualitative research is to develop knowledge of how health professionals are able to use health promotion methods in groups for children of parents with mental disorder and/or substance abuse.</p> <p>Theoretical foundation: The theoretical framework is based on different theories about children of parents with mental disorder and/or substance abuse. In addition to relevant legislations and policy guidelines. This is seen in comparison with the health promoting perspective salutogenesis, and theories about how to make use of the group as a tool.</p> <p>Method: The study has a hermeneutic phenomenological approach. Furthermore, the sample consists of six informants with experience as group leaders for children`s groups. One individual interview and one focus groups interview were performed to collect the data for the qualitative content analysis. Lastly, the analysis was done in accordance to Graneheim and Lundmans qualitative content analysis.</p> <p>Results: Results from the qualitative content analysis indicates three different categories. The first category is concerning the group leaders methods aimed at the activities and experiences in the group. Secondly, the group leaders methods through conversation and conversation-based exercises in the group. Finally, the actual organization of the children`s groups. Moreover, the theme «Coping and opportunity through activity and experience- with the conversation as a tool in the group leader`s toolbox» was derived from the qualitative content analysis.</p> <p>Conclusion: To conclude, the qualitative research discovered that the group leaders used different methods related to activity, experience and conversation. These methods ought to be health promoting for the children who participate in the groups. Furthermore, how the children`s groups are organized could influence the health promoting effect. Moreover, the research illustrates that these groups are an arena where the children develop a safe community where there is a possibility to talk with health professionals and other children about their challenges. In these groups the children are also capable to gain knowledge about mental health and to share ideas about new coping mechanisms for their life situation. All this is done through the group leaders methods aimed at the use of conversation, activity, and experience in the children`s groups. The children`s groups are not able to change the children`s life situation but it could contribute to a sense of coherence for the children through new understanding of their situation and to develop health promoting coping mechanisms.</p>	
Key words: Children`s groups, children of parents with mental illnesses or substance abuse, health professionals, health promotion, working methods, salutogenesis, focus group interview, individual interview, hermeneutical-phenomenological method, qualitative content analysis	

FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært en langvarig prosess som inneholdt både gleder og utfordringer underveis. Glede fordi studien gav meg mulighet til å fordype meg innenfor et fagfelt som er viktig for meg. Utfordrende fordi den krevde mye innsats i forhold til både skriveprosessen og praktiske tilpasninger i hverdagen.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Ellen Andvik for motivasjon og inspirasjon underveis. Du har vært viktig for meg i denne prosessen. Takk til informantene for deres tid og kunnskap. Jeg vil også takke mine kjære kollegaer på Blå Kors Borgestadklinikken for alle gode ord og støtte underveis. Takk til seksjonsleder Ragnhild Lien Myrholt som har tilrettelagt for at jeg kunne gjennomføre min studie. Takk til gode kollega Siv Beathe som leste gjennom studien og heiet meg frem i innspurten. Til mine gode venner, takk for all støtte. Spesiell takk rettes til Tine, Hedda, Heidi, og Linda for lesing av oppgaven underveis, all støtte, motivasjon, gode råd og ord.

Arbeidet med masteroppgaven har også krevd tålmodighet fra min kjære familie. Jeg vil derfor takke mannen min Erland for all støtte, gode middager, praktisk hjelp og gode samtaler. Uten deg ville ikke studien kunne blitt gjennomført. En spesiell takk til mine kjære barn Henrik August og Marie Serine, som synes at mamma sin «skoleoppgave» har tatt alt for lang tid å fullføre. Takk for deres tålmodighet, nå er mamma endelig ferdig. Dere to er min største inspirasjon og stolthet.

Haugfoss 16. januar 2017.

Therese Fagernes Bottegård

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Studiens hensikt med problemstilling og forskningsspørsmål.....	2
1.2	Bakgrunn for studien	2
1.3	Barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker og deres psykiske helse	5
1.4	Studiens avgrensninger og begrepsavklaring.....	7
1.4.1	Studiens oppbygging	8
2	TEORETISK RAMMEVERK.....	9
2.1	Litteratursøk.....	9
2.1.1	Søkeord og gjennomføring av søk i databaser	10
2.1.2	Håndplukkede søk	10
2.2	Helsefremmende prosesser	11
2.3	Salutogenese	12
2.3.1	Sence of coherence- opplevelse av sammenheng.....	13
2.3.2	Stressfaktorer og mestringsressurser	15
2.4	Gruppen som hjelpemiddel.....	16
2.4.1	Gruppelederens egenskaper og rolle i gruppen	16
2.4.2	Gruppeprosessen og kommunikasjon i grupper	18
2.5	Tidligere forskning av barnegrupper for barn med foreldre som har psykisk lidelse og/ eller rusvansker	19
2.5.1	Rapporter som omhandler barnegrupper i Norge	19
2.5.2	Rapporter og studier om barnegrupper på internasjonalt nivå	21
3	METODE	25
3.1	Design og vitenskapsteoretisk forankring.....	25
3.1.1	Hermeneutisk – Fenomenologisk tilnærming.....	26
3.1.2	Hermeneutikk	26
3.1.3	Fenomenologi	27

3.2	Forskerens ståsted	28
3.3	Datainnsamling	29
3.3.1	Fokusgruppeintervju som metode	29
3.3.2	Individuelt kvalitativt forskningsintervju	30
3.3.3	Utvalg og rekruttering av informanter	30
3.3.4	Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet.....	33
3.3.5	Forberedelser og gjennomføring av individuelle intervjuet	34
3.3.6	Transkribering	35
3.4	Dataanalyse.....	35
3.5	Personvern og etiske refleksjoner	37
3.5.1	Informert samtykke.....	38
3.5.2	Konfidensialitet og anonymitet	38
3.6	Metodiske refleksjoner	39
3.6.1	Studiens relevans	39
3.6.2	Studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet	39
4	PRESENTASJON AV FUNN.....	43
4.1	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser i gruppa.....	44
4.2	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot samtale og samtalebaserte øvelser	46
4.3	Barnegruppens organisering	51
5	DISKUSJON OG IMPLIKASJONER	55
5.1	Mestring som mulighet gjennom aktiviteter og opplevelser.....	55
5.2	Samtalen som redskap i gruppelederens verktøykasse	60
5.3	Barnegruppenes organisering	67
5.4	Implikasjoner for praksis	73
5.5	Videre forskning	74
6	KONKLUSJON	75
	LITTERATURLISTE	76

Vedlegg:

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Datanalysen: Oversikt over meningsenheter, subkategorier og kategorier

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Godkjenning NSD

Oversikt over figurer:

Figur 1: Utsnitt av analyse

Figur 2: Analyse av datamaterialet

1 INNLEDNING

Vær nå litt voksen

Vi sier det til barna våre rett som det er.
Som oftest når vi vil ha dem til å slutte med noe.
Slutte å mase. Slutte å søle. Slutte å slåss.
Noen barn er voksne uten at de blir bedt om det.
De maser ikke. De søler ikke. De slåss ikke.
De gjør mye annet. De rydder. De passer småsøsken. De trøster mor eller far.
Og de trøster seg selv.
De bruker ikke bare krefter på å gjøre en voksen sin jobb.
Mange av dem bruker også krefter på å skjule at noe er galt, for omverdenen.
De tror at å be om hjelp er ensbetydende med å svikte mamma eller pappa.
Derfor sier mange av disse barna aldri ifra om de sliter.
Alle voksne har ansvar for å varsle hvis de mistenker at barn lider overlast.
Naboen stusser over at den lille jenta i etasjen over går ut i sommerkjole midt på vinteren.
Læreren som legger merke til at den skoleflinke gutten i 5B har sluttet å gjøre lekser.
Helsepersonell har et helt spesielt ansvar.
Når du møter en voksen som har en alvorlig lidelse, plikter du å undersøke om han eller hun
har barn, og forsikre deg om at de blir fulgt opp.
Helsepersonell som møter unge pårørende, må bruke øyne og ører.
Du må høre det som ikke blir sagt. Du må se det som ikke synes.
Disse barna må slippe å være voksne.
Derfor må noen andre være det.

Oslo, mars 2015.

(Helseminister Bent Høie i Haugland, Bugge, Trondsen og Gjesdahl., 2015)

1.1 Studiens hensikt med problemstilling og forskningsspørsmål

Uttalelsen fra helseministeren ovenfor er et godt eksempel på studiens aktualitet og temaets relevans til psykisk helsearbeid. Den beskriver noen av de utfordringene som barn som lever med foreldre som har psykiske lidelser og/eller rusvansker kan møte, og den lovbestemte plikten som fagpersoner har til å ivareta barna. Hensikten med studien er å utvikle kunnskap om hvordan gruppeledere kan arbeide helsefremmende i barnegrupper for barn som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Et av målene for studien er å sette fokus på praksisnære erfaringer som bidrag til kunnskap på dette området. Ønske for studien er at funnene skal benyttes for å styrke tilbudet til barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker ved å gi fagpersoner kunnskap om hvordan de i praksis kan møte barns behov for hjelp og støtte. I den forbindelse er det innhentet data gjennom intervjuer med fagpersoner som har ledet barnegrupper.

Med utgangspunkt i disse betraktningene belyses følgende problemstilling i studien:

” Hvilke arbeidsmetoder erfarer fagpersoner som leder barnegrupper for barn med foreldre med psykiske lidelse og/eller rusvansker, som helsefremmende for barna ”

Forskningsspørsmålene som vil bli forsøkt belyst ved hjelp av intervjuene er:

- 1: Hvilke arbeidsmetoder kan oppleves som fremmende for salutogenese i barnegrupper?
- 2: Hvilke faktorer ved gruppeprosessen kan virke helsefremmende i barnegrupper?

1.2 Bakgrunn for studien

I dette kapittelet presenteres egen bakgrunn, politiske føringer, og litteratur om barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker som er utgangspunktet for studien.

Jeg har arbeidet som sosionom i 9 år, innenfor både kommunal helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. I mitt arbeid har jeg møtt en rekke mennesker med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Noen av personene har daglig omsorg for mindreårige barn. Jeg arbeider som poliklinisk behandler ved Blå Kors Borgestadklinikken, som blant annet gir tilbud til personer med rusvansker og deres pårørende. Blå Kors Borgestadklinikken har familie og generasjonsperspektiv som grunntanke for behandlingsvirksomheten.

Det innebærer at rusbruk/avhengighet sees som et relasjonelt problem som kan berøre hele familien, hvor vi har et særlig fokus på personen sine barn. Gjennom mitt arbeid har jeg jevnlig samtaler med pårørende, både de som selv er voksne barn med foreldre som har en psykisk lidelse og/eller rusvansker og mindreårige barn som lever sammen med foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker. Min erfaring er at denne gruppen har et stort behov for informasjon og oppfølging. Erfaringene jeg har gjort meg gjennom mitt arbeid, studier og personlige erfaringer danner bakgrunnen for mitt valg av tema for studien. Disse erfaringene har gjort meg nysgjerrig på å søke kunnskap om helsefremmende prosesser og bruk av barnegrupper som oppfølgingstiltak for denne gruppen.

Den økende kunnskapen på omfanget og mulige skadevirkningen av foreldrenes rusmiddelbruk og psykiske lidelser har bidratt til at barns rettigheter som pårørende har blitt styrket de siste årene (Amundsen & Melkeraaen, 2015). Stortinget og regjeringen har gjennom lovendringer og rundskriv gitt føringer for hvordan helsepersonell skal identifisere og ivareta informasjon og oppfølgingsbehovet som mindreårige barn som lever med foreldre som har psykisk lidelser og/eller rusvansker kan ha. Den 19. juni 2009 vedtok stortinget endringer i Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 for å sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar informasjonsbehovet og oppfølgingsbehovet som mindreårige barn som pårørende med foreldre som har rusvansker eller psykisk lidelse. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010 (Helsedirektoratet, 2010). Helseforetak og behandlingsinstitusjoner ble gjennom Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 pålagt å opprette egne barneansvarlige. Lovendringene omfatter somatiske og psykiske lidelser, samt rusrelaterte lidelser hos foreldrene. Lovverket gjelder for helsepersonell som arbeider i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, samt private helsetjenester. Formålet med lovbestemmelsene er å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen, og å forebygge problemer hos barn og foreldre (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet utgav i 2010 et rundskriv med teamet barn som pårørende (Rundskriv IS-5/2010). Rundskrivet omhandler lovendringene i Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 som trådte i kraft 1 januar 2010.

Innholdet i rundskrivet presenteres slik at det kan benyttes som en veileder for helsepersonell om hvordan endringene i Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 kan praktiseres (Helsedirektoratet, 2010a). Helsepersonell har ansvar for å tilby informasjon, samt veilede om ulike tiltak som kan være aktuelle. Foreldrene må ha samtykket til informasjonen som skal gis, dersom ikke samtykke gis kan barnet få generell informasjon dersom de ikke allerede kjenner til den psykiske lidelsen (Helsedirektoratet, 2010a).

I rundskrivet vektlegges blant annet at helsepersonell bør ha fokus på å aktivere det sosiale nettverket rundt familien og barna. *«For barn i vanskelige livssituasjoner finnes det noen steder tilbud, som for eksempel barnegrupper, nettfora, fritidsaktiviteter og annet. Noen kommuner og foretak har etablert samarbeidstiltak og rutiner for oppfølging av barna»* (Rundskriv IS 5, 2010:8). Samhandling mellom de ulike tjenestene vektlegges i rundskrivet. Det anbefales at helsepersonellet bør skaffe seg informasjon om samarbeidspartnere som kan gi videre oppfølging til barna, som for eksempel helsestasjon, skolehelsetjeneste, relevante deler av spesialisthelsetjenesten og barnevern. Et slikt samarbeid kan være viktig for at barnets behov for oppfølging skal kunne dekkes på en god måte over tid.

Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015), *Folkehelsemeldingen- mestring og muligheter* sier at psykisk helse skal få en likeverdig plass i folkehelsearbeidet, og barn og unge skal være en prioritert målgruppe i dette arbeidet. Folkehelsearbeid handler om å fremme livskvalitet gjennom deltagelse i sosialt fellesskap som kan bidra til tilhørighet og en opplevelse av mestring. I følge Folkehelsemeldingen skal det etableres program for folkehelsearbeid i kommunene, hvor tiltak som rettes mot å fremme barn og unges psykiske helse vektlegges (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Folkehelsemeldingen trekkes det frem ulike tiltak som kan fremme barn og unges psykiske helse som kan være relevant for studiens problemstilling: rask og tilpasset hjelp til barn og familier som opplever vansker, trygge oppvekstsvilkår, videreutvikle helsestasjon og skolehelsetjenesten, og læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og god sosial utvikling.

I veilederen, *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten*, beskrives pårørendes rettigheter, helsepersonells plikter og det gis anbefalinger om god praksis i arbeidet med pårørende (Helsedirektoratet, 2017).

Veilederen omhandler også barn med foreldre som har psykiske lidelser eller rusvansker. Veilederen påpekte at barna kan ha behov for hjelp til å meste sin situasjon, og at tidligere forskning viste til at barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker kan ha god nytte av møteplasser som barnegrupper, og at fagpersoner derfor bør støtte barn og foreldrene i at barnet får delta på slike tiltak (Helsedirektoratet, 2017).

I følge Amundsen og Melkeraaen (2015) er det viktig at fagpersoner mottar nødvendig kompetanseheving for å følge opp oppgavene som er knyttet til barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker. På bakgrunn av dette har ulike utviklingsprosjekter blitt igangsatt med mål om å implementere gode rutiner for å ivareta barn som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Amundsen og Melkeraaen (2015) refererer til BiRus-prosjektet (2009-2012), hvor et resultat av prosjektet er samtaleverktøyet *Barnespor for helsepersonell*. Samtaleverktøyet gir råd om hvordan fagpersoner kan samtale med og følge opp barna og deres foreldre. Helse – og omsorgsdepartementet opprettet i 2008 det nasjonale kompetansenettverket BarnsBeste. Sørlandet sykehus HF leder nettverket, og hensikten med nettverket er å formidle og systematisere kunnskap og metoder til fagpersoner som omhandler barn med foreldre som har psykiske lidelser, rusvansker eller somatiske lidelser.

1.3 Barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker og deres psykiske helse

Folkehelseinstituttets rapport (Torvik & Rognmo, 2011) viser at en stor andel barn har foreldre som har hatt en psykisk lidelse eller har misbrukt alkohol det siste året. Beregningene som har blitt foretatt av folkehelseinstituttet baserte seg på foreldre som har en diagnosebar lidelse i henhold til det internasjonale klassifikasjonssystemene, ICD og DSM. Beregningene fra rapporten viste at i 2011 var det anslagsvis 410 000 (37%) barn i Norge som bodde sammen med en eller to foreldre med en kjent psykisk lidelse, og for alkoholmisbruk alene ca 90 000 barn.

Ved diagnostisering av rusmiddelmisbruk benyttes ICD-10. ICD- 10 skiller mellom akutt rus (forgiftningstilstander), skadelig bruk og rusmiddelavhengighet.

Amundsen og Melkeraaen (2015) sier at til tross for høyt forbruk av rusmidler, kan det ta lang tid å utvikle rusmiddelavhengighet. Grensen mellom bruk, misbruk og avhengighet er flytende (Hansen, 1994). Hansen (1994) beskriver at rusbruken og konsekvensene som medfølger kan eskalere gradvis over tid, for både den det gjelder og pårørende. Familien kan ha følt på konsekvensene av vedkommens bruk av rusmidler lenge før det er stilt en diagnose. Barn som har foreldre med rusvansker kan være skadelidende selv om foreldrene ikke fyller diagnosekriteriene for avhengighet. For barn er konsekvensene av rusmiddelbruken til foreldrene det betydningsfulle, ikke nødvendigvis mengden eller hyppigheten. I følge Hansen (2012) så eksisterer det et rusmiddelproblem i familien når bruk av rusmidler virker forstyrrende inn på de oppgaver og funksjoner som skal ivaretas i familien, og/eller når de følelsesmessige bånd belastes av en annens inntak av rusmidler.

Barn kan i varierende grad bli preget av å vokse opp med foreldre som har en psykisk lidelse eller rusvansker (Eide & Rohde, 2009). Det er flere faktorer som kan ha innvirkning på den psykiske helsen til barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker. Det er imidlertid viktig å påpeke at selv i familier med alvorlige, kroniske lidelser vil det finnes eksempler på at barna er godt ivaretatt. Det vil derfor ikke være riktig å konkludere med at psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet i seg selv er ensbetydende med dårlig foreldrefungering og omsorgssvikt (Eide & Rohde, 2009).

Amundsen og Melkeraaen (2015) beskriver at barn som vokser opp i familier med rusvansker og psykiske lidelser er sårbare for å bli utsatt for ulike stress-situasjoner, enten vanskelige enkelt hendelser eller gjentakende belastninger over tid. Borge (2010) viser til at tidligere forskning innenfor fagfeltet har vist at det er en sammenheng mellom psykiske lidelser hos foreldrene og forhøyet risiko for psykiske lidelser hos barna. Det rapporteres at disse barna har en høyere risiko for å utvikle tilknytningsvansker, internaliserende og eksternaliserende vansker, samt sosiale, kognitive og psykiske vansker (Haugland et al., 2015). I følge Killen (2009) så kan en oppvekst i en familie hvor kommunikasjonen ikke fungerer og hvor foreldrene ikke er psykisk tilstede for sine barn, være alvorlig for barnets egen utvikling. Dette kan utspille seg ved at enkelte barn inntar voksenrollen for tidlig og setter egne behov til side. Konsekvensen av dette kan bli en utrygg og ustabil situasjon for barnet (Eide & Rohde, 2009).

Forfatterne sier at barn leter etter forklaringer på hva som foregår. Dersom kommunikasjon eller informasjon mangler så kan barna konstruere sine egne forklaringer. En nærliggende tanke for barnet kan være at det er barnets skyld at forelderen har vansker. Foreldrenes ustabile atferd kan føre til at barna ikke tør å ta med venner hjem. Samtidig kan barna ta et stort ansvar og kontroll på å sjekke hvordan foreldrene har det. Dette kan medføre til at barna blir ensomme og isolert (Eide & Rohde, 2009).

Til tross for ulike utfordringer som beskrevet ovenfor så klarer mange av barna seg godt. Dette omtales i faglitteraturen som motstandsdyktighet, og har sammenheng med ulike forhold innad i familien, hos barnet selv, familiens og barnets nettverk, og i samfunnet for øvrig (Haugland et al., 2015). Fellesnevneren for mange av barna som har klart seg godt er at de har blitt ivaretatt og mottatt sosial støtte og hjelp av nær familie, fagpersoner, eller andre viktige voksne. Glistrup (2004) sier at dersom barnet ikke har andre voksne å snakke med, så kan de tenke at det er barnet selv som er årsaken til problemene i familien. Lignende funn ble trukket frem i *Den kvalitative levekårsstudien av barn og unge som har foreldre med rusmiddelproblemer* (Kufås, Faugli & Weimand, 2015). Studien baserer seg på intervjuer med barn og ungdommer i alderen 10-17 år med foreldre som har rusmiddelproblemer. Studien viser at det er betydningsfullt for barna og ungdommene å finne støtte og hjelp i trygge fagpersoner som man kan betro seg til når hverdagen er vanskelig. Barn og unge i studien rapporterer om et behov for informasjon om familiens situasjon, og et ønske om styrket samhandling mellom ulike hjelpeinstanser og familie. Studien beskriver at arenaer som barnegrupper med andre barn i lignende situasjoner kan være av betydning for barna og ungdommene. Bakgrunnen for dette er at slike treffsteder har hatt avgjørende betydning for deltagerne i studien for å endre oppfatningene av seg selv og vanskelighetene i familien.

1.4 Studiens avgrensninger og begrepsavklaring

Fagpersoner som arbeider i barnegrupper omtales også som gruppeledere gjennom studien. Studien støtter seg til Eide og Nordenhofs (2014) beskrivelse av gruppelederne som profesjonelle samtalepartnere som tilbyr innhold, rammer og struktur for at barn og unge i felleskap skal kunne hjelpe hverandre til å få øye på mening, håp og handlingsmuligheter i livet sitt.

I studien blir begrepet barnegrupper benyttet som en betegnelse på samtale-, opplevelse- og aktivitetsgrupper som har ulike organisatoriske rammer hvor barn med foreldre som har psykiske lidelser og/eller rusvansker har mulighet til å delta.

I studien benyttes betegnelsen «barn som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker», eller «barn som lever sammen med foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker». Innenfor fagfeltet som omhandler barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker benyttes det en variasjon av betegnelser for denne gruppen barn, noen betegnelser kan ha en uheldig kategorisering: barn av rusavhengige, barn av psykisk syke, risikoutsatte barn. Rabbe (2010), Aamodt og Aamodt (2005), og Nordenhof (2009) problematiserer kategoriseringer av barn innenfor psykisk helsearbeid, og vektlegger språkets betydning. Anvendelse av betegnelsen sykdom eller rusavhengighet ved beskrivelse av barna kan føre til en kategorisering. «*Ved å anvende betegnelsen barn med psykisk syke foreldre risikerer vi å bygge opp under forestillinger om at psykisk syke er en kategori syke mennesker*» (Aamodt & Aamodt, 2005:17). En slik tankegang er i tråd med det helsefremmende perspektivet i min studie, hvor det tas avstand fra en sykdomsorientert inndeling mellom syk og frisk, og ønsker isteden og se på helse som et kontinuum. Årsaken til at det helsefremmende perspektivet står i fokus er at studien omhandler barn som i utgangspunktet er friske, og som er noe mer enn foreldrenes vansker. Barnegrupper beskrives i relevant litteratur som et helsefremmende tiltak.

1.4.1 Studiens oppbygging

Studien er inndelt på følgende måte: Innledningsvis ble det redegjort for studiens bakgrunn, hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål, og presentasjon av gruppen barn med foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker og deres psykiske helse. Innledningsvis finnes det i tillegg avgrensning og begrepsavklaring. I kapittel 2 presenteres studiens teoretiske rammeverk, det gjøres rede for litteratursøk og relevant tidligere forskning som kan knyttes til denne studien. I Kapittel 3 gjøres det rede for valg av metode, vitenskapelige forankring, hvilken forskningsmetode som er anvendt for å svare på problemstillingen, dataanalyse, og metodiske og etiske aspekter. I kapittel 4 presenteres funn som har kommet frem i studien. Deretter følger kapittel 5, Drøfting og implikasjoner for praksis og videre forskning, hvor funn og teori drøftes opp imot hverandre. I kapittel 6 beskrives konklusjonen fra studien.

2 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet presenteres teoretiske perspektiver for studien, samt aktuell tidligere forskning på forskningsfeltet. De teoretiske perspektivene og tidligere forskning relateres til studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Et helsefremmende perspektiv kan tilføre viktig kunnskap om individets iboende motstandsressurser og opplevelse av sammenheng i tilværelsen.

Kapitlet starter med en beskrivelse av litteratursøk. Deretter presenteres teori om salutogenese. Videre belyses teori som omhandler gruppen som hjelpemiddel. Avslutningsvis gjennomgås tidligere forskning som er relevant for studien.

2.1 Litteratursøk

Systematisk litteratursøk ble benyttet underveis i studien for å få kjennskap til hva som foreligger av relevant forskning innenfor valgt forskningsområde. Det ble i hovedsak søkt etter litteratur som beskrev fagpersoners arbeid i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker, sett i lys av helsefremmende perspektiv. For å få en bred oversikt over feltet ble det også søkt etter generell litteratur som beskrev barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker, sett i et helsefremmende perspektiv. Erfaringene til barna som deltok i barnegruppene kom også frem gjennom noen av artiklene og rapportene. Denne studien omhandler fagpersoner beskrivelser av arbeidsmetoder som kan virke helsefremmende i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Det har derfor vært viktig for meg og i tillegg få kunnskap om barna sine opplevelser av barnegrupper og på hvilken måte gruppen kan virke helsefremmende. Det har for meg vært kunnskapsrikt å se om det kan finnes likheter mellom barnas opplevelse i litteraturen og fagpersoner sine beskrivelser. Etter min vurdering vil dette kunne styrke studiens validitet om det finnes samsvar mellom de faktorene barna selv opplever som viktige, og fagpersoners beskrivelser gjennom intervjuene. Litteratur ut ifra egen kunnskap og erfaring fra fagfeltet ble også søkt, dette beskrives i kapitlet “Håndplukkede søk”.

2.1.1 Søkeord og gjennomføring av søk i databaser

For å finne frem til tidligere forskning på valgt forskningsområde ble det utført søk i ulike databaser som Cinahl, Medline, PsycINFO og Swemed. Jeg benyttet meg av høyskolen sitt tilbud om veiledning fra bibliotekar ved et av databasesøkene, for å styrke mulighetene for å finne frem til relevant tidligere forskning.

Problemstillingen og temaet ledet til søkeordene som er brukt. Databasesøket startet ved å søke på emneordene hver for seg, og kombinerte så de ulike emneordene. De kontrollerte emneordene som ble benyttet i kombinasjon var: *children of impaired parents*, *Children of parents with a mental illness*, *mental health professionals group processes*, *health promotion*, *sense of coherence*, *support groups*, og *coping*. Disse kontrollerte emneordene gav meg mange treff. Noen av de kontrollerte emneordene måtte endres i de ulike databasene. Eksempel på dette var emneordet *children of impaired parents*, dette var et emneord som ga mange treff i Cinahl og Medline, men dette var ikke et emneord som kunne benyttes i PsycINFO. I psycINFO måtte emneordet *Children of parents with a mental illness* benyttes for relevante treff. Etter en gjennomgang av artiklene ble de mest relevante for studien utvalgt. Disse presenteres avslutningsvis i dette kapitlet.

Det ble i tillegg søkt etter litteratur på BIBSYS, hvor jeg fant dokumenter og artikler fra Folkehelseinstituttet, Tidsskrift for psykisk helsearbeid, SINTEF, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), samt relevante fagbøker. I BIBSYS ble kun de norske søkeordene brukt. Jevnlige litteratursøk ble utført for å få med utviklingen innen området. Dette var hensiktsmessig da relevante artikler og rapporter ble publisert gjennom hele tidsperioden hvor studien ble gjennomført.

2.1.2 Håndplukkede søk

Kunnskap og erfaring om dette fagfeltet var nyttig ved utføring håndplukkede søk. Jeg søkte direkte på nettsidene til SINTEF, Helsetilsynet, Rådet for psykisk helse, KoRus, Borgestadklinikken sine nettsider, Voksne for barn, Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse (NAPHA), Sørlandet sykehus, BarnsBeste, psykiskhelsearbeid.no, og Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (erfaringskompetanse.no).

Dette resulterte i noen artikler og rapporter som omhandler tema. Litteraturlisten til flere av artiklene førte meg til andre relevante bøker, artikler og rapporter som kunne anvendes i studien. Jeg har i tillegg foretatt søk på nettsidene til Regjeringen og Helsedirektoratet som ledet meg til relevante veiledere, rundskriv og rapporter.

2.2 Helsefremmende prosesser

Helsefremmende arbeid handler om å rette fokus mot forhold som kan bidra til å opprettholde og fremme helse (Helsedirektoratet, 2010b). Helsedirektoratet (2010b) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som gjør mennesker i stand til å øke kontroll over faktorer som kan påvirke helsen. Denne definisjonen har sin opprinnelse fra Ottawa charteret (World health organisasjon, 1986).

Ottawa chartret ble utarbeidet og godkjent på den internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986 (WHO,1986). Ottawa- charteret dannet grunnlaget for helsefremmende arbeid som internasjonalt fagfelt. Innenfor helsefremmende arbeid sees helse som en prosess som skapes og utvikles i hverdagen, hvor et viktig element er menneskets vilje og motivasjon til endring og kunne gjøre noe selv (Andvig, Syse, Iversen, og Vik, 2011). Fagfolk som arbeid innenfor et helsefremmende perspektiv tar utgangspunkt i et ressursperspektiv, i motsetning til et risiko- og sykdomsperspektiv.

Antonovsky holdt i 1992 et foredrag om helsefremmende arbeid ved et seminar som ble arrangert av Verdens Helseorganisasjon (Antonovsky, 1996). Under foredraget hevdet han at helsefremmende arbeid manglet en styrende teori, og påpekte den gang at helsefremmende virksomhet ikke hadde frigjort seg fra risikotenkningen ved forebyggende arbeid. Antonovsky (1996) presenterte sin salutogene modell som en virkningsfull, omfattende, og systematisk teoretisk veiviser for forskning og praksis i helsefremmende arbeid. Han anbefalte at helsefremmende arbeid i fremtiden burde benytte begrepet Sense of Coherence som rettesnor, slik at de individer og grupper som tiltakene rettes mot, bedre kunne forstå sin situasjon, styrkes i sin tro på å finne løsninger og finne en mening i å forsøke på det.

Fagpersoner som arbeider i barnegrupper blir en del av hverdagen til barn med foreldre som har psykiske lidelser og rusvaner, og kan gjennom faglig kunnskap, erfaring og personlige egenskaper påvirke og løfte frem muligheter til mestring, med et slikt perspektiv.

2.3 Salutogenese

I studien benyttes sosiologen Aron Antonovskys teori om salutogenese. Det er flere ulike helsefremmende retninger som kunne vært relevant for å søke kunnskap om problemstillingen og forskningsspørsmål. Bakgrunnen for mitt teoretiske valg er å søke en dypere forståelse av en helsefremmende teori, for å studere hvordan denne teoretiske retningen kan fremme helse for barn som deltar i barnegrupper.

Sosiologen Aron Antonovsky (2012) utviklet en teoretisk retning som istedenfor å fokusere på avvik, problemer, sykелighet og stressfaktorer, vektlegger krefter som kan styrke og fremme en sunn utvikling. Bakgrunnen for utviklingen av teorien var gjennom forskning på 1970- tallet på israelske kvinners helse som hadde vært i konsentrasjonsleir under 2. verdenskrig. Kvinnene beskrev alle ulike ekstreme påkjenninger, men enkelte kvinner svarte at de hadde bevart helsen. Antonovsky (2012) beskrev dette som oppsiktsvekkende, og startet utformingen av det han etter hvert gav navnet den salutogene modell.

Begrepet salutogenese betyr opprinnelse til helse, sunnhet og sosial tilhørighet. Antonovsky tar i sin teori avstand fra en inndeling mellom syk og frisk, og ønsker isteden og se på helse som et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk, hvor det salutogene perspektivet styrer interessen mot de faktorer som bringer en så nær den friske polen som mulig (Gjærum, Grøholt & Sommerschild, 2008). En salutogen tilnærming fokuserer på hvilke ressurser som bidrar til at noen mennesker opprettholder og utvikler bedre helse til tross for ulike belastninger (Antonovsky, 2012).

For fagpersoner så vil personens narrativ og opplevelse av livshendelser være viktigere i et salutogent perspektiv enn diagnosefokuset. Stress forstås som spenning og sees på som potensielt helsefremmende. Perspektivet forutsetter at fagpersoner har en holistisk tilnærming for å få en dypere forståelse av personens historie.

2.3.1 Sence of coherence- opplevelse av sammenheng

Sense of Coherence er et sentralt begrep innenfor den salutogene modell, som på norsk kan oversettes med opplevelse av sammenheng (OAS) (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) definerer opplevelse av sammenheng som:

«Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillitt til at stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller og (3) disse kravene er verdt å engasjere seg i» (Antonovsky, 2012:41).

Antonovskys (2012) teori tar utgangspunkt i at alle mennesker igjennom hele livet utsettes for ulike stimuli, og at dette er en normal del av livet. Stimuli beskrives som situasjoner som man ikke har umiddelbare løsninger på, men som allikevel er nødt til å håndteres. Eksempler på slike situasjoner kan være konflikter, kriser, sykdom, og spenninger. Disse situasjonene kan gi oss mennesker erfaringer i positiv eller negativ forstand. I følge Antonovsky (2012) oppstår evnen til å håndtere stimuli ut ifra individets OAS. Det er tre komponenter som er sentrale for å definere Antonovskys (2012) OAS. Disse er begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I det følgende utdypes de tre komponentene:

Begripelighet beskrives av Antonovsky (2012) ved at individet opplever indre eller ytre stimuli som det utsettes for som forutsigbar og forståelig. Dersom en situasjon som oppstår kan plasseres i en sammenheng og forklares, gir dette en opplevelse av sammenheng. *«Personer som skårer høyt på begripelighet, forventer at stimuli som han eller hun møter i fremtiden, er forutsigbare, eller at de hvis de kommer overaskende, i hvert fall vil kunne plasseres i en sammenheng og forklares» (Antonovsky, 2012:40).* Dette kan relateres til barn som deltar i barnegrupper. En oppvekst med en forelder som har en psykisk lidelse eller rusvansker kan være et eksempel på stimuli som kan oppleves som utfordrende for barnet. Dersom barna opplever økt forståelse av egne, forelderens og familiens utfordringer gjennom en barnegruppe kan dette styrke barnets opplevelse av sammenheng.

Håndterbarhet defineres av Antonovsky (2012) som i hvilken grad individet opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle de kravene det blir stilt ovenfor av stimuli. Individet har tillitt til at det finnes handlingsmuligheter i alle situasjoner, og at disse er innenfor rekkevidde. Individet har kunnskap om sine evner og vet hva man kan gjøre. Eller man vet hvor man kan hente hjelp. Han utdyper dette som tilgjengelige ytre ressurser som nær familie eller andre viktige relasjoner som man har tillit til. Dersom individet opplever en sterk opplevelse av håndterbarhet vil personen være i bedre stand til å takle ulike vanskelige hendelser som personen kan møte på. Barn som lever sammen med en forelder med psykisk lidelse og/eller rusvansker kan til tider oppleve tilværelsen som uforutsigbar og ukontrollerbar, dersom de ikke har tilgjengelige ressurser til å mestre livssituasjonen sin. Denne komponenten kan relateres til studiens problemstilling, da en gruppeleder, andre deltagere og fellesskapet i barnegruppen kan styrke en opplevelse av håndterbarhet for barnet som deltar i gruppen.

Meningsfullhet omhandler individets motivasjon til å delta i viktige livsområder som gir følelsesmessig og kognitiv mening (Antonovsky, 2012). *«Formelt handler meningskomponenten i OAS om hvilken grad man føler livet er forståelig rent følelsesmessig, at i hvert fall noen av tilværelsens problemer og krav er verd å bruke krefter på, at de er verd engasjementet og innsatsen, at de er utfordringer som man tar på strak arm, og ikke belastninger som man helst ville vært foruten»* (Antonovsky, 2012:41). Dersom et individ med sterk grad av komponenten meningsfullhet opplever vanskelige hendelser er personen motivert til å gripe utfordringen, motivert til å finne mening i den, og gjør sitt beste for å komme gjennom den på en styrket måte (Antonovsky, 2012). Sentralt her er at individet har tro på at livets utfordringer kan overvinnes ved egen eller andre sin hjelp.

Gjærum et al. (2008) sier at å møte og mestre motgang er nært beslektet med kunnskap. Forfatterne skriver videre at Antonovskys tre komponenter – begripe situasjonen, ha tro på å finne løsninger og finne mening i å forsøke på det – er viktige perspektiver for barn. Forfatterne poengterer at barn som opplever utfordringer av ulike grunner i familien, kan komme styrket ut av prøvelsene, så lenge utfordringene svarer til barnets muligheter for mestring.

2.3.2 Stressfaktorer og mestringsressurser

Antonovsky (2012) beskriver at innenfor en patogenetisk tilnærming så betraktes stressfaktorer som risikofaktorer som bør begrenses eller dempes. Den salutogenese tilnærmingen ser imidlertid på stressfaktorer som mulige faktorer til å bevege seg mot god helse på kontinuumet. Antonovsky (2012) viser i denne sammenhengen til tre ulike typer stressfaktorer som har en flytende overgang i hverandre: Den første defineres som kroniske stressfaktorer, der eksempler kan være personens historiske kontekst, kultur, sosial rolle, temperament og personlighet, stressfaktorer som skaper personens livsopplevelse. Deretter blir vesentlige livshendelser nevnt, som kan avgrenses og tidfestes. Faktorer som blir nevnt er skilsmisse, tap av nære relasjoner, eller tap av arbeid som stressende livshendelser. Antonovsky (2012) presiserer at det ikke er hendelsen som er den viktige faktor i seg selv, men hvilke konsekvenser som medfølger hendelsen. Om utfallet blir skadelig, nøytralt eller helsefremmende, avgjøres ut fra styrken på personens OAS. Den siste stressfaktoren viser til daglige små tilfeldige hendelser som for eksempel å stryke på førerprøven, dårlig resultat på en eksamen eller lignende.

Antonovsky (2012) påpeker viktigheten av å identifisere individuelle og kollektive mestringsressurser. Den salutogene tilnærmingen beskriver at jo større grad av mestringsressurser en person opplever å ha, desto høyere opplevelse av sammenheng og grad av helseopplevelse. Dersom mennesker opplever å ha tilgang til og ha evne til å benytte seg av dem, vil personen mestre de ulike stressfaktorene og igjen få erfaringer som gir positiv utvikling på opplevelse av sammenheng. Eksempler på ytre motstandsressurser kan være kunnskap, intelligens, mestringsstrategier, kontinuitet, oversikt, kontroll, kultur, sosial støtte og fysisk fungering. I hvilken grad personen opplever å ha motstandsressurser tilgjengelig, vil påvirke opplevelse av sammenheng i situasjonen. Dette vil påvirke personens opplevelse av grad av helse (Antonovsky, 2012).

Tilnærmingen er relevant i forhold til studiens problemstilling da en oppvekst med en forelder som har en psykisk lidelse og eller rusvansker kan innebære opplevelser med ulike stressfaktorer. Dette støttes av Pølkki, Ervast og Huupponen (2004) som sier at en oppvekst med en forelder som innehar en psykisk lidelse kan medføre ulike stressreaksjoner hos både barn og foreldre, og forandre hverdagslivet i familien på ulike måter.

Deltagelse i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker og støtten fra fagpersoner kan bidra til å gi barnet tilgang på ulike mestringsressurser. I en salutogen tilnærming vil målet til fagpersonen være å fokusere på barnets historie, styrke barnets opplevelse av sammenheng, og hvordan barnet kan mestre ulike stressfaktorer. Barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker kan oppleve mestring ved å delta i barnegrupper, gjennom de ulike helsefremmende faktorene som fagpersoner vektlegger gjennom ulike arbeidsmetoder i gruppen. Denne endringen vil ifølge Antonovsky (2012) muliggjøre en forskyvning mot bedre helse på kontinuumet

2.4 Gruppen som hjelpemiddel

Sosionom og kriseterapeut Ken Heap (2014) skriver at gruppemetoder startet i Norge først på 1940 tallet. Fagfolk innenfor sosialt arbeid og psykisk helsevern startet da å benytte gruppemetode i sitt arbeid. Forfatteren peker på at grunntanken med arbeid i grupper er at deltagerne kan hjelpe hverandre og seg selv ved å sammen dele følelser og informasjon, sammenligne holdninger og erfaringer, støtte og veilede hverandre, utveksle ideer, forslag og løsninger samt utvikle gode relasjoner seg imellom (Heap 2014). En utveksling av følelser, erfaringer, opplevelser og gjenkjennelse preges av en jevnbyrdighet og en opplevelse av fellesskap. Dette samsvarer med Kjølstad (2004) sitt syn på gruppemetode. Kjølstad (2004) skriver at gruppens funksjon er å hjelpe gruppemedlemmene til å kjenne trygghet, tilhørighet og fellesskap sammen med andre mennesker, og til å høste positive erfaringer.

2.4.1 Gruppelederens egenskaper og rolle i gruppen

Amundsen og Melkeraaen (2015) peker på ulike faktorer og egenskaper som en gruppeleder bør besitte: terapeutisk holdning, kompetanse og praksis, bevisstgjøring av egne holdninger, gode samarbeidsevner og kommunikasjonsferdigheter, og refleksjon over egen rolle.

Med terapeutisk holdning menes kompetanse ved å utforske andre sine opplevelser på en undrende «ikke vitende» måte, noe som er viktig for at barn og deres foreldre skal oppleve at de blir hørt, sett og forstått (Amundsen & Melkeraaen, 2015). Gode kommunikasjonsferdigheter fremheves som viktig for å kunne samtale om sensitive temaer på en måte som skaper åpenhet. Det er nyttig at gruppelederne har ulike praksis og kompetanse, for å på denne måten kunne utfylle hverandre.

Amundsen og Melkeraaen (2015) anbefalte at det bør være minimum to gruppeledere tilstede i gruppen. Dette for å kunne ivareta barna på en god måte og følge opp alt som foregår underveis i gruppeforløpet.

Erfaring vedrørende arbeid med voksne rusmiddelbrukere slik at gruppelederen kjenner «rusens vesen», samt kompetanse om hvordan rusbruk hos foreldrene kan ha betydning for barnets utvikling, blir fremhevet som viktig. Dette er viktig kunnskap for å kunne møte og bekrefte barna på en slik måte at de kjenner seg sett og forstått, samt på en tilpasset måte kunne formidle denne kunnskapen videre til foreldrene. Bevisstgjøring av egne holdninger beskrives som sentralt for å få til et godt samarbeidsmiljø med barna og deres foreldre. Dette utdypes ved å jobbe med egne holdninger knyttet til foreldre som tar valg og gjør ulike prioriteringer som kan påføre barna ulike belastninger. Gode samarbeidsevner ble nevnt som en viktig forutsetning i gruppeprosessen. Respekt for hverandres kompetanse og innspill, samt spille hverandre gode blir trukket frem som sentralt. Miljøet bør være preget av en løsningsorientert tilnærming og raushet. Forfatterne peker også på viktigheten av å sette av god tid til refleksjon og samtale mellom gruppelederne i forkant og etterkant av samlingene. Arbeidet som gruppeleder kan være en krevende rolle, både på det personlige plan og saksplan. Forfatterne anbefaler derfor å sette av god tid til drøftinger underveis, samt jevnlig veiledning med ekstern veileder. Forfatterne peker på ulike problemstillinger som kan oppstå gjennom gruppeforløpet i form av følelsesmessige sterke historier fra barna og bekymringer for barnets omsorgssituasjon. Amundsen og Melkeraaen (2015) sier at det er viktig å ta på alvor hva disse historiene kan gjøre med gruppelederen.

Psykolog Halvor Kjølstad (2004) er også opptatt av gruppelederens egenskaper i gruppeprosessen. Han nevner tre ulike egenskaper ved gruppelederen som sees på som viktige å inneha: ubetinget varme, ekthet og empati. Kjølstad (2004) definerer ubetinget varme som en egenskap ved gruppelederen som viser til en positiv grunnfølelse, en kjerne av velvillig respekt for det unike menneske du møter. Dette er sentralt for å inneha en positiv grunntone i relasjonen. Ekthet definerer Kjølstad (2004) som en egenskap hvor gruppelederen fremstår troverdig i relasjonen. Forfatteren utdyper dette ved at gruppelederen må være ærlig i sin kommunikasjon i gruppen, både i positiv og negativ forstand. Ekthet betyr at kan vise både tristhet og glede i gruppen, og at slike følelser må ha et voksent og ærlig uttrykk.

Kjølstad (2004) definerer gruppelederens empati som en innlevelse, en aktivert evne til å sette oss inn i den andres sted, og sympatisere med den andre ut fra hvordan vi forestiller oss at vi ville hatt det hvis vi var i hans eller hennes situasjon. For å ha tilgang til empatiske evner behøver gruppelederen et visst spenn av erfaringer, og et register av følelser som man er i berøring med. Samtidig er det viktig å erkjenne at empatien også har sine grenser. Kjølstad (2004) sier at fagpersoner kan aldri gå helt inn i et annet menneske sitt liv. Det man føler og tenker er kun sitt eget. Man kan observere, og registrere gruppedeltageren sitt sinn eller redsel, men ikke kjenne deltageren sine følelser. Det man kan kjenne er egne følelser, om man er i kontakt med disse.

2.4.2 Gruppeprosessen og kommunikasjon i grupper

Heap (2014) mener at det er ulike faktorer som ved gruppen som kan gjøre den til et hjelpemiddel. Forfatteren nevner faktorer som gruppelederens funksjoner, samspillet mellom gruppelederen- gruppedeltageren- og resten av gruppen, og grunntanken om at gruppearbeid er at gruppemedlemmene kan hjelpe seg selv og hverandre ved å sammen dele følelser og opplysninger, holdninger og erfaringer, støtte hverandre, ta risiko og endre, og utveksle ideer, forslag og løsninger i samspill med gruppeledere. Gruppelederens rolle som styrer er sentral. Kjølstad (2004) nevner ulike prosesskvaliteter som han mener er sentrale under gruppeprosessen. Han vektlegger gruppedeltageren sitt behov for trygghet, mening og tilhørighet. Kjølstad (2004) hevder at dersom en gruppeprosess er ladet med slike faktorer vil gruppemedlemmene oppleve dette som helsefremmende.

Heap (2014) beskriver kommunikasjonen innenfor gruppen er den viktigste delen av gruppeprosessen. Det vil alltid være en type kommunikasjon som foregår. Deltagerne i gruppen kommuniserer for å gi og motta informasjon, bidrar med ulike erfaringer, for å fremkalle reaksjoner og bidra til diskusjon, for å demonstrere holdninger og oppfatninger, for å uttrykke støtte til hverandre, uenighet med hverandre eller påvirke hverandre. Heap (2014) sier at all type kommunikasjon, nonverbal eller verbal, utgjør det kommuniserende innholdet i gruppens arbeid for å nå sitt mål. Heap (2014) beskriver viktigheten av at gruppelederen respekterer alvoret og meningsinnholdet i dette, og må stadig forbedre sin ferdighet i å iakttas og forstå de mange uttrykksformene.

Heap (2014) viser til viktigheten av gruppelederens forståelse av kommunikasjonen, gruppens målsetting, samt anerkjenne og respektere ressursene som er innebygd i gruppen. I tillegg til dette er de ytre forutsetningene for gruppen viktig, som tilrettelegging for det fysiske miljøet samt den følelsesmessige atmosfæren.

2.5 Tidligere forskning av barnegrupper for barn med foreldre som har psykisk lidelse og/ eller rusvansker

Følgende presenteres en gjennomgang av relevante forskningsartikler og rapporter som omhandler barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Først presenteres de nasjonale rapportene og deretter de internasjonale. Forskingen som er utvalgt omhandler fagpersoners arbeid i barnegrupper, samt barna som deltar sine opplevelser av hvilke faktorer som kan virke helsefremmende.

2.5.1 Rapporter som omhandler barnegrupper i Norge

SINTEF utgav i 2014 forskningsrapporten: «*Evaluering av SMIL- Styrket Mestring I Livet – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske – og/eller rusrelaterte helseutfordringer*» (Theisen & Ådnanes, 2014). Hovedmålsettingen til SMIL- grupper er å bidra til å styrke barns evne til å begripe og mestre sin hverdag og slik forebygge mulige framtidige psykiske vansker. Dette knyttets til en opplevelse av at man ikke er alene i sin situasjon, og at foreldres lidelse eller vansker ikke er barnas skyld. Evalueringen hadde en kvalitativ tilnærming, gjennom individuelle og telefon intervju med fagpersoner og deltagere. Fagpersoner som ble intervjuet hadde ledet SMIL-grupper minimum en gang i tidsrommet 2009-2013, i tillegg ble personer som hadde en rolle i utformingen av SMIL gruppene intervjuet. Det ble også gjennomført intervjuer med tre brukerrepresentanter, sju barn og ungdommer, samt tre foreldre (Theisen & Ådnanes, 2014).

Resultatet viste at de fleste av barna, ungdommene og foreldrene som ble intervjuet opplevde tilbudet som positivt, og at de hadde hatt utbytte av gruppen. Funnene samsvarte med målsettingen til gruppene, og viste at faktorer som ble løftet frem som positive var forståelse om at man ikke er alene om sin situasjon, og at foreldrenes vansker ikke var barnas skyld.

Barna rapporterte at de opplevde lettelse over å kunne uttrykke tanker, bekymringer og erfaringer med andre barn i lignende situasjon som dem selv. Enkelte barn 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.

Funn fra intervjuer med foreldre og gruppeledere viser at undervisning om hvordan foreldrenes helseutfordringer kan påvirke barnet, er nytt for mange, og at foreldrene oppgir at de vil anbefale dette til andre. Resultatene peker på at de helsefremmende virkningene for barna bedres dersom man involverer den forelderen som har psykiske lidelse og/eller rusvansker, gjerne i en for samtale før oppstart. Resultatene viser at kommunikasjon mellom samarbeidspartnere innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunetjenesten er viktig. Dette gjelder spesielt for å sikre rekruttering til tilbudet, hvor kommunehelsetjenesten ofte har en sentral rolle. Funn viser at en forutsetning for et vellykket gruppeforløp er at nødvendige ressurser og rammevilkår er på plass. Evalueringen konkluderte med at SMIL gruppen bidrar til et godt gruppefelleskap, tilhørighet og sosial støtte utenfor hjemmet, og at dette kan virke helsefremmende for barnet som deltar.

Høgskolen i Lillehammer utgav i 2009 forskningsrapporten: «*Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer*» (Halsa & Aubert, 2009). Dette er en evalueringsrapport av det helsefremmende arbeidet for barn av foreldre med psykiske lidelser i Asker og Bærum, som omhandler blant annet barnegruppen: «*Du er ikke den eneste*». Formålet med barnegruppen er å forebygge psykiske vansker for barn, og styrke deres egne opplevelse av tilhørighet og mestring i hverdagen. Forskerne fant at gruppen har bidratt til å øke barnas kompetanse om psykiske lidelser, og gitt barna større forståelse for hvordan foreldrenes lidelse kan påvirke dem. Gjennom gruppen ble barna kjent med jevnaldrende med lignende erfaringer, rapporten viste til at dette var betydningsfullt for barna. Funn viste at deltagelsen i gruppen hadde gitt barna en større kjennskap til egne følelser og behov. Rapporten viste imidlertid at bare halvparten av barna mente at de gjennom gruppeforløpet hadde utviklet mestringsstrategier i forhold til å håndtere vanskelige situasjoner.

I 2010 utgav Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring prosjektrapporten: «*Læring og mestring for barn av foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer*» (Bratli, 2010). Dette er en evaluering av SMIL grupper, som vektla deltagererfaring og prosjektgjennomføring. Evalueringen bestod av kvalitative intervjuer og fokusgruppeintervju med ni barn som hadde deltatt i SMIL gruppe, samt spørreskjema til fagpersoner og foreldre. Funn viste at deltagelse i SMIL kunne redusere barnas uro og bekymring knyttet til familiens situasjon, og resultere i et større fokus på skole, venner og fritid. Evalueringen viste at gruppefellesskap med andre barn i tilsvarende situasjon kunne være en god hjelp for mange barn. Samvær og samspill med andre barn som er i lignende situasjoner ga barna anledning til å dele erfaringer og følelser, gi og få råd, redusere en følelse av ensomhet, isolasjon, og fratakelse av skyld og skam. Funn viste at informasjon vedrørende psykisk lidelse fra gruppelederen ga god effekt, spesielt vedrørende bekymring fra barna om lidelsen kunne smitte. Flertallet ønsket at gruppetilbudet skulle vare over en lengre tidsperiode. Noen av deltagerne ga uttrykk for at det var for mye vektlegging på samtale i gruppene, og at det kunne vært mer fokus på fellesaktivitet. Barna ønsket ikke at SMIL tilbudet skulle ligne for mye på skolen (Bratli, 2010).

2.5.2 Rapporter og studier om barnegrupper på internasjonalt nivå

Wehmeyer og Nordenhof (2009) studerte barnegrupper i Danmark. Forskerne utarbeidet delrapport II: «*Børnegrupper i voksenpsykiatrien*» som var en del av utviklingsprosjektet «*Når barn er pårørende*» (Nordenhof, 2009). Rapporten omhandlet tre års erfaringer med barnegrupper for barn til foreldre som var innlagt til behandling ved psykiatrien i Roskilde og Køge. I rapporten gjennomgås resultater og evaluering fra 6 barnegrupper som ble avholdt i tidsperioden 2005-2008. Prosjektets teoretiske grunnlag tok utgangspunkt i Antonovskys teori om salutogenese og Michael Whites narrative teori. Det ble benyttet ulike metoder i studien. Kvantitative metoder i form av spørreskjema, samt kvalitative metoder i form av fokusgruppeintervju og observasjoner.

Studiens hovedfunn viste at det var betydningsfullt for barna å møte barn i lignende situasjon. Barna rapporterte at de fant trøst i hverandre. Det var lettere å samtale om foreldrenes lidelse uten å føle seg illojal, og det var lettere og forklare seg når andre i gruppen kjenner seg igjen. Barna rapporterte at de ikke opplever å bli stigmatisert når de fortalte om unormale hendelser.

Opplevelsen av fellesskap ga barna en positiv opplevelse og styrket deres mestringsstrategier. Gruppen ga barna erfaring med å møte og samtale med andre om deres opplevelser knyttet til forelderens psykiske lidelse. Barna får gjennom dette styrke til å gå videre med en opplevelse av fellesskap og nye handlingsmuligheter.

Gruppelederne ble i rapporten beskrevet som representanter for gruppefellesskapet og rollemodeller for at gruppekulturen skulle ha en anerkjennende praksis. Gruppelederne bidro til å holde struktur og skape forutsigbarhet i gruppemøtene, dette skapte trygghet for barna. Det ga barna en opplevelse av kontroll over hva som skulle skje gjennom gruppeforløpet som bidro til at de kunne være avslappet og trygge på at det var kontroll i gruppen. Ritualene i gruppen skapte fellesskap mellom barna. Funnene viste at gjennom barns narrativer og refleksjoner i samvær med andre barn så fant barna mening i deres opplevelser med foreldrenes psykiske lidelse. Informasjon om forelderens lidelse skapte størst mening når den ble dialogbasert og med utgangspunkt i barnas egne fortellinger. Funnene viste at ikke alle barna ønsket informasjon, det ble derfor anbefalt at bruk av informasjon tilpasses etter den enkeltes erfaringer og behov. Det ble anbefalt at detaljert informasjon om den enkeltes forelders psykiske lidelse bør gis sammen med en forelder i familiesamtale. Det er derfor viktig å både ta hensyn til det enkelte barn og gruppen som helhet gjennom gruppeprosessen.

Rapportens funn viste til gruppelederens ansvar for at hvert enkelt barn har behov for beskyttelse. Ved traumatiske fortellinger fra andre barn om deres opplevelser så kan man risikere at de andre barna medtraumatiseres. Det er av den grunn viktig at gruppelederne sikrer at gruppen ikke blir et møtested for utdyping av traumatiske historier. Funn viser at barnas aktive deltagelse i gruppen øker ved bruk av eksterialisering, metaforer og andre visuelle metoder. Barna var engasjert med å gi hverandre forslag til nye handlingsmåter. Funn viser at gjennomgang av barnas fortellinger, problemer og ferdigheter styrkes barnas selvverd og tro på fremtiden. Studien påpekte at barna var i større grad opptatt av å samtale om hvordan psykisk lidelse kan påvirke deres hverdagsliv, enn å samtale om forelderens lidelse og behandling. Dokumentasjon som barna fikk med seg hjem hjalp barna og holde ferdigheter vedlike og bevare minne om fellesskapet.

Grant, Repper og Nolan (2008) studerte barngruppen for «*young carers*» for barn av foreldre med psykiske lidelser i England. Barngruppen hadde ingen tidsramme, slik at barna ble støttet over et lengre tidsperspektiv. Funnene viste at barna som deltok i barngruppen fikk tilbud om å kontakte gruppelederne også utenfor gruppesamlingene. Studien beskrev gruppelederne som viktige nærpersoner. Gruppelederens bruk av humor ble trukket frem som viktig, som resulterte i en god atmosfære i gruppen, som igjen resulterte i at barna opplevde trygghet og kontroll. Barna rapporterte at det ta flere måneder før de ble trygge nok til å samtale om deres erfaringer, før de følte at de ikke var illojale mot foreldrene når de åpnet opp om vansker i familien. Forskerne vektla et salutogen perspektiv i barngruppen, som kunne bidra til å fremme en opplevelse av sammenheng i deres liv, gjennom å fremme faktorer som hjelper de til å begripe og håndtere, og være i stand til å finne mening i deres livssituasjon.

Östman utgav i 2008 følgende studie: «*Interviews with children of persons with a severe mental illness -Investigating their everyday situation*». Funnene i studien var at samtale var viktig for barna, for å redusere noe av stresset som kunne følge med en oppvekst med en forelder med en psykisk lidelse. Forskeren fant at barna i studien understreket at det var viktig at de hadde tillitt personene de samtalte med om foreldrenes situasjon. Fagpersoner ble beskrevet som en viktig tillitsperson. Funn viste at barna manglet voksne å samtale med om forelderens lidelse, og barna ble beskrevet som «alene med deres følelser og tanker». Studien fant at barna ønsket samtale med fagpersoner med informasjon om forelderens psykiske lidelse, samt atferd knyttet til lidelsen. Studien viste at informasjon om forelderens lidelse reduserte usikkerhet, samt følelse av skyld og skam.

I 2014 utgav Gladstone, McKeever, Seeman, og Boydell evalueringen: «*Analysis of a Support Group for Children of Parents with Mental Illness: Managing Stressful Situations*».

Barngruppen i studien fulgte en manual gjennom gruppeforløpet, og tidsrammen på gruppen var på 8 uker. Forskerne observerte gruppedynamikken og utførte en kritisk diskurs analyse av manualen som ble benyttet. Dette ble gjort for å undersøke om barna hadde utbytte av gruppeforløpet, noe som var forhåndsbestemt av gruppelederne. I tillegg så de på om intensjonen til gruppa dekket barnas behov.

I barnegruppen var det fokus på at barna skulle bli gitt kunnskap om ulike psykiske lidelser, fordi økt kunnskap ble ansett som en styrke for barnet. Forskerne fant at informasjonen som ble gitt til barn i undervisningssammenheng bør evalueres jevnlig, og at informasjonen må tilpasses barnas alder. Studiens funn viste at barnegruppen kunne hjelpe barna med å fremme gode relasjoner, samt at barna kunne ha godt utbytte av å få kunnskap om hvordan de kunne snakke om deres erfaringer, også i andre arenaer utenfor barnegruppen.

Pitman og Matthey utgav i 2004 artikkelen *The SMILES Program: A Group Program for Children With Mentally Ill Parents or Siblings*. Artikkelen beskrev effekten av SMIL grupper. Barnegruppen ble beskrevet som et kurs/gruppe som ga informasjon om psykiske lidelser med fokus på mestring og ferdigheter for barn med en forelder med en psykisk lidelse. Målet med gruppen var å øke barns kunnskap om psykiske lidelser og gi dem med ferdigheter som ansås gunstig for mestring i sin familie. Funnene baseres på selvrapporteringsdata fra 25 barn som deltok i tre av disse programmene, i Canada og Australia. Funnene tyder på at barna opplevde god effekt av gruppen. Gruppen rettet seg mot barn i alderen 8- 16, som hadde en forelder eller søsken med en psykisk lidelse. Gruppelederne skulle gjennom gruppene formidle kunnskap om psykiske lidelser, kommunikasjonsøvelser, problemløsning, tegneøvelser, musikkformidling, avspenningsøvelser. Aktiviteter som inkluderer tegning og kommunikasjonsøvelser ble benyttet. Opplæring om psykiske lidelser ble gjennomgått, samt avslapningsøvelser for å hjelpe barna å slappe av i vanskelige perioder. Samtlige av barna som deltok i gruppen rapporterte om flere hjelpsomme faktorer. Flere av barna beskrev informasjon fra gruppeleder om psykiske lidelser som hjelpsomt. Gruppeleder hadde formidlet hvor barna kunne søke hjelp utenfor gruppen, dette oppgav barna som hjelpsomt. Noen av barna rapporterte at de ikke hadde fått støtte fra fagpersoner tidligere. Barna oppga ønske om at kurset/gruppen skulle vare over en lengre tidsperiode.

3 METODE

Metodekapittelet omhandler hvor studien er posisjonert vitenskapsteoretisk og ut ifra det valg av design og metode for undersøkelsen. Kapittelet starter med en presentasjon av studiens design og vitenskapsteoretiske forankring. Deretter redegjøres for forskerens ståsted. Videre beskrives datainnsamlingen med redegjørelse for rekrutteringsprosessen, og det gis en gjennomgang av gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet og det individuelle intervjuet. Etter dette presenteres transkribering og prosessen rundt dataanalysen. Avslutningsvis i dette kapittelet beskrives personvern og etiske refleksjoner, samt de metodiske refleksjonene som omhandler vurdering av studiens relevans, reliabilitet, validitet og overførbarhet. I studien søkes svarene på problemstilling og forskningsspørsmål gjennom bruk av kvalitative intervjuer. Jeg har valgt forskningstilnærmingen på grunnlag av at jeg søker praksisnære kilder som kilde til kunnskap. Jeg var interessert i fagpersoners erfaringer og beskrivelser, og dermed på prosesser og meninger som ikke kan måles i kvantitet. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet.

3.1 Design og vitenskapsteoretisk forankring

Studien har et eksplorerende og deskriptivt kvalitativt design gjennom datainnsamling som består av et fokusgruppeintervju og et individuelt intervju. Malterud (2012) støtter denne kombinasjonen, og sier at kombinasjon og inspirasjon av ulike forskningsmetoder kan utvikle bredere kunnskap gjennom og gi mulighet til å utforske feltet fra ulike perspektiv. Innenfor forskning skal metoden tilpasses formålet. Malterud (2012) beskriver dette ved at metodevalget anses legitimt så lenge valget er gjort for å få svar på studiens forskningsspørsmål. Formålet med studien er å få et innblikk i hvilke arbeidsmetoder som fagpersoner som leder barnegrupper beskriver som helsefremmende. Eksplorerende design betyr å utforske et fenomen, og målet er ikke å avkrefte eller bekrefte en hypotese, men forsøke å forstå informantene sine erfaringer. Studien er deskriptiv i form av at den skal beskrive arbeidsmetodene som fagpersonene benytter i barnegruppene.

3.1.1 Hermeneutisk – Fenomenologisk tilnærming

I studien ønsket jeg å undersøke hvilke arbeidsmetoder fagpersoner som leder barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker beskriver som helsefremmende. Metoden er fenomenologisk i form av at fokuset for studien ligger på levde erfaring, med det formål å få frem meningsessenser ved den levde erfaringen. Kvale og Brinkmann (2009) sier at i de tilfellene hvor det søkes til essensen av det enkelte menneskets opplevelse i forhold til et fenomen, er fenomenologisk tilnærming anvendelig. Samtidig som jeg ønsker å få frem den enkelte fagpersons beskrivelser og erfaringer, så er jeg bevisst på at tolkning er nødvendig og uunngåelig. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet intervjuguide ut fra teori og tidligere forskning på området. Beskrivelsene fra fagpersonene ble tolket underveis og i etterkant av intervjuene, samtidig som jeg som forsker ville la fenomenene komme frem så naturlig som mulig. Tolkningen springer ut fra min forforståelse gjennom personlig erfaring, tidligere forskning og teori som dannet grunnlaget for studien. Hermeneutisk metode står sentralt i studien gjennom min forforståelse og tolkning av informantenes beskrivelser underveis og i etterkant av intervjuene. En hermeneutisk- fenomenologisk tilnærming skaper på bakgrunn av dette grunnlaget for valgt metode.

3.1.2 Hermeneutikk

«Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster» (Kvale & Brinkmann, 2015:73).

Lindseth og Norberg (2004) skriver at bearbeidelse og fortolkning av tekst er en viktig del av forskningsprosessen i kvalitative studier. I studien ble lydopptaket fra intervjuene tolket og transkribert til tekst. Datamaterialet ble så gjort om til skriftlig tekst, som ble analysert og tolket ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, som er utarbeidet av Graneheim og Lundman (2004). Dette samsvarer med Kvale og Brinkmann (2015) som sier at hermeneutikk kan beskrives som læren om fortolkningen av tekster og meningsfylte fenomener. Samtale og tekst er en sentral del av den hermeneutiske tradisjonen, og tolkerens forhåndskunnskap om tekstens tema vektlegges innenfor denne tradisjonen.

Gadamer (1900-2002) innførte begrepet ”horisontsammensmeltning” og videreutviklet hermeneutikk som metode av betydning for forskningsprinsipper.

Ved en horisontsammensmeltning vil forskerens forståelse utvides ved å benytte andres forståelseshorisont til ny viten. Forskerens forståelseshorisont innbefatter bevisst og ubevisst kunnskap, og i en sammensmeltning med andres forståelseshorisonter utvides forståelsen og utvikling av ny kunnskap. Det er derfor viktig at jeg legger vekt på refleksjon, åpenhet og vilje til å forkaste egen forforståelse for å utvide ny forståelse og kunnskap.

Hermeneutikken gir mulighet for teksttolkning hvor en stadig kan velge mellom å fokusere på forståelsen av delene, meningsenhetene, og forståelsen av teksten som helhet (Aadland, 2004). Aadland (2004) skriver at helheten forstås ut fra delene, men delene forstås ut fra helheten. Denne prosessen kalles den hermeneutiske sirkel og pågår frem til forskeren forstår teksten som meningsfull.

På bakgrunn av dette kan man se at studien er inspirert av en hermeneutisk tilnærming, fordi jeg har tolket og søkt å forstå informantenes opplevelser og erfaringer. Jeg ønsket i min tolkning av intervjuene å primært ta utgangspunkt i teksten. Jeg var samtidig bevisst på at min forforståelse som forsker kan påvirke tolkningen av datamaterialet.

3.1.3 Fenomenologi

Studien er inspirert av fenomenologisk tradisjon fordi problemstillingen søker å få frem fagfolk sine erfaringer og beskrivelser knyttet til bestemte fenomener. Dette er i tråd med Malterud (2011) som beskriver fenomenologi som en forståelsesform der menneskers subjektive erfaringer regnes som gyldig kunnskap.

Fenomenologien ble grunnlagt som filosofi av Husserl på starten av 1900- tallet (Kvale & Brinkmann, 2015). Fenomenologiens tilnærming i begynnelsen var bevissthet og opplevelse, senere ble den videreutviklet til å også omhandle menneskets livsverden. Fenomenologer er interessert i å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015). Livsverden er den konkrete, dagligdagse verden en tar for gitt og som vi i hovedsak forholder oss ureflektert til. En forsker med en fenomenologisk tilnærming er opptatt av å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver.

Dette er i tråd med min studie hvor jeg søkte etter informantenes egne erfaringer og beskrivelser knyttet til bestemte fenomener. Studien baserte seg på et individuelt kvalitativt intervju og et fokusgruppeintervju. Intervjuene ble utført i overensstemmelse med en intervjuguide, hvor intervjuet fokuserte på forskningstemaet ved hjelp av åpne spørsmål. Dette er i tråd med beskrivelser Kvale og Brinkmann (2015) gir ut fra et fenomenologisk inspirert perspektiv. Som tidligere beskrevet er studiens tema et fagområde som jeg har en forforståelse knyttet til. Jeg erkjenner derav at min forforståelse bringer meg nærmere et hermeneutisk ståsted.

3.2 Forskerens ståsted

Malterud (2011) sammenligner forskerens forforståelse med en ryggsekk, og skriver at innholdet i ryggsekken påvirker oss hele veien. Jeg som forsker har egenerfaring som voksent barn med en forelder med psykiske helsevansker med meg i ryggsekken. Personlige erfaringer knyttet til psykiske vansker gir en kunnskap som ikke kan hentes ut fra lærebøker. Dette er kunnskap som erverves gjennom selv ha følt på kroppen hvordan pårønderollen til en forelder med psykiske vansker kan oppleves. Min livserfaring styrker min tro på å ha en holistisk tilnærming i møte med alle mennesker uavhengig av diagnose. Denne tilnærmingen har jeg med meg i mitt daglige arbeid.

Min livserfaring har resultert i et faglig engasjement. Dette vises gjennom at jeg fra bacheloroppgaven og frem til masteroppgaven har skrevet ulike oppgaver om dette temaet. Gjennom mine fordypningsoppgaver på dette området har jeg siden 2008 fått muligheten til å følge den positive utviklingen som har skjedd innenfor dette fagfeltet.

Jeg fullførte min utdanning som sosionom i 2008. Jeg har erfaring fra miljøterapeutisk arbeid i kommunehelsetjenesten, hvor jeg fikk mulighet til å være gruppeleder på en gruppe for foreldre med psykiske lidelser/og eller rusvansker. Jeg har erfaring fra arbeid i spesialisthelsetjenesten ved en seksjon for tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for personer med rusvansker. Her hadde jeg ansvar for å følge opp barn som pårørende på avdelingen, sammen med to barneansvarlige. Gjennom dette arbeidet har jeg erfart viktigheten av å kartlegge barnas livssituasjon, kartlegge barnets informasjonsbehov, samt sikre videre oppfølging.

Jeg arbeider nå som poliklinisk behandler ved Borgestadklinikken som er en privat aktør innenfor spesialisthelsetjenesten. Jeg blir berørt av foreldrene og barnas historier, og ønsker å stadig utvikle min fagkunnskap om denne gruppen for å kunne være en god støttespiller.

Jeg har vært bevisst på mitt ståsted gjennom forskningsprosessen, og er klar over at mitt ståsted har påvirket forskningsprosessen. Dette samsvarer med Malterud (2011) som sier 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 (Malterud, 2011). Gjennom refleksjoner under forskningsprosessen og tidligere studier har jeg utviklet en bevissthet rundt mine fordommer og forforståelse, og dette har åpnet opp for en ny forståelse. Denne nye forståelsen bærer preg av en gledelig erfaring om at barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker får stadig økt oppmerksomhet fra fagpersoner og ildsjeler, samt lovfestede rettigheter som innebærer rett til informasjon og oppfølging.

3.3 Datainnsamling

I denne delen beskrives innsamlingsmetodene av data som ble benyttet i denne studien. Jeg har samlet inn data ved hjelp av et fokusgruppeintervju og et kvalitativt intervju. Jeg vil i det følgende beskrive disse to innsamlingsmetodene nærmere.

3.3.1 Fokusgruppeintervju som metode

Malterud (2012) beskriver fokusgrupper som en metode der kvalitative data blir samlet inn fra gruppediskusjoner om et tema som forskeren ønsker å vite mer om. Fokusgruppens hensikt er ikke å oppnå enighet eller finne løsninger, men å få frem ulike synspunkter om et felles tema (Kvale & Brinkmann, 2009). Ifølge Malterud (2012) så står samhandlingen mellom deltakerne i fokusgrupper sentralt, og viktigheten av gruppedynamikken påpekes. Malterud (2012) sier at det anbefales grupper med 5-8 deltakere. I følge Lerdal og Karlsson (2008) bør antall deltakere i et fokusgruppeintervju være hensiktsmessig, og sier at nyere litteratur anbefaler en fokusgruppe som består av mellom 4-6 personer.

Valget om å benytte fokusgruppeintervju som en av datainnsamlingsmetodene er gjort med begrunnelse på at ny kunnskap og forståelse kan utvikles gjennom refleksjoner og diskusjoner i et fellesskap. Dette samsvarer med Malterud (2011;2012) som sier at fokusgruppeintervju er en god kvalitativ forskningsmetode når hensikten er å utforske felles erfaringer.

Fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode tillater deltagerne til å samtale, diskutere og reflektere over et tema. På denne måten kan det avdekkes ulike synspunkter, likheter og forskjeller, samtidig som det er mulig å oppnå ny forståelse for et fenomen uten at det bringer fram en enighet (Aadland, 2004; Kvale & Brinkmann, 2009 Malterud, 2012).

Fokusgruppeintervjuene ledes av en moderator (Lerdal & Karlsson, 2008). Moderator styrer samtalen mellom deltakerne og sørger for at tiden blir brukt hensiktsmessig i forhold til prosjektets problemstilling (Malterud, 2012; Lerdal & Karlsson, 2008). I følge Malterud (2012) så avhenger resultatet mye av hvordan intervjueren bruker seg selv som metodisk verktøy. Malterud (2012) sier at moderatorrollen krever opplæring, og anbefaler at man på forhånd deltar i et fokusgruppeintervju slik at man gjøre seg noen erfaringer. Veileder ga meg på forhånd tips og råd i forhold til gjennomføringen av intervjuet.

3.3.2 Individuelt kvalitativt forskningsintervju

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at det kvalitative forskningsintervjuet søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Et mål i det kvalitative intervjuet er å få frem informantens erfaringer og avdekke deres opplevelse av verden. Intervjupersonen defineres av Kvale og Brinkmann (2015) som et subjekt som en person som er delaktig i intervjuet gjennom å skape mening og forståelse om et bestemt emne. Forfatterne skriver at det kvalitative forskningsintervjuet har som mål å produsere kunnskap, og at formålet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes perspektiv.

3.3.3 Utvalg og rekruttering av informanter

Innenfor kvalitative metoder søker man et utvalg som kan gi mest mulig relevant informasjon om det fenomenet man ønsker å studere. I følge Malterud (2011) er kunnskap om feltet og teoretisk bakgrunn viktige forutsetninger når man skal samle data fra relevante kilder. Jeg ønsket å undersøke fagpersoners praksisnære erfaringer.

På bakgrunn av dette rekrutterte jeg informanter som var eller hadde vært ansatt som gruppeledere for barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Et slikt utvalg benevnes som *strategisk*. Det betyr at forskeren velger ut de personene som en tror har noe å fortelle om det fenomenet man er ute etter (Dalland, 2012).

Studiets inkluderingskriterier var at informantene måtte ha erfaring med å være gruppeledere for barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Jeg ønsket å rekruttere fagpersoner med minimum treårig høyskoleutdanning.

Rekrutteringsprosessen startet med å ta kontakt med fagrådgiver i virksomhet for psykiske helsetjenester for voksne innenfor kommunetjenesten. Dette er i tråd med Malterud (2012) som skriver at det kan være fordelaktig å rekruttere deltagere til fokusgrupper via kontaktpersoner. Hun begrunner dette med at det kan være positivt for forskeren å ha kjennskap til forskningsinstitusjonen samt ha tillitt til den som kontaktes. Kontaktpersonen hadde god oversikt over feltet. Kontaktpersonen ble spurt om hun kjente til noen som drev barnegrupper i kommunen og spesialisthelsetjenesten, og om hun kunne være behjelpelig med rekruttering av informanter. Hun ble informert per telefon og brev om studien og utvalgskriteriene. Det ble avholdt et møte med kontaktpersonen, slik at det ble sikret at nødvendig informasjon ble gitt. Kontaktpersonen ga under møte og i etterkant informasjon om aktuelle kandidater og deres e-postadresser slik at de kunne kontaktes på mail for forespørsel.

Jeg valgte å sende en informativ e-post til 5 aktuelle kandidater som kontaktpersonen foreslo. E-posten inneholdt informasjon om forskningsprosjektet, tema og intervjuprosessen, samt informasjonsskriv og samtykkeskjema. Alle godkjenninger i forhold til forskningsprosjektet var klare og intervjuguiden var ferdigstilt. Jeg var forberedt på at denne prosessen kunne være tidkrevende. Det viste seg først å være vanskelig å rekruttere informanter. Etter hvert fikk jeg tilbakemeldinger og samtlige var positive. Dette samsvarer med Malterud (2012) som sier at rekrutteringsprosessen ikke bør undervurderes, og at det krever tid, innsats og fantasi.

Det var en utfordring å finne en dato og klokkeslett som passet for alle sammen. Jeg ønsket at alle 5 skulle delta, og valgte derfor å bruke mye tid på å tilrettelegge tidspunkt og sted. I tillegg fristet jeg med lunsj i forkant av intervjuet. Dette er i tråd med Malterud (2012) som hevder at logistiske spørsmål som tid og sted har stor betydning.

Det har i studien blitt gjennomført to intervju, et fokusgruppeintervju og et individuelt intervju. Årsaken til dette var at jeg mente dette ville styrke studiens validitet ved en større bredde i utvalget. Det første intervjuet som ble gjennomført i studien var et fokusgruppeintervju. Gruppelederne som deltok i fokusgruppeintervjuet representerte to ulike barnegrupper. Til sammen var det tre ulike gruppene representert i studien som var samtale- og opplevelsesgrupper, som i ulike grader var relatert opp mot aktiviteter Informanten som deltok i det individuelle intervjuet arbeidet innenfor spesialisthelsetjenesten. Barnegruppen ble drevet i samarbeid med en gruppeleder fra kommunehelsetjenesten.

I etterkant av fokusgruppeintervjuet startet rekrutteringsprosessen til et individuelt intervju. I starten så var det vanskelig å rekruttere informanter da mange av barnegruppene for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker hadde blitt nedlagt. Jeg kontaktet ulike tjenester innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, uten hell. Min veileder tipset meg så om en barnegruppe hun hadde kjennskap til innenfor spesialisthelsetjenesten. Jeg kontaktet gruppelederen tilknyttet denne barnegruppen, som var positiv til å delta på intervju. Informanten tilfredsstilte samme kriterier som informantene fra fokusgruppeintervjuet. Mitt utvalg har samlet bestått av 6 fagpersoner.

Utvalget i studien bestod av 6 informanter som hadde treårig høgskoleutdanning. Det var variasjon i forhold til informantenes utdanning. Informantene hadde grunnutdanninger innenfor sykepleie, sosialt arbeid, pedagogikk (lærer), og vernepleie. De hadde relevante videreutdanninger innenfor blant annet psykisk helsearbeid og helsesøsterutdanning. I det kvalitative intervjuet hadde informanten utdanning innenfor sosialt arbeid. Alle informantene hadde over to års erfaring som gruppeledere for barnegrupper for barn med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker, og mange års erfaring innenfor fagfeltet. Informantene hadde yrkeserfaring fra både spesialisthelsetjeneste og kommunalt nivå. Utvalget bestod av kvinner i alderen fra 33 år til 62 år.

3.3.4 Forberedelse og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet

Intervjuguiden ble utarbeidet i forkant av intervjuene. Informantene fikk ikke utlevert denne på forhånd, fordi jeg ønsket ikke å legge føringer i forhold til hvilke temaer vi skulle snakke om. Jeg valgte å benytte en semistrukturert intervjuguide, det vil si en halvstrukturert intervjuguide. Ved hjelp av intervjuguiden hadde jeg som moderator muligheten til å trekke informantene inn mot fokusering på tema dersom diskusjonen ble uhensiktsmessig for undersøkelsen. Intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål, slik at informantene fikk frem deres beskrivelser og erfaringer rundt tema.

Intervjuet fant sted på et sted som var kjent og sentralt for informantene, slik at det skulle være enkelt å finne frem, samt for å unngå lang reisevei for informantene. Intervjuet foregikk på et undervisningsrom i en egen uforstyrret korridor. En slik tilrettelegging er i tråd med beskrivelser fra Ruff, Alexander og McKie (2005), som sier stedet bør være enkelt å finne, og fokusgruppeintervjuet bør gjennomføres i komfortable, rolige og praktiske omgivelser som er fri for forstyrrelser, da dette vil kunne påvirke. Lunsj og forfriskninger var forberedt til informantene kom. I rommet var det et stort bord med plass til alle deltakerne. Jeg benyttet diktafon til å ta opp intervjuet. Jeg gjorde meg godt kjent med diktafonen i forkant av intervjuet og gjorde flere testopptak. Informantene satte seg rundt bordet, plasseringen deres var tilfeldig. Jeg gjennomgikk informasjonsskrivet mens vi spiste. Jeg opplyste om at jeg avslutningsvis ville ta en runde rundt bordet, for å sikre at alle informantene fikk mulighet til å komme med en avsluttende kommentar.

Jeg startet diktafonen, og intervjuet innledet med presentasjoner av informantene. Jeg noterte stikkord underveis gjennom hele fokusgruppeintervjuet. Samtlige av informantene gav en kort presentasjon av seg selv, og nevnte noe om deres utdanning og yrkeserfaring. Etter ønske fra en av informantene hadde jeg innledningsvis en gjennomgang av spørsmålene i intervjuguiden, og deretter fortsatte fokusgruppeintervjuet med spørsmål nummer 1.

Informantene var aktivt deltagende gjennom hele intervjuet. Gruppedynamikken fremstod som god under hele fokusgruppeintervjuet, noe som bidro til at jeg som moderator ikke trengte å følge en styrende strategi. Samhandlingen mellom deltakerne under intervjuet kan begrenses dersom moderator styrer for mye, og gjøre den spontane samhandlingen og diskusjonen mellom informantene mindre (Lerdal og Karlsson, 2008).

Temaene jeg ønsket å undersøke kom opp i løpet av intervjuet. Informantene fremstod som uredde, og engasjerte, gjennom at alle fikk frem sin mening. Dialogen var flytende, informantene ventet på tur og avbrøt hverandre derav sjeldent. Enkelte av informantene kjente hverandre fra tidligere, og noen arbeidet fortsatt sammen. Avslutningsvis fikk alle informantene som nevnt tidligere muligheten til å fortelle om de hadde noe å tilføye. Det fremkom at informantene opplevde fokusgruppeintervjuet positivt, spennende og nyttig. Dette samsvarte med min opplevelse, jeg opplevde at intervjuet var konstruktivt, og at dataproduktiviteten var god.

3.3.5 Forberedelser og gjennomføring av individuelle intervjuet

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at det kvalitative forskningsintervjuet er en interpersonlig situasjon, en samtale mellom to parter om et emne av felles interesse. *«I intervjuet skapes kunnskap i skjæringspunktet mellom intervjueren og den intervjuedes synspunkter»* (Kvale & Brinkmann, 2015:156).

Jeg var bevisst på at min personlige erfaring, samt faglige forståelse kunne påvirke meg under intervjuet. Mitt mål for intervjuet var at informanten skulle snakke så fritt som mulig, og at informanten ikke skulle bli påvirket av mine reaksjoner. Jeg reflekterte på bakgrunn av dette før intervjuet rundt hvilken betydning jeg som intervjuer kunne ha for hvilke svar informanten ga. Jeg var under intervjuet bevisst på mine reaksjoner, og hvordan jeg fulgte opp svar. Mitt mål var å ha et åpent sinn, og innta en ikke- vitende posisjon hvor jeg isteden stilte undrende oppfølgingsspørsmål.

Møtestedet for intervjuet var et møterom på informanten sin egen arbeidsplass. Dette var etter informanten sitt ønske. Intervjuet foregikk på et møterom. Før jeg startet opp diktafonen snakket vi uformelt og jeg gikk så gjennom intervjuguiden med informanten. Informanten leste igjennom samtykkeerklæringen og skrev under på denne. Jeg benyttet diktafon til å ta opp intervjuet. Jeg startet diktafonen, og intervjuet begynte med presentasjon av informanten. Informanten fortalte om sin utdanning og faglige rolle. Informanten var aktivt deltagende gjennom intervjuet. Jeg opplevde atmosfæren som trygg og rolig under hele intervjuet.

Målsettingen i intervjuet var at samtalen skulle gå fritt, uten innblanding fra intervjuer. Samtlige av temaene jeg hadde notert på forhånd og ønsket å undersøke kom opp i løpet av intervjuet. Avslutningsvis fikk informanten muligheten til å fortelle om hun hadde noe å tilføye. Etter diktafonen var skrudd av kom informanten likevel på noen tilleggsopplysninger. Vi satt derfor på diktafonen på nytt. Jeg opplevde at intervjuet var konstruktivt, og at dataproduktiviteten var god.

3.3.6 Transkribering

Både fokusgruppeintervjuet og det individuelle intervjuet ble tatt opp på diktafon. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmanns (2009) anbefalinger. Jeg så det som hensiktsmessig å starte transkriberingsprosessen få dager etter jeg gjennomførte hvert av de to intervjuene. Gjennom å transkribere intervjuet fra muntlig til skriftlig form, blir intervjusamtalen strukturert og bedre egnet for analysen (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg transkriberte intervjuene selv, fordi det er lettere å identifisere nyansene i et lydopptak når jeg selv har vært tilstede under intervjuet. Jeg hadde på forhånd skrevet ned navnene til alle informantene på et ark, og kodet de. Arket med navn og koder ble oppbevart innelåst. Jeg noterte det informantene sa ordrett. Dette var en tidkrevende prosess, for å sikre at jeg fikk med alt det informantene sa på en riktig måte. Jeg inkluderte også pauser under intervjuene som ble markert med "...", og når informantene brukte høy stemme benyttet jeg store bokstaver. Dette samsvarer med Malteruds (2011) sine anbefalinger. Målet med transkripsjon er å fange det informantene sier og gjengi dette i en mest mulig presis eller lojal representasjon (Malterud, 2011).

3.4 Dataanalyse

Etter at intervjuene var gjennomført og transkribert til tekst, startet jeg arbeidet med å analysere dataene. Formålet med analysen er å utvikle kunnskap om erfaringene og livsverden informantene har delt innenfor det feltet forskningen er utført (Malterud, 2011). Metoden for analysen av datamaterialet baserer seg på Graneheim og Lundman (2004) sine retningslinjer for kvalitativ innholdsanalyse.

Det første trinnet i analyseprosessen omhandler helhetsinntrykk. Jeg startet med å lese gjennom det transkriberte intervjumaterialet gjentatte ganger for å danne et helhetsinntrykk, slik Graneheim og Lundman (2004) anbefaler.

Jeg skrev ut de transkriberte intervjuene, leste gjennom gjentatte ganger, og noterte refleksjoner underveis. For hver ny runde lesing føyde jeg til nye refleksjoner og notater. Det var stor bredde i intervjumaterialet.

Neste trinn omhandler meningsenheter. Her ble meningsenheter bestemt utfra relevans for problemstillingen. En meningsenhet er ifølge Graneheim og Lundman (2004) en sammenstilling av ord som relaterer til samme mening. Meningsenhetene markert jeg med markeringstusj i det transkriberte materialet.

Trinn tre omhandler kondensering. Her forkortet jeg meningsenhetene uten at meningsinnhold gikk tapt. Dette er i tråd med Graneheim og Lundman (2004) som beskriver dette som kondensering, og resultatet ble kondenserte meningsenheter. De kondenserte meningsenhetene ble så skrevet over på gule selvklebende lapper, samtidig ble det opprettet et skjema.

I trinn fire grupperte jeg de 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 & Lundman, 2004). På dette nivå, trinn fire, kalles resultatet av abstraksjonen subkategori/kode. De kondenserte meningsenhetene grupperte jeg så inn som sub-kategorier i egenutviklede skjemaer.

Figur 1: Eksempel på analyse fra meningsenhet til kategori

Meningsenhet	Sub-kategori	Kategori
Vi fikk midler til å reise på turer, blant annet til sansehuset. Det var sterkt for barna, ligge der i en seng og flyte, og bare flyte og kjenne etter	Styrke gruppefellesskapet gjennom gode opplevelser og øyeblikk	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser i gruppen
Det er jo en del som har mye indre uro i kroppen. Vi har en sånn leken tilnærming til barna. For det er noe for å få tillitt fra barn så må du møte de på deres nivå, dette her med gjennom lek. Vi veksler mellom aktiviteter og samtaler i gruppa.	Relasjonsbygging gjennom aktivitet.	
Vi hadde konkurranse om å komme på flest mulig følelser, barna løp frem og tilbake, vi kalte det for følelsesstafett. Det kunne også være tegning, det kunne være å tegne følelser i kroppen.	Bevisstgjøring av følelser gjennom tegning og lek.	

I trinn fem vurderte jeg likheter og ulikheter, og jeg abstraherte videre via sub-kategorier til kategorier, som vist i det egenutviklede skjemaet ovenfor. Å skape kategorier er ifølge Graneheim og Lundman (2004) kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Alle relevante data ble kategorisert og resulterte med 3 kategorier: *Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktiviteter og opplevelser, gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot samtale og samtalebaserte øvelser, barnegruppens organisering.*

I trinn seks abstraherte jeg til tema: *Mestring som mulighet gjennom aktivitet og opplevelser, med samtalen som verktøy i gruppelederens verktøykasse.* Graneheim og Lundman (2004) sier at dette ikke er et obligatorisk analysesteg.

3.5 Personvern og etiske refleksjoner

Forskning skal formidle kunnskap og må på bakgrunn av dette overholde kravene for forskningsetiske prinsipper. I forbindelse med forskning innenfor alle ulike fagområder, må forskningsetiske retningslinjer derfor følges (Ruyter, 2003). I samsvar med god forskningsetikk krevers det at studien skal ha en mening og være nødvendig i en større sammenheng enn for forskeren selv. Kvale og Brinmann (2015) sier at det legges vekt på krav om samtykke, krav om å gi informasjon, og krav om konfidensialitet. Disse forskningsetiske retningslinjer følges i denne studien. Jeg har vært tro mot Helsinki-deklarasjonens grunnprinsipper. Deklarasjonen viser til at det er den som gjennomfører studien som har ansvaret for informantene som er involvert i studien.

Studien ble meldt inn og godkjent hos Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (se vedlegg). Dette gjorde jeg før rekrutteringsprosessen av informanter startet.

3.5.1 Informert samtykke

Det ble gitt skriftlig informasjon om hensikten med studien ved rekruttering. I skrevet ble det gitt informasjon om hvordan intervjuene ville bli gjennomført, og at all data ville bli slettet etter endt undersøkelse. Informantene ga skriftlig samtykke på bakgrunn av denne informasjonen, og ble informert om deres mulighet til å trekke seg underveis. Skriftlig samtykke ble innhentet før intervjuene startet. Dette er i tråd med Kvale og Brinkmann (2009) anbefalinger. Vedlegg 1 viser informasjonsskrivet og samtykkeskjema som ble sendt ut til informantene ved rekruttering. Jeg gav i tillegg muntlig informasjon til informantene rett før intervjuene startet. Informantene ble informert om studiens formål, hovedtrekkene i designen og eventuelle risikoer og fordeler ved å delta i forskningsprosjektet. Jeg gjentok at deltakelsen var frivillig og at informantene kunne trekke seg fra undersøkelsen uten å måtte oppgi en begrunnelse (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.5.2 Konfidensialitet og anonymitet

Informantene fikk informasjon om at datamaterialet ville bli behandlet konfidensielt og bli anonymisert etter bruk. Det er viktig å vektlegge til informantene at respekten for informantens privatliv er høy. Personlige opplysninger ble kun innhentet for å si kort om informantenes bakgrunn. Ingen fagpersoner vil kunne bli identifisert i utskrifter eller gjennom en eventuell publisering av studien. Dette samsvarer med Kvale og Brinkmann (2009) sine anbefalinger. Man skal ikke kunne finne tilbake til de som er intervjuet ved å lese studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Opplysningene ble anonymisert ved hjelp av koding før transkriberingen. Datamaterialet, båndopptak og nedskrevne ark ble kun håndtert av undertegnede og veileder. Før intervjuene startet informerte jeg informantene om deres mulighet til å stoppe intervjuet, eller be om at noe av opptaket kunne bli slettet. De ble også informert om at de kunne trekke seg fra studien om de ønsket det. Hensikten med dette var å trygge informantene ved å sikre personvern og konfidensialitet.

3.6 Metodiske refleksjoner

Malterud (2011) sier at forskerens perspektiver og posisjon kan ha innvirkning på hvilken kunnskap som blir presentert og hvordan problemstillingen belyses. Jeg satt ikke på oppskriften i forhold til hvilke arbeidsmetoder som kunne virke helsefremmende for barn med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker i barnegrupper, jeg ønsket å søke å forstå informantenes erfaring av fenomenet.

3.6.1 Studiens relevans

Relevans er et begrep som benyttes for å vurdere om kunnskapen som kommer frem gjennom forskning tilfører noe nytt og kan anvendes (Malterud, 2011). Det finnes en del forskning som omhandler barnegrupper for barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker. Studier som omhandler fagpersoners beskrivelser av helsefremmende arbeidsmetoder i barnegrupper finnes det ikke like mange studier på. Malterud (2011) sier at for å vurderes studiens relevans så må forskeren gjøre seg kjent med tidligere forskning på feltet for å se om studien sammenfaller eller avviker fra tidligere forskning. Litteratursøket som jeg gjennomførte i forkant og etterkant av intervjuene avdekket noen rapporter vedrørende fagpersoners erfaringer med bruk av arbeidsmetoder i barnegrupper for barn av foreldre med psykiske vansker og/eller rusvansker. Jeg fant også to internasjonale rapporter hvor barnegruppen benyttet Antonovskys teorier som grunntanke for barnegruppen.

Enkelte av funnene i min studie gjenspeilet funn fra andre studier som omhandlet barnegrupper for barn med foreldre med psykisk lidelser og/eller rusvansker. Funnene fra fagpersoner og funn fra både nasjonale og internasjonale studier som presenterer barnas uttalelser og erfaringer, støttet hverandre.

3.6.2 Studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet

Alle metodevalg i studien kan ha påvirket kvaliteten. På bakgrunn av dette vil jeg i det følgende redegjøre for studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet. Jeg ønsker å styrke studiens reliabilitet og validitet gjennom beskrivelser av mine refleksjoner og valg gjennom studien.

Studiens reliabilitet omhandler troverdigheten av forskningsresultatene, og om resultatet kan reproduseres av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette omhandler også om informantene ville endret sine svar i et intervju med en annen forsker. Min forforståelse og erfaringsbakgrunn har påvirket de ulike fasene i forskningsprosessen. En annen forsker ville av den grunn muligens fått andre resultater. For å øke troverdigheten av funnene i studien har jeg gjort rede for min forforståelse i studien, slik at leser får et innblikk i forskerens ståsted og bakgrunn. Jeg valgte å ikke bekjentgjøre for informantene at jeg innehar erfaringskompetanse, fordi jeg vurderte at det kunne påvirke informantenes formidlingsmåte og åpenhet.

Under fremstillingen av funnene er det benyttet sitater fra samtlige informanter, for å styrke troverdigheten i studien. Jeg har foretatt jevnlig litteratursøk, og brukt god tid på å gjennomgå funnene. Litteratur som benyttes i studien har blitt kvalitetssikret ved å kritisk analysere artiklene som det er henvises til i studien.

Kvale og Brinkmann (2015) sier at validitet kan beskrives som gyldig kunnskap. Forfatterne sier at validitet innenfor samfunnsvitenskapelig sammenheng omhandler om valgt metode er egnet til å undersøke det man har til hensikt å undersøke. Jeg var som tidligere vist til bevisst på betydningen av mitt ståsted gjennom forskningsprosessen, også gjennom min væremåte under intervjuene. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) handler validitet også om intervjupersonens troverdighet og hvordan forskeren fremtrer under intervjuet. De hevder at validitet avhenger av den håndverksmessige kvaliteten på gjennomføringen av undersøkelsen. Jeg hadde ingen tidligere erfaring som moderator i et fokusgruppeintervju eller intervjuer. I forkant av intervjuene leste jeg litteratur om moderatorrollen og individuelle kvalitative intervju, i tillegg fikk jeg tips fra veileder og kollegaer.

Intervjuguiden med åpne spørsmål resulterte i at informantene selv styrte mye av samtalen gjennom intervjuene. For å ivareta validiteten forsikret jeg meg om jeg hadde oppfattet informantene korrekt underveis i intervjuene ved å stille spørsmål som; ”*har jeg forstått deg rett når jeg oppfatter det du sa?*”. På denne måten fikk informantene muligheten til å rette opp eventuelle misforståelser. Samtidig har jeg reflektert over at jeg under oppstarten i fokusgruppeintervjuet var fokusert på å få informantene til å snakke om temaer som berørte studiens problemstilling og forskningsspørsmål under intervjuet.

Etter kort tid ut i intervjuet var jeg imidlertid i større grad komfortabel i min rolle som moderator, og det ble lettere å innta en lyttende holdning. Samtidig erkjenner jeg at det tidvis var en utfordring og ikke lede informantene mot egne erfaringer eller kunnskap jeg hadde om temaet, til tross for at jeg var bevisst på dette. Dette kan også ha vært en styrke under intervjuet, da jeg kan ha fått tilført ytterligere data gjennom oppfølgingsspørsmål basert på tidligere kunnskap om temaet. I følge Kvale og Brinkmann (2009) er det viktig at forskeren har kunnskap om intervjuetemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål til intervjuerens svar. Under det individuelle intervjuet opplevde jeg at jeg var mer komfortabel i min rolle som intervjuer ved at jeg fra start inntok en lyttende holdning og ikke- vitende posisjon. I begge intervjuene opplevde jeg en god atmosfære i intervjusettingen, og en god kontakt med informantene. Informantene var åpne og gav god informasjon. Under fokusgruppeintervjuet kom det frem store variasjoner og nyanser i svarene fra informantene. Informantene utfylte hverandre, og fulgte opp hverandres utsagn.

Jeg valgte å gjennomføre et individuelt intervju for å styrke studiens validitet gjennom større bredde i datamaterialet. På den andre siden så er jeg bevisst på at dette er en liten studie, som inneholder få intervjuer. Etter analysen av begge intervjuene avgjorde jeg likevel at seks informanter var tilstrekkelig for å belyse mine forskningsspørsmål og problemstilling. Bakgrunnen for dette valget er at intervjuene viste mye og variert data, som resulterte i en god datainnsamling. Dersom tidsrammen hadde vært større hadde jeg imidlertid gjennomført flere intervjuer, og forsøkt å rekruttere menn til studien, for en enda større bredde i utvalget. Dette kunne også øke studiens gyldighet.

I studien er ikke barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker som har deltatt i barnegrupper inkludert som informanter. Det kunne styrket studiens validitet og inkludert barn som informanter, da de selv har en større gyldighet for å gjøre rede for hva som kunne oppleves som helsefremmende for dem. Dersom barneperspektivet skulle ivaretas i egne intervjuer kunne dette kreve en lengre forskningsprosess for å best mulig ivareta barna i forhold til eventuell sårbarhet, samt tillitsforhold til meg som forsker. Det kunne krevet lengre tid å rekruttere barn som informanter, samt at det kunne vært en mer etisk komplisert forskningsprosess i forhold til samtykke fra foreldre og godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Valget falt av den grunn på fagpersoner som informanter, som uttaler seg om arbeidsmetoder som kan ha en helsefremmende effekt for barna, på bakgrunn av deres erfaring og kompetanse. Det at barna evaluerte deltakelsen i barnegruppene til informantene i etterkant, og ga tilbakemeldinger til informantene underveis i gruppeforløpet har ført til at barnas stemme og erfaringer også har kommet noe frem i studien. Jeg valgte å også utføre litteratursøk som tok for seg barnas erfaringer med barnegrupper for å styrke validiteten, og for å få en mer helhetlig forståelse av fenomenet.

For å ivareta validiteten har jeg under transkriberingsprosessen valgt å gjengi ord for ord, det som ble sagt i intervjuet. Transkripsjon ble startet opp rett etter hvert intervju. Etter transkriberingen hørte jeg igjennom lydopptaket, og gikk flere ganger tilbake og gjorde rettinger for at teksten skulle stemme med det som ble sagt av informantene. Validering av analyseprosessen handler om hvorvidt spørsmålene som er stilles til teksten er gyldig, og om fortolkningene er logiske (Kvale & Brinkmann, 2009). Min tolkning av funnene er satt opp mot relevant litteratur. For å ivareta validiteten har jeg forsøkt å velge litteratur som belyser alle sider av funnene uten å lete etter bestemte funn i analysen.

Kvale og Brinkmann (2015) sier at spørsmålet om overførbarhet handler om funnene kan la seg overføre til andre kontekster eller situasjoner. Mitt ansvar som forsker var å gi en grundig beskrivelse av utvalg, deltagere, datainnsamling, analyse og kontekst. Ut fra beskrivelsene kan leseren ta stilling til om kunnskap fra denne studien kan overføres. Slik jeg vurderer har studien en grundig metodebeskrivelse som kan styrke studiens overførbarhet. Studien kan av denne grunn ha en overførbarhetsverdi innenfor den konteksten den omhandler.

4 PRESENTASJON AV FUNN

I dette kapittelet presenteres funnene fra begge intervjuene slik de fremstår etter innholdsanalysen. Funnene fra analysen blir presentert etter de tre hovedkategoriene, for leservennlighet presenteres funnene først gjennom et egenutviklet skjema:

Figur 2: Analyse av datamaterialet

Meningsenhet	Sub-kategori	Kategori
Vi fikk noe midler til å reise på turer, blant annet til sansehuset. Og det var sterkt for barna, ligge der i en seng og flyte, og bare flyte liksom og kjenne etter	Styrke gruppefellesskapet gjennom gode opplevelser og øyeblikk	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser i gruppen
Det er jo en del som har mye indre uro i kroppen. Vi har en sånn leken tilnærming til de. For det er noe for å få tillitt fra barn så må du møte de på deres nivå, dette her med gjennom lek. Vi veksler mellom aktiviteter og samtaler i gruppa.	Relasjonsbygging gjennom aktivitet	
Vi hadde konkurranse om å komme på flest mulig følelser, barna løp frem og tilbake, vi kalte det for følelsesstafett. Det kunne også være tegning, det kunne være å tegne følelser i kroppen.	Bevisstgjøring av følelser gjennom tegning og lek	
Dette her med å snakke med noen som du har tillitt til, altså om det er helsesøster eller om det er uansett hvem som man være aktuelle. Bare få til det også, det tenker jeg er veldig helsefremmende. Altså prate med noen også utenfor gruppa da. For vi er jo inne her og nå, men så er det jo, det er jo livet videre. Hvem kan hjelpe meg, hvem kan jeg snakke med da. Vi driver jo med sånn nettverkskartlegging også. Det er også en viktig metode for å se hvilke personer i nettverket man har da. Hvem man har å spille på	Identifisere hvem i nettverket som kan hjelpe barna	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot samtale og samtalebaserte øvelser
Vi bruker en narrativ tilnærming .. Vi er opptatt av deres fortelling og.. hva de har opplevd og deres erfaringer».	Samtalemetode	
Dette her med hvem jeg er jeg? Vi bruker jo dette her med trærne da, eller skog som en metafor og i det hele tatt. For eksempel, hva slags tre er du? Er du et tre som liker å være litt alene? Eller trives du å stå sammen med andre trær? Er du et frukttre med type plommer? Hva slags tre ønsker du å være? Å dette her med at det stormer ikke sant. Som vi også snakker en del om hvilke stormer i livet? Alle utsettes for stormer. Hver har sine stormer ikke sant. Hvordan kan man være rustet til stormen? Vi er opptatt av å prøve å gi de noen redskaper også da.	Bruk av samtalebaserte øvelser	
De har veldig mange spørsmål om psykisk helse og psykiske vanskeligheter. Vi har en ordning hvor de kan skrive ned spørsmål. Noen skriver jo da en hel A4 side med spørsmål da. Det er anonymt da. Så pleier vi å samle det inn. Så går vi gjennom dette sammen på neste samling. Vi er jo ganske gode samarbeidspartnere oppi dette. Vi råder jo barna, men vi lar alltid de få anledning til å komme med sine svar eller hva de tenker om dette.»	Gi kunnskap om psykisk helse	
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..	Fast struktur	Barnegruppens organisering
Det nærmest viktigste var at vi spiste et varmt måltid sammen. Blant annet det å sitte sammen rundt et bord, det var det mange som ikke opplevde..	Fast element	
”Vi var 3-4 voksne, så vi var mange...og hadde forskjellige bakgrunn. Og jeg tenker at det var nyttig å være en tverrfaglig gruppe... Jeg tenker at vi da så jo litt mer helheten...ja, hvordan det barnet egentlig har hatt det. Flere perspektiver.”	Tverrfaglighet	

Altså det har vært en prosess, å få foreldrene til å si ja. For det har ikke vært sånn at det har kommet en masse henvendelser til oss fra foreldrene hvor de sier: "Vi ønsker at barna våres skal gå i barnegruppe". Det har vært at vi har en gruppe for barn av psykisk syke foreldre, det må være bra for barnet ditt. For det har fortsatt vært en bøyg, og vi har brukt veldig mye tid ovenfor foreldrene og informert.	Rekruttering	
---	--------------	--

4.1 Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser i gruppa

Et av hovedfunnene viste at alle informantene i studien vektla arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser. Informantene begrunnet dette med at de erfarte at ulike tilnærminger innenfor dette kunne bidra til å fremme helse hos barna som deltar i barnegruppene.

Informantene la til rette for gode opplevelser og aktiviteter, noe de erfarte styrket gruppefellesskapet og bidro til at barna kunne dele mer i gruppen. Det kunne blant annet være tur i skogen med båltenning, reise på teater, besøke bondegård, låne gymsal med muligheter for ulike aktiviteter og besøk til et sansehus. En av informantene fortalte at barnegruppen hun ledet inviterte de barna på teater og så et stykke som handlet om en mor som hadde en psykisk lidelse, og beskrev hvordan denne opplevelsen påvirket et barn i gruppen:

"Vi reiste på teater og så et teaterstykke som handlet om en mor som hadde en schizofren lidelse. Og da var det en av barna som fortalte: "Ja, sånn har mamma'n min det og!" Så det var gjenkjennbart. Og da kunne barna lettere dele da."

Flere av informantene støttet dette, og påpekte at det var nyttig å bruke aktiviteter som inngangsport for videre samtale med barna. En informant fortalte at hun erfarte at barna lettere kunne dele, når de gjennom opplevelser opplevde ting som gjenkjennbart.

En av informantene beskrev en tur til et sansehus, hvor barna fikk mulighet til å ligge i en seng og bare flyte og kjenne etter på gode følelser, som en sterk opplevelse for barna. Slike opplevelser var med på å styrke fellesskapet i gruppen mellom deltagere og gruppeledere, ytre en av informantene.

Flere av informantene beskrev aktiviteter og opplevelser som en fin inngangsport til å bygge relasjon til barna. Lek mellom barn og voksne var noe informantene pekte på som en viktig del av relasjonsbyggingen. Dette ble vektlagt av alle informantene.

«Det er jo en del av barna som har mye indre uro i kroppen. Vi har en sånn leken tilnærming til de. For det er noe for å få tillitt fra barn så må du møte de på deres nivå, dette her med gjennom lek. Vi veksler mellom aktiviteter og samtaler i gruppen».

”De ble veldig trygge på oss, og trygge å gruppa. De fikk et frirom. Vi leste ofte sammen. Barna var veldig oppmerksomme når vi leste. Da var det ro i gruppa, vi kunne sitte rundt et bål sammen og lese.”

En annen del av relasjonsbygging gjennom aktivitet var gruppelederens bekreftelse og støtte under gjennomføring av aktiviteter. Informantene fortalte at de gav barna bekreftelse og støtte under gjennomføring av aktiviteter. Dette anså alle informantene som et viktig utbytte for barna. Informantene påpekte at igjennom bekräftelsen og støtten fra gruppelederne så lå det faktorer som: å være sammen med en trygg voksen, få god oppmerksomhet, og bli sett. En informant beskrev at de støttet barna under aktiviteter, og hun fortalte at noen av barna var avhengige av at det var noen der, som så de og som motiverte:

”De barna som sleit mest måtte ha noen ved siden av seg hele tiden under aktiviteter, som støttet de 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.”

Alle informantene var opptatt av å kunne benytte tegning og lek som arbeidsmetode i gruppene for å bevisstgjøre barnas følelser. Informanten gav eksempler på ulike tilnærminger de hadde på dette. Det kunne være gjennom tegning av følelser i kroppen, eller en konkurranse om å komme på flest mulig følelser, som informanten kalte følelsesstafett. Denne leken ble gjennomført ved å dele gruppen i to lag, og barna skulle 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/øvelsen var å åpne opp for en dialog omkring tanker og følelser som barna eller andre har. Hvor målet var å styrke forståelsen for hva følelser er, og hvordan følelser kan påvirke oss. Informanten beskrev at hun erfarte at slike typer leker hadde en stor betydning for barna.

En annen lek var gjennom en bamse som gruppelederne fortalte at barna selv hadde gitt navnet: ”Psykisk lidelse”. Bamsen fungerte som en taleregulator, som ble sendt mellom barna i gruppen. Informanten beskrev dette som frigjørende for barna, ved at begrepet «psykisk lidelse» plutselig ble et godt ord, som barna ikke forbant med skam, og et ord som barna likte å si.

4.2 Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot samtale og samtalebaserte øvelser

Alle informantene i studien fortalte at barnegruppene baserte seg på samtale og samtalebaserte øvelser med barna. Informantene beskrev samtalen som dialog med barna, samt bruk av ulike samtalebaserte øvelser som sentralt i gruppene. Samtalene omhandlet ulike tema. Informantene fortalte at samtalen ble benyttet som et verktøy for å komme i en dialog med barna. Samtalen handlet om å gi barna kunnskap om psykiske lidelser, og gi barna innsikt i ulike handling og mestringsstrategier i forhold til utfordrende situasjoner som barna kan møte. Informantene erfarte at samtalebaserte øvelser, og bruk av litteratur var nyttig for å åpne opp videre samtale i barnegruppene. Gjennom samtalen identifiseres også barnets nettverk, og hvem barnet kan søke hjelp hos i nettverket.

Det var variasjon i forhold til hvilken samtaleform informantene benyttet. Flere av informantene fortalte at de benyttet kognitiv metode som samtalemetode. Informantene nevnte i forbindelse med dette at barna har hatt god effekt av psykologisk førstehjelpsskrin. Dette omhandler materiell som er tilpasset barnets alder, og man tok i bruk røde og grønne figurer som symboliserte røde tanker og grønne tanker. De grønne tanker er hjelpsomme, og rødetanker er vonde og negative. Gjennom dette fikk barnet hjelp til å gjenkjenne sine egne tanker og følelser, fortalte en av informantene. Informant sa det slik:

” Vi har brukt psykologisk førstehjelp, altså kognitiv metode. 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. Dette burde brukes mer.”

Narrativ terapi ble også nevnt som en samtalemetode under intervjuene. En av informantene fortalte at det benyttes en narrativ praksis i barnegruppen som hun ledet. Informanten utdypet dette med viktigheten av å få frem barnas historie. Informanten fortalte at de hadde fokus på hvilke handlinger barna foretok seg i vanskelige situasjoner, hva eller hvem som hjalp dem. Hun fortalte videre at barna ofte ikke opplevde at de gjør så mye riktig, men gjennom å få frem barnas egen historie og gruppelederens og andre deltageres spørsmål rundt denne så skapes ofte alternative historier og konklusjoner på hvem de er. Under intervjuet ga informanten eksempler på hvordan dette ble arbeidet med i praksis:

«Vi er jo opptatt av å få frem deres fortelling og det her med hva de selv gjør. De tenker jo ofte at de ikke gjør så mye... Men å få råd, eller få høre fra andre da. Hva kan man gjøre? Eller har de opplevd noe lignende da? Hva har de gjort.. For de gjør jo alltid noe..

Flere av informantene beskrev nettverkskartlegging som en viktig metode. De var opptatt av å gi barna nye handlingsmuligheter, blant annet gjennom identifisering av hvem i nettverket som kan hjelpe barnet. Informantene samtalte med barna om hvem de kunne kontakte når de ikke lenger deltok i gruppen, samt bevisstgjorde barna i forhold til å benytte sitt nettverk. En av informantene beskrev hvordan de konkret arbeidet med dette:

«Dette med å snakke med noen som du har tillitt til, altså om det er helsesøster eller uansett hvem som kan være aktuelle.. Bare få til det også, det tenker jeg er veldig helsefremmende. Altså prate med noen også utenfor gruppa da. For vi er jo inne her og nå, men så er det jo livet videre.. Hvem kan hjelpe meg, hvem kan jeg snakke med da? Nettverkskartlegging er en viktig metode for å se hvilke personer i nettverket man har da. Hvem man har å spille på.»

Alle informantene erfarte at en annen viktig del av nettverkskartlegging var å lage konkrete mestringsplaner basert på nettverket. Denne planen gikk ut på hvem de kunne kontakte og at de søkte hjelp, dersom behov oppsto. Informantene fortalte at et viktig mål var nådd, hvis de fikk formidlet det. En av informantene beskrev dette slik:

«For eksempel nå før 17 mai så har vi snakket mye i forkant om dette her å istedenfor å sitte inne å være trist så kan man gjøre andre ting. Vi hadde fokus på nettverkskartlegging. Gå ut å treffe venner. Ring noen. Hvem kan du ringe? Og da var det ingen som satt hjemme på den 17 mai. Selv om flere hadde hatt det vanskelig av ulike grunner. Alle hadde kommet seg ut, og det var barna så glade for.»

Flere av informantene påpekte viktigheten av samtalebaserte øvelser i gruppene.

Datamaterialet viste en variasjon i bruk av samtalebaserte øvelser. Formålet med bruk av slike øvelser var blant annet å styrke fellesskapsfølelsen i gruppen, og få barna til å formidle historier som kunne styrke deres identitet og skape en opplevelse av sammenheng. Gjennom øvelsene fokuserte informantene på det gode barna gjør, deres styrker, ferdigheter og ressurser. Dette ga også mulighet til å utveksle erfaringer og ideer til hvordan lignende situasjoner kan takles i fremtiden. En informant viste til hvordan de arbeidet med samtalebaserte øvelser:

«Dette her med hvem jeg er jeg? Vi bruker jo dette her med trærne da, eller skog som en metafor og i det hele tatt. For eksempel, hva slags tre er du? Er du et tre som liker å være litt alene? Eller trives du å stå sammen med andre trær? Hva slags tre ønsker du å være? Å dette her med at det stormer ikke sant. Som vi også snakker en del om hvilke stormer i livet? Alle utsettes for stormer. Hver har sine stormer ikke sant. Hvordan kan man være rustet til stormen? Vi er opptatt av å prøve å gi de noen redskaper.»

«Livets tre. Det er noe med dette her å ha fokus på ressurser og det gode. Da pleier vi å starte da med disse røttene da. Røttene betyr hvordan du har vokst opp, og barndommen og gode minner og vi har fokus på det gode da. Gode minner. Stammen er jo her og nå, og det du har i deg da på en måte. Ferdigheter og egenskaper og hva du er. Og da bruker vi også anledningen til at vi kan prøve å si noen positive ting om hverandre. Så det liker de jo godt. Også har du jo disse grenene da, som symboliserer håp og drømmer og fremtid. Og det er jo også noe som vi er veldig opptatt av da. Dette her med å formidle håp. Veldig mange spør jo, blir foreldrene friske? Hvordan kan de blir det? Hva kan jeg gjøre. Så det er veldig viktig å formidle det håpet her.»

Informantene fortalte at de fokuserer mye på å gi barna kunnskap om psykisk helse. Dette ble blant annet gjort i form av at gruppelederne gav generell informasjon om de ulike psykiske lidelsene, slik at barnet kunne få en knagg til å henge foreldrenes adferd på. Et utdrag fra en dialog mellom to informanter fra fokusgruppeintervjuet følger:

”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.”

En informant beskrev en annen fremgangsmåte ved å gi barna informasjon om psykiske lidelser:

«For de har veldig mange spørsmål som de lurar på. Om psykisk helse og psykiske vanskeligheter. Så da har vi en ordning hvor de kan skrive ned spørsmål, om de har spørsmål da. Noen skriver jo da en hel A4 side med spørsmål da.. Ja, og da er jo anonymt da. Så pleier vi å samle det inn. Så er det vel på en måte neste gang da som vi ser på dette sammen da, med de. Vi er jo ganske gode samarbeidspartnere oppi dette. Vi råder jo barna, men vi lar alltid de få anledning til å komme med sine svar eller hva de tenker om dette.»

Samtlige av informantene påpekte at hensikten med å gi informasjon om ulike lidelser handlet om å gi barnet økt innsikt og forståelse for hva psykisk lidelse kan være, og hvordan dette kan påvirke forelderen og familien. Datamaterialet viste til at informantene erfarte at barna brukte mye tid og energi på å prøve å forstå forelderens situasjon. Informanten beskrev at når barna deltok i gruppen, og ting faller litt mer på plass, så vokste barna.

En annen funksjon med å gi kunnskap om psykisk helse var fratakelse av skyldfølelse, skam og ansvar 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. Tre av informantene fra fokusgruppeintervjuet beskriver:

” 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. ”

”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! ”

” Barna er ofte veldig fornuftige, de tar mye ansvar, tenker på andre og er veldig empatiske. Mange positive egenskaper, men de har fått det litt for tidlig og litt for mye av det. Så vi måtte jobbe med å løfte noe av dette av de. ”

En annen del av å gi kunnskap om psykisk helse var at alle informantene hadde fokus på å lære barna ulike teknikker og verktøy som de selv kunne bruke i vanskelige situasjoner. Flere av informantene gav eksempler på ulike pusteøvelser som de lærte barna, og hadde med som en fast del i samlingene. Flere av barna hadde gitt tilbakemeldinger på at de forskjellige øvelsene og teknikkene var nyttige. En av informantene beskrev:

” 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. ”

En annen del av det å gi kunnskap om psykisk helse, var bruk av litteratur og film om psykisk helse. I begge intervjuene fortalte informantene at de brukte litteratur og film for å lære barna å samtale om psykiske vansker, og normalisere dette. En informant beskrev at hun hadde god erfaring med bruk av bøker som omhandlet barn i samme situasjon som gruppedeltagerne, og hvordan karakterene i bøkene taklet vanskene, og hvordan familien fikk hjelp. Informanten erfarte at bøker ga barna en forståelse og innsikt i psykiske lidelser, hvordan familien og barn kan bli påvirket av dette og hvordan man kan takle dette. En informant fortalte det slik:

”Vi leste ofte sammen, barna var veldig oppmerksomme når vi leste. Da var det veldig mye ro i gruppa.”

En informant viste til hvordan bruk av litteratur og film i gruppen kunne starte samtaler hvor barna og gruppelederne utveksler erfaringer og gir hverandre råd. Informanten viste også til at en annen viktig del av bruk av litteratur og bøker er normalisering av det barna erfarer.

«Så når vi da har hatt et slags tema da, det kan være at vi leser en bok eller ser en film, som er laget eller tilpasset temaet. Da har vi ofte hatt boken «pappa er syk i tankene». Der det handlet om en far med en psykisk lidelse. Eller vi har hatt om angst og depresjon.. Fordi det er mye lettere å snakke om andre da. Hvordan tror du han gutten på filmen hadde det»?

4.3 Barnegruppens organisering

I dette avsnittet presenteres datamaterialet fra barnegruppens organisering. Temaer som struktur, tverrfaglighet og rekruttering fremkom som særlig sentralt etter utført innholdsanalyse.

Informantene fremhevet at alle tre barnegruppene de representerte var tverrfaglig sammensatt. Det var en variasjon i gruppeledernes utdannelse. Sosionomer, sykepleiere, vernepleier, helsesøster og lærer var representert fra de ulike barnegruppene. Informantene understreket viktigheten av tverrfaglig 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 faglig bakgrunn. Og jeg tenker at det var nyttig å være en tverrfaglig gruppe. Jeg tenker at vi da så jo litt mer helheten. Ja, hvordan det barnet egentlig har hatt det. Flere perspektiver.”

Funnene viser at det var fokus på tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunetjenesten. To av gruppene i studien baserte seg på et tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten.. Informantene vektla tverretattlig samarbeid mellom instanser slik som skole, barnevern, helse- og omsorgstjenester i kommunen og spesialisthelsetjeneste. Informantene beskrev at de observerte barna i gruppen, og ble kjent med barnas situasjon og behov. Informantene observerte faktorer som kunne være tegn på at barnet hadde en forelder som ikke klarte å ivareta omsorgsrollen optimalt, og som var i behov av hjelp. En informant pekte på de marginale utfordringene som noen av barna hadde:

”Det var ofte 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 både hadde mulighet til å kle barna i raggsokker som de hadde med i gruppen, og i alvorlige situasjoner hvor man var bekymret for omsorgssvikt, samarbeidet gruppelederne med blant annet barnevernet. En av informantene som var med og ledet denne gruppen fortalte:

” Det var en tilsynsfører med i gruppen. Tilsynsføreren fikk jo mye kunnskap, som hun hadde behov for. For da fikk hun jo anledning til å se familien fra en annen kant enn når hun var hjemme der.”

Informantene fortalte at tilsynsføreren fra barnevernet fikk god kunnskap om barnet, gjennom å observere barnet i gruppen.

Dermed fikk tilsynsfører mulighet til å se barnet på en annen arena enn når hun var hjemme hos barnet, samt å gi eventuell videre oppfølging til barnet og foreldrene.

Alle informantene hadde en fast struktur på gruppen hvor de møttes en gang i uken. Varigheten på møtene var på to timer. Den største ulikheten mellom de tre barnegruppene som var representert i studien var at de ene barnegruppen ikke hadde begrensning i forhold til antall ganger barna kunne delta i gruppen. Informanter fra denne gruppen fortalte at enkelte barn deltok i gruppen over flere år, og flere nye barn startet i gruppen underveis. I de andre barnegruppene møtes barna 10 ganger, og starter og avslutter gruppeforløpet likt.

En annen del av den faste strukturen var at to av gruppene som var representert i studien baserte gruppeforløpet på ulike maler. Den ene gruppens forløp baserte seg på en manual som ble kalt CU2. Informantene beskrev at CU2 var en manual som styrte gruppeprosessen gjennom ulike tema og aktiviteter for hver samling. Gruppelederne fortalte at de fulgte malen konsekvent. Informanten som ledet den andre barnegruppen fortalte at noe av gruppeopplegget ble basert på SMIL- manualen, men malen ble ikke fulgt konsekvent. Som en del av strukturen gjennom CU2 og SMIL- manualene så hadde gruppelederne samtaler med barn og foreldre i forkant, midt i og etterkant av gruppene.

Informantene fortalte at de var opptatt av å innlede og avslutte gruppesamlingene med noen faste elementer. Eksempler på dette var at samtlige informanter innledet gruppesamlingene med fast måltid. En av informantene uttalte at noe av det viktigste ved gruppen var å gjøre dagligdagse aktiviteter sammen. Hun trakk spesielt frem viktigheten av å spise et varmt måltid sammen, og sa:

”Det å sitte sammen rundt et bord, snakke sammen og dele et varmt måltid, det var nærmest det viktigste.”

En annen informant beskrev det slik:

«Måltidet sammen er veldig viktig. Vi har taco hver gang som vi har klart til barna når de ankommer. Ja. For det liker jo de fleste, det kan man jo velge litt hva man vil ha og sånn. Da sitter vi jo nesten en halvtime rundt matbordet. Ja, også smaltalk om det er noe bra eller vanskelig som har skjedd siden sist».

Det fremkom av intervjuene at det er en stor variasjon vedrørende rekrutteringsprosessen av deltagerne til barnegruppen. I en av barnegruppene ble barna rekruttert fra skole, helsesøster, barnevernstjenesten, pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) og hjelpeapparatet ellers.

En informant forklarte at barnegruppen hun ledet hadde konkrete kriterier for å delta i gruppen. Et eksempel på et kriterium var at foreldrene måtte ha en kjent diagnose for at barna kunne delta i barnegruppen. Dette resulterte i at flere barn som ønsket plass ble utelukket, og vanskeliggjorde rekrutteringen av barn. De andre informantene i studien beskrev gruppen som en lavterskelgruppe hvor man ikke trengte og formelt henvises. Mange av barna ble rekruttert gjennom helsesøster tilknyttet helsestasjonen, men foreldre kan ta direkte kontakt med gruppeledere for henvisning også. I disse gruppene var det ingen diagnosekrav knyttet til foreldrenes psykiske vansker.

5 DISKUSJON OG IMPLIKASJONER

Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om hva fagpersoner som jobber med barnegrupper for barn med foreldre som har psykisk lidelse og/eller rusvansker erfarer som helsefremmende arbeidsmetoder for barna. Alle seks trinnene i Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse ble benyttet, og abstraherte til følgende hovedtema: *Mestring som mulighet gjennom aktiviteter og opplevelser - med samtalen som redskap i gruppelederens verktøykasse*. Dette kapittelet består av tre deler: Mestring som mulighet gjennom aktiviteter og opplevelser, samtalen som redskap i gruppelederens verktøykasse og barnegruppens organisering.

5.1 Mestring som mulighet gjennom aktiviteter og opplevelser

Gruppelederne i min studie beskrev erfaringer med at barna nyttiggjorde seg av tilrettelagte fellesaktiviteter, og at delte opplevelser styrket gruppefellesskapet. Gruppelederne la til rette for at barnegruppene i studien kunne reise på teater, gårdsbesøk, skogsturer med bål og steder som sansehuset. Gruppelederne opplevde at dette kunne bidra til positive opplevelser blant barna i gruppen. Kjølstad (2004) beskriver virksomme faktorer i gruppeprosessen og nevner at gruppesamhörighet kan virke helsefremmende for deltagerne. Lignende funn trekkes frem av Aamodt og Aamodt (2005). Gruppelederne har ofte har fokus på å gi barna mulighet til å oppnå gode opplevelser. Noen barnegrupper tilbyr aktiviteter, og er en arena hvor barna kan få gode opplevelser og ha det fint sammen (Aamodt & Aamodt, 2005).

I følge Amundsen og Melkeraaen (2015) så manglet barn med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker ofte gode opplevelser som andre barn tar for gitt. Mange av barna opplevde heller ikke at de kan ha med seg venner hjem fordi de aldri kunne vite hvordan forholdene var hjemme. Dette kunne tyde på at barna har behov for en sosial arena hvor de kan oppleve positive opplevelser. Tidligere forskning viste at bruk av aktiviteter kunne virke samlende på barnegruppa, og bidro til å styrke barnas gruppefølelse og trygghet (Bratli, 2010). Forskeren fant at barna som ble intervjuet i hennes evalueringsrapport ønsket mer fellesaktivitet.

I følge forskningsrapporten utgitt av SINTEF: «*Evaluering av SMIL- Styrket Mestring I Livet – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske – og/eller rusrelaterte helseutfordringer*» (Theisen & Ådnanes, 2014) kunne barnegrupper bidra til et godt gruppefellesskap, tilhørighet og sosial støtte utenfor hjemmet, og dette kunne virke helsefremmende for barnet som deltar. Haugland et al (2015) beskriver barnegruppene som en sosial arena med gode opplevelser, hvor barna kunne bli sett, hørt og anerkjent av gruppelederne, dette kunne bidra til å styrke det enkelte barns selvbilde, kompetanse og opplevelse av mestring. Dette er i tråd med med veilederen *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2017), som beskrev viktigheten av en sosial arena hvor barna kunne møte andre barn i lignende situasjon, hvor et gruppefellesskap kan utvikles. Veilederen anbefaler på bakgrunn av dette barnegrupper som tiltak.

Gruppeledernes arbeid med å styrke gruppefellesskapet gjennom tilrettelagte opplevelser og aktiviteter kan vurderes i lys av Antonovskys (2012) teori om salutogenese. I Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng ble begripelighet, håndterbarhet og mening beskrevet viktige komponenter. Gruppeledere som la til rette for aktiviteter og opplevelser i barnegrupper slik at barna opplevde et gruppefellesskap kunne bidra til å dekke opp komponenten håndterbarhet og meningsfullhet. Gjennom å styrke gruppefellesskapet kan barna finne det meningsfullt å delta i gruppen, og gi barna økt tro på at de kan møte og takle de utfordringene de kan ha med foreldrenes psykiske lidelse i fremtiden. Gruppefellesskapet kan både gi mening i livet, og mening i det man opplever. Antonovsky (2012) sier at å oppleve mening i livet og mening i det man opplever, bidrar til meningsfullhet. I tillegg kan barnet oppleve gruppelederne og andre barn i barnegruppen som en ressurs. Gruppefellesskapet og relasjonen til gruppelederne kan fungere som et meningsfullt og styrkende mestringsredskap i bearbeidelsen av oppvekst med psykisk lidelse og/eller rusvansker hos foreldre.

Resultatene viste at to av barnegruppene i studien la opp til at barna fikk delta i kun 10 samlinger. Barnegruppene fulgte en manual og gruppeforløpet baserte seg på denne manualen, som gruppelederne fulgte konsekvent. Barna fikk delta i gruppefellesskapet en kort periode, noe som kunne påvirke barnegruppens helsefremmende effekt.

Tidligere studier sier at barn ønsket at gruppeforløpet varte over en lengre tidsperiode, og undret seg om hvorvidt det var helsefremmende for barn å delta i barnegrupper som kun går over en kort periode (Bratli, 2010; Gladstone et al., 2014; Nordenhof & Wehmeyer, 2009; Pitman & Matthey, 2004). Gladstone et al. (2014) anbefalte en langvarig oppfølging av barn i barnegrupper. På bakgrunn av dette bør barn få muligheten til å delta i barnegruppen over en lengre periode, og at det også bør være fokus på fellesskap på andre støttende arenaer, for eksempel på skoler.

Informantene i studien min beskrev at de benyttet lek og aktiviteter som en tilnærming for å bygge relasjon til barna. Informantene beskrev også at de ga barna støtte og bekreftelser under gjennomføring av aktiviteter, og erfarte at dette styrket relasjonen. Funnene er i tråd med Kvello (2010) som sier at leken kunne bidra til å styrke båndene mellom den voksne og barnet. Amundsen og Melkeraaen (2015) erfarte det samme i deres arbeid med barnegrupper. De beskrev at de hadde gode erfaringer med å gi rom for lek i barnegrupper for å skape en allianse med barna. De erfarte at leken kunne bli en inngangsport til samtaler i gruppen. De har samtidig sett på leken som et alternativ til samtalen. De sier at gruppelederen kan bygge allianse med barnet gjennom å få til et felles oppmerksomhetsfokus. Det innebærer å rette oppmerksomheten mot noe annet enn samtalen, eksempelvis den leken eller aktiviteten som barnet har valgt seg.

Resultatene beskrevet ovenfor samsvarer med tidligere forskning. Grant et al. (2008) og Östman (2008) fant at barna beskrev relasjonen til gruppelederne som trygge og betydningsfulle. Kufås et al (2015) fant i deres kvalitative levekårsstudie at det er av stor betydning for barna å finne støtte og hjelp i trygge fagpersoner som man kan betro seg til når hverdagen er vanskelig. Levekårsstudien viste at treffsteder som barnegrupper har hatt avgjørende betydning for deltagerne i studien for å endre oppfatningene av seg selv og utfordringene i familien. I følge Werner (2000) så kan barn som mottar positiv oppmerksomhet fra trygge voksne utvikle en følelse av selvstendighet, i tillegg til evnen å kunne etterspørre om hjelp og støtte når de har behov. Gjennom gjentatte erfaringer med å håndtere vanskelige situasjoner på eget initiativ eller med støtte fra andre, kan barna oppleve en følelse av forventning om å mestre. Dette kunne medføre til en trygghet som resulterte i at barna utviklet mestringstro på å at de kan ha en positiv påvirkning på egen utvikling.

På bakgrunn av dette kan barna utvikle ulike mestringsstrategier, og de kan enklere hente fram hva de trenger fra miljøet, bruke det aktivt og motta støtte til å møte situasjonen slik at deres behov blir ivaretatt (Werner, 2000). Borge (2010) beskriver at mange barn som klarer seg godt ofte hadde en annen betydningsfull person utenom primæromsorgsgiver, som de kunne støtte seg på.

Funnet er i tråd med det salutogene perspektivet, hvor sosial støtte vektlegges som en viktig mestringsressurs og viktig for en opplevelse av sammenheng. Relasjonen til gruppelederen og støtten de gir barna kan virke helsefremmende. Barnegruppen kan være et sted barna kunne henvende seg for hjelp og rådføre seg med gruppelederne. Antonovsky (2012) beskrev disse faktorene som ytre ressurser, som hjelper mennesker når de møter motstand.

Motstandsressurser styrker håndterbarheten, og dersom barnet ikke opplever å ha nødvendige motstandsressurser til rådighet, vil barnet i større grad kunne risikere uhelse som en konsekvens. Barn som deltar i barnegrupper kan få styrket sine motstandsressurser, gjennom aktiviteter og opplevelser i gruppen og relasjonen som bygges til gruppelederen, og ressursene kan komme til nytte dersom barnet opplever stresssituasjoner i hverdagen. Dette viser til den viktige rollen gruppeledere i barnegrupper har i form av den hjelpen og støtten de gav barna gjennom gruppeforløpet.

Alle informantene i studien var opptatt av å kunne benytte tegning og lek som arbeidsmetode i gruppene for å bevisstgjøre barnas følelser. Lignende funn trekkes frem av Amundsen og Melkeraaen (2015). Forfatterne erfarte at barn kunne ha med seg ulike vanskelige hendelser knyttet til foreldrenes psykiske lidelse eller rusvaner. De sier at gjennom lek gis det muligheter til bearbeiding av det barn kan ha opplevd av mulige vonde og traumatiske hendelser knyttet til foreldrenes rusvaner eller psykiske lidelser. Amundsen og Melkeraaen (2015) refererte til Dyregrov som sier at lek og tegning kan være nyttige verktøy ved bevisstgjøring av følelser knyttet til vanskelige hendelser. Mange barn bruker lek som uttrykksmåte, samtidig kan leken gi signaler om hendelsen er fastlåst. Gjennom lek og tegning kan barna få mulighet til en trygg bearbeiding av hendelser, og være gode innfallsvinkler til å legge hendelser bak seg og finne nye mestringsstrategier.

Eide og Rohde (2009) skriver også om lekens betydning for bevisstgjøring av barnas følelser. Forfatterne beskriver gruppeledere kan få nyttig informasjon om barnets opplevelse av verden gjennom å delta eller å være tilskuer til leken. De skriver at metaforene og symbolene som vises i barnets lek, kan gi åpning for å identifisere endringsmuligheter i familien. Barnets lekesekvenser kan gi temaer for samtale. Eide og Rohde (2009) anbefaler at i rommet hvor gruppen samles så bør det finnes lekemateriell som gjenspeiler barnets hverdagsliv. Materialet bør gi adgang til å speile vanlige sammenhenger i barnets liv.

Eide og Rohde (2009) skriver at tegning kan ha et kommuniserende budskap. Tegning kan fortelle gruppeledere om barnets situasjon og indre opplevelser. Eide og Rohde (2009) refererte til en studie foretatt av Waaktaar og Christie om helsefremmende arbeid hvor aktivitet og kreativitet var grunnlaget for gruppearbeidet. Erfaringene fra denne studien var at barna opplevde at følelser kan uttrykkes på ulike måter, ikke bare gjennom samtale. Tegning om vanskelige følelser ble trukket frem som viktig i arbeidet med å etablere mening gjennom å se sammenheng i barnas liv mellom fortid, nåtid og fremtid.

Informantene i studien min beskrev konkrete arbeidsmetoder som de benyttet for å bevisstgjøre barna på følelser. De benyttet leker som følelse-stafetten, og beskrev at leken kunne tilrettelegges for barnas alder. Formålet med slik type lek var å styrke forståelsen for ulike følelser, og bevisstgjøre barna på hvordan følelser kunne påvirke kroppen. Bevisstgjøringen kunne bidra til at barna i større grad kunne identifisere egne følelser og lettere samtale om følelsene. Formålet med arbeidsmetoden synes å samsvare med Antonovskys (2012) begrep sense of coherence, hvor det vektlegges å skape håndterbarhet og begripelighet i situasjoner. Det å styrke barnets mestringstro på at de kan identifisere og håndtere ulike følelser som kan oppstå i ulike situasjoner, og finne håp kan bidra til at de håndterer stress-situasjoner bedre er i tråd med det helsefremmende perspektivet.

Bratli (2010) fant i sin rapport at barna ønsket større innflytelse i gruppetilbudet på deres egne premisser. Barna etterspurte mer lek og aktiviteter, og mindre bruk av samtaler i barnegruppen. Flere av barna var opptatte av at gruppelederne ikke skulle bestemme alt innholdet på forhånd, men spørre barna om hva de selv har mest lyst til å gjøre når det var aktiviteter.

Det kan være hensiktsmessig at barna i større grad involveres i planleggingen av lekene i barnegrupper. En slik involvering av barna kan bidra til at barna føler en økt kontroll og innflytelse i barnegruppen, samt bidra til en økt motivasjon til å delta i gruppen (Bratli, 2010; Östman, 2008; Grant et al., 2008).

Gruppeledere som styrer gruppeprosessen gjennom ulike arbeidsmetoder rettet mot aktiviteter og opplevelser kan virke helsefremmende og hjelpe barn til å mestre sin livssituasjon gjennom en trygg tilknytning og støtte utenfor hjemmet. Mestring som mulighet gjennom aktiviteter og opplevelser er også i tråd med Kjølstads (2004) teori om gruppeprosessen. Han nevner ulike prosesskvaliteter som han mener er sentrale under gruppeprosessen. Han vektlegger gruppedeltageren sitt behov for trygghet, mening og tilhørighet. Disse faktorene kan oppnås gjennom gruppelederens trygge tilrettelegging av aktiviteter og opplevelser. Kjølstad (2004) hevder at dersom en gruppeprosess er ladet med slike faktorer vil gruppemedlemmene kunne oppleve dette som helsefremmende.

5.2 Samtalen som redskap i gruppelederens verktøykasse

Gruppelederne beskrev samtalen og samtalebaserte øvelser som viktige redskap i gruppeforløpet. I samtlige av gruppene i studien ble dette vektlagt. Bruk av samtale som redskap handlet om ulike faktorer; komme i dialog med barna og gi barnet ulik kunnskap om psykisk helse.

Funnene fra min studie viste at gruppelederne benyttet ulike typer samtalemetoder under gruppeforløpet. Metoder som kognitiv terapi og narrativ tilnærming, ble trukket frem som spesielt betydningsfullt. Argumentet for å benytte en narrativ tilnærming var fokuset på barnets historie, og det gode barnet gjør i ulike situasjoner. En informant viste til et eksempel på dette. I samtaler om vanskelige situasjoner/hendelser i barnegruppen så beskrev informanten at hun hadde fokus på å utforske det gode barnet hadde gjort eller forsøkt å gjøre i situasjonen, og støttet barnet i dette. Informanten fortalte at barna selv ofte synes de hadde gjort lite bra i situasjonen, men når detaljene framkom i gruppen så kom det nesten alltid frem noe positivt. Eide og Nordenhof (2014) støtter resultater fra studien og sier at i narrativ praksis benyttes eksternaliserende språkbruk i samtaler med mennesker om vanskene deres.

Eide og Nordenhof (2014) refererer til Michael White som beskrev viktigheten å eksternalisere problemet:

«Det gjør det mulig for mennesker å oppleve en identitet som er adskilt fra problemet. Og muligheten for en vellykket problemløsning blir plutselig synlig og tilgjengelig» (Eide & Nordenhof, 2014:43).

Forfatterne beskrev at gruppelederens oppgave ved bruk narrativ tilnærming er å stille åpne spørsmål med vekt på å få frem barnets kunnskap om seg selv og de handlinger og ferdigheter barnet har hatt i situasjonen. Gjennom at gruppelederen eksternaliserer vanskene kan barnet skille seg selv ut fra de bekymringsfulle historiene som hittil kan ha formet deres liv, og få øye på de alternative historiene, hvor barnet handlet mestrende. Arbeidsmetoder som rettet seg mot å hjelpe barnet å identifisere egne ferdigheter og hva de selv kan gjøre for å ikke bli oppslukt av den psykiske lidelsen kunne styrke barnas muligheter for å bli aktører i eget liv, med muligheter for innflytelse for fremtiden. Arbeidsmetoder som har røtter i narrativ metode samsvarer med Antonovskys (2012) helsefremmende perspektiv. Ved å gi barnet kjennskap til virksomme handlingsmuligheter, hva de gjør riktig, hva de kan gjøre, hvordan de kan gå frem og hvem de kan få hjelp av i vanskelige situasjoner, kan dette styrke barnets opplevelse av sammenheng gjennom å styrke komponenten håndterbarhet. Gruppelederen og gruppen kan gjennom denne tilnærmingen anerkjenne barnet gjennom og identifisere ferdigheter og handlingsmuligheter som barnet ikke selv ser, samt styrke barnets opplevelse av sammenheng og indre motstandsressurser. Informantene i min studie, viste støtte til barna ved å se på dem som individer med egne behov. Gruppelederen kan gjennom dette tydeliggjøre et skille mellom foreldrene og den psykiske lidelsen og styrke barna i at de ikke er ansvarlig for foreldrenes vansker, som er i tråd med et helsefremmende perspektiv.

Resultatene i studien viste at den kognitive tilnærmingen psykologisk førstehjelp for barn ble benyttet i arbeidet ved barnegruppene. Gruppelederne beskrev gode erfaringer med bruk av psykologisk førstehjelp i barnegruppene, som ble beskrevet som et kognitivt verktøy tilpasset barnets alder. Gruppelederne beskrev at flere av barna var i liten grad oppmerksom på egne følelser. Denne arbeidsmetoden ble trukket frem som viktig i arbeidet med at barna skal lære seg og bli oppmerksom og ærlig i forhold til hvordan de har det.

Verktøyet har materiell som tar i bruk røde og grønne figurer som symboliserer røde tanker (negative tanker) og grønne tanker (positive tanker). På denne måten kunne barna utvikle kunnskap og hjelp til å gjenkjenne sine egne følelser. Noen av gruppelederne erfarte at dette var et verktøy som barna forstod og tok i bruk. En slik arbeidsmetode kan styrke barnas mestringsressurser, håndterbarhet og begripelighet.

Funnene fra intervjuene viste at gruppelederne hadde god erfaring med bruk av samtalebaserte øvelser som arbeidsmetode. Eksempler på slike øvelser var blant annet mindmap og livets tre. Informantene beskrev at gjennom slike arbeidsmetoder så vokste barnas ferdigheter ved at de fikk kunnskap om nye begreper, samt at gruppefellesskapet ble styrket gjennom at barna delte historier med hverandre. En slik arbeidsmetode kunne bidra til å fremme helse hos barnet gjennom at håndterbarheten og mestringsressursene til barnet ble styrket. Eide og Rohde (2009) trekker frem lignende erfaring i arbeid med barnegrupper og sier at slike arbeidsmetoder kan skape sammenheng, mening og håp for barna. Arbeidsmetoden beskrives av forfatterne som en god fremgangsmåte for ressurskartlegging som kan styrke barnets psykiske helse. I følge Amundsen og Melkeraaen (2015) kunne arbeidsmetoder med fokus på barnas mestringsstrategier og ressurser bidra til å skape god selvtillit hos barnet, som kunne fremme utvikling av indre mestringsressurser.

Alle informantene nevnte viktigheten av nettverkskartlegging underveis i gruppeforløpet, for å identifisere hvem som kunne hjelpe barna utenfor gruppa. I følge Amundsen og Melkeraaen (2015) så er målsettingen med nettverkskartlegging i barnegrupper og gi deltagerne økt innsikt og bevissthet når det gjelder hvilken relasjon de har til de ulike personene i familien og det øvrige nettverket, og hvem som er betydningsfulle for dem. Forfatterne hevdet at en slik bevisstgjøring kan gjøre det enklere og sette grenser for personer som ikke har en god innflytelse på dem. På den andre siden kan bevisstgjøringen bidra til å etablere nærmere forhold til personer som barna har et godt forhold til, og som kan hjelpe og støtte de ved å være tilgjengelige i hverdagen. Eide og Nordenhof (2014) støtter studiens funn og skriver at det er viktig at gruppelederen overveier om det er andre enn foreldrene som skal trekkes inn etter gruppeprosessen. Forfatterne nevner personer som familiebehandler, kontaktperson for barnet, trener i idrettslaget, eller andre i familien. Hensikten med å trekke inn nettverket er å sikre et fortsatt fokus på barnets behov.

En slik nettverkskartlegging er i tråd med Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7, som forplikter at helsepersonell identifiserer og ivaretar oppfølgingsbehovet som mindreårige barn med foreldre som har rusvansker eller psykisk lidelse kan ha (Helsedirektoratet, 2010a). Nettverkskartlegging samsvarer også med *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2017), hvor det anbefales at fagpersoner samtaler med barnet og familien om barnets sosiale nettverk og fritidsaktiviteter.

Kufås et al (2004) beskrev nødvendigheten av å samtale med barna og lage en plan om hva de kan gjøre neste gang de opplever en vanskelig situasjon, og hvem i nettverket de kan kontakte. En slik handlingsplan bygger mine funn opp under. Informantene beskrev at de i gruppeforløpet lagde en handlingsplan sammen med barna. Denne planen gikk ut på hva barna likte å gjøre, hvem de kunne kontakte i nettverket og at de søkte hjelp dersom behov oppsto. Nettverkskartlegging som arbeidsmetode kan sees i lys av Antonovskys (2012) tanker om helsefremmende arbeid. Gruppelederne i studien utforsket og kartla nettverket og utarbeidet handlingsplan sammen med barna. Denne arbeidsmetoden kunne styrke opp under barnets håndterbarhet. Dersom barnet opplevde vanskelige situasjoner som håndterbare så vil ikke stressfaktoren kunne skape uhelse for barnet. Komponenten håndterbarhet kan knyttes opp mot at barnet opplever at det har tilstrekkelige motstandsressurser tilgjengelige. Dette kan være indre ressurser som trygghet og ferdigheter, eller ytre ressurser som venner, familie, øvrig nettverk eller steder hvor man kan henvende seg for hjelp og støtte. Informantene i studien ga eksempler på hvordan dette ble arbeidet med i praksis:

«For eksempel nå før 17 mai så har vi snakket mye i forkant om dette her å istedenfor å sitte inne å være trist så kan man gjøre andre ting. Vi hadde fokus på nettverkskartlegging. Gå ut å treffe venner. Ring noen. Hvem kan du ringe? Og da var det ingen som satt hjemme på den 17 mai. Selv om flere hadde hatt det vanskelig av ulike grunner. Alle hadde kommet seg ut, og det var barna så glade for.»

Funnene viste at gruppelederne hadde ulike arbeidsmetoder som omhandlet å gi barna kunnskap om psykisk helse. Gruppelederne i studien beskrev at barna ofte hadde spørsmål og bekymringer vedrørende foreldrenes psykiske vansker og rusvansker. Lignende funn presenteres av Kufås et al. (2015), og Östman (2008). De påpekte at barn ønsket og hadde behov for tilstrekkelig informasjon om psykiske lidelser og varselsymptomer.

Det kan hjelpe barna med å leve med sine omstendigheter, og gi dem håp for fremtiden, som er i tråd med et helsefremmende perspektiv. Östman (2008) fant i sin studie at samtale ble beskrevet som viktig for barna, for å redusere stresset som kunne medfølge ved å vokse opp med en forelder med en psykisk lidelse. Forskeren sier at barna ofte manglet noen å snakke med om forelderens lidelse, og ble beskrevet som «alene med deres følelser og tanker». Barna ytret ønske om samtale med fagpersoner med informasjon om forelderens psykiske lidelse, samt atferd knyttet til lidelsen (Östman, 2008; Kufås et al. 2015). Å gi barnet informasjon om forelderens psykiske lidelse og/eller rusvansker er i tråd med Helsepersonelloven § 10a og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7, som sier at helsepersonell skal bidra til å ivareta og avklare barn som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker sitt behov for informasjon og oppfølging (Helsedirektoratet, 2010a).

Nordenhof og Wehmeyer (2009) studerte *«børnegrupper i voksenpsykiatrien»* i Danmark. Forskerne fant at det var viktig at gruppelederens formidling av informasjon til barnet kunne bidra til å skape en mening i deres opplevelser, og ikke skape økt angst. De erfarte at å gi informasjon til barna ikke handlet om å gi kunnskap gjennom undervisning om generelle psykiske og/eller ruslidelser, men å gi informasjon gjennom dialog med barna. Det var samtidig viktig at gruppelederen formidlet egen kunnskap om emnet, eller handlingsstrategier de kjente til fra andre barn og unge. En slik måte og ta ansvar for samtalens retning ved å tilføye kunnskap ved behov, ble kalt dialogbasert informasjon. Forskerne erfarte at i møte med barn som lever sammen med foreldre som har en psykisk lidelse så fremkommer ulike historier om situasjoner som omhandler psykisk lidelse frem. De beskrev at felles for historiene var at både barn og foreldrene opplevde at de ble kategorisert ut fra den psykiske lidelsen, som fikk de til å føle seg annerledes og skamfulle. Forskerne anbefalte gruppeledere å benytte narrativ tilnærming i arbeid med barnegrupper for barn med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. De fant at den beste hjelp gruppelederen kunne gi barna var å få de til å se seg selv som individer, som reagerte normalt på vanskelige stressituasjoner og som hadde handlingsmuligheter til å beskytte seg for påvirkningen som forelderens psykiske lidelse kunne ha på deres liv. De anbefalte at fagpersoner som samtalte med barn og deres foreldre om psykisk lidelse ikke kun har fokus på de problemfylte sidene familien kunne ha, men også utforsket alternative historier. Deres erfaring var at på denne måten så sikret de at barna fikk den informasjonen de er klar for å motta og ikke mer. Forskerne sier at gjennom dialogbasert informasjon så kommer barnas egne fortellinger frem i lyset.

Samtidig skapes det muligheter for erfaringsutveksling med andre barn i gruppen, som etter deres erfaring gav barna mer kunnskap enn når gruppelederne underviser. De beskrev at gjennom gruppeprosessen så skjedde det en gradvis individuell og kollektiv utvikling. Gjennom deling av konkrete hendelser som omhandlet situasjoner rundt den psykiske lidelsen/rusvanskene utviklet barna ferdigheter i å benytte ord og begreper om deres opplevelser, reaksjoner, og verdier slik at de i større grad kunne begripe og finne mening i de opplevde hendelsene. Samtidig erfarte Nordenhof (2009) at informasjonen som fremkom ikke utgjorde de store endringer på familiens kommunikasjon hjemme, enkelte barn rapporterte også at de ble bekymret av alvoret som andre barns historie kunne ha. Hun fant at enkelte barn og foreldre rapporterte at informasjonen som ble gitt gjennom barnegruppen førte til en større grad av kommunikasjon hjemme, men deltagelsen i gruppen førte imidlertid ikke til at samtaler mellom barn og foreldre økte med deltagelsen i gruppen. Dette funnet førte til at gruppelederne inviterte foreldrene hyppigere til familiesamtaler gjennom gruppeforløpet. Hensikten med familiesamtalene var å sikre at foreldrene mottok informasjon om temaer som ble tatt opp i gruppen, med et håp om at dette kunne bidra til en økt kommunikasjon mellom barnet og foreldrene hjemme. Lignende funn ble trukket frem i *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten* (Helsedirektoratet, 2017), hvor betydningen av innvolvering av foreldrene i helsefremmende tiltak ble vektlagt.

Resultatene i min studie viste at gruppelederne gav kunnskap om psykisk helse til barna gjennom bruk av litteratur og film om psykisk helse. Gruppelederne beskrev spesielt bøker og filmer som omhandlet barn i samme situasjon som betydningsfullt. Dette samsvarer med Amundsen og Melkeraaen (2015) som erfarte at bruk film og bøker som kunne relateres til foreldrenes vansker kunne være gode verktøy å benytte i barnegrupper. De begrunnet dette med at filmer som omhandlet lignende situasjoner som barna selv opplevde kunne virke gjenkjennelige og kan være gode utgangspunkt for videre samtale. Dette er i tråd med et helsefremmende perspektiv. Viktige element i slike bøker og filmer er at det finnes en mening i situasjonen, et håp om at vanskeligheter kan overvinnes, samt gjenkjennelse. Dette kan bidra til at barna i større grad kan identifisere egne følelser og samtale om følelsene. Dette er i tråd med begrepet sense of coherence, hvor det vektlegges å skape mening og begripelighet i en situasjon. Det å styrke barnets evne til å se muligheter og finne håp kan bidra til at barna håndterer vansker bedre.

En annen del av å gi barna kunnskap om psykisk helse var at alle informantene hadde fokus på å lære barna ulike teknikker og verktøy som de selv kunne bruke i vanskelige situasjoner. Flere av informantene gav eksempler på ulike pusteøvelser og avspenningsøvelser som de lærte barna, og hadde med som en fast del i samlingene. Flere av barna som deltok i gruppen gav tilbakemeldinger på at de forskjellige øvelsene og teknikkene var nyttige. Dette er i tråd med Antonovskys (2012) teori om sense of coherence, da dette kan styrke barnas håndterbarhet og bidra til meningsfullhet, som igjen kan hjelpe barn til å takle stressfaktoren som kan oppleves ved å være barn som lever med foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Styrking av barnas ressurser kan også bidra til å øke graden av mestringsressurser hos barnet, som Antonovsky (2012) viser til gjennom generelle mestringsressurser. Gruppedeltagelsen, og gruppelederens styrking av ressurser kunne bidra til at barnet har tilgang på ulike mestringsressurser.

Funnene viste at en annen funksjon ved at gruppelederne ga barna kunnskap om psykisk helse var fratakelse av skyld, skam og ansvarsfølelse hos barnet. Gruppelederne arbeidet i praksis med dette gjennom å samtale med barnet om at det er aldri barnets skyld at forelderens har en psykisk lidelse eller rusvansker. Konkret samtalte de om dette ved å fortelle barna at ” *det er lov å være glad og å være ute å leke, selv om mamma er inne og gråter*” og at ” *barnet er aldri skyld i forelderens lidelse*”. Östman (2008) fant tilsvarende funn i sin studie, og viste til at informasjon om forelderens lidelse reduserte barnas følelse av usikkerhet, skyld og skam. Dette samsvarer med funn fra min studie. Gruppelederne i studien viste til et eksempel hvor et barn hadde reist seg opp i en samlingsstund og sagt:

” Nå forstår jeg hvorfor jeg er med i denne barnegruppen. Det er fordi mammaen min har en psykisk lidelse, og hun snakker med seg selv, men det er ikke min skyld”!

Arbeidsmetoder som retter seg mot å gi barnet kunnskap om psykisk helse kan medvirke til å skape helsefremmende prosesser og en positiv utvikling for barn i møte med det som Antonovsky (2012) beskriver som stressfaktorer. Funnene bygget opp under dette, og viste til at informasjon og kunnskap om lidelsen kunne føre til trygghet, økt selvfølelse, mestringsressurser, samt redusere skyldfølelse hos barnet.

Gjennom gruppeforløpet fikk barnet kunnskap om psykisk helse på ulike måter. Barna får kunnskap og forståelse for hva psykisk lidelse og rusvansker handler om. Gjennom dialogbasert informasjon utvikler barna nye begreper for deres personlige historie og opplevelser med den psykiske lidelsen og/eller rusvanskene, og har lært at det finnes et skille mellom lidelsen og forelderen. Dette kan bidra til skyld og skam avlastning. Gjennom arbeidsmetoder rettet mot å gi barnet kunnskap om psykisk helse har barna også lært om ulike mestringsstrategier. Kunnskap blir kategorisert som en av mestringsressursene innenfor teorien om salutogenese. Ved at barna får økt kunnskap om psykisk helse, kan dette bidra til at barna kan øke forståelsen for sin egen livssituasjon, og om at verken barna eller foreldrene er skyld i lidelsen.

5.3 Barnegruppenes organisering

Alle informantene understreket at samtaler og samtalerettede øvelser, samt aktiviteter i barnegrupper for barn med foreldre som har psykiske lidelser og/eller rusvansker, er arbeidsmetoder som kan styrke barna i en helsefremmende prosess, og at det bør synliggjøres i større grad. Spesielt på tjenestenivå. På bakgrunn av dette ønsker jeg å drøfte funn om barnegruppenes organisering.

Alle informantene vektla viktigheten av det tverrfaglige arbeidet i barnegruppene. Tverrfaglighet i denne sammenheng ble både beskrevet gjennom gruppelederens profesjon, samt tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunetjenesten. Det var en variasjon i gruppeledernes faglige profesjon. Sosionomer, sykepleiere, vernepleier, helsesøster og lærer var representert fra de ulike barnegruppene. Informantene understreket viktigheten av tverrfaglig samarbeid, og påpekte at det styrket fagligheten i gruppene. Amundsen og Melkeraaen (2015) beskriver lignende funn. Deres erfaring i arbeid med barnegrupper med barn som lever sammen med foreldre med rusvansker tilsier at det er en fordel om gruppelederne har ulik faglig kompetanse og praksis, for å bedre kunne utfylle hverandre.

Funnene viste at alle barnegruppene hadde to gruppeledere som samarbeidet gjennom gruppeforløpet. Heap (2014) skriver at et sterkt argument for samledelse er mulighet for samarbeid og felles innsats fra tverrfaglige yrkesgrupper.

Forfatteren skriver videre at noen av problemstillingene gjennom gruppeforløpet er så sammensatte at få gruppeledere er kvalifisert til å hjelpe deltagerne med å klargjøre dem uten hjelp fra andre (Heap, 2014). Heap (2014) setter også fokus på at gruppeledere har en viktig rolle som rollemodell. Han nevner at en av fordelene ved å være to gruppeledere er at de to kan representere en modell på medmenneskelige forhold. Han utdyper dette med at de kan vise hverandre støtt, respekt, ulike faglige perspektiv, vente på hverandre og være uenige uten at de trenger aggresjon for å drive dette frem. Dette er spesielt viktig for barn som har vansker med relasjoner, fordi gruppelederens rolle, deres autoritet og deres måte å behandle hverandre på inviterer til identifisering med deres atferd. De blir modeller på mellommenneskelige forhold (Heap, 2014).

Funnene viser at det var fokus på tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunetjenesten. To av gruppene i studien baserte seg på et tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten. Bakgrunnen for dette var gruppene hadde noe økonomiske midler fra kommunen slik at en gruppeleder representerte kommunen, og en gruppeleder var finansiert gjennom en stilling i spesialisthelsetjenesten. Samtlige av barnegruppene i studien hadde tverretattlig samarbeid mellom instanser slik som skole, barnevern, helse- og omsorgstjenester i kommunen og spesialisthelsetjeneste. Barnegruppene fikk dermed økt oppmerksomhet fra flere instanser. Amundsen og Melkeraaen (2015) støtter funnene og mener at erfaring fra klinisk arbeid med barn og familier i førstelinjetjenesten gir kompetanse når det gjelder kommunal organisering og tverrfaglig samarbeid. En fordel kan være at man har opparbeidet seg et godt kommunalt nettverk som kan være nyttig med tanke på markedsføring av tilbudet, rekruttering til gruppene, samt videre oppfølging etter gruppene avsluttes.

Stortingsmelding nr. 19 (2014-2015), *Folkehelsemeldingen- mestring og muligheter* sier at psykisk helse skal få en likeverdig plass i folkehelsearbeidet, og barn og unge skal være en prioritert målgruppe i dette arbeidet. Folkehelsemeldingen sier at ansvaret for folkehelsearbeidet går på tvers av ulike tjenester og nivå for å ivareta barn og unges psykiske helse. I Folkehelsemeldingen nevnes foreldres vansker i forhold til psykiske vansker og alkohol, og at dette kan påvirke barns psykiske helse. Slik jeg vurderer kunne imidlertid Folkehelsemeldingen hatt et større fokus på konkrete helsefremmende tiltak som retter seg mot barn og unge med foreldre som har psykiske lidelser og/eller rusvansker.

Tverrfaglig samarbeid gjennom arenaer innenfor spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som poliklinikk, helsestasjon, barnehage og skole kunne danne grunnlag for konkrete helsefremmende tiltak, slik som min studie viste.

Det fremkommer av datamaterialet at det var en forskjell barnegruppene imellom gjeldene struktur og rammer. Informantene fortalte at to av gruppene i studien fulgte en grunnstruktur, den tredje fulgte ingen konkret struktur. Grunnstrukturen i to av barnegruppene innebar at de møttes 10 ganger, varigheten på samlingen var på 2 timer, gruppen møtes en gang i uken, gruppen ble ledet av to fagpersoner. I tillegg så hadde gruppesamlingene en fast ramme. Funnene viste at hver enkelt gruppesamling hadde et overordnet tema og fulgte en manual som var forutbestemt for gruppeforløpet. Hver samling hadde noen elementer som gruppemedlemmene kan gjenkjenne fra gang til gang, felles måltid, gjennomgang av ukens beste hendelse og ukens vanskeligste hendelse.

Nordenhof og Wehmeyer (2009) beskrev lignende funn. Resultatene fra deres rapport viste at gruppelederne bidro med å holde struktur og skape forutsigbarhet i gruppemøtene, og at dette skapte trygghet for barna. Det gav barna en følelse av kontroll over hva som skal skje og bidrar til at de kan slappe av og være trygge på at det er kontroll. Funnene viste også at ritualene i gruppen skapte fellesskap mellom barna. Haugland et al (2015) støtter dette og skriver at en gjenkjennelig struktur og tilbakevendende innhold kan gi en økt forutsigbarhet og trygghet for gruppen i sin helhet. Eide og Nordenhof (2014) viser enighet i tankegangen om at en fast struktur for gruppesamlingene skaper forutsigbarhet og trygghet for deltagerne. Forfatteren mener imidlertid at behovet for forutsigbarhet varierer, og henger sammen med barnets alder og funksjonsnivå. Barn som har vansker med å fungere i sosiale sammenhenger behov for høy grad av struktur og forutsigbarhet, samtidig som barn med gode sosiale ferdigheter tåler bedre uforutsigbarhet i strukturen. Eide og Nordenhof (2014) erfarte at det kan være fremmende for gruppeprosessen når det er faste innlednings og avslutningsritualer, og at aktivitetene i gruppeforløpet har en fast rekkefølge. Flere av informantene beskrev at de benyttet faste elementer i gruppesamlingene for å markere start og avslutning på gruppesamlingen. Et eksempel på slike faste elementer ble beskrevet som felles måltid som de innledet gruppesamlingen med. Eide og Nordenhof (2014) støtter funnene og hevdet at bruk av faste elementer bidro til å utvikle en fellesskapsfølelse og signalisere at denne gruppen er spesiell.

Forfatterne skriver at grunnlaget for gruppekulturen skapes tidlig, og at gruppelederne derfor må være tydelige når de avklarer rammer, struktur og mål for gruppen. Samtidig skriver de at gruppelederne må være anerkjennende og sørge for at alle er velkommen og at alles bidrag er viktige. I følge Bratli (2010) ønsket barna å påvirke innholdet i gruppene i større grad, og fant at barna ønsket mer aktivitet enn samtaler. I følge Antonovskys (2012) teori om opplevelse av sammenheng kan man tenke seg at en slik forutsigbarhet kan styrke en opplevelse av mening, forståelse og håndterbarhet for barna som deltar i gruppen.

Informantene fortalte at to av gruppene barnegruppene fulgte manualer gjennom gruppeforløpet. Informantene beskrev at manualene inkluderte huskeliste over temaer som skulle tas opp, aktiviteter og øvelser underveis og rekkefølgen av når dette skal gjennomføres. Haugland et al. (2015) sier at styrken ved bruk av manualer i grupper er at fagpersoner flest ikke er tiltaksutviklere som er kreative nok til å skreddersy løsninger for hver ny arbeidsoppgave. Det vil av denne grunn være en fordel å bruke andres gode tilnærminger enn å «finne opp kruttet» på nytt. Gode manualer beskriver fremgangsmåte slik at andre fagpersoner kan dra nytte av dette. Manualene har oftest sitt utspring i effektforskning, og kan dermed være et godt hjelpemiddel for å sikre et likeverdig og kunnskapsbasert tilbud. Alternativet er at tilbudet ble tilrettelagt av gruppelederens preferanser, vaner eller tilfældigheter, som kan kunne gå ut over deltagerens opplevelse av tiltaket. Forfatterne hevder at en god manual beskriver konkrete mål og hensikt med tiltaket, begrunner hvorfor de er viktige, samt beskriver metoder for å oppnå målene. En sikring av fellesfaktorene i endringsprosessene er også i fokus, som etablere tillitt, etablere håp, forklare ideene for tiltaket og egenmestring. Samtidig kan det være utfordringer i forhold til tilpasning av manualer.

Haugland et al. (2015) poengterer at et rigid bruk av manualer kan komme i veien for brukertilfredshet. De anbefalte derfor at gruppelederene benyttet manualene med fleksibilitet og individualisering innenfor rammene for forebygging og premissene for det aktuelle tiltaket. Amundsen og Melkeraaen (2015) trukker frem lignende funn og tilføyer at dersom et rigid bruk av manualen forekommer, så kan dette gå på bekostning av å ta seg tid til å lytte til deltagerens egne erfaringer. Forfatterne sier at dersom et gruppeforløpet blir for manuelstyrt, så kan man miste de gylne øyeblikkene man har til å utforske, anerkjenne og støtte deltagerne.

Dersom dette sees i lys av Antonovskys (2012) teori om salutogenese så kan fleksibelt og individuelt tilpasset bruk av manualer gjennom gruppeforløpet bidra til å skape forståelse, mening og håndterbarhet. Barna har behov for hjelp til å forstå hva som skjer i familien. Bruk av manualer kan sikre økt forståelse hos barna som deltar da de samler gode kunnskaper, metoder og erfaringer, og som har dokumentert effekt (Haugland et al., 2015). Temaene som tas opp i kraft av manualene kan være en hjelp til å møte fremtiden og gjøre det usikre mer forutsigbart. Informanter fra den ene barnegruppen fortalte at de ikke fulgte en konkret struktur, og barn kunne delta i gruppen over flere år. Gladstone et al. (2014) støtter dette, og sier at det er tvilsomt om barn har nytte av å delta i barnegrupper som kun går over en kort periode, og anbefaler at barna får en langvarig oppfølging.

Det fremkom fra intervjuene at det var en stor variasjon vedrørende rekrutteringsprosessen av deltagerne til barnegruppen. I to av barnegruppene beskrev informantene gruppen som en lavterskelgruppe hvor barna ikke måtte henvises formelt. Mange av barna ble rekruttert gjennom helsesøster tilknyttet helsestasjonen, foreldrene kunne også ta direkte kontakt med gruppeledere for henvisning. I disse gruppene var det ingen diagnosekrav knyttet til foreldrenes psykiske vansker og/eller rusvansker.

Funnene viste at en av barnegruppene hadde ulike rekrutteringskriterier for å delta i gruppen. Et eksempel på dette var at foreldrene måtte ønske hjelp, og ha en diagnose for at barna kunne delta i gruppen. Dette førte til at flere barn ble utelukket fra deltagelse, og vanskeliggjorde rekrutteringen av barn. Slike diagnosekriterier kan problematiseres. I følge Hansen (1994) kan det ta lang tid å utvikle rusmiddelavhengighet, til tross for et høyt forbruk av rusmidler. Hun pekte på at grenseoppgangene mellom bruk, misbruk og avhengighet er flytende. Barn som lever sammen med foreldre som har rusvansker kan dermed være skadelidende og ha følt konsekvensene av forelderens forbruk av rusmidler lenge før det blir stilt en diagnose. Amundsen og Melkeraaen (2015) skriver at for barn er konsekvenser av rusmiddelbruken det viktigste, ikke nødvendigvis mengden og hyppigheten av inntak. Forfatterne sier at tiltak for barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker bør ikke være avhengig om den forelder som har vansker er motivert for å søke hjelp, men om resten av familien er skadelidende.

Funnene viste at barnegruppen i studien som hadde kriteriet om at forelderen måtte ha en kjent diagnose, og erkjenne sin egen lidelse, hadde utfordringer ved rekruttering av barn som deltakere. Dette fordi noen av foreldrene ikke erkjente egen lidelse/rusvansker, og dermed fikk ikke barna mulighet til å delta i barnegruppen. Gruppelederne begrunnet diagnosekriteriet med åpenhet og at de fulgte en mal som forutsatte dette, samt at de tok opp temaer som omhandlet psykisk lidelse under samlingene. Antonovsky (2012) beskriver psykisk helse som et kontinuum, og slike kategoriseringer som for eksempel psykisk sykdom er problematiske. Diagnosekriterier kan påvirke barnegruppenes rekrutteringsmuligheter negativt, fordi barn ikke får deltatt i gruppen på grunn av foreldrenes manglende erkjennelse av sin egen situasjon og lidelse. I lys av Antonovskys (2012) salutogene teori er personens historie og opplevelse viktigere enn diagnosefokuset. Det kan være en styrke om gruppelederne har en narrativ tilnærming for å få en dypere forståelse av barnas situasjon, også på tjenestenivå. Funnene viste at gruppene som ikke hadde noen kriterier i forhold til diagnose og erkjennelse av psykisk lidelse, lettere rekrutterte barn til gruppen.

Funnene viste at barnegruppene fikk henvendelser fra blant annet skole, helsesøster, barnevernstjenesten og hjelpeapparatet for øvrig. Informantene beskrev at foreldrene ofte ble utrygge dersom barna ble henvist igjennom barnevernet, og at de dermed vegret seg for å godta tilbudet. Lignende funn trekkes frem av Nordenhof (2009) og Amundsen og Melkeraaen (2015), som sier at samarbeid og involvering av foreldrene er en viktig forutsetning for å lykkes med å hjelpe barna. Foreldresamarbeid ble også trukket frem i *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten*, hvor det fremkom at helsefremmende tiltak kan ha en større effekt dersom det legges til rette for involvering av foreldrene (Helsedirektoratet, 2017). Amundsen og Melkeraaen (2015) anbefalte en fast møtestruktur som kan tilpasses den enkelte familie, enten alene eller sammen med samarbeidspartnere. De skriver at i enkelte tilfeller vil det være naturlig at foreldrenes behandler ble involvert, tilsvarende når barnevernstjenesten eller andre instanser i førstelinjetjenesten arbeider med familien. Forfatterne beskrev formøte med foreldrene som en mulighet for å hjelpe foreldrene til å forstå at det er bra for barnet å få mulighet til å samtale om egne opplevelser. Mange barn beskytter foreldrene sine, og barn har ofte behov for et eget tilbud for å begynne prosessen med å åpne seg (Amundsen & Melkeraaen, 2015).

Informasjon som blir gitt fra gruppelederne til foreldrene er i tråd med Antonovskys (2012) helsefremmende teori. Informasjon som blir gitt fra gruppelederne til foreldre og barn, kan styrke helsefremmende faktorer og hjelpe barn og deres familier til en større grad av kommunikasjon om vanskene, og hjelpe de til å se nytten som barnegrupper kunne bidra med i deres livssituasjon. Antonovsky (2012) hevder at dersom man forstår informasjonen, at forhold er forutsigbare, eller at det finnes en god forklaring vil kunne øke opplevelsen av begripelighet. Antonovsky (2012) sier at ytre ressurser som sosial støtte kan styrke håndterbarheten.

5.4 Implikasjoner for praksis

Funn i denne studien viste at arbeidsmetoder som rettet seg mot samtale og samtalebaserte øvelser i barnegruppen kunne virke helsefremmende for barna. Tidligere forskning som ble beskrevet i studien har vist til gode resultater ved bruk av Antonovskys helsefremmende teori i barnegrupper. På bakgrunn av dette kunne det vært interessant og utarbeidet en samtaleguide med forslag til samtalebaserte øvelser til gruppeledere og andre fagpersoner, med utgangspunkt i Antonovskys helsefremmende teori.

Funnene viste at den ene barnegruppen i studien gav barna mulighet til å delta i barnegruppen over en lengre tidsperiode. Tidligere forskning om barnegrupper støtter dette funnet, og viste til at barna selv gav uttrykk for at de ønsket å delta i gruppen over en lengre periode. Det kan tenkes at et langsiktig tidsperspektiv i gruppeforløpet kan styrke muligheten for å fremme helsen hos barna som deltar, og det bør av denne grunn tilrettelegges for et lenger gruppeforløp i barnegrupper dersom barna gir uttrykk for et ønske om dette. I mitt arbeid med denne studien fant jeg lite av konkrete kartleggingsverktøy eller strukturerte intervju som kan hjelpe gruppelederne med å kartlegge eller identifisere ressurser og mestring hos barn. Det var av den grunn tilfeldig i hvilken grad gruppelederen vektla et slikt fokus. Et slikt verktøy kunne bidra til en større styrke barnas mestringsressurser.

Eide og Nordenhof (2014) peker på utfordringer som studier kan ha for å vise med sikkerhet på om det er faktorer ved gruppedeltagelsen som fremmer helse, eller om det kunne være andre forhold i livet deres som har betydning.

Forfatterne anbefaler i denne sammenheng at gruppelederne benytter metoder som fortløpende spør barna hvordan gruppeforløpet virker, også kalt «Klient – og resultatstyrt praksis (KOR). Benyttelse av dette måleinstrumentet i det videre arbeidet i barnegrupper kunne utviklet større kunnskap for gruppelederne om hvilke arbeidsmetoder og andre forhold ved gruppedeltagelsen som kunne bidra til å støtte barnas mestring.

I forbindelse med kartlegging av tidligere forskning om fagfeltet så studerte jeg nettsidene som omhandlet barn som har foreldre med psykisk lidelse og/eller rusvansker i Danmark. Nettsidene gav tydelig informasjon til barna og foreldrene vedrørende hvor de kunne henvende seg i landet for å delta i barnegrupper. På nettsidene kunne interesserte navigere seg via Danmarkskartet og ved å klikke på dette få oppdatert informasjon på hvor og hvilke barnegrupper som er aktive i nærheten. Jeg har ikke kommet over tilsvarende oppdatert oversikt over barnegrupper i Norge. Dette kunne være et viktig utviklingsarbeid på tjenestenivå, da internett er et naturlig sted for å søke informasjon for mange.

5.5 Videre forskning

Denne studien omhandlet fagpersoners beskrivelser av helsefremmende arbeidsmetoder i barnegrupper. I studien vises det til en evalueringsrapport fra Danmark om hvordan gruppelederne kunne dokumentere den helsefremmende effekten av arbeidet i barnegrupper (Nordenhof og Wehmeyer, 2009). Intervjuene med barna som deltok i barnegruppene fant imidlertid sted like etter gruppedeltagelsen var avsluttet. Evalueringsrapporten kunne dermed ikke noe om hvordan den langsiktige helsefremmende effekten kunne være for barna (Eide og Nordenhof, 2014). I den videre forskningen burde det derfor fokuseres på den langsiktige helsefremmende effekten som barnegruppen kunne ha for barna som deltok, fra et barneperspektiv. Gruppelederne i denne studien gav ingen konkrete funn vedrørende barnas langsiktige effekt av tiltaket.

Det kunne vært interessant og forsket på gruppelederens bruk av narrativ tilnærming i barnegrupper. Tidligere internasjonal forskning som vist til i studien pekte på gode resultater ved bruk av narrativ metode. Det kunne derfor vært spennende og fulgt gruppeforløpet til en barnegruppe i Norge som benyttet narrativ tilnærming som teorigrunnlag, og forsket på gruppedeltagenes mulige effekt av bruk av narrativ tilnærming gjennom intervjuer med barna.

6 KONKLUSJON

Hensikten med studien var å utvikle kunnskap om hvordan gruppeledere kan arbeide helsefremmende i barnegrupper for barn som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Problemstillingen var: ”*Hvilke arbeidsmetoder erfarer fagpersoner som leder barnegrupper for barn med foreldre med psykiske lidelse og/eller rusvansker, som helsefremmende for barna*”.

Med utgangspunkt i Antonovskys (2012) helsefremmende teori om salutogenese, teori om gruppen som hjelpemiddel, gjennomgang av tidligere relevant forskning, samt resultatene fra intervjuene, så har studien forsøkt å belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Funnene i studien viste at gruppelederne erfarte at arbeidsmetoder som rettet seg mot aktivitet, opplevelser og samtale i gruppene kunne fremme helse hos barna som deltok. Barnegruppens organisering kunne påvirke den helsefremmende effekten, gjennom ulike fremgangsmåter ved rekruttering og rammer for gruppen. Resultatene viste at barnegruppen kunne dekke barna sitt behov for en arena hvor de kunne samtale om sine utfordringer sammen med fagpersoner og andre barn, få kunnskap om psykisk helse, utveksle ideer om nye håndteringsmuligheter, identifisere hjelpsomme personer i nettverket, etablere betydningsfulle relasjoner med gruppelederne og andre barn, bevisstgjøre følelser gjennom tegning og lek, og utvikle et gruppefellesskap gjennom gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktiviteter og opplevelser.

Avslutningen i studien bringer meg tilbake til uttalelsen fra helseminister Bent Høie som jeg viste til innledningsvis i studien. Fagfolk som møter med barn som lever med foreldre som har en psykisk lidelse og/eller rusvansker, har et helt spesielt ansvar for å ivareta og følge opp barna. Fagfolk må bruke sine øyne og ører, for å høre det som barna ikke forteller, og se det som ikke synes ved første øyekast. Mitt håp er at studien skal inspirere fagpersoner som arbeider i barnegrupper om hvordan de kan være en viktig voksenstøtte for barna, gjennom å styrke barnas forståelse for deres livssituasjon, hjelpe barna og finne mening i deres opplevelser med foreldrenes psykiske lidelse og/eller rusvansker og gi ideer til måter å håndtere ulike stress-situasjoner. Barnegruppen som arena kunne ikke endre på barnas livssituasjon, men den kunne imidlertid bidra til en opplevelse av sammenheng for barna gjennom ny forståelse, mening og nye håndteringsmuligheter.

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. (2004). *...og eg ser på deg... Vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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. (1996). *The Sense of Coherence: An Historical and Future Perspective*. Israel journal of Medical Sciences, 32:170-178.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium- den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Amundsen, J.E., og Melkeraaen, H. (2015). *Barn i rusbelastede familier. Erfaringer fra praktisk pårørendearbeid*. Oslo: Kommuneforlaget
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Bratli, S. (2010). *Læring og mestring for barn med psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. Aker: universitetssykehus HS.

- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, G., og Nordenhof, I. (2014). *Felleskap og ferdigheter. Veier til mestring i barne- og ungdomsgrupper*. Bergen: Fagbokforlaget
- Eide, G., og Rohde, R. (2009). *Sammen så det hjelper. Metoder i samtaler med barn, ungdom og familier*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gjærum, B., Grøholt, B., og Sommerschild, H. (2008). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Universitetsforlaget.
- 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*». University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada.
- Glistrup, K. (2004) *Det barn ikke vet... har de vondt av*. Oslo: Pedagogisk forum.
- 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.
- 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.

Hansen, F. (1994). *Barn som lever med foreldrenes rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Hansen, F. (2012). *Familieorientert rusmiddelbehandling*. Skien: Borgestadklinikken. Blå Kors Forlag.

Haugland, B.S.M., Bugge, K.E., Trondsen, M.V., og Gjesdahl, S. (2015).

Familier i motbakke. På vei mot bedre støtte til barn som pårørende. Bergen: Fagbokforlaget

Heap, K. (2014). *Gruppemetode for sosial- og helsearbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

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 (2017). *Veileder om pårørende i helse – og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet

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

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

- Killen, K (2009) *Sveket: Barn i risiko – og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kjølstad, H. (2004). *Gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvællø, Ø. (2010). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kufås, E., Faugli, A., og Weimand, B. M. (2015). *Barn og unge som har foreldre med rusproblemer: en kvalitativ levekårsstudie: «Når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet...»* (IS-2398). Oslo: Helsedirektoratet.
- 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.
- Lerdal, A. og Karlsson, B. (2008). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning* 2008:3 (3): 172-175.
- Lindseth, A. og Norberg, A. (2004). *A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. Scandinavian journal of Caring Science*, 18, 145-153.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordenhof, I. (2009). *Når barn er pårørende*. Roskilde: Distrikt Roskilde, Region Sjælland.

Pitman, E and Matthey, S. (2004). *The SMILES program: A group program for children with mentally ill parents or siblings*. American journal of orthopsychiatry: Vol. 74, issue 3 s. 383-388

Rabbe, A. (2010). *Usynlige barn? Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. 7 (03), 260-262.

Pølkki, 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*.

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.

Ruyter, K. W. (red). (2003). *Forskningsetikk. Beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

- Theisen, O. M. og Ådnanes, M. (2014). *Evaluering av SMIL - Styrket Mestring i Livet*^[1] – et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn
- Torvik, F. A. og Rognmo, K. (2011). *Rapport 2011:4. Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Werner, E.E. (2000). *Protective Factors and Individual Resilience I: Meisels J. og Shonkoff J. P : Handbook of early childhood intervention*. (p115-132) (9.printing 2009) Cambridge University Press
- Wehmeyer, N., og Nordenhof. I. (2009). *Børnegrupper i voksenpsykiatrien. Delrapport II fra prosjektet "Når barn er pårørende"*. Roskilde: Distrikt Roskilde, Region Sjælland
- World Health Organization, (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21. November 1986.
- Östman, M. (2008). *'Interviews with children of persons with severe mental illness: Investigation their everyday situation'*, Nordic Journal of Psychiatry, 62 (5): 354-359.

Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

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

Jeg er en student ved Høgskolen i Sør-Øst Norge, som studerer master i klinisk helsearbeid. Jeg skal gjennomføre en studie om barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/ eller rusvansker. Jeg ønsker å gjennomføre individuelle kvalitative intervju 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 og/eller rusvansker. I studien ønsker jeg å belyse arbeidsmetodene fagpersoner benytter i gruppeforløpet, samt å utforske om arbeidsmetodene fagpersonene benytter kan ha en sammenheng med en helsefremmende virkning hos barna. Det er ulike teoretiske perspektiver som jeg har fokus på: resiliens, mestringsperspektivet og opplevelse av sammenheng. Min problemstilling lyder som følger: *”Hvordan beskriver fagpersoner sine arbeidsmetoder i barnegrupper for barn som pårørende av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker for å fremme helse hos barna som deltar»?*

For å kunne belyse ovenstående problemstilling ønsker jeg å intervju ansatte som har erfaring med å lede barnegrupper for barn av foreldre med psykiske lidelser og/eller rusvansker. Deltagelsen i studien innebærer at informantene deltar i individuelle kvalitative intervju. Tidsrammen rundt intervjuet beregnes til omtrent en time. Spørsmålene vil omhandle gruppeforløpet, spørsmål om hvordan de ansatte arbeider i gruppene, samt hvilke konkrete arbeidsmetoder de ansatte benytter i arbeidet med barnegruppene. 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 vil ha taushetsplikt overfor alle opplysninger som samles inn.

Vedlegg 1

Datamaterialet vil anonymiseres og slettes senest innen den 01.10.2016. Resultatene vil bli publisert i en masteroppgave.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og det vil være mulig å trekke seg underveis i studien uten å oppgi grunn. Dersom du ønsker å delta i intervjuet, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side og sender denne til meg. Jeg vil deretter ta kontakt for å avtale intervju.

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 er førstelektor Ellen Andvig som er faglig ansvarlig for studien. Studien er tilrådd av Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS.

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 masteroppgaven eller i artiklene. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når prosjektet er ferdig, innen 01.10.2016.

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

Therese Fagernes Bottegård (48 00 30 65).

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Vedlegg 2: Dataanalysen –Oversikt over meningsenheter, subkategorier og kategorier.

Meningsenhet	Subkategori	Kategori
Vi fikk noe midler til å reise på turer, blant annet sansehuset. Og det var sterkt for barna, ligge der i en seng og flyte, og bare flyte liksom og kjenne etter	Styrke gruppefellesskapet gjennom gode opplevelser og øyeblikk	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot aktivitet og opplevelser i gruppen
Det er jo en del som har mye indre uro i kroppen. Vi har en sånn leken tilnærming til de. For det er noe for å få tillitt fra barn så må du møte de på deres nivå, dette her med gjennom lek. Vi veksler mellom aktiviteter og samtaler i gruppa.	Relasjonsbygging gjennom aktivitet	
Vi hadde konkurranse om å komme på flest mulig følelser, barna løp frem og tilbake, vi kalte det for følelsesstafett. Det kunne også være tegning, det kunne være å tegne følelser i kroppen.	Bevisstgjøring av følelser gjennom tegning og lek	
Dette her med å snakke med noen som du har tillitt til, altså om det er helsesøster eller om det er uansett hvem som man være aktuelle. Bare få til det også, det tenker jeg er veldig helsefremmende. Altså prate med noen også utenfor gruppa da. For vi er jo inne her og nå, men så er det jo, det er jo livet videre. Hvem kan hjelpe meg, hvem kan jeg snakke med da. Vi driver jo med sånn nettverkskartlegging også. Det er også en viktig metode for å se hvilke personer i nettverket man har da. Hvem man har å spille på	Identifisere hvem i nettverket som kan hjelpe barna	Gruppelederens arbeidsmetoder rettet mot samtale og samtalebaserte øvelser
«Vi bruker en narrativ tilnærming da. Vi er opptatt av deres fortelling og.. og hva de har opplevd og deres erfaringer».	Samtalemetode	
Dette her med hvem jeg er jeg? Vi bruker jo dette her med trærne da, eller skog som en metafor og i det hele tatt. For eksempel, hva slags tre er du? Er du et tre som liker å være litt alene? Eller trives du å stå sammen med andre trær? Er du et frukttre med type plommer? Hva slags tre ønsker du å være? Å dette her med at det stormer ikke sant. Som vi også snakker en del om hvilke stormer i livet? Alle utsettes for stormer. Hver har sine stormer ikke sant. Hvordan kan man være rustet til stormen? Vi er opptatt av å prøve å gi de noen redskaper også da.	Bruk av samtalebaserte øvelser	
De har veldig mange spørsmål om psykisk helse og psykiske vanskeligheter. Vi har en ordning hvor de kan skrive ned spørsmål. Noen skriver jo da en hel A4 side med spørsmål da. Det er anonymt da. Så pleier vi å samle det inn. Så går vi gjennom dette sammen på neste samling. Vi er jo ganske gode samarbeidspartnere oppi dette. Vi råder jo barna, men vi lar alltid de få anledning til å komme med sine svar eller hva de tenker om dette.»	Gi kunnskap om psykisk helse	
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.	Fast struktur	Barnegruppens organisering
Det nærmest viktigste var at vi spiste et varmt måltid sammen. Blant annet det å sitte sammen rundt et bord, det var det mange som ikke opplevde.	Fast element	

Vedlegg 2

<p>”Vi var 3-4 voksne, så vi var mange...og hadde forskjellige bakgrunn. Og jeg tenker at det var nyttig å være en tverrfaglig gruppe... Jeg tenker at vi da så jo litt mer helheten...ja, hvordan det barnet egentlig har hatt det. Flere perspektiver.”</p>	Tverrfaglighet	
<p>Altså det har vært en prosess, å få foreldrene til å si ja. For det har ikke vært sånn at det har kommet en masse henvendelser til oss fra foreldrene hvor de sier: ” Vi ønsker at barna våres skal gå i barnegruppe”. Det har vært at vi har en gruppe for barn av psykisk syke foreldre, det må være bra for barnet ditt. For det har fortsatt vært en bøyg, og vi har brukt veldig mye tid ovenfor foreldrene og informert.</p>	Rekruttering	

Vedlegg 3: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

1. Kan du fortelle litt om barnegruppene du jobber med?
2. Kan du fortelle om hvordan du jobber i barnegruppene? (gjerne eksempler)
3. Er det noen konkrete arbeidsmetoder som du bruker? I så fall, fortell om dem
4. Hvilke tilnærminger benytter du i gruppa som du har opplevd som spesielt nyttig for barna?
5. Fortell om tilbakemeldinger fra barna som deltar i gruppene på noe som de har opplevd som hjelpsomt i gruppene
6. Hvor henter du inspirasjon til arbeidet i gruppene?
7. Kan du beskrive rammene rundt gruppene?



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

*Helsefremmende perspektiv i arbeidet med barn av foreldre med
psykiske lidelser og rusvansker*

*Behandlingsansvarlig
leder Daglig ansvarlig*

*Høgskolen i Buskerud og Vestfold, ved institusjonens øverste
Ellen Andvig*

Student

Therese Fagernes Bottegård

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, 01.10.2016, 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

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