

SPL 4911

2008HMKLSYKD

Masteroppgave i klinisk
sykepleie

Wenche Westby Larson

Monica Solberg

Erfaringer med parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn som lever med psykisk lidelse hos en av foreldrene

”Unikt, befriende og nyttig”

”Utfordrende, morsomt og litt lærerikt”



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie.

Seksjon for sykepleie

september 2010

25 466 ord

Sammendrag

Sosial- og helsedirektoratet skriver i sin tiltaksplan (Sosial- og helsedirektoratet 2006) at perspektivet må utvides innenfor psykisk helsevern for voksne: ”*praksis må endres fra en individorientering til et utvidet klientbegrep som omfatter familie og nettverk som viktige i behandlingen av den syke*”.

Hensikten med denne studien var å beskrive foreldre og barns oppfatninger og erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger, hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse.

En kvalitativ eksplorerende deskriptiv design med en fenomenografisk tilnærming av foreldrepar intervjuene, og kvalitativ innholdsanalyse i fokusgruppeintervjuene ble benyttet. Fire foreldrepar og fire barn ble intervjuet to ganger. Barna var i alderen 8 – 12 år.

I analysen av foreldrepar intervjuene framkom fire beskrivelseskategorier: *Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttig, Dele erfaringer, Tydeliggjøring av posisjoner og roller og Oppdage lære og erkjenne*. I analysen av fokusgruppeintervjuene framkom ett tema *Gruppesamlingene var utfordrende, morsomme og litt lærerike* og tre kategorier: *Nye erfaringer i møte ned andre, Endret mening og holdning til deltakelse og Ny forståelse for psykiske lidelser*.

Funn i denne studien kan bidra til økt forståelse og økt fokus på betydningen av at hele familien inkluderes i behandlingen av forelderen med psykisk lidelse.

Nøkkelord: samtalegrupper, psykisk lidelse, fenomenografi og kvalitativ innholdsanalyse og foreldre/barn.

Summary

In their Implementation Plan (Directorate of Health, 2006), the Norwegian Directorate of Health points out that the perspective of mental health care for adults must be expanded, *“the practice must be shifted from the individual-oriented client concept towards an expanded patient concept encompassing family and networks as being important for the treatment of the patient.”*

The aim of this study was to describe the opinions and experiences of parents and children participating in parallel group sessions, in which one of the parents is subject to mental suffering.

A qualitative exploring and descriptive design with a phenomenographic approach to the pairs of parents interviewed has been employed, as well as a qualitative content analysis in the focus interviews. Four pairs of parents and four children were interviewed. The children were aged 8 to 12.

Four descriptive categories emerged in our analysis of the interviews with the pairs of parents: *The group sessions were unique, liberating and helpful; shared experiences; the clarification of positions and roles; and exploring, learning and acknowledging.* A particular theme emerged through our analysis of the interviews with the focus groups: *The group sessions were challenging, enjoyable, and quite instructive.* Three categories of description emerged, as well: *New experiences through meeting other people; a changed opinion of, and attitude to, participation; and a new understanding of mental suffering.*

We believe that the results of / discoveries made in this study may lead to a better understanding of, and a sharper focus on, the importance / value of involving the whole family in the treatment of the parent who is suffering from a mental suffering.

Key words: Discussion groups, mental suffering, phenomenography and qualitative content analysis, and parents/children.

FORORD

Redegjørelse for egen forforståelse og ståsted

Forskere vil alltid stille med en forforståelse i møte med informantene, og det innsamlede datamaterialet. Det sentrale blir å trekke inn sin forforståelse slik at en er bevisst forståelsen av informantenes oppfatninger og erfaringer.

Det er viktig at forskere har et bevisst og aktivt forhold til sin forforståelse, for å være åpen for andres meninger. For å gi leseren en mulighet til og kritisk vurdere studiens resultater ønsker forfatterne å tilkjenne sitt ståsted og sin forforståelse for leseren:

Wenche Westby Larson's har en faglig bakgrunn som psykiatrisk sykepleier. Fra slutten av 80 - tallet har hun arbeidet som lærer ved videreutdanning i psykiatrisk sykepleier, og senere ved bachelor i sykepleie innen feltet psykiatri og psykiatrisk sykepleie med nær kontakt med praksisfeltet. WWL sitt interessefelt har i mange år dreid seg om betydningen av nettverksorientert arbeid i psykiatrisk sykepleiepraksis.

Forfatterne vil understreke at WWL som gjennomførte intervjuene hadde erfaring og kompetanse med å samtale med voksne og barn. I tillegg har WWL lang klinisk erfaringer som psykiatrisk sykepleier, samt kjennskap til fenomenet som studeres. WWL gjorde sitt ytterste for å ivareta de nødvendige etiske hensyn.

Monica Solbergs har en faglig bakgrunn som psykiatrisk sykepleier ved en akuttpost i voksenpsykiatrien. De siste to årene har hun vært leder for barneansvarlige ved akuttavdelingene i et Helseforetak. MS sitt interessefelt har de siste årene vært knyttet til barn med en eller begge foreldre med en psykisk lidelse.

En takk til

Vi ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt til at denne studien er fullført. Først og fremst ønsker vi å takke våre informanter. Uten dere hadde vi ikke hatt mulighet for å gjennomføre studien. En takk for støtte og oppmuntring fra kolleger og studenter i bachelor i sykepleie. Videre en takk til medstudenter i masterstudiet i klinisk sykepleie som har vist oss en interesse og omsorg på tross av at de selv leverte i mai.

Vi ønsker å takke hverandre for godt og morsomt samarbeid gjennom hele den utfordrende skriveprosessen. Vårt motto mot slutten av prosessen ble ”HOLD UT OG HOLD AV”.

En stor takk til vår veileder Birgitta Hedelin. Vi har satt stor pris på hennes grundige og konkrete tilbakemeldinger i veiledningene. Hun har bidratt til at vi har fått en økt forståelse og kommet videre i prosessen.

Til slutt men ikke minst en spesiell takk til Simon og Adam for lånet av mamma Monica i hele skriveperioden fra Wenche. Mamma Monica retter en spesiell takk til sine to sønner Simon og Adam for deres tålmodighet gjennom det siste året, samt en takk til Monica sine foreldre som har bidratt med ”barnevakt” og praktiske gjøremål.

INNHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENDRAG	I
SUMMARY	II
FORORD	III
REDEGJØRELSE FOR EGEN FORFORSTÅELSE OG STÅSTED	III
EN TAKK TIL	III
INNHOLDSFORTEGNELSE	V
INTRODUKSJON	- 1 -
KLINISK SYKEPLEIE	- 1 -
<i>Psykiatrisk sykepleie</i>	- 1 -
HISTORISK TILBAKEBLIKK FRA INDIVIDPERSPEKTIV TIL SYSTEMPERSPEKTIV	- 2 -
<i>Sentrale lover, St.meld. og andre styrende dokumenter</i>	- 5 -
PSYKISKE PLAGER, LIDELSER ELLER SYKDOM INTERNASJONALT OG NASJONALT	- 8 -
<i>Internasjonale sammenligninger</i>	- 8 -
<i>Nasjonale forhold</i>	- 10 -
FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID	- 13 -
Å LEVE I EN FAMILIE MED PSYKISK LIDELSE	- 15 -
PROBLEMPRESISERING.....	- 19 -
HENSIKT	- 19 -
METODE	- 21 -
STUDIENS KONTEKST	- 21 -
DESIGN	- 22 -
<i>Fenomenografi</i>	- 22 -
<i>Kvalitativ innholdsanalyse</i>	- 24 -
<i>Kvalitativt forskningsintervju</i>	- 24 -
<i>Fokusgruppeintervju</i>	- 25 -
<i>Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitative studier</i>	- 26 -
STUDIENS GJENNOMFØRING.....	- 28 -
<i>Utvalg</i>	- 28 -
<i>Datainnsamlingsmetoder</i>	- 28 -
<i>Databearbeiding og analyse</i>	- 31 -
<i>Forskningsetisk vurdering</i>	- 34 -
RESULTAT	- 37 -
FORELDRENES OPPFATNINGER OG ERFARINGER AV GRUPPESAMLINGENE.....	- 37 -
<i>Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttig</i>	- 38 -
<i>Dele erfaringer</i>	- 38 -
<i>Tydeliggjøring av roller og posisjoner</i>	- 43 -
<i>Oppdage, lære og erkjenne</i>	- 46 -
BARNAS ERFARINGER AV GRUPPESAMLINGENE	- 49 -
<i>Gruppesamlingene var utfordrende, morsomme og litt lærerike</i>	- 50 -
<i>Nye erfaringer i møte med andre</i>	- 50 -

<i>Endret mening og holdning til deltakelse</i>	- 52 -
<i>Ny forståelse for psykiske lidelser</i>	- 53 -
DISKUSJON	- 55 -
RESULTATDISKUSJON VEDRØRENDE FORELDRES OPPFATNINGER	- 55 -
RESULTATDISKUSJON VEDRØRENDE BARNAS ERFARINGER	- 62 -
METODEDISKUSJON	- 66 -
<i>Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet</i>	- 73 -
<i>Etiske betraktninger etter gjennomført studie</i>	- 74 -
KONKLUSJON	- 75 -
RESULTATETS BETYDNING FOR KLINISK SYKEPLEIE	- 75 -
FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	- 76 -
LITTERATURLISTE	- 77 -
VEDLEGG 1	
VEDLEGG 2	
VEDLEGG 3	
VEDLEGG 4	
VEDLEGG 5	
VEDLEGG 6	

INTRODUKSJON

ICN¹ har et nært samarbeid med Verdens Helseorganisasjon (WHO²), hensikten er å arbeide for å oppfylle WHO's målsetninger. I følge ICN har sykepleierne fire grunnleggende ansvarsområder: fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) ”er et samarbeidsorgan som bidrar til å videreutvikle helsetjenesten generelt og sykepleietjenesten spesielt Norden” (Kristoffersen 1996, s. 150). (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003, s. 23).

Klinisk sykepleie

Klinisk sykepleie defineres mer implisitt enn eksplisitt i litteraturen. I en dansk ordbok er klinisk sykepleie definert som ”arbeid ved sykesenga, arbeid tett ved pasienten”. Både internasjonal og nasjonal litteratur synes å ha en enighet om at klinisk sykepleie forutsetter en kontakt mellom sykepleier og pasient. Begrepet klinisk sykepleie blir anvendt synonymt med begrepet *direkte sykepleie* (Adamsen 2001). Klinisk sykepleie kan beskrives på følgende måte:

Denne direkte kontakten setter sykepleieren i stand til, gjennom samtale, å høre og erfare den enkeltes egen oppfatning og beskrivelse av det konkrete problemet eller av situasjonen. Slik blir sykepleieren selv i stand til å danne seg et inntrykk (...) gjennom sine iakttagelser og observasjoner og sin intuisjon. På denne bakgrunn kan hun utøve så vel helsefremmende som sykdomsintervenerende pleie- og omsorgshandlinger rettet mot den enkeltes unike livssituasjon (Adamsen 2001, s. 21,22).

Psykiatrisk sykepleie

I følge Hummelvoll, Jensen, Dahl & Olsen (2004) fremsettes fire grunnleggende premisser for en teori om psykiatrisk sykepleie handler om. Premiss en:

Psykiatrisk sykepleie er en interaktiv, utviklingsmessig menneskelig aktivitet, som er mer opptatt av videre utvikling av personen enn av opprinnelsen eller årsakene til den aktuelle psykiske lidelse (Hummelvoll et al. 2004, s. 32).

¹ International Council of Nurses

² World Health Organization

Premiss to: ”Opplevelse av psykisk smerte knyttet til psykiatrisk lidelse viser seg gjennom atferdsforstyrrelse i offentlighet eller som private hendelser som bare er kjent for personen det gjelder”. Premiss tre: ”Sykepleieren og personen – i – omsorg (”person – in – care”) er engasjert i en relasjon basert på gjensidig påvirkning”. I denne studien er det premiss fire som er av betydning. Premiss fire: ”Opplevelse av psykiatrisk forstyrrelse er ”oversatt” til en lang rekke problemer i dagliglivet” (Hummelvoll et al. 2004, s. 32). Psykiatrisk sykepleiepraksis vil alltid være knyttet til dagliglivets kontekst. Sykepleieomsorg som aktivitet er *bestandig* knyttet til det levende livet. Sykepleieomsorgen fokuserer på personens relasjon til seg selv og andre innenfor deres ramme av den mellommenneskelige verden. Sykepleieomsorgen fokuserer videre på å hjelpe personer til å møte deres menneskelige respons i forhold til psykiatrisk lidelse, og ikke på selve sykdommen.

Hummelvoll et al. (2004) definerer psykiatrisk sykepleie med et tydelig humanistisk ideal. Definisjonen kan deles opp i fire deler hvor hver del betegner den psykiatriske sykepleiers ansvarsområder. Det sentrale i denne studien vil være i forhold til definisjonens fjerde del:

Utover det individuelle nivå har sykepleieren et medansvar for at personen får et liv i et tilfredsstillende sosialt fellesskap. På det samfunnsmessige nivå har sykepleieren en forpliktelse til å påpeke og påvirke forhold som skaper helseproblemer (Hummelvoll et al. 2004, s. 50).

Historisk tilbakeblikk fra individperspektiv til systemperspektiv

Fram til cirka 1960 - tallet ble de psykiatriske pasientene, som da var omtalt som ”gale” behandlet på asyl. Den medisinske tradisjonen dominerte og behandlingen bar preg av oppbevaring i institusjoner. De psykiatriske pasientene kunne ofte være inneliggende i flere år. Pasientene hadde avgrenset kontakt med andre hjelpeinstanser og sin egen familie. Den individfokuserte tilnærmingen til psykiske lidelser medførte at familien var sett på som uforstående og ikke delaktig i behandlingsopplegget. Familiene opplevde ofte en maktesløshet i forhold til å forstå og kunne hjelpe personen med psykisk lidelse. I løpet av de siste 50 årene har det skjedd omfattende endringer innenfor psykisk helsevern. På 1960 – 70 - tallet ble det et skifte ved at institusjonene ble mer åpne, liggetiden ble kortere og nye behandlingsformer ble tatt i bruk. I følge

Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke (2009) er det fem behandlingstilnæringer som er de mest sentrale i dagens psykiatri. Det perspektivet som har hatt størst betydning for utviklingen av det psykiske helsevern fram til i dag er det psykiatriske perspektivet. I Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke (2002) betegnet de det psykiatriske perspektiv som det medisinsk – psykiatriske perspektiv. Psykiatrien forelå som en medisinsk disiplin i siste halvdel av 1800 – tallet. Fra 1970 – tallet har dette perspektivet fått en fornyet kraft gjennom nye diagnosesystemer og ny kunnskap om hjernens kjemi, fysiologi og arvestoffets kjemi. Tyngdepunktet i psykiatrien har flyttet seg fra psykodynamisk – humanistisk retning til medisinsk – biologisk. Utviklingen av de øvrige perspektivene har kommet som en opposisjon til det psykiatriske perspektiv eller som en videreføring i en litt annen retning med et endret syn på psykisk lidelse og behandling (Haugsgjerd et al. 2009). I tabell 1 presenteres de ulike perspektivene.

Tabell 1 Forskjeller og likheter mellom de fem perspektiver på psykisk lidelse

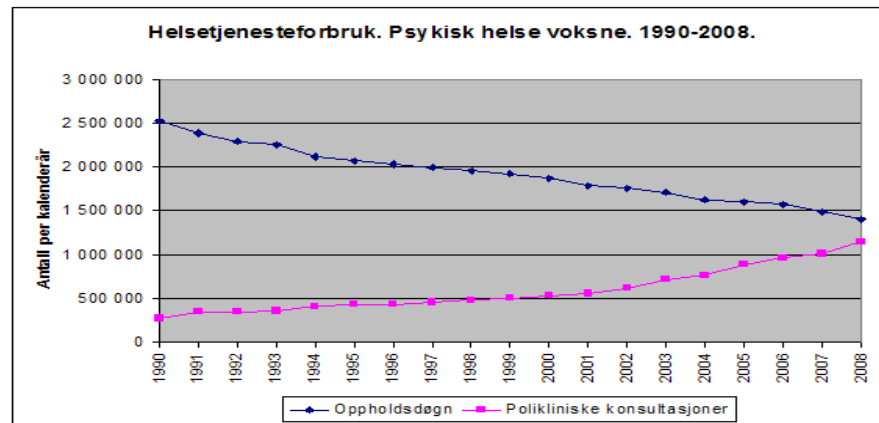
	Psykiatrisk	Behavioristisk	Psykodynamisk	Humanistisk	Systemisk
Ivaretar særlig	Systematisk sammenligning av mange individer og grupper	Enkeltindivers samspill med omgivelsene, analyser og ulike tiltak basert på analyse	Enkeltindivider Det indre liv: fantasier og affekter	Enkeltindivider Selvforståelse og empati	Samspill mellom individer
Svakheter	Individuell variasjon reduseres og personen forsvinner	Miljøfokusert kan medføre at viktige biologiske forutsetninger vektlegges for lite	Kan bli for fokusert på teoriens forklaringsmodeller	De terapeutiske metodene kan bli diffuse og vanskelige å evaluere	Kan bli for teknisk og overse betydningen av egenopplevelse
Sammenfallende syn på	Indre opplevelse og interaksjon er sentralt				
	Atferd er determinert				
	Relasjonserfaringer former virkeligheten				
	Mening formes gjennom interaksjonen, der språkutveksling er sentralt. Kognisjon har en biologisk rot, men utvikles som sosial konstruksjon med språket som stillas for konstruksjonen				

(Kilde: Haugsgjerd et al. 2009, s. 16)

Desentralisering av det psykiske helsevern ble for alvor satt på dagsorden på midten av 1970 – tallet (Almvik 2000). I perioden 1975 – 1995 ble antall døgnplasser i det

psykiske helsevern redusert med 70 % (St.meld. nr. 21 1998-99). I de siste 20 årene er det færre som har vært innlagt i institusjoner underlagt det psykiske helsevern, men det er langt flere som har fått poliklinisk behandling enn tidligere. Tabell 2 viser en oversikt over oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner i perioden 1990 – 2008.

Tabell 2 Antall oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner i psykiatrien per kalenderår (1990-2008)



(Kilde: Statistisk sentralbyrå gjengitt i Folkehelseinstituttet 2010, s. 66)

Desentraliseringen av det psykiske helsevern har medført at ansvaret for oppfølging av pasienter med sammensatte og vedvarende behov har blitt overført til kommunene (Thorn & Holte 2006). Intensjonen med desentraliseringen var at pasienten skulle få et bedre tilbud i sitt eget nærmiljø. Overføringen av ansvaret fra spesialisthelsetjenesten til kommunene har ført til at pårørende blir ilagt et større ansvar for oppfølging av pasienten. Pårørende blir i dag de som får ansvar for oppfølging av sine nærmeste etter utskrivning fra det psykiske helsevern. Dette skjer uten at det blir gitt noen form for informasjon, opplæring eller støtte i oppfølgingen av pasienten (Thorn & Holte 2006).

Det er i dag ikke holdepunkter for at psykiske lidelser er mer utbredt enn tidligere. En utvikling er at det er blitt noe mer akseptert og mindre tabubelagt å ha en psykisk lidelse en før. Det kan derfor være lettere å innrømme at en har psykiske vansker og terskelen for å søke hjelp er blitt lavere.

Sentrale lover, St.meld. og andre styrende dokumenter

Stortingsmeldinger og andre styrende dokumenter fra de forskjellige departementene har lagt føringer for satsningsområder innen det psykiske helsevern som berører personer med en psykisk lidelse og deres pårørende (voksne og barn).

Norges to første lover innenfor psykisk helsevern var *Loven om sinnssykes behandling og forpleining* av 1848, og *Lov om psykisk helsevern av 28. april 1961 nr. 2*. Innholdet i lov av 1848 og 1961 var rettet mot behandling av enkeltindividet, og hadde ikke fokus på familie eller nettverket rundt pasienten (Haugsgjerd et al. 2009).

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 nr. 62 (Psykisk helsevernloven) trådte i kraft 1. januar 2001, og avløste lov om psykisk helsevern av 1961. Denne loven regulerer det psykiske helsevern i Norge i dag (Skårderud, Stänicke, Haugsgjerd, Maizels & Engell 2010).

Utgangspunktet for Stortingsmeldning nr 25 (1997-97) ”Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbud” var å legge et grunnlag for mer sammenhengende tjenester til mennesker med psykiske lidelser. I St.meld. nr 25 ble det for første gang beskrevet hvilke utfordringer barn med forelder med psykiske helseproblemer hadde og hvordan barna skulle ivaretas. Videre blir det beskrevet viktigheten av at ulike instanser i kommune og spesialisthelsetjenesten samarbeider om dette, og at fokuset er å gi barna informasjon.

I St.meld. nr 25 ble det fastslått at det var store mangler i hele tjenestetilbudet, og det førte til den etterfølgende opptrappingsplanen, St.prp. nr 63 (1997-1998), *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63 1997-1998). Denne tidsrammen ble senere forskjøvet frem til og med 2008. Opptrappingsplanen var en omfattende helsepolitisk satsning for å styrke og utvikle tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Det overordnede målet var ”*fremme selvstendighet og evne til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser*” (Brofoss, Larsen & Friis 2009, s. 9). Opptrappingsplanen skulle dekke flere sentrale temaområder, blant annet: økt vekt på forebygging av psykiske lidelser, økt vekt på brukerperspektiv (Brofoss et al. 2009).

Opptrappingsplanen understreker viktigheten av pårørendes rolle og medvirkning i det psykiatriske behandlingsopplegget av et familiemedlem. I mange tilfeller må

pårørende også regnes som brukere av tjenestene. Pårørendes erfaringer og innsikt kan ha stor verdi i et samarbeid. Pårørende kan være en viktig ressurs både for bruker og behandlingsapparatet (St.prp. nr. 63 1997-1998).

Helsedirektoratet (2008) beskriver behovet for å iverksette et systematisk arbeid ovenfor pårørende til mennesker med psykiske lidelser. Dette for bedre å kunne ivareta deres behov for støtte og avlastning. Det vektlegges at pårørende ofte har et omfattende ansvar, og ofte er pasientens sosiale nettverk og deres nærmeste støttespiller noe det må tas hensyn til. Omsorgspersoner blir ofte glemt av det offentlige tjenesteapparatet, og mange pårørende forteller om negative erfaringer med hjelpeapparatet. Det er også beskrevet at samarbeidet med brukerne og brukerorganisasjonene må bli styrket.

IS – 1349 Rapport – *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser.*

Målet med denne tiltaksplanen er å støtte pårørende og hindre unødvendig belastninger og sykdom. Ta i bruk pårørendes kunnskap og erfaringer gjennom å endre praksis og legge til rette for pårørendes deltakelse i behandlingen (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

Pårørendes medvirkning i behandlingen av psykisk syke må systematiseres, slik at det ikke er tilfeldigheter som avgjør samarbeidet (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

IS – 1512 Veileder – *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester* (Helsedirektoratet 2008). Denne veilederen er en oppfølging av Helsedirektoratets "*Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006 - 2008*" (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Veilederen sitt formål er å sikre at pårørende til mennesker med psykiske vansker får nødvendig informasjon, støtte, avlastning og at deres kunnskap og erfaringer anerkjennes og benyttes i pasientbehandlingen (Helsedirektoratet 2008).

I Helsepersonelloven (1999, kapittel 5) står det at å informere pårørende er ett av helsepersonells ansvarsområder. Helsepersonell har ansvar for å gi både generell og spesifikk informasjon til pårørende. Generell informasjon kan være lidelsens årsak, symptomer, prognose, behandlingsmetoder, og hvor de kan innhente ytterligere informasjon. Spesifikk informasjon er om pasientens lidelse, og informasjon til

pårørende avhenger av pasientens samtykke eller andre lovregulerte unntak fra helsepersonellens taushetsplikt.

Pasientrettighetsloven § 1-3 b)

pasientens pårørende: den pasienten oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge: ektefelle, registrert partner, personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten, myndige barn, foreldre eller andre med foreldreansvaret, myndige søsken, besteforeldre, andre familiemedlemmer som står pasienten nær, verge eller hjelpeverge (Pasientrettighetsloven 1999).

Helsepersonelloven § 10a *Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*. 19. juni 2009 vedtok stortinget endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet 2010). Denne endringen skulle sikre at helsepersonell var i stand til å identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindreårige barn som pårørende har når foreldre er alvorlig syke. Endringen trådte i kraft 1. januar 2010. Formålet med endringen er å sikre at barn blir fanget opp tidlig, slik at foreldre og barn i større grad kan mestre situasjonen når en av foreldrene blir alvorlig syk. Formålet er å forebygge eventuelle problemer hos foreldre og barn. Bestemmelsen gjelder for helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten, samt private helsetjenester.

For at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende har Stortinget vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25 tredje ledd. Denne bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende instanser. Opplysningene kan gis når det er nødvendig for å ivareta behovene for pasientens barn, og hvis pasienten ikke motsetter seg dette. Det er også vedtatt en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Bestemmelsen pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha barneansvarlig personell. Barneansvarlige skal ha nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av barn som pårørende (Helsedirektoratet 2010).

Psykiske plager, lidelser eller sykdom internasjonalt og nasjonalt

Clench-Aas, J., M. Rognerud & O. S. Dalgard (2009) har i sin tilstandsrapport tatt utgangspunkt i WHO's definisjoner av begrepene psykisk helse, psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser eller sykdommer. WHO's definisjon av psykisk helse:

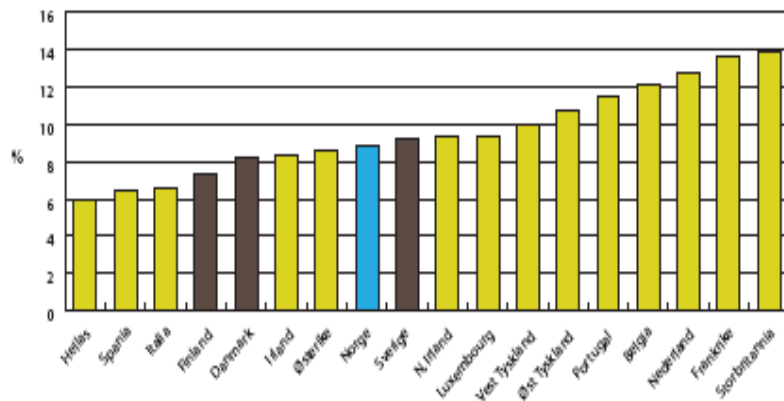
a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses and life, can work productively and fruitfully, and is able to make contribution to his or her community (Clench-Aas et al. 2009, s. 11).

Psykisk helse brukes ofte som et samlebegrep som kan deles inn i psykisk velvære, psykiske plager og psykiske lidelser eller sykdommer (Mathiesen 2007). Psykisk velvære blir referert til tilfredshet, mening og lykke. Psykiske plager blir referert til forekomst av symptomer som er vanlig med henhold til angst og depresjon, men som ikke er diagnostiske. Psykiske lidelser eller sykdommer er tilstander hvor det kan stilles en sykdomsdiagnose (Myklestad, Rognerud & Johansen 2008).

Internasjonale sammenligninger

I følge folkehelseinstituttet rapport 2009:6 er det ikke alltid at data vedrørende folks helse og sykdom kan sammenlignes på tvers av landegrenser. Bakgrunnen er at det benyttes ulike diagnosemaler og målemetoder i de ulike land. Folkehelseinstituttet presenterer noen internasjonale data som er vurdert til å være tilstrekkelig pålitelige til at det kan gjøres noen grove sammenligninger. Tallene i Norge er hentet fra levekårsundersøkelsen 2005 som er en landsrepresentativ utvalgsundersøkelse av ca. 10 000 personer over 15 år. Resultatene vedrørende psykisk helse i Norge kommer i hovedsak fra et postalt tillegg med en svarprosent på 57 % (Clench-Aas et al. 2009).

I figur 1 gjengis andelen som har søkt hjelp i helsetjenesten for psykiske problemer siste 12 måneder, uansett nivå av psykiske plager. Tallene er hentet fra funn i Levekårsundersøkelsen 2005. Tallene er basert på selvrapportering. Det samme gjelder tallene for Europa, så det antas de er sammenlignbare.



Figur 1 Andel (%) blant hele befolkningen som har søkt hjelp fra helsetjenesten for psykiske problemer siste 12 måneder i helsetjenesten, uansett nivå av psykiske plager, etter land (Kilde: Clench-Aas et al. 2009, s. 62).

I følge undersøkelser gjort i land i Europa tyder det på at psykiske plager er mer utbredt i flere andre europeiske land, enn i Norge. Tabell 3 viser en oversikt over andre europeiske land sammenliknet med Norge.

Tabell 3. Andel med "mye psykiske plager" etter land og alder

Land	15-25	26-44	45-64	65+ år	Totalt	p
Belgia	13,8	18,8	23,1	18,1	19,1	0,095
Danmark	18,9	13,7	17,9	15,6	16,2	0,417
Vest-Tyskland	17,4	15,5	20,2	28,4	20,1	0,003
Hellas	16,3	20,4	25,4	33,3	23,5	0,001
Italia	26,9	29,0	32,6	31,5	30,2	0,562
Spania	12,0	14,2	22,3	25,0	17,6	0,001
Frankrike	19,1	24,1	30,7	30,3	25,9	0,020
Irland	6,8	15,4	21,4	19,1	15,7	0,000
Nord-Irland	23,2	0,0	18,8	34,4	23,5	0,664
Luxembourg	15,3	18,9	21,3	16,8	18,7	0,619
Nederland	11,4	12,7	16,6	13,0	13,9	0,308
NORGE*	11,2	6,6	7,2	4,9	7,2	0,000
Portugal	14,9	16,9	41,3	49,7	29,8	0,000
Storbritannia	26,4	33,1	35,1	27,5	31,5	0,157
Øst-Tyskland	19,0	23,1	22,5	27,6	23,4	0,299
Finland	8,2	8,1	11,0	9,1	9,3	0,595
Sverige	17,3	15,7	10,6	7,2	12,4	0,006
Østerrike	12,8	16,4	22,0	28,9	20,5	0,001
Totalt	18,3	21,7	26,2	27,2	23,4	0,000

(Kilde: Clench-Aas et al. 2009, s. 58)

I Norge går hyppighet av psykiske plager ned med økende aldrer, mens den i enkelte andre land går hyppighet av psykiske plager opp med økende alder. Clench-Aas et al. (2009): *”Et usikkerhetselement her er, imidlertid, et selektivt frafall av de med mest psykiske plager blant de eldste, fordi disse er på institusjon”* (Clench-Aas et al. 2009, s. 57). Det var bare hjemmeboende som var med i den norske undersøkelse, og hvorvidt dette slår forskjellig ut i ulike land er uvisst.

Nasjonale forhold

Ved inngangen av 2010 var det 4,9 millioner innbyggere i Norge. Når det gjelder voksne mennesker i yrkesaktiv alder var det cirka 2,7 millioner i alderen 25-66 år. Cirka 1,5 millioner var barn og unge under 25 år (Folkehelseinstituttet 2010).

Noen psykiske lidelser kan anses å være folkesykdommer og er svært utbredt. Norske studier har vist at det er forskjell på by og land med henhold til forekomst av psykiske lidelser. Studiene viser at forekomsten av psykiske lidelser er dobbelt så hyppig i Oslo som i Sogn og Fjordane (Kringlen et al. 2001; Kringlen et al. 2006 gjengitt i Folkehelseinstituttet 2010). En tredjedel av den norske befolkning vil i løpet av et år få en psykisk lidelse. I løpet av livet vil halvparten av disse bli rammet av en psykisk lidelse flere ganger. Mange av de psykiske lidelsene er kroniske med gode og dårlige perioder. Dette er perioder med spontan bedring som avløses av tilbakefall. Psykiske lidelser oppstår ofte i ung alder, men debuterer for alvor først etter puberteten. Det er enkelte lidelser som diagnostiseres allerede i barneårene (Folkehelseinstituttet 2010).

Psykiske problemer viser seg forskjellig hos gutter og jenter. Barn har andre typer plager enn ungdom. Forekomsten av psykiske lidelser er omtrent like stor hos gutter som hos jenter frem til seks års alder, etter seksårsalderen endrer det seg. To tredjedeler av dem som har en psykisk diagnose mellom seks og tolv år er gutter. Her er konsentrasjonsvansker, ADHD³ og adferdsforstyrrelser de vanligste lidelsene. Etter 12 års alder er to av tre med psykiske lidelser jenter. Angst og depresjon er først og fremst det jentene sliter med. I behandlingsapparatet finner en også de samme kjønnsforskjellene. De som får psykiatrisk behandling i alderen under 12 år er to av tre gutter, og etter 12 år er to av tre jenter (Folkehelseinstituttet 2010).

³ Attention Deficit Hyperactivity Disorder

I en undersøkelse gjort i Østfold og Hedemark var det blant 15-16 åringer hele 13-15 prosent av guttene og 31-35 prosent av jentene som har hatt symptomer på angst og depresjon (Wangberg et al. 2009; Hesselberg et al. 2010 gjengitt i Folkehelseinstituttet 2010). De høye forekomsttallene fra undersøkelsene vedrørende ungdom i den senere tid kan ha sin årsak i at terskelen for å krysse av på slike spørsmål eller fortelle om sine personlige følelser er blitt lavere enn tidligere. Ungdom søker i liten grad hjelp for plager som angst og depresjon. Blant de ti prosentene som har mest plager er det kun én av fire ungdommer som søker hjelp (Folkehelseinstituttet 2010).

I følge folkehelseinstituttet (2010) gir psykiske lidelser følger for deltagelse i arbeidslivet. I 2008 skyltes 13,7 prosent av legemeldte sykemeldinger psykiske lidelser. Først og fremst var dette angst, depresjon og fravær relatert til alkohol. Psykiske lidelser er ofte underrapportert som årsak til sykemeldinger så den reelle andel kan være høyere. Psykiske lidelser medfører flere tapte arbeidsår enn noen annen sykdomsgruppe. Tabellen 4. nedenfor viser uførepensjon og tapte arbeidsår i perioden 2000 - 2003 for psykiske lidelser sammenliknet med andre sykdommer.

Tabell 4 Uførepensjon og tapte arbeidsår etter diagnose. Tabell basert på innvilgelse i 2000 til 2003. Forutsatt pensjonsalder 67 år

Diagnose	Antall personer	Andel av alle uførepensjons - tilfeller (prosent)	Sum tapte arbeids- år i perioden 2000 – 2003	Gjennomsnitt tapte arbeidsår per individ
Svulster	5703	4,1	16 722	11,7
Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	33 180	23,8	174 205	21,0
Sykdommer i nervesystemet	7967	5,7	37 129	18,6
Sykdommer i sirkulasjonssystemet	13 474	9,7	31 962	9,5
Sykdommer i ånderettssystemet	4314	3,1	11 831	11,0
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev	50 074	36,0	151 223	12,1
Skader, forgiftninger og liknende	5593	4,0	22 446	16,1
Andre sykdommer og lidelser	18 951	13,6	70 446	14,9

(Kilde: Folkehelseinstituttet 2010, s. 98)

I følge Mykletun, A. & A. K. Knudsen (2009) er de vanligste lidelsene angst, depresjon, søvnvansker og rusrelaterte lidelser. Dette representerer et stort samfunnsproblem i Norge. I den norske befolkning vil cirka en fjerdedel få en angstlidelse i løpet av livet. I halvparten av tilfellene oppstår symptomene på angstlidelse allerede før 11 års alder. Cirka hver femte nordmann vil få en depresjon i løpet av livet, og cirka halvparten av disse får første sykdomsperiode før 30 års alder. Det er cirka én av ti nordmenn som får problemer med alkohol/stoffmisbruk eller -avhengighet i løpet av livet. Problemene starter i gjennomsnitt ved 20 års alderen (Folkehelseinstituttet 2010).

Kvinner får generelt oftere psykiske lidelser enn menn. Spesielt gjelder det angst og depresjon. Forekomsten av ruslidelser er hyppigere blant menn enn hos kvinner. I de senere årene har alkoholforbruket økt mer hos kvinner enn hos menn. Spesielt er drikkevanene hos yngre kvinner endret de senere år, noe som kan føre til at kvinner utvikler alkoholrelaterte sykdommer og skader i fremtiden. Misbruk av vanedannende legemidler er et økende problem både hos menn og kvinner (Folkehelseinstituttet 2010). Rusrelaterte lidelser opptrer i sammenheng med bruk av psykoaktive stoffer. Type rusmiddel og følgetilstander (for eksempel misbruk, avhengighet, abstinens, delir og psykose) definerer lidelsen. Alkohol er både det hyppigst brukte rusmiddel i Norge og fremkaller flest rusrelaterte lidelser i løpet av livet. Gjennomsnittlig debutalder på rusrelaterte lidelser er 20 år.

I Norge er det påvist at angst, depresjon og ulike psykiatriske diagnoser forekommer hyppigst hos mennesker med lav utdanning. Tilsvarende gjelder for psykiske plager som ikke er så alvorlige at de klassifiseres som sykdom. Det og ikke lenger delta i arbeidslivet, på grunn av arbeidsledighet, utstøtning eller uføretrygd, har sannsynlig en betydning for de nevnte sosiale helseforskjellene. Mennesker som er i arbeid, har en vesentlig bedre utvikling helsemessig enn de som av en eller annen grunn "faller" ut av arbeidslivet (Folkehelseinstituttet 2010).

Cirka en av ti nordmenn har en personlighetsforstyrrelse. Denne lidelsen kjennetegnes ved at personen har utviklet rigide personlighetstrekk og atferdsmønstre, som medfører personlige problemer og sosiale vanskeligheter. Samspill med andre kan ofte være konfliktfylt og avvike fra normalatferd i en gitt kultur. Det finnes flere typer

personlighetsforstyrrelser, og de mest vanlige er engstelig/unnvikende – og tvangspregt personlighetsforstyrrelse. Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er en mer alvorlig lidelse og sjeldnere (Torgersen, Kringlen & Cramer 2001).

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Det forebyggende helsearbeid er både et praktisk og et resultatorientert arbeid som bygger på innsikt og erfaringer fra ulike fagområder. Det forebyggende helsearbeidet har et bredt spekter av metoder og tiltak. En kan for eksempel skille mellom forebyggende tiltak ut fra målgruppe, målsetting, teoretisk forankring, påvirkningsmetode, arena eller hvem som tar del i det. I følge Mæland (2005) kan dette fremstilles i en enkel formel:

Forebyggende helsearbeid = Helsevern + Helseopplysninger + Politikk for helse

Disse begrepene må forstås vidt og de er heller ikke klart adskilt fra hverandre.

Helsevern omfatter alle tiltak som tar sikte på å beskytte mennesker mot helsetrusler, som for eksempel vaksinasjon. Alle former for kommunikasjon betegner *helseopplysninger*. Dette fra konkrete anbefalinger til åpne diskusjoner om helseverdi. Samfunnsmessige beslutninger som omhandler det som kan fremme folkehelsen omfattes av begrepet *politikk for helse* (Mæland 2005).

Forskningen innen forebyggende helsearbeid har i tillegg et annet siktemål som skal bidra til at sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid utføres på en bedre måte.

Forebyggende helsearbeid handler om å forebygge sykdom og fremme helse WHO's målsetting ligger til grunn for det helsefremmende arbeid. Mæland (2005) beskriver målsettingen som ambisiøs og i en viss utstrekning urealistisk og nevner blant annet:

Å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling, å styrke befolkningens motstandskraft mot helsetruende forhold, å stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, å bidra til at folks livskvalitet blir best mulig (s. 14).

For å kunne oppnå denne målsetningen er det nødvendig med både forebyggende og helsefremmende tilnærming. Det kan se ut til at den mest effektive måten å forebygge ulike sykdommer og helseproblemer vil være det helsefremmende arbeidet. På den

annen side vil det å forebygge sykdom være en implisitt del av det helsefremmende arbeidet. Dette fordi sykdom svekker helsen både hos enkeltindividet og i befolkningen, og fordi sykdom skaper helsemessige ulikheter. Ut fra dette vil det være viktig og ikke ser på sykdomsforebygging og helsefremmende arbeid som motsetninger, men betrakte de som komplementære tilnærminger innen det forebyggende helsearbeidet.

Det helsefremmende arbeid som bygger på folks medvirkning i egen helse, settes ofte opp mot det sykdomsforebyggende arbeid som har vært hovedfokus innen forebyggende medisin og hygiene. Ideologisk sett representerer de ulike tradisjoner med ulikt vitenskapsteoretisk grunnlag. En oversikt over de prinsipielle forskjellene på begrepene sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid presenteres i tabell 5.

Tabell 5. Sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid – prinsipielle forskjeller

	Sykdomsforebygging	Helsefremmende arbeid
Teoretisk modell	Biomedisinsk sykdomsmodell	Sosial helsemodell
Fokus på	Risikofaktorer for sykdom	Ressurser for helse
Vitenskapelig grunnlag	Naturvitenskaplig	Samfunnsvitenskaplig
Styringsmodell	Teknokratisk	Demokratisk
Hovedstrategi	Teoribasert påvirkning	Erfaringsbasert medvirkning

(Kilde: Mæland 2005, s. 14)

I følge Mæland har kritikken av fokuset på det sykdomsforebyggende arbeid medført at de to tradisjonene utfyller hverandre. Dette innebærer at for å bekjempe de store folkehelseproblemer kreves folkets deltakelse og den profesjonelle kompetanse. Mæland definerer ved dette begrepet forebyggende helsearbeid til å favne både forebyggene og helsefremmende arbeid (Mæland 2005).

Helsefremmende arbeid: *”Proessen som setter den enkelte så vel som fellesskapet i stand til økt kontroll over forhold som virker inn på helsen, og derigjennom bedre sin egen helse”* (Mæland 2005, s. 16).

I følge Svedberg (2006) bør forutsetningene for helsefremmende arbeid bygge på gjensidig tillit og godt samarbeid. Det vil si at pasientens delaktighet og innflytelse styrkes, og at pasientens helseprosess fremmes slik at personens verdighet bevares. Helsefremmende arbeid er en grunnleggende tilnærming, og ikke en avgrenset ”metode”. Helsefremmende psykiatrisk sykepleie innebærer å se hvert enkelt individs muligheter for vekst og utvikling i sitt sosiale nettverk. Hedelin (2009) skriver at det sentrale i det kliniske arbeidet må være å fokusere på personens ressurser og muligheter. Hvis tyngdepunktet kun går på å behandle og lindre sykdom vil det være en risiko for at begrensninger og hindringer kommer i fokus. Det som kjennetegner psykiatriske sykepleiers profesjon er det grunnleggende sykepleieperspektivet sammen med en omfattende kunnskap innenfor psykiatri. Hun oppsummerer sin artikkel slik:

... omvårdnadens oppgift är att bekräfta och handla utifrån människors individuella och komplexa behov av stöd och vägledning i en svår livssituation och att lägga tonvikten på hälsa i stället för på sjukdom (Hedelin 2009, s. 169).

En av de viktigste helsefremmende faktorene er at mennesket opplever livet som meningsfylt. Antonovsky har formulert en definisjon på *opplevelsen av sammenheng* (sense of coherence). Denne definisjonen har fått stor betydning for tenkning og praksis med henhold til helsefremmende arbeid:

The sense of coherence is a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected (Antonovsky 1979, s. 123).

Å leve i en familie med psykisk lidelse

Ordet familie stammer fra det latinske *familia*, og i følge romerne var det betegnelsen på en husstand, hvor alle de som bodde sammen hørte til samme familie. Familien er svært forskjellig fra alle andre systemer, men den har vært og er i kontinuerlig forandring.

En definisjon som understreker de strukturelle perspektivene på familie er: ”En familie er to eller flere individer som er forbundet gjennom blod, ekteskap eller adopsjon og

som bor sammen og inngår i samme husholdning” (Ross et al. 1990, s. 1059 gjengitt i Smeby 2001, s. 23).

Personer med psykiske lidelser og deres familieliv er lite tematisert i forskning (Halsa 2008). Forskning frem til nå gir grunnlag for å si at det ikke er foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets utvikling, men om foreldrenes atferd er hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling. Psykisk lidelse kan øke risikoen for at det utvikles og opprettholdes uheldig foreldreatferd (Johnson, Cohen, Kasen, Smailes & Brook 2001; Berg-Nielsen, Vikan & Dahl 2002). I tillegg kan dette føre til et negativt emosjonelt klima mellom foreldrene, samt mellom foreldre og barn (Quinton & Rutter 1984). Barnets utvikling og måten de klarer seg på vil ha en innvirkning på foreldrenes psykiske helse (Maccoby 2000). Grøsfjeld (2004) hevder på bakgrunn av tidligere forskning at atferd er mulig å endre, og at veiledning til foreldre om deres daglige atferd som foreldre kan bidra til denne endringen. Barn som klarer seg bra til tross for foreldrenes psykiske lidelse har som regel hatt en annen voksen å forholde seg til. Dette kan være den andre forelderen, eller en annen voksenperson utenfor familien.. En undersøkelse Wang & Goldschmidt (1996) utførte konkluderte med at de fleste foreldre ønsker at behandler skal snakke med dem om barna.

Det har siden midten av 50-tallet blitt gjennomført en mengde studier om hvordan familien påvirkes av at et medlem er psykisk syk (Engmark, Holte & Alfstadsæther 2006). Pårørende befinner seg ofte i en todelt situasjon. På den ene siden skal de være en støtte for den som er syk, både i behandlingssammenheng og i dagliglivet. På den andre siden trenger også pårørende og nærpå personer å få støtte (Bøckmann & Kjellevold 2010).

Når et familiemedlem blir rammet av alvorlig sykdom har de som står nær personen behov for informasjon, veiledning og konkrete råd. Mange pårørende opplever denne situasjonen ofte som kaotisk og uhandterlig hvor de kan føle seg hjelpeløse (Bøckmann & Kjellevold 2010).

Pårørende til mennesker med langvarige lidelser møter mange utfordringer. De sliter med sårede følelser, skyldfølelse, stor usikkerhet, og utsettes for omfattende stress og store følelsesmessige belastninger (Smeby 1998; Baronet 1999; Saunders 2003). Ofte opplever pårørende at de, på grunn av sin spesielle livssituasjon, får et begrenset sosialt

liv, noe som også gjør at de blir mer alene og ensomme med sine tanker og utfordringer. For mange kan dette igjen få konsekvenser i form av både psykiske og fysiske problemer. Noen typiske kjennetegn kan være en opplevelse av angst, følelsesmessig stress og å ha lite tid og rom til egne behov. Pårørende kan også oppleve isolasjon og tap av nettverk. Mange har en følelse av alltid å være på vakt og aldri kunne hvile eller slappe helt av. Det vil derfor være viktig å informere om at dette er vanlige reaksjoner hos pårørende, og imøtekomme behovene de har, samt gi råd og veiledning om hvordan de best kan ivareta egen helse (Bøckmann & Kjellevold 2010).

Pårørendes misnøye med psykisk helsevern er omfattende dokumentert. Det som er fremtredende er mangel på informasjon, råd og støtte. Videre opplever pårørende å bli ignorert, tilsidesatt og holdt utenfor pasientens behandlingsopplegg, og helsepersonelle oppfattes som lite tilgjengelig for dem (Engmark et al. 2006).

Forskning om barn av psykisk syke foreldre startet i begynnelsen av 1970 årene (Rutter & Quinton 1984), men det er først det siste ti - året at barna av psykisk syke er blitt mer synlig. Disse barna har i flere studier blitt kalt de ”usynlige barna” (Holm, Møller & Perl 1998; Mevik & Trymbo 2002; Glistrup 2004). Være barn av psykisk syk mor eller far er ofte forbundet med skyldfølelse og flauhet. Psykisk lidelse er fremdeles et tabubelagt emne i samfunnet både i skolen, blant venner og i familien. Mangelen på informasjon og kunnskap fra det offentlige til familiene er med på å bidra til at tema fremdeles er tabubelagt. Dette får flere konsekvenser for barna. Barna får ikke mulighet eller anledning til å snakke om det de lurte på, og blir ikke fortalt hva som er galt med mor eller far. Tabuet bidrar også til at barna ikke får ventilert følelser som sinne, redsel og utrygghet. Barn velger ofte å distansere seg fra temaer som det ikke snakkes om. Når noe blir tabubelagt betyr det at det gjøres usynlig og derved ugyldig, og det knyttes skam til det (Halsa 2008). Hvis foreldre på sikt prøver å snakke med barna, opplever foreldre at barna ikke er mottakelige. Dette bidrar til at foreldrene blir usikre og de velger og ikke snakke om det (Mevik & Trymbo 2002).

Dundas og Wormnes kommer med en oppfordring: ”Snakk med barna før det går så langt at de ikke vil snakke” (Dundas & Wormnes 1992, s. 17, gjengitt i Mevik & Trymbo 2002, s. 13).

Flere studier (Granath 1995; Wang & Goldschmidt 1996; Holm et al. 1998; Beardslee 2002; Vik, Rabbe & Rirud 2002) viser at relasjonen og samhandlingen i disse familier blir berørt. Barn til psykisk syke har en større risiko enn andre barn for å utvikle følelsesmessige problemer, atferds- og utviklingsforstyrrelser, samt psykiske og somatiske sykdommer. I tillegg har de en øket risiko for å få nedsatt selvfølelse og minsket tiltro til egne ressurser (Skerfving 1996).

Det er en samlet enighet om at foreldres psykiske lidelse og/eller rusmisbruk ikke sjelden blir barnas byrder og senere også barnas sykdom (Beardslee, Versage & Gidstone 1998; Killén 2000; Glistrup 2006). Det er allikevel viktig å påpeke at det faktisk er mange barn som greier seg bra på tross av foreldrenes psykiske lidelse og/eller rusmisbruk. Det er flere studier som har forsøkt å kartlegge faktorer og mekanismer som bidrar til at barn greier seg bra selv om de er utsatt for en del risikofaktorer. Det som kan beskytte barn mot risiko er en kombinasjon av forhold knyttet til egenskaper ved barnet, som for eksempel selvtillit og godt selvbilde, og barns evne til å løse problemer og sosial støtte.

Killén (2000) beskriver om forelderfunksjoner som er sentrale for et ”godt nok” forelderskap og ”nok omsorg”. Dette kan også omfatte andre omsorgspersoner enn foreldrene.

De barna som utvikler seg og trives, som vet hva de føler, som er i stand til å gi uttrykk for det de føler og opplever og får aksept på det, enten de er glad, redde eller sinte, og som er i stand til å bruke de ressurser de har, får ”godt nok” omsorg (Killén 2000, s. 33).

Forelderfunksjonene er knyttet til omsorgspersonenes evne til å se barnet som det er. Videre er det viktig å engasjere seg følelsesmessig i barnet. Funksjonene omhandler også evne til empati, samt det å ha realistiske forventninger i forhold til barnets mestringsevne. Hva som er ”godt nok” omsorg kan defineres på flere måter. Killén har beskrevet det slik:

Et ”godt nok” foreldreskap innebærer at den fysiske og følelsesmessige omsorgen står i forhold til de behov barnet signaliserer, ikke i forhold til de voksnes behov. ”Godt nok” foreldreskap handler om aksept av barnet som det er (Killén 2000, s. 32).

Problempresisering

Psykiatriske sykepleiere har fremdeles store utfordringer innen psykisk helsearbeid. Målet med de nasjonale lover, retningslinjer og føringer er å skape et helhetlig behandlingstilbud. Pasientens sosiale nettverk og familie i behandlingsoppfølgingen skal stå sentralt. Dette medfører en endring fra det individorienterte behandlingsperspektiv til et mer systemorientert perspektiv. Behandlingen av personer med en psykisk lidelse skal etter omleggingen av psykiatrien i størst mulig grad foregå nær pasientens bosted. Dette fører til at pasienten har kortere liggetid i institusjon med tilbakeføring til sin kommune hvor videre oppfølging skal ivaretas. Det vil da være av stor betydning at pårørende (voksne og barn) involveres i behandlingen av pasienten. Pårørende vil ha behov for informasjon og veiledning om lidelsen og hvordan den arter seg. Barn av foreldre med en psykisk lidelse er i utgangspunktet friske barn, men de trenger støtte og/eller hjelpetiltak for å forebygge at de senere i livet ikke skal utvikle en psykisk lidelse.

I Norge er det de senere årene igangsatt mange forebyggende tiltak i form av gruppetilbud (samtalegrupper) for pårørende (voksne eller barn) (Halsa & Aubert 2009a). Forfatterne fant få forskningsstudier som beskriver hvordan pårørende har opplevd å delta i disse gruppene. Studier av parallelle grupper for foreldre og deres barn, hvorav en forelder hadde en psykisk lidelse ble ikke funnet.

Av dette utledes studiens problemstilling:

Erfaringer med parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn som lever med psykisk lidelse hos en av foreldrene.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å beskrive foreldre og barns oppfatninger og erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse.

Dette leder til forskningsspørsmålene:

1. Hvordan oppfatter og erfarer foreldre å delta i gruppesamlinger sammen med andre foreldre hvorav en har en psykisk lidelse?
2. Hvordan oppfatter og erfarer barn med en psykisk syk forelder å delta i gruppesamlinger sammen med andre barn uten at foreldrene er med?

METODE

Studiens kontekst

Høsten 2009 ble det etablert et samarbeidsprosjekt mellom et helseforetak, tre omliggende kommuner, Barnas Stasjon og Mental Helse. Samarbeidsprosjektet fikk navnet ”BAPS – foreldre”⁴. Det skulle settes i gang parallelle gruppesamlinger for foreldre og deres barn, hvorav en av foreldrene hadde en psykisk lidelse. Parallelle gruppesamlinger innebar at foreldre og barn var på samme sted til samme tid, men i hver sine samtalegrupper. Det var to faglige ledere for hver av de to samtalegruppene. Det var planlagt 10 gruppesamlinger, en samling per uke med varighet på 1 ½ time. Temaene i gruppesamlingene var bestemt på forhånd. Eksempler på temaer var: kunnskap om psykisk lidelse og dens virkning på familien, opplevelse av skyld, skam og ansvar. Foreldre og barn hadde de samme temaene i sine gruppesamlinger. Rekrutteringen av foreldre og deres barn ble foretatt av de ansvarlige i BAPS – foreldre prosjektet. Det skulle i alt rekrutteres 18 personer, seks foreldre par og seks barn. Deltakere i BAPS – foreldre prosjektet ble fire foreldrepar, to enslige foreldre og seks barn. Etter andre samling uteble to enslige foreldre og deres to barn. Prosjektet hadde oppstart i januar 2010. Det ble gjennomført åtte gruppesamlinger, med en samling i uka frem til påske.

Inklusjonskriteriene for deltakelse i BABS - foreldre for de voksne var: at en av foreldrene har eller har hatt psykiske vansker og vært i kontakt med voksenpsykiatrien, enten ved å ha vært innlagt ved en psykiatrisk avdeling eller blitt fulgt opp på DPS nivå. Den andre omsorgspersonen skulle være den som ivaretok barnet når mor eller far ikke var i stand til det (dette kunne være den andre forelderens, en venninne/venn, nabo, besteforeldre eller annen slektning). Videre var kriteriene at de forsto og snakket norsk og hadde samtykkekompetanse.

Inklusjonskriteriene for deltakelse i BABS - foreldre for barna var at en av foreldrene har eller har hatt psykiske vansker. Barnas alder skulle være mellom 9 – 11 år. Videre måtte barna forstå og snakke norsk og ha kognitive ressurser som tilsvarte alderstrinnet.

⁴ Barn Av Psykisk Syke - foreldre

Design

Kvalitativ metode benyttes når hensikten er å forstå menneskelige opplevelser, erfaringer og holdninger (Nortvedt 2007; Polit & Beck 2008). En kvalitativ eksplorativ deskriptiv design med fenomenografisk tilnærming og kvalitativ innholdsanalyse er benyttet i denne studien. Forfatterne har benyttet fenomenografisk tilnærming i kvalitative forskningsintervju for innsamlingen av data i parintervjuene med foreldrene og fokusgruppeintervju med barna. I dataanalysen er det benyttet fenomenografisk analyse av parintervjuene og kvalitativ innholdsanalyse av fokusgruppeintervjuene.

Fenomenografi

Fenomenografisk tilnærming benyttes når en er ute etter å beskrive bredde og variasjon i oppfatninger av et fenomen (Marton & Booth 1997). Fenomenografien er en induktiv tilnærming (Kroksmark 1987), det vil si at problemstillingen ikke går ut fra presise oppfatninger av et fenomen rent teoretisk. Denne tilnærmingen benyttes når en forsker innenfor et felt som er lite utforsket eller at fenomenet er lite beskrevet (Halvorsen 2008).

Ordet fenomenografi er sammensatt av fenomeno (-n) og grafi. Fenomenon kommer fra det greske substantivet phainomenon og betyr *det som viser seg*, og grafi kan oversettes med å *beskrive i ord eller bilder*. Når en setter disse to delene sammen vil fenomenografi bety *beskriver det som viser seg* (Alexanderson 1994). Fenomenografien skiller mellom noe som kan observeres utenfra, det vil si hvordan en konstaterer at *noe er* (første ordensperspektiv), og hvordan *noe oppfattes å være* (andre ordensperspektiv). I fenomenografien beskrives fenomener fra andre ordensperspektiv. Når en inntar et andre ordensperspektiv er det måten å erfare verden, fenomenene og situasjonene, som blir formålet for forskning (Marton & Booth 1997).

Fenomenografien har som mål å beskrive hvordan fenomenet i omverdenen oppfattes å være av mennesker (ibid).

Den fenomenografiske forskningstilnærmingen ble utviklet av en gruppe forskere ved Pedagogiske Institusjon ved Göteborgs universitet i begynnelsen på 1970 tallet (Alexanderson 1994). Tilnærmingen er beskrevet av Marton som: ”*research which aims at description analysis and understanding of experiences (...) that is, research which is directed towards experiential description*” (Marton 1981, s. 177).

Observasjonen av at noen var bedre til å lære enn andre var utgangspunktet i fenomenografi. På bakgrunn av denne observasjonen ble det gjennomført empiriske studier hvor læring ble belyst gjennom å intervju studentene om hvordan de lærte.

Fenomenografien i seg selv er ikke en metode, selv om den er forknippa med en del metodiske elementer. Den er ikke heller en teori om erfaring, selv om det er mulig å härlede teoretiske elementer fra den. (...). Fenomenografi er snarere et s tt, en ansats for  t identifisere, formulere og hantere visse typer av forskningsfr gor, en spesialisering, som framfor alt oppm rksommer frågor som  r relevante for l rande og förståelse i en pedagogisk miljø (Marton & Booth 1997, s. 147).

Fenomenografien interesserer seg for menneskers oppfatninger av den levde verden. Oppfatning er det mest sentrale begrepet, gjennom at oppfatning peker ut det vitenskapelige nivå, og gir kunnskapen et spesielt og komplekst innhold (Kroksmark 1987). I et ofte sitert arbeid heter det:

Oppfatninger står ofte for det som  r underforstått, det som ikke behøver s gas eller som ikke kan s gas, ettersom det aldri varit f rem l for refleksjon. De utg r den referensrammen innen hvilken vi samler v re kunnskaper eller den grunn, på hvilken vi bygger v re resonem ng (Marton & Svensson 1978, s. 20 gjengitt i Kroksmark 1987, s. 228).

Hvordan innholdet i oppfatningen er strukturert, hvor tanken er rettet, blir omtalt som et *hva – aspekt*. I følge fenomenografien er *hva – aspektet* og *hvordan – aspektet* gjensidig avhengig av hverandre og bør ikke skilles. *Hva – aspektet* er en forutsetning for det innhold som ligger til grunn for oppfatningen, det vil si *hvordan – aspektet*. En må ha en oppfatning av hva en hendelse er f r en kan resonere om hvordan den er opplevd (Marton & Booth 1997).

De senere årene har fenomenografien utviklet seg og flere har beskrevet hvordan den kan benyttes innenfor sosial- og sykepleieforskning (Dahlgren & Fallsberg 1991; Barnard, McCosker & Gerber 1999; Lepp & Ringsberg 2002). Fenomenografien er viktig i helsefaglig forskning. Dette for at metoden frambringer ny kunnskap om hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell erfarer forskjellige fenomener (Lepp & Ringsberg 2002).

Kvalitativ innholdsanalyse

Kvalitativ innholdsanalyse benyttes når en ønsker å tilegne seg kunnskap og forståelse for fenomenet som studeres (Hsieh & Shannon 2005). Innholdsanalyse er en metode for å analysere skriftlige, muntlig eller visuell kommunikasjon (Cole 1988). Tidlig på 1900-tallet var metoden benyttet for å analysere for eksempel salmer, aviser, magasiner og annonser (Harwood & Garry 2003). Innholdsanalyse har i dag en tradisjon på å være benyttet som metode innen kommunikasjon, journalistikk, psykologi og næringsliv. Den er også kjent som en metode for å analysere dokumenter, som gir forskeren rom for å teste teoretiske spørsmål. Hensikten er å få en økt forståelse av datamaterialet (Cavanagh 1997).

Hensikten med metoden er å oppnå en bred beskrivelse av fenomenet (Krippendorff 1980; Downe-Wamboldt 1992; Sandelowski 1999). Analysen har som mål å finne begreper eller kategorier som beskriver fenomenet. Analysen tar hensyn til både det manifeste og det latente innhold i teksten. Det manifeste innhold omhandler det synlige og åpenbare i teksten. Det latente innhold omhandler det underliggende, og det som kan tolkes i teksten (Graneheim & Lundman 2004).

Metoden kan benyttes ved analyse av både kvalitative og kvantitative data, og kan være både induktiv og deduktiv. Det er formålet med studien som bestemmer hvilke design en velger. Når fenomenet er lite beskrevet, eller at kunnskapen er mangelfull er en induktiv tilnærming det som anbefales. Den beveger seg fra det spesifikke til det generelle (Elo & Kyngäs 2008).

Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitativt forskningsintervju har et faglig utgangspunkt, men er basert på den dagligdagse samtalen. Det er ikke en samtale mellom likeverdige deltakere. Dette fordi det er forskeren som definerer og kontrollerer intervjusituasjonen. En bestemt form for forskningsintervju er det semistrukturert intervjuet. Kvale (1997, s. 21) definerer det slik: *”et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene”*.

I fenomenografien er intervjuet utgangspunktet å få vite hvordan en person forestiller seg sin omverden, og oppfatter fenomenet (Marton & Booth 1997). Det fenomenografiske intervjuet er i utgangspunktet et semistrukturert intervju hvor det

innledes med et inngangsspørsmål som er bestemt på forhånd. Det skal være et åpent spørsmål som inviterer til flere svaralternativer. Deretter er det fenomenografiske intervjuet preget av en uformell samtale. Intervjuers oppgave er og nå frem til informantens intellektuelle, kroppslige og følelsemessige oppfattning av fenomenet (Kroksmark 1987). Dette kan gjøres ved å stille oppfølgingsspørsmål på det informanten forteller. Oppfølgingsspørsmålene må stilles slik at en får informanten til å gi et mer utfyllende svar på hvordan han/hun oppfatter fenomenet (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge 2009). Intervjuer kan komme med et spørsmål eller en kort respons som ja..., hm... eller et nikk. Hensikten med denne tilbakemeldingen er at intervjuer viser interesse for det som blir sagt, og ønsker mer informasjon (Thagaard 2009).

Formålet med kvalitativt forskningsintervju er å få informanten til å gå i dybden på det fenomenet forskeren ønsker informasjon om. I intervjusituasjonen er det intervjuer som er det viktigste redskapet, og kvaliteten på data som innhentes er avhengig av intervjuers kompetanse i intervjusituasjon. Det vil si kunnskap om hvordan gjennomføre et intervju, og evnen til følsomhet, empati og kunnskap om det som studeres (Kvale et al. 2009). Intervjuer må kunne skape en åpen, tillitsfull og fortrolig atmosfære. Dette forutsetter at intervjuer viser sympati og støtte. Intervjuer må finne en balanse mellom det å gi uttrykk for bekreftende og oppfordrende kommentarer i forhold til informantens utsagn. Et annet moment intervjuer må ta hensyn til er hvor intervjuet finner sted. Dette bør være et sted informanten føler seg trygg, og fri til å snakke om det som skal studeres. Det overordnede mål i intervjusituasjonen er at informantene føler at atmosfæren er fortrolig og tillitskapende (Thagaard 2009).

Fokusgruppeintervju

Sosiologen David Morgan har beskrevet fokusgruppens historiske utvikling fra ca. 1920 tallet. Fra 1920 – tallet benyttet samfunnsvitenskaplige forskere ulike former for gruppeintervjuer som metode (Wibeck 2000). Rett før andre verdenskrig fikk fokusgruppeintervju sitt store gjennombrudd. Merton og Lazarsfeld brukte fokusgruppeintervjuer for å belyse og evaluere propagandamaterialet for hjemmefronten. Evalueringen hadde som hensikt å skape treningsmanualer for troppene og undersøke sosiale fenomener som raseskille i troppene. I 1956 kom den første boken som har blitt en klassiker når det gjelder fokusgrupper ”*The Focused*

Interview”. På 1950-tallet fram til 1980-tallet ble fokusgruppeintervjuer nesten ensidig benyttet innenfor markedsføring. Innenfor samfunnsvitenskap ble det mer vanlig å benytte fokusgruppeintervjuer fra begynnelsen av 1980-tallet. Fokusgrupper blir i dag benyttet innenfor ulike disipliner så som sosiologi, media - og kommunikasjons - vitenskap, pedagogikk, folkehelsevitenskap, sosialmedisin og markedsføring (Wibeck 2000; Halkier 2010).

I fokusgruppeintervjuer er hensikten å innhente data basert på dialog knyttet til et tema som er bestemt på forhånd (Halvorsen 2008). Fokusgrupper handler ikke om å få frem generelle vurderinger, men å få frem personlige erfaringer ved å være involvert i det som studeres. Kjennetegnet på en fokusgruppe er kombinasjonen av gruppesamhandling og forskerstyrt emnefokus (Morgan 1997).

Samhandlingen mellom informantene i gruppen kan bidra til at informasjonen blir mer omfattende ved at glemte erfaringer aktiveres, eller når en ønsker å få frem latente holdninger og kollektive meninger. En kan dermed få informasjon som ellers kunne blitt holdt tilbake (Halvorsen 2008). Fokusgruppeintervju er velegnet og hensiktsmessig dersom fenomenet ikke er nok belyst, og en ønsker å fange opp menneskers forventninger, opplevelser og meninger om fenomenet (Hummelvoll 2003).

Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitative studier

I kvantitativ forskning benyttes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet, men en annen terminologi benyttes innen kvalitativ forskning. Begrepene som ofte benyttes er troverdighet, pålitelighet og overførbarhet (Malterud 2003; Polit & Beck 2008).

Troverdighet handler om hvorvidt studien er utført på en tillitsvekkende måte. Dette innebærer at forskeren gir en detaljert og nøyaktig beskrivelse av forskningsprosessen, og at prosessen kan vurderes trinn for trinn av en annen forsker. Valg av metode vil ha en betydning for troverdigheten. Dette med henblikk på om metoden gir svar på studiens hensikt. Redegjørelse for eget ståsted bidrar til å styrke studiens troverdighet (Alexanderson 1994; Thagaard 2009). En forutsetning for at studien skal være troverdig er at den er pålitelig (Kvale et al. 2009).

Pålitelighet er at forskeren foretar utvalg av informanter som kan gi nyanserte oppfatninger av fenomenet som skal beskrives (Koch & Vallgård 2007).

Påliteligheten ved bruk av intervju som datainnsamlingsmetode handler om intervjuers troverdighet, og kvaliteten på gjennomføring av intervjuet (Kvale et al. 2009).

Påliteligheten og troverdighet i datamaterialet styrkes ved at to forskere utfører transkribering av samme intervju, for så å sammenlikne de to transkriberte materialene. Det er en styrke at transkriberingen skjer rett i etterkant av intervjuet. Ved dette ivaretas den non – verbale kommunikasjonen, som nedtegnes i transkriberingen (Polit & Beck 2008; Kvale et al. 2009).

I fenomenografien og kvalitativ innholdsanalyse handler troverdighet og pålitelighet om gjennomføringen av analysen trinn for trinn, samt at resultatene representerer informantenes oppfatninger og erfaringer. Dette kan ivaretas ved at en annen forsker kan gjenkjenne og tilbakeføre resultatene til datamaterialet. Videre benyttes det sitater fra informantene i resultatfremstillingen. Dette har til hensikt å styrke studiens troverdighet og resultatenes pålitelighet (Alexanderson 1994; Graneheim & Lundman 2004). Kroksmark beskriver analyseprosessen i fenomenografien på følgende måte:

Fenomenografien ställer kravet på kategorisystemet att det skall kunna verifieras direkt i data och att det skall kunna kommuniceras. Vi kan likna fenomenografien med stigfinnaren som finner stigen, avbildar en karta så lik terrängen att varje efterföljare i uppfatningarnas urskog skall kunna kontrollera kartans överensstämmelse med verkligheten (Kroksmark 1987, s. 265).

Bruk av figurer og tabeller er med på å styrke troverdighet og pålitelighet. Dette ved å illustrere hvordan meningsenheter, kondenseringer og abstrahering av datamaterialet er gjennomført (Graneheim & Lundman 2004).

Overførbarhet i kvalitative studier er knyttet til hvorvidt kunnskapen som produseres i en spesifikk situasjon kan overføres til andre relevante situasjoner (Kvale et al. 2009). Overførbarheten styrkes ved en tydeliggjøring av studiens kontekst og demografiske data på informantene i utvalget. (Marton 1994; Graneheim & Lundman 2004).

Studiens gjennomføring

Utvalg

De åtte foreldrene og de fire barna som fullførte gruppesamlingene BAPS – foreldre var forespurt både skriftlig og muntlig om å delta i denne studien. En oversikt over demografiske data av familien blir presentert i tabell 6.

Tabell 6. Oversikt over demografiske data av familiene i studien

Utvalg	Familie 1	Familie 2	Familie 3	Familie 4
Kjønn og alder	Mann 34 år Kvinne 33 år	Mann 43 år Kvinne 42 år	Mann 38 år Kvinne 38 år	Mann 35 år Kvinne 34 år
Yrkesstatus	Mann, uføretrygdet Kvinne, AAP ⁵ søker jobb	Mann, sykemeldt på vei over i AAP Kvinne, i jobb	Mann, i jobb Kvinne, uføretrygdet	Mann, i jobb Kvinne, uføretrygdet
Sivilstatus	Samboer	Gift	Samboer	Kjæreste, bor noen ganger sammen
Bo situasjon	Felles bolig	Felles bolig	Felles bolig	Separate boliger, bor delvis sammen
Barn som bor hjemme hos foreldrene	Et barn og et barn på vei (graviditet)	Tre barn	Et barn	To barn
Barnas alder i par relasjonen	4 år og 10 år og et barn på vei (graviditet)	7 år, 12 år og 14 år	8 år, 15 år, 17 år og 19 år	7 år og 11 år
Barn som deltok i BAPS - foreldre	10 år, jente	12 år, jente	8 år, gutt	11 år, jente

Datainnsamlingsmetoder

Det ble i forkant av studien gjennomført to pilotintervjuer. Et parintervju med et foreldrepar og et fokusgruppeintervju med seks barn. Hensikt med pilotintervjuene var å teste inngangsspørsmålet og få trening i hvordan stille oppfølgingsspørsmål. Pilotintervjuene ga forfatterne noen svar på hvilke oppfølgingsspørsmål som var

⁵ Arbeids Avklarings Penger

hensiktsmessig og en innsikt i hvordan intervju foreldrepar og barn i alderen ni til elleve år. Intervjuer fikk en større grad av trygghet ved å ha gjennomført pilotintervjuene rett i forkant av intervjuene i denne studien.

Parintervju med foreldrene

I foreldregruppa ble det gjennomført to intervju av vært forelder par. Det første ble gjennomført etter fjerde gruppesamling, og det andre intervjuet etter siste gruppesamling. Ved ett parintervju møtte kun en av informantene, partner hadde legitimt forfall.

I første intervju fikk samtlige informanter følgende inngangsspørsmål: ”Hvilke oppfatninger og erfaringer har du/dere til å delta i gruppesamlingene?” I andre intervju var inngangsspørsmålet: ”Hvilke oppfatninger og erfaringer har du/dere hatt ved å delta i gruppesamlingene?” I det andre intervju ble utsagn fra første intervju fulgt opp.

I intervjuet stiltes oppfølgingsspørsmål med ønske om at informanten skulle utdype og/eller gi mer nyanserte svar eller bekrefte at intervjuer hadde forstått informanten riktig. Eksempler på oppfølgingsspørsmål som ble brukt i intervjuet var: ”Kan du si mer om...”, ”Hva mener du med det...”, ”Hvordan oppfattet du...” og ”Forstår jeg deg riktig når jeg oppfatter det ...”. Vider ble det stilt oppfølgingsspørsmål hvor informanten ble oppfordret til å gi konkrete eksempler og beskrive episoder på det han/hun fortalte.

Fire av parintervjuene ble gjennomført i lokalene hvor de hadde sine gruppesamlinger. Etter et ønske fra informantene ble de fire øvrige intervjuene gjennomført i et lokale nær informantenes bosted. Intervjuenes varighet var fra 20 – 40 minutter.

WWL var den som gjennomførte alle parintervjuene. MS som var kjent for informantene gjennom å ha vært en av lederne foreldregruppen i BAPS – foreldre, avtalte tid og sted for første intervju. I møte med informantene presenterte WWL seg og beskrev kort sin faglige bakgrunn og sin rolle i denne studien. Informantene ble informert om at intervjuer ikke på noen måte var delaktig i BAPS – foreldre prosjektet, og på bakgrunn av dette ikke hadde kjennskap til gruppesamlingenes innhold.

Informantene ble gitt mulighet til å komme med spørsmål, som ble besvart før oppstart av intervjuet. WWL informerte om at det var ønskelig å få med begge foreldrenes

opplevelser og erfaringer, og på bakgrunn av dette ville hun henvende seg til dem begge. Det ble informert om at hun ikke ville benytte navn under intervjuet.

Informantene ville bli betegnet med en bokstav som ville være deres personlige kode gjennom hele studien. Dette for å anonymisere informantene og sikre konfidensialitet. WWL orienterte videre om at det var tillat å stanse intervjuet underveis. Diktafonen ville da bli slått av. Dette ble det ikke behov for.

WWL hadde en gjennomgang av informantenes opplevelse av intervjusituasjonen rett i etterkant av både første og andre intervju. Etter andre intervju ble det orientert om hva som ville skje med lydfilene, at de ville bli transkribert og anonymisert av hensyn til konfidensialitet. Videre at lydfilene ville bli liggende på en forsknings-server i et Helseforetak frem til 2016, og at øvrig skriftlig materialet ville bli makulert. Denne informasjonen var gitt skriftlig i forkant av at informantene hadde gitt sitt samtykke til å delta i studien (vedlegg 1).

Fokusgruppeintervju med barna

I gruppa med barn ble det foretatt to fokusgruppeintervjuer. Det første rett etter femte gruppesamling, og det andre rett før åttende gruppesamling. Begge intervjuene ble gjennomført der hvor informantene hadde sine gruppesamlinger. Det var en moderator WWL som ledet intervjuet, og en observatør MS med ansvar for å notere. Hver av informantene fikk en fargekode ved at de fikk utdelt hver sin pute med farge. Det ble orientert om at det ikke ville bli brukt navn, men fargen på puten til den enkelte informant.

Før moderator WWL satte på diktafonen ble det informert om samtaleformål og hvordan intervjuet ville bli gjennomført. Det ble gjort rede for at det var et inngangsspørsmål. Dets innhold ble forklart på en forståelig måte for informantene. Informantene ble gitt mulighet for å stille spørsmål, og spørsmålene ble besvart. Det ble informert om at det var ønskelig at informantene snakket fritt seg i mellom, og at det ikke var nødvendig å rekke opp hånda for å be om ordet. Moderator WWL ville komme med oppfølgingsspørsmål med utgangspunkt i hva informantene snakket om.

Det ble opplyst om at det var lov til å be om at diktafonen ble stanset underveis. Ved tre anledninger ble diktafonen slått av, da informantene måtte på toalettet. Etter pause ble diktafonen slått på igjen, og samtalen gjenopptatt. Moderator WWL måtte ved en

del tilfeller be om ro da det til tider var en del uro og støy fra informantene i fokusgruppa. I siste fokusgruppeintervju ble intervjuet avsluttet tidligere enn planlagt forårsaket av informantenes ukonsentrerte atferd. Varighet på intervjuene ble 20 – 30 minutter. Etter intervjuene hadde WWL og MS en samtale med barnegruppa om deres deltakelse med henhold til intervjusituasjonen. WWL og MS hadde en oppsummering og evaluering av sine opplevelser vedrørende fokusgruppeintervjuet.

Databearbeiding og analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett til bokmål. Uttrykk (ord på dialekt) som mistet sin betydning ved oversettelse til bokmål ble beholdt. Forfatterne avtale i forkant med hverandre hvordan transkriberingen skulle gjennomføres. Dette tok utgangspunkt i Kvale (2009). Det ble enighet om at transkriberingen ble utført av begge forfatterne. Det ble lagt vekt på at det skriftlige materialet skulle gjenspeile intervjuene i størst mulig grad, så uttrykk som ”mm”... eh..., latter og gråt ble tatt med. Pauser ble markert med (...), og tenkepauser med ..., og ord som informanten la vekt på ble skrevet med store bokstaver.

Alle utsagn ble nummerert, dette for å lette arbeidet med å se utsagnene i relasjon til det transkriberte materialet. Lange sitater ble lest og markert med forskjellige nummer hvis de handlet om ulike tema. Parintervjuene ble kodet med henholdsvis AB, CD, EF, GH og i fokusgruppeintervjuene med U. Alle kondenserte utsagn ble kronologisk nummerert med kode, kolon og sidetall.

Fenomenografisk analyse

Forfatterne har tatt utgangspunkt i Alexandersons (1994) fire faser sin analyse av transkribert tekst. De fire fasene er: *bli kjent med dataene og etablere ett helhetsinntrykk, bli oppmerksom på likheter og ulikheter i utsagnene, kategorisere oppfatninger i beskrivelseskategorier og studere den underliggende strukturen i kategorisystemet* (Alexanderson 1994).

Fase 1. Bli kjent med dataene å etablere ett helhetsinntrykk. I første fase leste begge forfatterne igjennom samtlige parintervju for å danne seg et helhetsinntrykk. Videre søkte forfatterne etter utsagn med henhold til studiens hensikt. Dette for å få en

oversikt over informantenes ulike oppfatninger om fenomenet som studeres i denne studien.

Fase 2. Bli oppmerksom på likheter og ulikheter i utsagnene. Den andre analysefasen innebærer å finne en mer systematisk og konkret måte å bli oppmerksom på likheter og ulikheter i utsagnene (Alexanderson 1994). I denne fasen gikk forfatterne igjennom samtlige utsagn i intervjuene. De utsagn som ikke belyste hensikten med studien ble sortert bort. Utsagnene som belyste hensikten med studien ble identifisert, kodet med nummer og klippet ut av tekstmaterialet. Dette ble gjort for å bli oppmerksom på likheter og ulikheter i utsagnene som framkom i intervjuene. Til sammen ble 556 kondenserte meninger registrert.

Fase 3. Kategorisere oppfatninger i beskrivelseskategorier. De ulike kategoriene skal på en distinkt og kvalitativ måte skilles fra hverandre. De skal heller ikke overlappe hverandre, slik at de kunne ha vært i to kategorier (Alexanderson 1994). I denne fasen gikk forfatterne igjennom samtlige utsagn og kondenserte meninger med henhold til likheter og ulikheter av oppfatninger. Oppfatningene ble sortert inn i kategorier som var hierarkiske og horisontale, som dannet grunnlaget for beskrivelseskategorier. Etter gjentatte analyser kom forfatterne frem til tre beskrivelseskategorier som var kvalitativt forskjellig. I tabell 7 presenteres et utdrag fra analyseprosessen.

Tabell 7. Utdrag fra analyseprosessen. Fra meningsenheter til beskrivelseskategorier

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Kategorier	Beskrivelseskategori
Nå har jeg liksom fått det inn. Hva jeg skal gjøre når hun er deprimert, og da går det fortere over EF 54:16	Pårørende har lært hva han skal gjøre når hun er deprimert	Ny kunnskap	Oppdage, lære og erkjenne
Han skjønner at det går fortere over hvis han stryker på meg og prater med meg EF 51:15	Han har fått større forståelse, og møter henne med nærhet/prat	Endret forståelse	
Behovet for å bli sett og hørt har forsterket seg CD 69:19	Behovet for å bli sett og hørt har forsterket seg gjennom gruppesamlingene	Oppmerksom på egne behov og ønsker	
Tror vi har godt av å gjøre noe nytt, og se hverandre i litt "annet lys", for å finne litt andre sider med hverandre AB 62:20	Familien gjør noe nytt, og de ser nye sider ved hverandre	Se nye sider hos hverandre	

Fase 4. Studere den underliggende strukturen i kategorisystemet. I fenomenografiske studier utgjør utfallsrommet hovedresultatet. Dette danner grunnlaget for en mer systematisk analyse av hvordan de ulike oppfatningene forholder seg til hverandre (Alexanderson 1994). Forfatterne studerte den underliggende strukturen i kategorisystemet ut fra et indre kriterium (Alexanderson 1994, s. 127,128). Gjennom dette viste det seg at beskrivelseskategorien bygde på hverandre og var en forutsetning for hverandre. Ved en mer systematisk analyse av beskrivelseskategoriene framkom det beskrivelses- kategori som viste seg som en overordnet kategori.

Kvalitativ innholdsanalyse i fokusgruppeintervjuene

I analyse av fokusgruppeintervjuene med barna har forfatterne benyttet kvalitativ innholdsanalyse med utgangspunkt i Graneheim og Lundmann (2004). Det ble lagt vekt på både det manifeste og latente innhold i teksten.

Forfatterne utførte gjentatte gjennomlesninger av teksten for å danne seg et helhetsinntrykk. Lydfilene ble lyttet til flere ganger, for å kunne skille barnestemmene fra hverandre. Begge forfatterne transkriberte lydfilene for så å sammenlikne den transkriberte teksten. Forfatterne har lest gjennom teksten hver for seg og sammen for å komme frem til en felles forståelse og for å danne seg et helhetsinntrykk.

Med utgangspunkt i helhetsinntrykket av den transkriberte teksten ble det dannet meningsenheter (unit of analysis). Disse ble satt inn i en tabell med kolonner. Meningsenhetene ble kondensert og kodet. Etter gjentatte gjennomlesninger og lytting til lydfiler framkom det 26 koder. De 26 kodene ble videre sammenliknet med henhold til likheter og ulikheter, og kodene ble abstrahert og sortert til elleve subkategorier (content area). Subkategoriene ble dannet i forhold til studiens hensikt (Graneheim & Lundman 2004). Ut fra subkategoriene fremstod tre kategorier *Nye erfaringer i møte med andre*, *Endret mening og holdning til deltakelse* og *Ny forståelse med henhold til psykiske lidelser*. I tabell 8 presenteres det et utdrag av analyseprosessen fra kondenserte meningsenheter til kategori.

Tabell 8 Utdrag av analyse fra kondenserte meningsenheter til kategori

Kondensert meningsenheter	Koder	Subkategorier	Kategorier
/Ja, når de, ja, når alle sammen forteller om hvordan de har det så lærer jeg av.. alt, /57	Når de andre forteller om hvordan de har det så lærer jeg av det U 57:14	Lærer av andres erfaringer	Ny forståelse for psykiske lidelser
/Jeg har lært litt... om sykdom ... ja, om sykdom/111	Har lært litt om psykisk sykdom U 111:33	Lærer om psykiske lidelser	
/Er det andre aktiviteter dere føler dere kunne ha gjort, som ville hatt betydning for dere? .. Det tauet vi gjorde en gang. .. Ja. .. Det var gøy. ... også den ballongleken. Ja, den var også litt gøy./108	Ballongleken og tau leken hadde betydning for barna U 108:30	Læring ved deltakelse i aktiviteter	

Frem til og med kategorier ble det manifeste innhold vektlagt. Etter gjennomgang av koder, subkategorier og kategorier framkom det ett tema *Gruppesamlingene var utfordrende, morsomme og litt lærerike*. Temaet ivaretar det underliggende budskapet i datamaterialet (jf. Graneheim & Lundman 2004).

Forskningsetisk vurdering

Studien er godkjent av REK⁶ (2009/1824). Det stilles krav til forskerne om å overholde de forskningsetiske retningslinjer i kvalitative studier, der det forskes på menneskers oppfatninger og erfaringer. Det legges spesielt vekt på krav om samtykke, informasjon, tilbakeføring av resultater og konfidensialitet. Videre at det tas hensyn til svakere stilte grupper og forskningens konsekvenser (Sykepleiernes Samarbeid i Norden 2003; Kvale et al. 2009).

For å fremskaffe kunnskap fra foreldre og deres barn om hvordan de oppfatter og erfarer det å delta i parallelle samtalegrupper, hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse, må de delta i forskning. Leder av NEM⁷ fastslår at forskning som berører barn og deres liv og levekår er verdifullt og viktig. Barn og unge bør være sentrale

⁶ Regional Etisk Komité

⁷ Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin

bidragsytere her. Samtidig er barn og psykisk syke definert som en sårbar gruppe, og kan trenge beskyttelse som deltakere i forskning. Det at metode og innhold må tilpasses barns alder og individuelle situasjon er viktig å ta hensyn til i all forskning. I den etiske vurderingen må det tas hensyn til barns kompetanse og sårbarhet (Backe-Hansen sist oppdatert 01 september 2009).

Denne studien rettet seg direkte mot foreldre og deres barn, som kan ha vært i en belastende situasjon på grunn av at en av foreldrene har en psykisk lidelse. Foreldre og barn måtte derfor møtes på en særdeles hensynsfull måte. Det var en mulighet for at informantene kunne komme inn på belastende temaer i en intervjusituasjon. Dette har intervjuer vært spesielt oppmerksom på når det intervjues personer som blir betegnet som en sårbar gruppe innenfor forskningsetikken. Forfatterne var derfor kritisk i valg av metode, informasjonsmengde og hvordan intervjuene skulle gjennomføres.

Intervjuene var tilpasset barnets modenhet og bakgrunn. Målet var at studien på ingen måte skulle være til skade for informantene, men være til nytte for dem. Det var gjort en avtale med spesialisthelsetjenesten ved et helseforetak hvis noen av informantene hadde behov for en samtale i etterkant av intervjuene. Dette ble det ikke behov for.

Samtykke

Informert samtykke innebærer at deltakerne blir informert om studiens formål og hensikt, samt samtykke i å delta (Kvale et al. 2009). I denne studien redegjordes det for mulige fordeler og ulemper ved deltakelse i studien og at deltakelsen var frivillig. Videre at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten at dette ville få noen konsekvenser for dem personlig. Det var viktig å sikre at informasjonen som ble gitt også ble forstått og akseptert av informantene, og at informantene hadde samtykkekompetanse. Barna i denne studien hadde ikke samtykkekompetanse. Det var foreldrene som ga skriftlig informert samtykke på vegne av sine mindreårige barn.

Samtykkeerklæringene for deltakelse til foreldre og samtykkeerklæring på vegne av deres barn ble innhentet før oppstart av første intervju. Det ble gjort rede for studiens hensikt, og orientert om at det ville bli stilt ett inngangsspørsmål hvor det var ønskelig at informantene besvarte dette med utgangspunkt i sine opplevelser og erfaringer ved å ha deltatt i gruppesamlingene.

Informasjon

Det var utarbeidet to informasjonsskriv ett til foreldrene og ett til barna.

Informasjonsskrivet til barna var tilpasset deres alderstrinn, og informasjon om hvem som skulle lede fokusgruppeintervjuet. Den muntlige og skriftlige informasjonen om denne studiens formål og hensikt, samt samtykkeskjemaer (vedlegg 1 og 2) ble gitt av forfatteren (MS) som var tilknyttet BAPS – foreldre prosjektet.

Informantene hadde mulighet for å ta kontakt hvis de hadde spørsmål angående studien eller intervjusituasjonen. Foreldrene fikk både skriftlig og muntlig informasjon om hva et fokusgruppeintervju innebar og hva det skulle samtales om i intervjuet med barna. Det ble presisert at formålet med intervjuet var å høre barnas oppfatninger og erfaringer ved deltakelse i gruppesamlingene, og ikke hvordan det var å ha en psykisk syk mor eller far. Det ble videre fortalt hvorfor det var ønskelig å høre hva de tenkte om tema, samt hvordan deres informasjon skulle benyttes. Både foreldre og barn ble forsikret om at deres informasjon ville bli anonymisert og behandlet konfidensielt, slik at det de fortalte ikke kunne spores tilbake til dem.

Konfidensialitet

Konfidensialitet vil si at en ikke offentliggjør personlig data som kan avdekke intervjupersonens identitet. Hvis noe skal offentliggjøres må intervjupersonen samtykke i dette. Det bør da stå i en skriftlig avtale (Kvale et al. 2009).

Personlige data er anonymisert i studien, og lydfilene oppbevares på forskningsserveren til helseforetaket frem til 2016. Tilgangen til det transkriberte materialet er forbeholdt forfatterne og eventuelt veileder. Det transkriberte materialet inneholder ikke navn, personlige opplysninger eller andre identifiserbare opplysninger.

RESULTAT

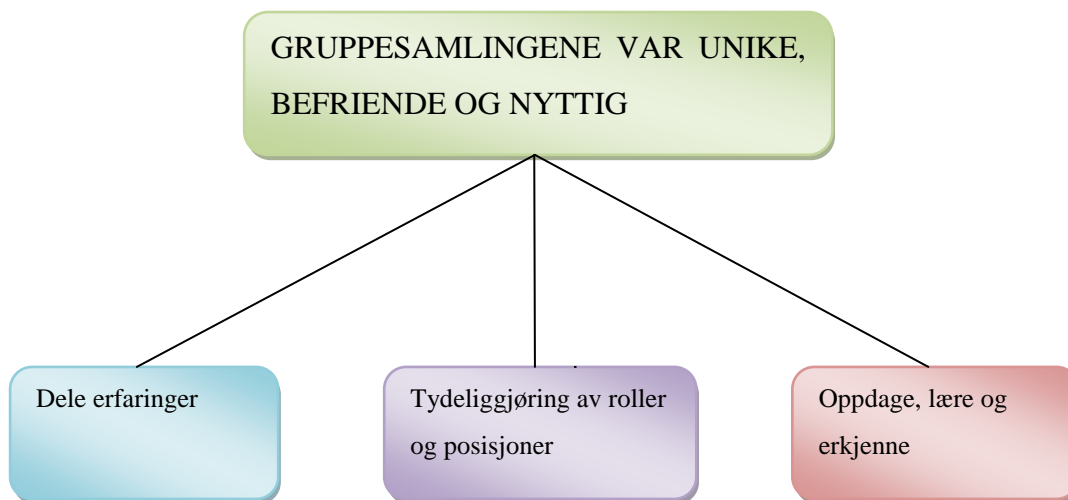
Resultatene fremstilles med sitater fra intervjuene. Hvilke informanter sitater er hentet fra er markert med informantens kode i parentes. Der deler av en dialog blir sitert og noe utelatt er dette markert med (...), stillhet markeres med ... Direkte sitater fra informantene er satt i kursiv og anførselstegn med informantens kode i parentes når sitatets lengde er under to linjer. Når sitatet er mer enn to linjer er dette markert med innrykk og enkel linjeavstand.

I presentasjonen av resultatene vil informantene bli betegnet som; deltakere, foreldre, mor, far, partner, forelder med psykisk lidelse og pårørende.

Foreldrenes oppfatninger og erfaringer av gruppesamlingene

Beskrivelseskategoriene var hierarkisk og horisontalt strukturert med en overordnede kategori *Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttig*, og tre beskrivelseskategorier *Dele erfaringer*, *Tydeliggjøring av roller og posisjoner* og *Oppdage, lære og erkjenne* viste seg som horisontale kategorier.

Benevnelsene og relasjonen mellom beskrivelseskategoriene fremstilles i figur 2.



Figur 2. Relasjonen mellom beskrivelseskategoriene og den overordnede kategori av oppfatninger ved deltakelse i gruppesamlingene

Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttig

Den overordnede kategorien beskriver hvordan gruppesamlingene ble oppfattet og erfart av deltakerne som unike, befriende og nyttig. Foreldrene beskrev organiseringen av gruppesamlingene som unik. Det unike var at ”hele” familien var inkludert, og at samlingene for foreldre og barn gikk parallelt på samme tid og sted. Det befriende var å møte andre foreldre og deres barn som lever med psykisk lidelse i familien. Videre var det å se at andre familier også hadde sine utfordringer i hverdagen. Tydeliggjøring av sine roller og posisjoner innad i familien ble viktig. Det nyttige var å dele erfaringer med andre som var i liknende situasjon som dem selv. Foreldrene hadde en oppfatning av å ha oppdaget og erkjent nye sider ved seg selv og ved sin partner. Samtidig hadde de tilegnet seg kunnskap og forståelse for psykisk lidelse og hvordan dette kan påvirke familiens ulike medlemmer.

Foreldrene hadde en oppfatning av at åtte gruppesamlinger var for få. Samtlige foreldre hadde erfart at de hadde hatt stor nytte av gruppesamlingene. Ut fra foreldrenes erfaringer mente de at ved lengre varighet og økt antall samlinger ville de ha kommet lengre i sin prosess med henhold til endringer innad i familien.

Atmosfæren i gruppa hadde vært opplevd som befriende med en blanding av alvor og humor. Foreldrene opplevd å ha være i en prosess som de mente hadde vært nyttig både for den enkelte i samtalegruppa, og for deres egne familie.

Det framkom at foreldrene etter siste gruppesamling hadde utvekslet mail adresser og telefonnummer, slik at de kunne kontakte hverandre. Foreldrene ønsket en videreføring av gruppa. En av foreldrene med en psykisk lidelse hadde sine tvil med tanke på videreføring av gruppa, og beskrev dette slik:

Jeg har mine tvil, for det ... jeg har en tendens til å begynne på ting, og gjøre ting veldig bra, og så går det over. Så det er vel kanskje en del av sykdomsbilde mitt da, hvis jeg skal si det sånn, at jeg er litt sånn impulsiv, ... men samtidig så har det kommet noe godt ut av det å delta i gruppa da. Vi har jo snakket om å fortsette å treffes i gruppa (AB:21).

Dele erfaringer

Denne beskrivelseskategorien var basert på fire kategorier: *bli sett og hørt, snakke og lytte, å få råd og tips og å få støtte og aksept.*

Det å **dele erfaringer** hadde en betydning for hvordan de forholdt seg til hverandre i samtalegruppa og i familien. Foreldre med en psykisk lidelse hadde tidligere ikke fått tilbud fra sin behandler om å ha med seg sin partner og/eller sine barn til samtale. Ønske hadde vært at familien kunne få informasjon om hva psykisk lidelse er, og hvordan dette artet seg hos dem.

Viktigheten av at foreldre og barn deltok i hver sine grupper ble presisert. Foreldrene begrunnet dette med at de var friere til å snakke om vanskelige ting vedrørende barna når barna ikke var tilstede i foreldregruppa. Erfaringene foreldrene hadde fra gruppesamlingene varierte ut fra hvilken rolle og posisjon de hadde i sin familie og sin deltakelse i samtalegruppene. Erfaringene varierte ut fra rolle og posisjon som partner/pårørende og foreldre med en psykisk lidelse. For det første handlet denne variasjonen om aktiv deltakelse og engasjement. På den annen side handlet denne variasjonen om foreldrenes usikkerhet og avventende holdning i gruppesamlingene.

Det fremstod ulike oppfatninger med henhold til å **bli sett og hørt** av hverandre. Det var enkelte av deltakerne som hadde tatt mye plass i samtalegruppa, og til tider hadde det vært vanskelig for andre å få ordet. Dette hadde medført irritasjon hos noen, mens andre ikke hadde latt seg affisere av dette.

Foreldrene hadde lagt vekt på at det hadde vært viktig med den positive oppmerksomheten som ble gitt av den enkelte gruppedeltaker og av gruppelederne. Dette hadde økt tryggheten gruppedeltakere imellom. Behovet for å bli sett og hørt av hverandre som foreldre og partner hadde forsterket seg gjennom hele perioden hvor de hadde deltatt i gruppesamlingene. Tidligere hadde pårørende hatt flere negative erfaringer med helsevesenet i forbindelse med innleggelser og behandling av sin partner. En pårørende beskrev sin erfaring med å ikke bli sett og hørt i helsevesenet slik:

Når hun (partner) har vært innlagt er det ingen som snakker med meg som pårørende. Jeg opplever liksom at jeg skal komme meg vekk og så hører jeg ikke mer fra avdelingen hun er innlagt på. Vi får jo ikke ... hva skal jeg kalle det støtte som pårørende liksom. Hvis hun (...) har vært innlagt og sånn, snakker ikke legene med meg, og man har bare blitt kastet ut igjen, med beskjed om å komme igjen senere på besøk (GH:6).

Det å bli sett og hørt av sin partner var en ny erfaring for begge parter. Tidligere hadde foreldrene ikke delt sine tanker og opplevelser med hverandre. De hadde ikke gitt til kjenne hvilke behov og ønsker de hadde for sin egen del og for familien. Samtalen i familien ble beskrevet som uhensiktsmessig og konfliktskapende. Ved deltakelse i gruppesamlingene hadde konfliktnivået i hjemmet gradvis blitt redusert. Foreldrene opplevde at familiemedlemmene snakket sammen på en annen måte enn tidligere. Samarbeidet med partner hadde bedret seg ved at det var blitt enklere å snakke om vanskelige ting. En pårørende hadde en annen oppfatning i forhold til sin partner hvor lite var endret med henhold til å snakke om vanskelige ting.

Foreldre med en psykisk lidelse opplevde et stort behov for å bli sett og hørt av sin partner. De hadde erfart at de ikke visste hvordan de skulle formidle sine behov og ønsker til partner. Foreldre med en psykisk lidelse hadde ofte en oppfatning av å ikke bli forstått. Dette hadde endret seg ved å ha delt erfaringer med andre foreldre i gruppesamlingene. Behovet for å bli sett og hørt var ulikt beskrevet av foreldrene. En av foreldrene med en psykisk lidelse beskrev sitt behov helt motsatt:

Jeg har vært ordentlig dårlig, så har jeg ikke vært hjemme (...) jeg har bevisst gjemt meg eller kjørt meg en tur, eller vært borte fra huset. Jeg har bevisst skånet familien da. Både på godt og vondt (CD:24).

Det hadde vært nyttig å lage avtaler i ”gode perioder” om hvilke behov forelderen med en psykisk lidelse og deres partner hadde. Her kunne de sammen finne frem til løsninger som begge kunne være enige i. For eksempel det å gå en tur sammen var med på å redusere både dybde og varigheten på depresjonene.

Betydningen av å **snakke og lytte** ble vektlagt ulikt hos foreldrene. Det å lytte til andres personlige historier innebar at de fikk en gjenkjennelse fra sitt eget liv. Ved oppstart hadde det vært flere som gruet seg til å snakke i gruppesamlingene. Pårørende beskrev at de lyttet mer enn de snakket i den første tiden:

Det er stort sett de som har plager som prater i gruppa, vi andre sitter egentlig og hører på (...). Jeg har nok litt på følelsen at vi er mer vare på hva vi sier og ikke sier. Ikke si ting som kan såre andre. (GH:41).

Foreldrene med en psykisk lidelse hadde lettere for å snakke i gruppa, de opplevde det å snakke i gruppa med andre som naturlig. Tidligere erfaringer fra egen terapi med å snakke om seg selv og sine utfordringer bidro til dette. Pårørende fremstod som mer stille, avventende og usikre ved oppstart av gruppesamlingene. Denne usikkerheten hadde endret seg underveis. Forelder med en psykisk lidelse beskrev en motsats av at det var naturlig å snakke i en gruppe ved oppstart slik:

Jeg har ikke så veldig lett for å prate i forsamling i det hele tatt, når det møtes flere. Det var egentlig det jeg mest gruet meg til. Gruppeterapi har jeg egentlig ikke noe til overs for. Det forandret seg veldig mye, for den foreldregruppa vi var i var så spesiell. Det var egentlig helt motsatt av det jeg trodde (EF:58).

Deltakerne i samtalegruppa hadde vært delt ved to anledninger, ved at de foreldre med en psykisk lidelse og de pårørende hadde vært i hver sine grupper. Dette ble beskrevet som en positiv opplevelse av de pårørende. Det hadde vært lettere å dele erfaringer om personlige og vanskelige forhold uten partner var tilstede. Videre ga pårørende uttrykk for at det hadde vært rom for å snakke om sine personlige forhold vedrørende partners atferd som hadde sammenheng med deres psykiske lidelse. Ved at pårørende hadde delt erfaringer med andre pårørende i delt gruppe hadde dette bidratt til økt trygghet med henhold til å snakke mer fritt i samlet gruppe. En pårørende beskrev sin positive erfaring ved deltakelse i gruppesamlingene, og sammenliknet dette med utfordringer han hadde hatt tidligere med henhold å møte mennesker som ikke hadde kjennskap til det å leve med en partner med en psykisk lidelse.

Jeg er litt sånn ensom ulv, egentlig, så jeg er vant til å løse problemene mine selv, og det er ikke så enkelt å snakke med folk om sånne ting. De skjønner ikke hva det egentlig innebærer å være psykisk syk (GH:10,11).

Det å **få råd og tips** var av stor betydning for eget utbytte av gruppesamlingene. Foreldrene hadde fått råd og tips av de andre foreldrene og gruppelederene om hvordan de kunne snakke med barna om hva psykisk lidelse var. Dette dreide seg om hva de kunne fortelle barna, og på hvilken måte de skulle forklare hva en psykisk lidelse var, slik at barna kunne forstå. En mor beskrev endring i forståelse hos barnet slik:

Han lar meg være i fred så finner han på noe annet sammen far, eller at han (...) sitter hos meg og stryker meg på håret, og sier: er det noe jeg skal hjelpe deg med mamma (...) han er veldig mye mer omtenkstom, så han skjønner nok at jeg ikke er lat, men at jeg er syk (EF:48).

Foreldrene opplevde det positivt å møte fagpersoner som svarte på deres spørsmål på en måte som de forstod da det ikke ble benyttet fagterminologi. Ofte hadde foreldrene møtt fagpersoner som kun anvendte fagterminologi, dette hadde medførte at de ikke hadde forstått den informasjonen som ble gitt. En forelder med en psykisk lidelse beskrev sin oppfatning av fagpersoners informasjon slik:

Jeg kaller det nesten ikke norsk (fagspråk) jeg, for jeg skjønner det ikke. Jeg blir sittende å føle meg tom, og så føler jeg at jeg må spørre mange ganger opp igjen. Det blir liksom så masete. Men jeg syntes gruppelederne er flinke til å prate ”norsk” (forståelig språk) (EF:25,26).

Støtte og aksept var viktig for å kunne dele erfaringer med hverandre i samtalegruppa. Utgangspunktet for deltakelse i gruppa var at foreldrene hadde lik bakgrunn med henhold til at en av foreldrene var pårørende og en hadde en psykisk lidelse. Foreldrene fikk støtte og aksept fra de andre foreldrene i gruppa når de beskrev ulike situasjoner som hadde vært vanskelig for familien. Før oppstart av gruppesamlingene hadde de en opplevelse av å ha vært alene om å ha det vanskelig. En far beskrev sin ”lettelse” ved å høre at også andre hadde utfordringer i forhold til sine barn slik: *”Det er jo litt ålreit å høre at når vi har hatt noen problemer med barna våre, at andres barn oppfører seg på samme måte. Det er godt å høre at ikke alt håp er ute”* (AB:3).

En beskrivelse av støtte og aksept i gruppa ble formulert på denne måten: *”Det er ofte sånn at folk med psykiske vansker har lett for å være rund i kanta, så jeg tror at vi aksepterer hverandre sånn vi er”* (GH:40).

Det at foreldrene var ulike som personer og hadde ulik yrkesbakgrunn var berikende for gruppa. Dette tilførte gruppa mange ulike erfaringer som de hadde opplevd som nyttig. Foreldrene hadde fått belyst ulike problemstillinger og utfordringer på forskjellige måter. Det at noen foreldre ikke var i jobb ble akseptert, og de opplevde å få en forståelse og støtte for dette av de andre i samtalegruppa. I tillegg erfarte de av

foreldrene som ikke var i jobb å få støtte på at hverdagen kunne være utfordrende med henhold til å komme seg ut og ha sosial kontakt med andre.

Tydeliggjøring av roller og posisjoner

Denne beskrivelseskategorien er basert på fem kategorier: *være foreldre med en psykisk lidelse, være pårørende og være foreldre, være mor og være far.*

Være forelder med en psykisk lidelse i samtalegruppa sammen med sin partner var både nyttig og utfordrende. Nyttig ved at deres partner fikk oppmerksomhet, noe de tidligere ikke hadde fått, og at partners rolle som pårørende ble tydeliggjort.

Utfordrene ved at det var lite fokus på det å ha en psykisk lidelse, noe de tidligere hadde fått mye oppmerksomhet på. Det at partner fikk oppmerksomhet var noe som hadde vært et savn for foreldre med en psykisk lidelse. Foreldre med en psykisk lidelse hadde ulik oppfatning av at de pårørende fikk den største oppmerksomheten. Dette ble beskrevet slik: *"At vi som er dårlige kunne ha fått en time for oss selv, for å få ut blåst ut våres problemer"* (GH:15).

Gjennom deltakelse i gruppesamlingene hadde forelderen med en psykisk lidelse blitt klar over hvilken rolle de hadde hatt i sin familie. Underveis i gruppesamlingene innså de at deres partner ikke hadde forstått det de hadde prøvd å formidle. Forelder med en psykisk lidelse beskrev sin erfaring med partners forståelse for psykisk lidelse på følgende måte:

Jeg måtte til slutt innse at uansett hva jeg prøvde å fortelle han angående min depresjon, så skjønnte jeg jo at jeg ikke oppnådde noen ting. Han skjønnte det ikke, og da ble jeg mer deprimert og utenfor på grunn av det, og jeg hadde mest lyst til å gi opp. Jeg prøvde å forklare at han måtte være mer tilstede og være der med meg, men det hjalp ikke. Han rømte allikevel. Han skjønnte ikke alvoret. Jeg tror ikke han har visst hva depresjon innebærer (EF:43).

Være pårørende i gruppe sammen med andre hadde betydning for deres rolle og posisjon som pårørende. Pårørende hadde fått en ny posisjon i familien. Etter deltakelse i gruppesamlingene kunne pårørende uttrykke sine behov og ønsker som pårørende, noe de tidligere ikke hadde gjort. Dette i redsel for at forelderen med en psykisk lidelse skulle bli dårligere. Ved delt gruppe hadde de erfart at fokuset ble rettet mot dem som pårørende.

Når partner var deprimert opplevde pårørende å stå alene med hele ansvaret for hus, hjem og oppfølging av barn. Det ble gitt uttrykk for at det var lite en kunne gjøre for egen situasjon. Dette ble beskrevet slik ”*Det er vel egentlig sånn at jeg har slått meg til ro med at sånn er det og sånn blir det. Jeg velger bare å akseptere det*” (GH:51).

Pårørende opplevde en tydeliggjøring av sin rolle som pårørende til en partner med en psykisk lidelse. Gjennom en åpen dialog med partner i gruppesamlingene ble rollene til foreldrene tydeligere enn hva de hadde vært hjemme. I gruppesamlingene var det benyttet mye humor og selvironi som hadde virket frigjørende, og gjorde det enklere å snakke sammen om vanskelige forhold i gruppa. Samtalene kunne variere mellom det alvorlige og det humoristiske med mye latter.

Ved oppstart av gruppesamlingene hadde pårørende gitt uttrykk for stor grad av frustrasjon vedrørende det å ha en partner med en psykisk lidelse. Tidligere hadde de ikke turt å markere seg og gitt uttrykk for hva de mente. De hadde heller ikke turt å stille krav til sin partner. Denne frustrasjonen fremstod som pårørendes opplevelse av hjelpeløshet og usikkerhet med henhold til hvordan en skulle forholde seg til sin partner med psykisk lidelse. Dette hadde hatt innvirkning på rolle og posisjon som pårørende i familien. En pårørende beskriver denne opplevelsen av hjelpeløshet og usikkerheten slik:

Før vi gikk inn i denne gruppa, så hadde jeg rett og slett ikke peiling på hva som var riktig eller galt i hvordan jeg skulle forholde meg til min partner. Så det har rett og slett vært som natt og dag for min del (EF:42).

Han/hun hadde tidligere ikke snakket med andre mennesker om det å være partner til en person med en psykisk lidelse.

I gruppesamlingene var det satt fokus på det **å være foreldre**. Dette fokuset var av betydning for samarbeidet mellom foreldrene. Gjennom samarbeidet erfarte foreldrene å få styrket sin rolle og posisjon som foreldre. Foreldrene beskrev deltagelsen i gruppesamlingene som en prosess for familien. Prosessen ble beskrevet slik:

Vi som familie gjør noe sammen og treffer andre folk som har vært i samme situasjon, eller i hvert fall liknende situasjon. Jeg tror kanskje det er det å få synliggjort noe av problemene som datter kanskje føler på. Det at hun føler seg mindre ensom (AB:16).

Ulike kommunikasjonsmetoder hadde blitt presentert. Det var konkrete metoder de kunne benytte i forhold til endring av barnets atferd. Dette hadde bidratt til å tydeliggjøre roller og posisjoner som foreldre innad i familien i forhold til deres barn. Foreldrene hadde foreløpig ikke benyttet seg av de konkrete kommunikasjonsmetoder de hadde fått opplæring i.

Det framstod ulike oppfatninger vedrørende det å **være mor** med en psykisk lidelse, og være mor med partner med en psykisk lidelse.

Å være mor med en psykisk lidelse var en ekstra belastning. Ved deltakelse i gruppesamlingene hadde det fremkommet flere oppfatninger vedrørende mors bekymring for hvorvidt det ble pålagt deres barn for mye ansvar, at mor ikke var tilgjengelig for barnet, samt opplevelse av skamfølelse ved det å ikke være i jobb. Ved deltakelse i gruppesamlingene hadde dette endret seg. Mor hadde en oppfatning av å ha fått tydeliggjort sin rolle og posisjon som mor. Mor med en psykisk lidelse beskrev sin erfaring etter deltakelse i gruppesamlingen slik:

Vi gjør ikke noen dårligere jobb enn alle andre foreldre når det gjelder våre barn (...) Det er greit å snakke med unga om problemer, og sånne ting, (...) du trenger ikke å skjerme dem og beskytte dem, for dem forstår allikevel (GH:37).

Være mor med partner med en psykisk lidelse var mest utfordrende med henhold til partners rolle som far. Gjennom gruppesamlingene erfarte mor at det ble viktig at far fikk en tydeligere farsrolle overfor barna. Dette ved å vedkjenne seg sin psykiske lidelse. Barna hadde ikke sett far i dårlige perioder, men mor hadde informert barna om at far var hjemmeværende på grunn av en psykisk lidelse. Familien hadde også hentet en del informasjon om lidelsen på internett. Mor hadde en oppfatning av å stå alene med ansvaret om å gi barna informasjon, og savnet partners deltakelse i dette.

Det framstod ulike oppfatninger av det å **være far**, med en psykisk lidelse, og far med partner med en psykisk lidelse.

Være far med psykisk lidelse var krevende med henhold til barnets atferd. Gjennom samtalegruppa erfarte far å få tydeliggjort sin rolle som far, noe han opplevde som viktig overfor barna.

Være far med partner med en psykisk lidelse var til tider vanskelig. Det var vanskelig å kreve noe av mor i hennes dårlige perioder. Det hadde vært enklere å overta alt ansvaret i forhold til hjemmet. Gjennom samtalegruppa erfarte far å få en mer sentral rolle ovenfor barna når mor hadde sine dårlige perioder. Far hadde fått et bedre forhold til barna ved at de henvendte seg oftere til han enn tidligere. Når mor var deprimert kunne far og barnet finne på ting sammen i eller utenfor hjemmet. Tidligere hadde de sittet på hvert sitt rom og ikke forstått mors atferd. En far beskrev sin endrede rolle i forhold til barnet slik: *”Hun er kanskje litt mer åpen med å spørre om hva som er galt når mor er dårlig”* (GH:48).

Oppdage, lære og erkjenne

Denne beskrivelseskategorien er basert på fire kategorier: *ny kunnskap, endret forståelse, oppmerksom på egne behov og ønsker og se ”nye” sider hos hverandre.*

Ny kunnskap var oppstått gjennom det å oppdage, lære og erkjenne. Foreldrene hadde fått kunnskap om hvordan det var å ha en psykisk lidelse og det å være pårørende. I tillegg fikk kunnskap om hvordan forklare og svare barnet på vanskelige spørsmål som barnet kunne komme med.

Ny kunnskap var læring om den psykiske tilstanden og med konsekvenser for atferden, og hvordan forholde seg når partner er syk. En pårørende beskrev sin nye kunnskap slik:

Jeg har lært mye mer i forhold til hennes tilstand og hvordan jeg skal forholde meg når hun er syk. For eksempel hvordan hun reagerer og hva jeg skal forta meg. Dette har jeg vært usikker på hele tiden. Skal jeg gå unna? Skal jeg sette meg å prate med henne? Eller hva skal jeg gjøre? (EF:5).

Foreldre med en psykisk lidelse hadde tidligere ikke forstått hvor stor belastning de pårørende hadde i samliv med dem. Foreldre med psykisk lidelse beskrev sin bevisstgjøring slik: *”Jeg var jo veldig egoistisk da, tenkte mest på meg selv”* (EF:45). Foreldre med psykisk lidelse så verdien i at deres partner og barn fikk kunnskap om psykisk lidelse, og en forståelse for hvordan psykisk lidelse kunne arte seg. Denne økte kunnskapen og forståelsen innad i familien hadde gitt mindre belastning for det enkelte familiemedlem.

Før oppstart av gruppesamlingene hadde det vært en tvil om hvilken nytte familien kunne ha ved å delta i åtte gruppesamlinger. Tvilen var rettet mot hvor mye kunnskap og hvilke endringer som kunne skje på så kort tid. Denne tvilen endret seg underveis, og en av de pårørende beskrev denne endringen slik: *”Når jeg nå ser tilbake så har det liksom gjort underverker. Man sier jo at Jesus gikk på vannet, så en begynner jo å tro på dette egentlig. En får ta tilbake barnetroen”* (EF:52).

Ny forståelse fremstod som en erkjennelse av å ha oppdaget og lært noe nytt. Ny forståelse ved det å uttrykke noe verbalt istedenfor å gå med tanker alene. Det å verbalisere tankene var med på at ting ble husket mer enn tidligere, og det ga mulighet for å utføre ting i praksis på en annen måte.

Ved å møte andre foreldre i samtalegruppa oppdaget foreldrene at det var ulike oppfatninger med henhold til hvordan de skulle forholde seg til sine barn. Dette dreide seg først og fremst om hvor mye de kunne formidle til sine barn om hvordan det er å være psykisk syk. En far beskriver dette slik: *”Jeg har hatt en annen forestilling, for jeg har ikke sett det som veldig sunt å sette fokus på problemer”* (AB:18). Ved deltakelse i gruppetilbudet innså de viktigheten av at barna ble involvert i hva som skjer i familien. Erkjennelsen ble beskrevet slik:

Det er vanskelig, for en vil ikke pålegge ungene sine ansvar. Det blir ofte at man prøver å skule ting. Barna avslører jo dette, for dem skjønner at det er noe, men ikke hva det er. Så det er veldig viktig å snakke om det (GH:2).

Foreldrene har erfart at barnet har fått en forståelse av at det er mange måter å være syk på. Det går an å være syk selv om det ikke synes utenpå. Barnet hadde også tilegnet seg kunnskap om forskjellene på det å være somatisk og psykisk syk.

Gjennom gruppesamlingene hadde de blitt mer **oppmerksomme på egne og andres behov og ønsker**, og lært hvordan dette kunne formidles, slik at en unngikk misforståelser og konflikter i familien. Det framstod et behov for å formidle forventninger og stille krav til partner med psykisk lidelse, slik at de som pårørende også fikk dekket sine behov.

Det ble beskrevet en oppmerksomhet mot behovet for psykisk avslapping. Gruppesamlingene hadde gitt rom for å kjenne på egne følelser. Det å kjenne på egne følelser var med på at hverdagen ble enklere å forholde seg til. Det framkom en erkjennelse av at det var sunt å treffe andre mennesker, og at familien hadde et behov for å komme seg ut av hjemmet og utvide sitt sosiale nettverk.

Forelderen med en psykisk lidelse ga uttrykk for et ønske om at partner skulle være tilstede til tross for at det ble signalisert det motsatte med frustrasjon og aggresjon. Erkjennelsen av dette ønske hadde kommet frem gjennom deltakelse i gruppesamlingene.

Det var vektlagt at pårørende også måtte være oppmerksomme på og be om hjelp fra helsevesenet når de hadde behov for det. Det var et ønske om mer informasjon om hvor en kunne finne nettsider og litteratur som var aktuelle for dem om psykisk lidelse. I tillegg og hvor en kunne finne opplysninger om kurs pårørende kunne delta på.

Se nye sider hos hverandre var positivt ved at de oppdaget nye holdninger og atferd hos hverandre i familien. Det ble beskrevet at gjennom samtalegruppa hadde forelder med en psykisk lidelse benyttet selvironi og humor noe partner ikke hadde sett på veldig lenge. Andre hadde erfart at pårørende hadde vist en ny side ved seg selv ved å ha forventninger og stille krav til sin partner med psykisk lidelse.

Foreldrene var positivt overrasket over barns endrede holdning i forhold til deltakelse i aktiviteter. En far beskriver endringen hos barnet slik:

Synes det er jævlig bra, for som regel skal hu være med på ting en gang og så skal hu ikke på noe mer, men denne gangen er det ikke noen høylytte protester, kranlinger eller noen ting for å få hu med (AB:5).

Pårørende hadde endret sin væremåte i forhold til sin partner. For det første gjaldt dette hvordan møte sin partner i depressive perioder på forståelsesfull måte. For det andre handlet dette om hvordan snakke med sin partner på en rolig og vennlig måte. Dette hadde sammenheng med at forelderen med en psykisk lidelse hadde lært hvordan formidle hva som var til hjelp i disse dårlige periodene. Pårørende erfarte at depresjonen gikk fortere over når de viste en annen form for oppmerksomhet enn hva de tidligere hadde gjort. Ved erkjennelse og formidling av egne behov ble det beskrevet endring av holdning og atferd hos partner. En annen erkjennelse var:

Far: Barnet er kanskje litt mer åpen når mor er dårlig, så da kommer hun som regel og spør om hva som er galt. Dette har nok endret seg noe. Barnet er mer åpen mot meg når det er noe med mor, nå.

Intervjuer: Opplever du også dette som mor?

Mor: tja, den biten har ikke jeg fått med meg, for da har jeg sikkert vært litt utafør og i min egen verden (GH:48).

Foreldrene oppfattet at barna var mer åpne med henhold til det å snakke om følelser, noe de tidligere ikke hadde opplevd. Familiene hadde hatt en fin periode hjemme etter oppstart av gruppesamlingene. Det å se hverandre i et annet lys og finne andre sider ved hverandre var positivt.

Barnas erfaringer av gruppesamlingene

Resultatene av innholdsanalysen av barnas erfaringer kommer frem i ett tema, og tre kategorier og elleve sub kategorier.

Tabell 9. Tema, kategorier og subkategorier

Tema	Gruppesamlingene var utfordrene, morsomme og litt lærerike		
Kategorier	Nye erfaringer i møte med andre	Endret mening og holdning til deltakelse	Ny forståelse for psykiske lidelser
Subkategorier	Behov for å snakke sammen	Forstod ikke hensikten med å delta i gruppetilbudet	Lærer av andre barns erfaringer
	Vennskap oppstod i gruppa	Usikkerhet ved deltakelse	Lærer om psykisk lidelse
	Opplevelse av trygghet i gruppa	Motstand ved oppstart	Læring ved deltakelse i aktiviteter
	Familiene gjør nye aktiviteter	Sett ord på følelser og tanker	

Tema beskriver tekstens latente innhold, og kategoriene og subkategoriene utgjør tekstens manifeste innhold.

Gruppesamlingene var utfordrende, morsomme og litt lærerike

Tema beskriver den underliggende betydning av hvordan barna oppfattet og erfarte å delta i samtalegruppe sammen med andre barn, uten at foreldrene var med.

Utfordringene hadde flere aspekter som innebar motstand til deltakelse, usikkerhet i forhold til å møte andre og ulik grad av utrygghet. Dette på bakgrunn av at dette var en ny situasjon med mennesker de ikke kjente. Videre var det en utfordring å ta del i andre barns erfaringer med henhold til det å ha en psykisk syk forelder.

Gruppesamlingene ble opplevd som morsomme. Ulike former for lek og aktiviteter medførte at barna fikk utfolde seg på en kreativ måte. Barna ga uttrykk for å ha det gøy, og la spesielt vekt på å tegne, lage historier og at det var rom for å være barn med ablegøyer. Noe av det som også hadde vært morsomt var å få de voksnes oppmerksomhet når barna fortalte om hvordan de hadde det. Det lærerike var at de gjennom gruppesamlingene hadde møtt andre barn som lever i familie hvor mor eller far har en psykisk lidelse. Ved deltakelse i lek og aktiviteter har barna lært noe om hva det vil si å være psykisk syk. Gjennom deltakelse i samtalegruppa lærte barna og sette ord på tanker og følelser noe som ble oppatt å være både utfordrende og lærerikt.

Nye erfaringer i møte med andre

Denne kategorien beskriver barnas oppfatninger og erfaringer i møte med andre barn og ukjente voksne (gruppelederne). Dette er relatert til behov for å snakke sammen, at vennskap oppstår i gruppa, opplevelse av trygghet i gruppa og at familiene gjør nye aktiviteter sammen.

Ved oppstart av samtalegruppa hadde det vært seks barn, etter andre samling var to av barna uteblitt. Det at to barn hadde uteblitt fra samlingene hadde en påvirkning for de resterende fire barna. Et av barna ga uttrykk for å savne en av de som var uteblitt. Andre fortalte at de ikke hadde rukket å bli kjent med dem, og hadde ikke tenkt noe mer over det.

Samtlige barn sammenliknet gruppesamlingene med det å være på skolen. Årsaken til dette var at samtalen var styrt av gruppelederne, og det var lite rom for at barna fikk snakke med hverandre. Barna ga uttrykk for at det ikke var tatt hensyn til **behovet for**

å snakke sammen. Dette hadde vært et savn for dem. De hadde savnet pauser hvor de kunne bli bedre kjent med hverandre ved å snakke om det de som barn var opptatt av. Et barn beskriver sin opplevelse av gruppesamlingene etter andre samling slik:

Føler at jeg er på en skole, og det kan bli litt kjedelig i lengden. I skolen er det kjedelig egentlig, av og til. I gruppesamlingene føles det som en skole, så det blir jo kjedelig i lengden her og (U:5).

Midtveis i gruppesamlingene hadde gruppelederne blitt gjort oppmerksom på barnas ønske om pauser hvor de kunne snakke seg i mellom. Etter dette ga barna uttrykk for at de hadde fått mer tid til å snakke sammen.

Et barn beskrev stor grad av sjenanse spesielt i forbindelse med skolen og i samvær med andre barn. I gruppesamlingene hadde hun opplevd å være mindre sjenert og hadde turt å fortelle om sine erfaringer. Det var positivt å møte de andre barna som var i samme situasjon som henne selv. I denne sammenheng kom det frem at det hadde vært en god opplevelse at noen viste oppmerksomhet og vennlighet. Dette medførte at barna ga uttrykk for en større grad av trygghet i forhold til hverandre og til gruppelederne.

Samtlige barn fortalte at de opplevde seg sett og hørt av de andre barna, samt av gruppelederne. Dette skapte en atmosfære som ble opplevd som trygg, og ga rom for å snakke om det som berørte dem. Barna hadde en opplevelse av at deres familier kanskje var litt annerledes enn andre familier. Et annet barn beskrev sin opplevelse på følgende måte:

Jeg har det helt fint, så jeg trenger egentlig ikke å være her. Jeg merket ikke noe forskjell når pappa sa at han var syk heller. Og jeg føler meg ikke noe annerledes enn vennene mine eller noe sånt (U:19).

I samtalegruppa erfarte barna en **trygghet** hvor de kunne være seg selv. Tryggheten viste seg ved at de kunne være åpne og fortelle om sine erfaringer som barn i en familie med psykisk lidelse. Barna ga uttrykk for at det var aksept for at de kunne være tilstede uten å fortelle hvordan de hadde det. Et barn opplevde denne tilstedeværelsen

slik: *”Så lenge det er litt koselig i gruppesamlingene så gleder jeg meg til å komme hit bare for å være her, og så føler jeg meg trygg når jeg forteller ting”* (U:14).

To av barna fortalte at de hadde utviklet **vennskap** etter å ha møtt hverandre i gruppa. De hadde også truffet hverandre utenfor gruppesamlingene sammen med sine familier. Dette hadde de opplevd som positivt og ønsket å opprettholde vennskapet etter at samtalegruppa var avsluttet. Ved at de hadde møtt hverandre utenfor gruppa erfart de å få snakket med hverandre om det de selv var opptatt av som barn. Barna påpekte at de ikke hadde snakket om temaer som var tatt opp i gruppesamlingene, men at de snakket om ”jenteting”.

Barna hadde en opplevelse av at noe hadde endret seg i relasjonene innad i familiene. Det at familien hadde gjort **nye aktiviteter sammen** etter oppstart i gruppetilbudet så barna på som positivt. Det ene barnet fortalte at de som familie hadde gått en lengre skitur på området der hvor samlingene fant sted. Dette hadde de som familie aldri gjort før. Et annet barn beskrev endring slik: *”Mamma fikk lillebroren min til å rydde rommet sitt”*.

Barna registrerte et endret aktivitetsnivå hos foreldrene. Barnet beskrev sin far: *”Til å begynne med var liksom pappa litt sånn nedfor, men det blir jo bare bedre og bedre. Nå er han jo helt seg selv”*. Et annet barn nevnte at hennes far hadde begynt å bake brød. Barnet ga uttrykk for at dette hadde vært morsomt, ved at; *”Ja, pappa er dyktig kokk, men ikke dyktig baker”*.

Endret mening og holdning til deltakelse

Denne kategorien hadde sammenheng med at barna endret sin mening og holdning til deltakelse i gruppesamlingene. Dette er relatert til at barna ikke forstod hensikten med å delta i gruppesamlingene, usikkerhet ved deltakelse, motstand ved oppstart og det å sette ord på følelser og tanker.

I forkant av sin deltakelse hadde barna ikke grunnlag for å forstå hva deltakelse i gruppesamlingene ville innebære for dem. Dette medførte at barna **ikke** hadde **forstått hensikten** med hvorfor de skulle være med i samtalegruppe med andre barn. Dette var årsaken til at barna hadde markert **motstand** og stor uvilje mot å være med til første gruppesamling. Barna fortalte videre at foreldrene hadde forklart at deltakelse ville ha

stor betydning for dem som familie, og spesielt det at barna deltok sammen med foreldrene. Til tross for den informasjonen foreldrene ga opplevde barna **usikkerhet** ved sin deltakelse i første gruppesamling.

Barna hadde hatt ulike reaksjoner når de skulle møte til første gruppesamling. Et barn ga uttrykk for at hun ikke ville bli med frivillig, noe som utløste et kor fra de andre barna: *"Ikke jeg heller!!!"*. Flere reaksjoner kom umiddelbart. Et av barna beskrev: *"Jeg nektet første gang, men jeg måtte være med"*. Barnet fortalte at hun ble med fordi det betydde så mye for pappa, selv om barnet hadde fotballtrening samme dag. Et annet barn beskrev turen til første gruppesamling slik: *"Jeg ble litt kvalm når jeg var på vei hit, fordi jeg grudde meg"*. Et barn beskrev dramatikken før avreise slik: *"Jeg løp opp og låste døra jeg. Jeg ville ikke være med"*. En av de andre barna fortalte *"Jeg begynte å grine når pappa fortalte meg om det, og så jeg ble sur og så kjefta jeg på dem, for jeg ville ikke dra hit"*.

Etter første samling ga de uttrykk for at det egentlig var koselig å være med på gruppesamlingene. Et av barna hevdet fortsatt at hun ikke hadde behov for å delta i gruppesamlingene, men hun innrømmer at samtalegruppa er bra for de som trenger det. Barna bekreftet at de faktisk hadde lært noe på tross av all motstand ved oppstart. Enkelte av aktivitetene utfordret barna med henhold til det å **sette ord på tanker og følelser** i forhold til sine opplevelser. Ordvekslingen mellom to barn vedrørende en av aktivitetene:

***Barn 1**"Ja, så sender vi "steinen" rundt, og så sier alle sammen en god ting og en dårlig ting som har skjedd i løpet av uka". **Barn 2**"IKKE JEG!!!" **Barn 1**"Nei, det er jo frivillig. Det er lov å si nei"*.

Ny forståelse for psykiske lidelser

Denne kategorien beskriver hvordan barn har lært av andre barns erfaringer, om psykiske lidelser og lært ved deltakelse i ulike aktiviteter.

Barna fortalte at de hadde lært om psykiske lidelser ved å snakket åpent om hva psykisk lidelse kunne være og hvordan denne lidelsen kunne arte seg hos deres mor eller far. Videre hadde de **lært av andre barns erfaringer** når de fortalte om hvordan det var å være barn i deres familie. Ved å lytte til hverandres fortellinger om hvordan

de hadde det, erfarte barna at de ikke var alene om å leve med en psykisk syk mor eller far. Videre fikk de økt **kunnskap om psykiske lidelser** gjennom samtaler og aktiviteter. Deriblant hadde barna lært at det var forskjell på å være somatisk- og psykisk syk. Et barn forteller om sin forståelse av psykisk lidelse slik etter avsluttet gruppesamlinger:

Når alle sammen forteller om hvordan de har det, så lærer jeg noe av det. Jeg visste ikke alt når jeg kom hit, om alle psykiske sykdommer, at det er mange måter å være psykisk syk på (U:14).

I gruppesamlingene hadde barna **lært ved deltakelse i aktiviteter**. Barna opplevde det utfordrende å delta i ulike leker og aktiviteter. Hensikten var å engasjere barna til å snakke om det barna selv opplevde som vanskelig. Barna var mest opptatt av en av aktivitetene som besto i å plassere seg på et tau i forhold til hva de mente, tenkte eller trodde i forhold til et spørsmål knyttet til familien. En annen lek hvor det ble kastet en ballong opp i luften med et spørsmål som skulle besvares av den av barna som fanget den, satte barna også stor pris på og betegnet dette som gøy.

Ved at det hadde vært lest fra en bok om en liten pike med en deprimert mor hadde barna fått noe kunnskap og informasjon om hvordan psykiske lidelser kunne arte seg. Enkelte ga uttrykk for at de hadde opplevd visse likhetstrekk fra sin egen familiesituasjon når det ble lest fra boka om piken med en deprimert mor. Andre hadde lite utbytte av denne fortellingen. Barna var stort sett enige om at de hadde lært mer gjennom enkelte av lekene og aktivitetene enn andre.

Barna hadde vært opptatt av hva foreldrene hadde gjort i sine gruppesamlinger, og mente at foreldre gjorde morsommere ting enn barna selv hadde gjort. Foreldregruppa hadde laget kollasj hvor de skulle beskrive seg selv. Barna hadde ønsket å få klippet og limt en kollasj på samme måte som foreldrene hadde gjort. Barna fortalte at de hadde ønsket å gjøre noe morsomt med foreldrene. De hadde fått tillatelse av sine gruppeledere til å skremme foreldrene ved en anledning, og dette hadde barna opplevd som utrolig morsomt.

DISKUSJON

Studiens hensikt var å beskrive foreldre og barns oppfatninger og erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger, hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse.

Diskusjonen av resultatene fra henholdsvis foreldre og barn presenteres hver for seg. Videre vil metodene som er benyttet i studien bli diskutert, samt troverdighet, pålitelighet og overførbarhet. Kapitlet avsluttes med en konklusjon og tanker om studiens betydning for klinisk sykepleie og videre forslag til forskning.

Resultatdiskusjon vedrørende foreldres oppfatninger

I resultatet framkom fire beskrivelseskategorier. Tre av beskrivelseskategoriene; *Dele erfaringer*, *Tydeliggjøring av posisjoner og roller* og *Oppdage, lære og erkjenne* er utelukkende og likeverdige hverandre. I utfallsrommet ble den fjerde beskrivelseskategorien: *Gruppesamlingene var unike, befriende og nyttige* en overordnet kategori.

De mest sentrale oppfatningene som foreldrene la vekt på vil bli diskutert her. Først kommer en kort oppsummering av foreldrenes oppfatninger.

Samtlige foreldre ga uttrykk for at gruppesamlingene var unike, befriende og nyttige. Det unike med tilbudet var at "hele" familien var inkludert. Det framkom at det var første gang de hadde fått et tilbud fra voksenpsykiatrien som inkluderte familien. Det befriende var å møte andre foreldre i liknende situasjon, og se at de ikke var alene om de utfordringer det var å leve med en psykisk lidelse i familien. Foreldrene ga uttrykk for at dette bidro til å redusere frustrasjons- og konfliktnivået i hjemmet. Det nyttige hadde ulik betydning for forelderen med en psykisk lidelse og den som var pårørende. For forelderen med en psykisk lidelse var det mest nyttige at deres partner og deres barn fikk informasjon om hva det vil si å ha en psykisk lidelse. For pårørende var det mest nyttig å møte andre pårørende og få dele sine erfaringer, og få informasjon om hvordan de skulle forholde seg til sin partner i "dårlige" perioder. Samtlige foreldre ga uttrykk for at det var unikt, befriende og nyttig at deres barn hadde deltatt i parallelle gruppesamlinger.

Diskusjonen vil ta utgangspunkt i de ulike rollene foreldrene hadde i gruppe - samlingene. Dette er henholdsvis rollene om foreldre, mor, far, forelder med en psykisk lidelse, partner og pårørende.

Foreldrene i vår studie ga uttrykk for at deltakelsen i gruppesamlingene hadde hatt betydning for dem som familie. Det framkom at de ikke ville hatt samme utbytte hvis barna ikke var med. I BAPS – foreldre var inklusjonskriteriene at forelderen med en psykisk lidelse og en pårørende skulle delta. Erfaringer fra andre studier hvor flere familiemedlemmer deltar i samtalen har vist seg å ha betydning (McFarlane 2002; Svendsen 2004; McFarlane, Dixon, Lukens & Lucksted 2007). I McFarlane (2002) sin undersøkelse framkom at flerfamilie grupper hadde bedre effekt enn singel – familiestøtte. Resultatene viste at flere av de som hadde deltatt i flerfamiliegruppe var i arbeid og de håndterte kriser på en bedre måte enn de som hadde mottatt singel – familiestøtte. Svendsen (2004) gjennomførte en evaluering av BAPP – programmet hvor det hadde vært frivillig for foreldrene å delta. Denne frivilligheten hadde medført at det var foreldre uten psykisk lidelse som hadde møtt i gruppesamlingene, og ikke foreldrene med en psykisk lidelse. Videre framkom viktigheten av at den med psykisk lidelse får kunnskap om hvordan han/hun kan ivareta relasjonen til sitt barn, samt snakke med barnet om sykdommen.

Erfaringer fra vår studie viste at ved deltakelse i gruppesamlingene hadde foreldre med en psykisk lidelse tilegnet seg kunnskaper med henhold til hvordan snakke med barna om det å være psykisk syk. Dette handlet om hvordan informere om ulike sider ved det å ha en psykisk lidelse, slik at barna forstår. Ahlgreen (2000) fant i sin studie at helt tilbake i 1994 var det påvist at mange psykiatriske pasienter (50-70 %) var bekymret for sine barn. Prosjektet ”Kontakt med børn af psykiatriske patienter” og flere andre utviklingsprosjekter har senere vist at pasienten er opptatt av hvordan deres egne barn har det.

Foreldre i vår studie hadde etter deltakelse i samtalegruppa blitt oppmerksomme på at deres behandler ikke hadde tatt opp tema vedrørende det å være foreldre. De hadde et ønske om at behandler skulle snakke med dem om barna. Liknende erfaringer beskrives i flere studier (Wang & Goldschmidt 1994; Ahlgreen 2000; Mevik & Trymbo 2002; Halså 2008; Halså & Aubert 2009b). Informantene (mødre) i Mevik og

Trymbo (2002) beskriver at ”det barn ikke vet har de ikke vondt av”. Etter deltakelse i samtalegruppa hadde informantene endret oppfatningen om hva barn kan bli fortalt. Mevik og Trymbo henviser til en studie gjennomført av Dundas og Wormnes (1992) hvor fagfolk hadde en oppfatning av at barn først og fremst burde skånes fra det vanskelige i livet.

Halsa (2008) påpeker at det på en akuttavdeling bør vurderes hvorvidt en skal snakke med foreldrene om det å være foreldre. Hun begrunner denne uttalelsen med at helsepersonell som skal ta opp tema foreldrefungering og tema barn bør ha kompetanse på hva dette innebærer. Rimehaug, Børstad, Helmersberg & Vold (2006) beskriver at for å ta opp tema foreldrefungering er det er nødvendig at personalet i voksenpsykiatrien har en fagkompetanse med henhold til å samtale med pasienter om deres barn.

Halsa og Aubert (2009b) fant at barn med alvorlig psykisk syke foreldre i liten grad fanges opp av voksenpsykiatrien før de selv utvikler problematferd. Dette dokumenteres av flere (Ytterhus & Almvik 1999; Kufås, Lund & Myrvoll 2001; Mevik & Trymbo 2002; Solberg 2003; Grøsfjeld 2004).

Manglende kunnskap om psykisk lidelse var fremtredende hos pårørende i vår studie, og hadde fremkommet ved deltakelse i samtalegruppa. Den manglende kunnskapen hadde bidratt til frustrasjon og en opplevelse av merbelastning for de pårørende. Dette samsvarer med erfaringer fra andre studier (Greenberg, Gkeenley & Brown 1997; Smeby 2001). Greenberg et al. (1997) fant at det å informere pårørende og gi de økt kunnskap om psykisk lidelse var av betydning. Ved at pårørende fikk denne kunnskapen opplevde de en redusert belastning med henhold til å leve med en partner med en psykisk lidelse. Foreldre med en psykisk lidelse opplevde økt mestring av de daglige aktiviteter og fikk mer sosial omgang med andre. Hvis informasjonen og veiledning skulle ha effekt måtte informasjonen være direkte knyttet til den aktuelle familiesituasjonen (Greenberg et al. 1997). Det å inkludere pårørende som en del av behandlingen av deres partner med en psykisk lidelse kan bidra til å forhindre re – innleggelse (Pitschel-Walz, Leucht & Bauml 2001).

Pårørende i vår studie beskrev en endring i kommunikasjon og samhandling i familien etter deltakelsen i parallelle grupper. Endringen besto i at de hadde fått en økt

forståelse for hvordan den andre hadde det, og samhandling var preget av mindre konflikter. Dette samsvarer med funn i andre studier (Smeby 2001; McFarlane 2002; Bøckmann & Kjellevold 2010). Samarbeid med de pårørende hvor man vektlegger undervisning, informasjon og veiledning kan redusere negativ samhandling i familien og virke frigjørende for det enkelte familiemedlem (Smeby 2001). Psykoedukativ tilnærming som en familierettet metode har vist seg å være virkningsfull hvor et av familiemedlemmene har en psykisk lidelse (Bøckmann & Kjellevold 2010). Den psykoedukativ tilnærmingen er en systematisk måte å arbeide med kommunikasjon og problemløsning. Noe av hensikten med denne metoden er å formidle faktakunnskap om psykisk lidelse og å gi råd og veiledning på hvordan lidelsen kan mestres og forebygge tilbakefall (ibid). McFarlane (2002) beskriver den terapeutiske effekten av flerfamilie grupper som hensiktsmessig med henhold til evne til problemløsning, endring i det emosjonelle klima i familien og en endring i toleranse for frustrasjon og angst.

En oppfating pårørende i vår studie hadde etter deltakelse i gruppesamlingene var betydningen av å bli sett og hørt. Det framkom av resultatene at pårørende tidligere hadde en opplevelse av at det var forelderen med en psykisk lidelse som det skulle tas hensyn til, og at de selv måtte sette sine behov til side. Det er ikke uvanlig at pårørendes behov får lite fokus når en lever med en partner med en psykisk lidelse med et svingende sykdomsforløp. Pårørende opplever å være i kontinuerlig beredskap (Bøckmann & Kjellevold 2010).

I vår studie framkom det at forelderen med en psykisk lidelse ikke hadde vært oppmerksom på partners behov. En oppfatning var at de hadde blitt bevisst sin egen selvopptatthet ved deltakelse i samtalegruppa. Erfaringer fra andre studier viser at når personen med en psykisk lidelse får selvinnsikt på hvordan ens atferd påvirker familielivet bidrar dette til økt toleranse for hverandre (Smeby 2001; Halså 2008). Når pasienter erkjenner sin egen urimelighet med henhold til de krav og forventninger som stilles til ektefelle skjer det en positiv endring i familien. Det er viktig at familier som lever med en person med en psykisk lidelse får hjelp til å se på seg selv og sin egen situasjon. Familien må bli tatt på alvor og få hjelp til å sette ord på vanskelige og følelsesmessige temaer, og få kunnskap og veiledning som er tilpasset deres situasjon i den hensikt å øke deres mestringsevne (Smeby 2001; Halså 2008).

I vår studie beskrev flere pårørende negative erfaringer med voksenpsykiatrien. Det framkom at kontakten med voksenpsykiatrien var avhengig av pårørendes eget initiativ. Pårørende hadde opplevd seg avvist når de var med sin partner ved innleggelse i voksenpsykiatrien. En forutsetning for pårørendes deltakelse i et behandlingsopplegg er at pasienten har gitt sitt samtykke til at dette kan skje (Helsepersonelloven 1999; Pasientrettighetsloven 1999). I undersøkelsen gjennomført av Sverdrup (2007) kommer det frem at pårørende hadde gitt uttrykk stor grad av kritikk mot psykiatrien på mange områder. Det ble spesielt lagt vekt på mangel på informasjon om sykdom, sykdommens forløp, medisiner og fremtidsutsikter. Det de pårørende kritiserte mest var sin opplevelse av avvisning med henhold til sitt ønske om å være en samarbeidspartner.

Pårørende i studien beskrev videre at det var vanskelig å få kontakt med og snakke med helsepersonell ved de psykiatriske avdelingene hvor deres nærmeste var til behandling. Talseth (2002) beskriver at pårørende hadde både positive og negative erfaringer i møte med voksenpsykiatrien. Pårørende som hadde positive erfaringer hadde en opplevelse av å bli møtt av helsepersonell med vennlighet og omtanke noe som bidro til lindring av egen smerte. Personalet hadde vist forståelse og var oppmerksom på deres spesielle behov som pårørende. Dette skapte større grad av trygghet. Pårørende som hadde negative erfaringer i møte med voksenpsykiatrien beskrevet en opplevelse av og ikke bli sett, samt at helsepersonellet ikke hadde vært høflige eller imøtekommende. De negative erfaringene bidro til en følelse av hjelpeløshet og maktesløshet ovenfor fagpersonene i helsevesenet. I vår studie stilte pårørende spørsmålsteget ved helsepersonells evne til empati og deres manglende interesse for opplysninger som kunne gis av de pårørende.

Det er funn som påpeker at der pårørende er involvert i et samarbeid vedrørende behandlingen av pasienten, blir dette forbundet med en opplevelse av redusert stress hos pårørende. Samarbeidet medfører at pårørende får større grad av tillit til og respekt for profesjonelle hjelpere (Greenberg et al. 1997; Engmark et al. 2006). Andre studier (Rose 1998; Johnson et al. 2001) beskriver at pårørende responderer mer hensiktsmessig når de får forståelse for at pasientens symptomer og atferd er forårsaket av hans eller hennes lidelse.

Det framkom i resultatet at pårørende hadde et behov for å dele erfaringer med andre pårørende som befant seg i liknende situasjon som dem selv, uten at partner med en psykisk lidelse var tilstede. Flere studier viser at det å dele erfaringer med andre i liknende situasjon kan være en støtte både emosjonelt og praktisk (Smeby 2001; McFarlane 2002; Engmark et al. 2006). I Engmark et al. (2006) påpekte flere pårørende hvor viktig deltakelsen i pårørendegruppe hadde vært for dem personlig. Opplevelsen av å være sammen med andre som var i samme situasjon, og som viste forståelse for det spesielle ved å være pårørende til ektefelle/samboer med en psykisk lidelse hadde gjort det mye enklere å dele erfaringer med andre. Dette spesielt med henhold til å tørre å være personlig og privat i samtalegruppa. Pårørende i vår studie beskrev en emosjonell støtte fra de andre deltakerne, samt at de hadde fått informasjon og veiledning. McFarlane (2002) fant i sin undersøkelse at deltakere i flerfamilie grupper evnet å være sensitive og støttende overfor andre familiers medlemmer. Dette på bakgrunn av egne personlige erfaringer som pårørende med en psykisk syk i familien. Pårørendes evne til å sette seg inn i de andre gruppedeltakernes situasjon medførte et endret syn og en økt forståelse for eget familiemedlem. Dette samsvarer med funn i vår studie.

Erfaringer foreldre beskrev i vår studie var en oppfatning av å ha endret holdning til sin partner etter deltakelse i gruppesamlingene. Liknende erfaringer er beskrevet i andre studier (Rose 1998; Yamashita 1998). Kunnskap kan bidra til endret forståelse og holdning med henhold til partners underlige atferd. Det at atferden er forårsaket av sykdom og ikke en bevisst viljestyrt atferd. Tidligere hadde partners atferd vært opplevd som ubegripelig for den pårørende (Rose 1998; Yamashita 1998). Glistrup (2006) beskriver viktigheten av at foreldrene har en forståelse for hverandres atferd. I perioder vil den med psykisk lidelse ha vanskelig for å vurdere både egne og andres grenser. Dette kan medføre ekstrabelastning for de andre familiemedlemmene. Pårørendes forsøk på å markere grenser kan utløse konflikter, noe som igjen kan medføre at familiens barn opplever utrygghet.

Forskjellig sivil- og yrkesstatus hadde ingen betydning for samholdet foreldrene i mellom i gruppesamlingene i vår studie. Erfaringer fra andre studier med kvantitativ tilnærming beskriver at sivil- og yrkesstatus og kjønn har betydning for grad av

depresjon og grad av merbelastning i familien (Gove & Geerken 1977; Cook 1988; Ross & Mirowsky 1989; Greenberg et al. 1997).

Cook (1988) hevder at kvinner opplever større grad av stress som pårørende enn menn. Levekårsundersøkelsen 2005 (Clench-Aas et al. 2009) understøtter dette. Generelt har kvinner oftere psykiske lidelser enn menn, og det gjelder spesielt angst og depresjon. Ross og Mirowsky (1989) fant i sin studie at de som er i arbeid opplever lavere grad av depresjon enn de som ikke er i arbeid. Resultater i Levekårsundersøkelsen (2005) viser at de som er arbeid har en vesentlig bedre helseutvikling enn de som ikke er i arbeid.

Gove og Geerken (1977) fant at de som er i ekteskapelig forhold er mindre deprimerte enn de som er ugifte. Tilsvarende funn framkommer i levekårsundersøkelse 2005 (Clench-Aas et al. 2009), hvor de som ikke lever i par forhold har en økning med henhold til det å søke hjelp i helsevesenet. I Greenberg et al. (1997) fremkommer det i enkelte funn at familiemedlemmene som bor sammen med en psykisk syk har en opplevelse av å ha en større grad av subjektiv merbelastning. Dette i motsetning til familiemedlemmene som ikke bor sammen med partner med en psykisk lidelse. Biegel et al. (1994) skriver at i deres funn er det ingen sammenheng mellom samlivsform og grad av subjektiv merbelastning.

Foreldrene i vår studie hadde et ønske om å fortsette i samtalegruppa etter at de ordinære gruppesamlingene var avsluttet. De var inneforstått med at det ville bli som en selvhjelpsgruppe uten gruppeledere. Loland (2006) har gjennomført en evaluering av hvilke effekt selvhjelpsgrupper har ved angst og depresjon. I oppsummeringen av tidligere studier var det kun en studie som innfridde inklusjonskriteriene. Denne studien viste at selvhjelpsgrupper reduserte depressive symptomer hos menn og kvinner mellom 18 og 60 år, men at det er nødvendig med mer forskning på effekten av selvhjelpsgrupper. Dyregrov (1999) beskriver at selvhjelpsgrupper uten faglig ledelse er lite hensiktsmessig, og at få grupper har bestått uten faglig gruppeleder. Deres erfaringer er at selvhjelpsgrupper ikke er hensiktsmessig for personer som sliter med symptomer på PTSD⁸, sorg eller depresjon. Deres begrunnelse er at

⁸ Post Traumatic Stress Disorder

selvhjelpsgrupper uten faglig ledelse kan virke mot sin hensikt og ytterligere forsterke de psykiske symptomene.

Resultater fra en studie vedrørende selvhjelpsgrupper viser at pårørende som har deltatt i pårørende gruppe (selvhjelpsgruppe) opplevde gruppen som et fristed, de følte seg sett, hørt og forstått av de andre deltakerne i gruppa. En annen effekt som ble beskrevet var opplevelse av en bedre samhandling med forelderen som var psykisk syk. Videre lærte de pårørende av hverandre, og samtalene vekslet mellom det alvorlige og hverdagslige (Haugen 2009 gjengitt i Engmark et al. 2006).

Resultatdiskusjon vedrørende barnas erfaringer

De mest sentrale erfaringene barna fortalte vil bli diskutert her, men først kommer en kort oppsummering av resultatene.

I resultatet framkom det tre kategorier som beskriver det manifeste innhold og ett tema som beskriver det latente innhold. Den underliggende (latente) betydningen viste seg ved at det enkelte barn hadde gitt uttrykk for ulike meninger om sine reaksjoner ved oppstart i samtalegruppa, det vil si barna ga uttrykk for det som kan betegnes som å motsi seg selv. Barna ga uttrykk for at de hadde hatt motstand til å delta, samtidig som de i ettertid ga uttrykk for at det hadde vært morsomt og litt lærerikt. Grunnlaget for å si at barna oppfattet sin deltakelse i samtalegruppa som utfordrende, morsomt og litt lærerikt var deres usikkerhet og skepsis med henhold til deres deltakelse i noe som for dem var nytt og fremmed.

I forkant av oppstart av første gruppesamling brukte barna uttrykk som *jeg ble kvalm, begynte å grine og ble sur og kjefte*, men etter å ha deltatt i første gruppesamling brukte de uttrykk som *jeg gleder meg, noen leker er morsomme og jeg føler meg trygg*. Til tross for motstanden innledningsvis hadde barna gitt uttrykk for at de hadde hatt det morsomt og lært litt.

Kategorien handlet om hvilke oppfatninger barna hadde med henhold til *erfaringer i møte med andre*. Den andre kategorien handlet om hvordan barna *endret mening om - og holdning til deltakelse*. Den tredje kategorien handlet om at de tilegnet seg *ny forståelse med henhold til psykiske lidelser*.

I vår studie ble det en skjevfordeling med henhold til kjønn og alder på barna forårsaket av at to barn sluttet etter andre samling. Dette hadde for noen medført et savn av barn som hadde sluttet, mens for andre hadde det ingen betydning. Sagnet for det ene barnet hadde trolig en sammenheng med at han ble den eneste gutten i gruppa. Dette samsvarer med evalueringen av ”BAPP⁹ – gruppe” hvor det var ønsket grupper av barn på samme alderstrinn og jevn fordeling på kjønn (Svendsen 2004). Glistrup (2006) har intervjuet barn om hvilke erfaringer de har ved at gruppedeltakere eller gruppeledere slutter underveis i gruppesamlingene. Barna beskriver at det er mindre forstyrrelse for gruppa om et barn slutter enn om en gruppeleder blir erstattet av en annen.

Før fremmøte i første gruppesamling ga barna i vår studie uttrykk for stor grad av motstand til å delta. Erfaringer fra andre studier og prosjekter beskriver at motstanden kan ha sammenheng med usikkerhet på hva det innebærer å delta. Temaet psykisk lidelse er fremdeles et tabubelagt område, noe som også påvirker barna. Sentralt i forhold til barnas motstand er også hvordan foreldre introduserer familiens deltakelse i gruppetilbudet for barna (Svendsen 2004; Glistrup 2006; Halså & Aubert 2009b). Glistrup (2006) skriver at hvis foreldrene spør om barna har lyst til å være med i en samtalegruppe er sannsynligheten for at de svarer nei ganske stor. Sannsynligheten for at barna blir med i samtalegruppe er større hvis de som foreldre formidler et ønske om å ha barna med. Dette framkom også i vår studie, ett av barna hadde blitt med fordi foreldrene hadde gitt uttrykk for at det hadde stor betydning for dem at barnet ble med i gruppesamlingene sammen med andre barn.

I evalueringen av gruppetilbudet BAPP var det å treffe andre barn i liknende situasjon viktig. Dette medførte endret opplevelse av skyld hos barna. Videre hadde barna en bedre forståelse av hva som kunne være årsaken til foreldrenes psykiske vansker (Halså & Aubert 2009b).

Det framkom i undersøkelsen Svendsen (2004) gjennomførte at barna hadde gitt uttrykk for at de gruet seg i forkant av oppstart gruppetilbudet. Årsaken til dette kunne være at barna ikke visste hva som skulle foregå på møtene. Dette samsvarer med funn i

⁹ Barn Av foreldre med rus- eller Psykiske Problemer

vår studie. Barna beskrev at de hadde gruet seg litt før oppstart i barnegruppa. Halsa og Aubert (2009b) intervjuet fire barn om hvilke erfaringer de hadde med egen motivasjon før oppstart i barnegruppe. Barna fortalte at foreldrene hadde motivert dem til å delta, og det virket som disse barna hadde vært godt forberedt og viste god forståelse for hvorfor de skulle delta i barnegruppa. Barna var usikre med henhold til deltakelse og dette kunne ha sammenheng med at det fortsatt var liten åpenhet om de vanskeligheter og utfordringer som er knyttet til psykisk sykdom og rusproblemer (Svendsen 2004).

Til tross for motstanden barna i vår studie ga uttrykk for før oppstart, så hadde de en oppfatning om at gruppa var morsom og litt lærerik, men i begynnelsen ble gruppesamlingene sammenliknet med å være på skolen da all samtale var styrt av gruppelederne. Liknende erfaringer beskrives i studien til Torsvik & Westervik (2010). Årsaken til at gruppene oppleves som voksenstyrte kan ha en sammenheng med at det er voksne som har laget innhold og rammer for samtalegruppene, og hva barn bør få informasjon om. Samtalegrupper har blitt opprettet på bakgrunn av de voksnes vurderinger uten at barn har blitt innlemmet i hva de mener kunne vært hensiktsmessig for dem (Torsvik & Westervik 2010).

Tryggheten hos barna framkom i vår studie som en forutsetning for å tørre å dele erfaringer med de andre barna i gruppa. Erfaringer fra andre samtalegrupper med barn viser at tryggheten kan ha en sammenheng med at de møter barn med tilsvarende erfaringer med en mor eller far med en psykisk lidelse (Solberg 2003; Skerfving 2005). Solberg (2003) utførte en evaluering av ”Du er ikke alene”, som var en samtalegruppe med psykopedagogisk tilnærming for barn og unge som hadde foreldre med en psykisk lidelse. Det framkom at barna hadde nytte av å dele erfaringer med hverandre, og at det hadde vært av betydning at barna som deltok hadde liknende erfaringer med psykisk lidelse i familien. Barna ga videre uttrykk for at de hadde et positivt inntrykk og utbytte av deltakelse. I våre resultater var det et barn som ga uttrykk for at gruppesamlingene ikke hadde gitt noe utbytte for henne, men at samtalegruppa var et bra tilbud for de som trengte det.

Skerfving (2005) gjennomførte en intervjuundersøkelse med 28 barn i alderen åtte til atten år som hadde deltatt i samtalegrupper hvor en – eller begge foreldre hadde en

psykisk lidelse. Det framkom at barna mente det kun var barn som selv hadde problemer med sine foreldre som kunne forstå hvordan de hadde det, og som de kunne dele sine erfaringer med. Barna fortalte at det var godt å treffe andre som ”*hade det som de själva*”. Det å se at de ikke var alene, og få muligheten til å dele opplevelser og erfaringer med andre i samme situasjon var også noe som kom frem av intervjuene. Videre påpeker Skerfving (2005) at samtalegrupper ikke passer for alle barn, men at disse barna må få informasjon på andre måter.

Det framkom i vår studie at et av barna opplevde mindre grad av sjenanse i samtalegruppa. Barnet ga uttrykk for å være så sjenert at hun opplevde seg som usynlig i sin egen klasse på skolen. I samtalegruppa hadde samtlige barn en oppfatning av å bli sett og hørt av hverandre og av gruppelederne. Glistrup (2006) mener at barn som er tause i skolesammenheng vil også være tause i samtalegrupper. Ved at man gir seg tid til å bli kjent med barnet og gradvis trekker barnet inn samtale vil barnet få en opplevelse av samhørighet med gruppa.

Et annet funn i vår studie var at det hadde oppstått vennskap mellom to av barna i samtalegruppa. Barna beskrev at de hadde møttes utenfor gruppesamlingene. Dette hadde bidratt til at de snakket friere sammen om det de selv var opptatt av som barn. Erfaringer fra SMIL¹⁰ – gruppetilbud ”Mindre alene sammen!” hadde tilsvarende funn. Her framkom at flere av barna som hadde deltatt gruppetilbudet snakket om vennskap som hadde utviklet seg.

Samtlige av barna i vår studie hadde fått en endret forståelse av hva psykisk lidelse var og hvordan den kunne arte seg. Det framkom ulike oppfatninger om hvordan barna hadde tilegnet seg denne forståelse. Erfaringer fra tidligere studier/undersøkelser beskriver betydningen av at barn får forståelse og kunnskap om psykisk lidelse. Ved at barn får økt forståelse for psykisk lidelse og hvordan lidelsen kan arte seg kan dette gi barnet mulighet for gjenkjennelse av unormal atferd forårsaket av lidelsen. Denne forståelse kan bidra til at barnet opplever mindre skyldfølelse vedrørende mor eller fars endrede atferd. I våre resultater framkom det at barna hadde lært forskjellen på det å være somatisk- og psykisk syk. Glistrup (2006) skriver at barn trenger informasjon og

¹⁰ SMIL – styrket læring og mestring i livet

kunnskap om psykisk lidelse generelt, og om foreldrenes lidelse spesielt. Barn trenger kunnskap om at det finnes andre barn som har en mor eller far med en psykisk lidelse, med andre ord få vite at de ikke er alene.

Glistrup (2009) skriver at ”I barnas time” (temafokusert barne- og familiesamtale), snakkes det åpent om psykiske lidelser. Det skapes en samtale innad i familien om det å være syk, ha gleder og sorger. Dette bidrar til at barna opplever samsvar med sin virkelighet. Noen av barna i vår studie hadde gjenkjent seg i en fortelling om en jente som hadde en deprimert mor. Andre igjen hadde lært mer av de andre barnas personlige fortellinger.

Resultater i vår studie viser at barna hadde lært noe om psykisk lidelse gjennom lek og aktiviteter. Barna fremhevet to leker som hadde hatt betydning, en lek de kalte ballongleken og den andre betegnet de som tauleken. Hagborg og Ränge (2008) fremhever at det i en samtalegruppe at det er vel så viktig med lek og øvelser som det å ha en samtale og en kunnskapsformidling. Videre påpeker de at barn kan hjelpes til en bedre utvikling med henhold til refleksjonsevne og det å se sammenheng i sin egen tilværelse, gjennom lek og aktiviteter. Torsvik og Westervik (2010) skriver i sin studie at barn etterspurte mer deltakelse i gruppetilbudet på deres egne premisser. De hadde et ønske om mer lek og aktiviteter.

I evaluering av gruppetilbudet ”Du er ikke den eneste” hadde barna fått en bedre forståelse av hva det vil si og ha en psykisk lidelse. Videre en forståelse for at pårørende ble påvirket av sin omgang med den psykiske syke. Halvparten av barna hadde svart at det var blitt enklere å uttrykke seg og be om hjelp. Det framkom at dette gikk spesielt på det å bryte tausheten og få en forståelse av hvordan de kunne formidle det de ønsket hjelp til (Solberg 2003; Halså & Aubert 2009b).

Metodediskusjon

Forfatterne vil her gjøre rede for metodevalg og fremgangsmåte, samt troverdighet pålitelighet og overførbarhet.

Det ble funnet få forskningsstudier som omhandlet foreldre og barns oppfatninger og erfaringer ved deltakelse i parallelle samtalegrupper. På bakgrunn av dette ble det benyttet en eksplorerende deskriptiv design. I følge Polit & Beck (2008) er

eksplorerende deskriptiv design velegnet når fenomenet er lite beskrevet, og en ønsker en økt og mer nyansert forståelse av fenomenet. Videre ble det benyttet fenomenografisk tilnærming både i parintervjuene med foreldrene og fokusgruppeintervjuene.

Informantene i studien var samtlige foreldre og barn som gjennomførte sin deltakelse i BAPS – foreldre prosjektet. Det totale antall informanter for denne studien ble 12 personer, åtte foreldre og fire barn. Dette kan ses på som et lite utvalg også innen kvalitativ forskning. Antall informanter i fokusgruppeintervjuet er i overensstemmelse med det som er anbefalt i litteraturen (Wibeck 2000; Hummelvoll 2003). Wibeck (2000) henviser til Dunbar (1997) som hevder at den øverste grensen for hvor mange personer som kan være involvert i en samtale går ved fire personer. Ut fra en slik tenkning vil en gruppe bestående av flere enn fire deltakere medføre at det vil bli vanskelig å beholde alles oppmerksomhet. Hummelvoll (2003) anbefaler fire til tolv deltakere i fokusgruppeintervjuer.

I foreldregruppen var det et likt antall menn og kvinner. Tilsvarende var det med menn og kvinner som hadde en psykisk lidelse og de som var pårørende. I barnegruppa var det fire barn, en gutt og tre jenter. Inklusjonskriteriet for barna var at de skulle være i alderen ni til elleve år. Prosjektet BAPS – foreldre hadde hatt problemer med å rekruttere barn i denne alderen. Barna som deltok i denne studien var på bakgrunn av dette fra åtte til tolv år. Denne spredning i alder og skjevfordeling med henhold til kjønn kan ha påvirket samhandlingen og samtalen i fokusgruppeintervjuene. I følge Graneheim og Lundmann (2004) er sammensetningen i utvalget av betydning for å få frem en variasjon av erfaringer med henhold til det som studeres.

Valg av sted for intervjuene har i etterkant vist seg å ha være gunstig med henhold til informantenes opplevelse av trygghet i intervjusituasjonen. Dette framkom i samtalen som WWL hadde med samtlige informanter etter siste intervju.

Det ble benyttet parintervju og ikke individuelle intervjuer med foreldrene. Hensikten var et ønske om at foreldreparene ville kunne utfylle hverandre i oppfatninger og erfaringer med å bli intervjuet sammen. Foreldreparene kunne samtale seg i mellom, og høre hverandres meninger om det som kom frem under intervjuet. Enkelte av informantene (pårørende) ga uttrykk for at det var enklere å være åpen når partneren

ikke var tilstede. Dette med bakgrunn i sin redsel for å såre og utsette sin partner for ekstrabelasting ved å si noe om sine egne følelser og opplevelser. Individuelle intervjuer kan oppleves som en tryggere form for utveksling av erfaringer om et sensitivt tema. Denne intervjuformen kan også ha motsatt virkning hvis informanten ikke opplever seg komfortabel og trygg i møte med intervjuer (Malterud 2003; Polit & Beck 2008). Kvale (1997) påpeker at det kvalitative intervjuet er produksjonssted for kunnskap, og en utveksling av synspunkter mellom to eller flere som samtaler om et tema av felles interesse. Forfatterne mener at intervjumetoden var velegnet i denne studien.

Inngangsspørsmålet ble introdusert og hensikten med studien ble forklart for informantene i forkant av intervjuet. I denne studien var det kun ett inngangsspørsmål som hadde sitt utgangspunkt i studien forskningsspørsmål, som var noe tungt og akademisk formulert. Forfatterne var forberedt på å utdype inngangsspørsmålet med utgangspunkt i hvem informantene var.

Før oppstart av intervjuet var informantene informert om at WWL ville stanse dem hvis de kom inn på temaer som var irrelevante for studiens hensikt. I intervjuet ble det lagt vekt på at informantene skulle ha muligheten til å fortelle fritt om sine oppfatninger og erfaringer vedrørende sin deltakelse. WWL la vekt på å holde seg til inngangsspørsmålets innhold under hele intervjuet. Enkelte informanter kom inn på temaer av mer personlig karakter. Dette valgte WWL og ikke følge opp da det ikke var relevant for studien, og for å hindre informantene i å utlevere noe de senere kunne angre på. Informantene ga uttrykk for at det hadde vært rom for å vise følelser og sette ord på sine personlige opplevelser i intervjuene. I følge Kvale et al. (2009) er et forskningsintervju ikke en samtale mellom to likeverdige parter. Dette ble synlig i gjennomføring av parintervjuene. WWL hadde en utfordring i parintervjuene ved at en av foreldrene hadde en psykisk lidelse hvor atferden var noe preget av dette i intervjusituasjonen. I samtlige intervjuer måtte WWL finne en balanse med henhold til å være støttende, utfordrende, grensesettende, samt rette sin oppmerksomhet mot begge informantene i intervjuet.

Ett av intervjuene varte i 20 minutter da kun en av informantene møtte til parintervjuet. De øvrige intervjuene hadde en varighet på cirka 40 minutter. Alle

intervjuene ble tatt opp i sin helhet på diktafon. Minnekortet i diktafonen ble fullt ved ett av intervjuene, og det resterende ble skrevet for hånd. Informantene ga uttrykk for at de ikke lot seg forstyrre av dette. Det kan allikevel være data som har gått tapt i dette intervjuet.

Informantene ga tilbakemelding på at de ikke hadde deltatt i intervju tidligere. De fortalte at de hadde grudd seg litt for dette. Til tross for dette hadde de opplevd intervjusituasjonen som hyggelig og trygg nok til at de turde komme frem med sine synspunkter. I etterkant av siste intervju ga informantene uttrykk for at det ville være positiv hvis andre kunne ha nytte av deres erfaringer som ville fremkomme i denne studien. Christensen skriver at det å delta i et intervju gir mennesker som til vanlig er i en vanskelig posisjon en oppmerksomhet. En mulighet til å fremme sine synspunkter noe de vanligvis ikke har erfart i møte med det offentlige helsevesen (Christensen 1999 gjengitt i Engmark et al. 2006).

Under forberedelsen av fokusgruppeintervjuene ble det lagt vekt på å tilpasse tidspunkt for intervjuene slik at dette passet for foreldrene som hadde andre barn hjemme. På bakgrunn av dette ble det valgt å gjennomføre intervjuene med barna på samme tid og sted som BAPS – prosjektet hadde sine samlinger. Dette innebar at foreldrene deltok i gruppesamlingene sammen med andre foreldre, mens barna ble intervjuet i fokusgruppe.

I studier hvor mindreårige barn intervjues blir de etiske overveielser viktige. Dette gjelder spesielt da mindreårige barn uten samtykkekompetanse som er i et avhengighetsforhold til sine foreldre. Mindreårige barn lar seg lettere lede av ”autoriteter” enn voksne. Oppmerksomheten må være rettet mot at barnet ikke tør å protestere på deltakelse. Det kan komme informasjon fra barn som de selv ikke ser konsekvensene av å ha sagt, men som de ettertid kan bekymre seg over (Backe-Hansen sist oppdatert 01 september 2009). Barna ble ivaretatt i intervjusituasjonen ved at de fikk uttrykke seg fritt med sine synspunkter om sin deltakelse i gruppesamlingene. Enkelte barn kom inn på sensitive forhold vedrørende sine familier, noe som ble stanset. WWL vurderte at barna ikke så konsekvensene av hva de fortalte i intervjusituasjonen, og var spesielt oppmerksom på å dreie samtalen tilbake til studiens hensikt.

I følge Øvereeide (2009) er barnet ikke så opptatt av forskerens formål, men opptatt av å fortelle om sine egne opplevelser uavhengig av formålet. Det er den voksne som først og fremst må ta ansvar for formålet med samtalen. Voksne må legge til rette for at barnet finner motivasjon i selve samtaleprosessen. Forfatterne erfarte at sammensetningen av gruppa ble en utfordring. I fokusgruppeintervjusituasjonen var utfordringene å holde fokus ut fra studiens hensikt. Noen av informantene var sjenert og stille, mens andre var verbalt aktive. I tillegg var det spredning i alder, hvor enkelte av informantene bar preg av umoden atferd. Disse faktorene gjorde det vanskelig for forfatterne å få til en dialog som inkluderte alle informantene.

Intervjuenes varighet var 30 minutter på det første og 20 minutter på det andre fokusgruppeintervjuet. Årsaken til den korte varigheten på fokusgruppeintervjuene var en del uoppmerksomhet, støy og uro fra informantene. Dette kan ha medført at forfatterne kan ha et relativt lite datamateriale i forhold til hva som var ønskelig i forhold til studien hensikt.

Forfatterne ser i ettertid at valgt tidspunkt for andre fokusgruppeintervju var lite hensiktsmessig. Dette fordi intervjuet ble gjennomført rett i forkant av siste gruppesamling. Det viste seg at BAPS – prosjektet hadde planlagt en avslutningsfest med bespisning. Dette har sannsynligvis påvirket barnas konsentrasjon i intervjusituasjonen. En annen faktor er at det i utgangspunktet var planlagt ti samlinger i BAPS – prosjektet. Forfatterne hadde avtalte tidspunktet for fokusgruppeintervjuer med utgangspunkt i dette. Det ble gjennomført åtte samlinger. Dette medførte at det ble kun fjorten dager mellom de to fokusgruppeintervjuene. Dette ble for kort tid mellom intervjuene noe informantene påpekte. Informantene opplevde at de ikke hadde noe nytt å komme med i andre fokusgruppeintervju.

Fordelen med fokusgruppeintervju er at intervjuers rolle blir mindre styrende. Denne metoden benyttes når det er ønskelig å få frem nyanser av tekning rundt ett fenomen, fremfor hva ett enkelt individ mener (Wibeck 2000). Ulemper ved fokusgruppeintervjuer kan være at enkelte deltakere får sagt mindre enn hva de ville ha gjort i et individuelt intervju. Den sosiale kontrollen kan i disse intervjuene hindre at ulike erfaringer og synspunkter kommer fram (Halkier 2010).

I etterkant ser forfatterne at det kunne vært hensiktsmessig å ha benyttet individuelle intervjuer i tillegg til et fokusgruppeintervju. I følge Wibeck (2000) er det en markant forskjell om en gruppe mennesker diskuterer et emne eller om bare en person gjør det. Foruten det gruppedynamiske aspektet som inntreffer kommer en bredere skala av ideer fra ett gruppeintervju enn i et individuelt intervju. I tillegg når det gjelder kliniske forskningsspørsmål kreves det ofte en detaljert forståelse for hva som skiller barn fra hverandre. Dette går på barns modenhet i forhold alderstrinn. Deres språklige ferdigheter, evne og erfaringer med å snakke i grupper. Det kan da være hensiktsmessig å ha et individuelt intervju i etterkant av ett fokusgruppeintervju (Wibeck 2000).

Transkriberingen ble gjennomført rett i etterkant av hvert av intervjuene. Begge forfatterne har lyttet til lydfiler og transkribert intervjuene. Forfatterne har på ny gjennomlest og korrigert det transkriberte materialet. Informantene i denne studien snakket utpreget dialekt og benyttet til tider begreper som kan karakteriseres som slanguttrykk. I følge Malterud (2003) kan skriftliggjøring av muntlig tale gi leseren et annet bilde av samtalen enn det som samtalepartene hørte i situasjonen. Dette skjer spesielt i de situasjonene hvor en eller begge benytter dialekt eller uttrykker seg med et språklig særpreg.

I enkelte av intervjuene er det stedvis noe utydelig tale. Dette er kommentert i transkriberingen. Forfatterne mener at det ikke har gått tapt noe av betydning på bakgrunn av dette, men det kan være nyanser som ikke har kommet med. I transkriberingen ble det notert non – verbale signaler på hvordan informantene følelsemessig reagerte i intervjusituasjonen. Denne form for transkribering sikrer at informantenes oppfatninger og erfaringer ble registrert med deres egne ord og uttrykksformer (Malterud 2003; Kvale et al. 2009). I transkribering av fokusgruppeintervjuene var det en utfordring å skille barnestemmene fra hverandre. Det var videre en del støy ved at barna snakket samtidig. I etterkant ser forfatterne at planleggingen av selve intervjusituasjonen kunne vært gjort annerledes. Dette ved å fjerne gjenstander som ble benyttet for å lage støy og forstyrrelser.

Det ble benyttet en fenomenografisk tilnærming i analysen av data som framkom i intervjuene med foreldrene. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet i analysen av

fokusgruppeintervjuene. I etterkant ser forfatterne at analysen og tilnærmingene var velegnet i forhold til studiens hensikt.

Utgangspunktet for studien var at det skulle benyttes fenomenografisk tilnærming i analysen både av foreldrepar intervjuene og fokusgruppeintervjuene. I foreldrepar intervjuene var det et rikt datamateriale, mens i fokusgruppeintervjuene var det ikke tilstrekkelig med datamaterialet til å forsvare bruk av fenomenografisk tilnærming. I fenomenografisk analyse er det ”*det sagte ord*” som analyseres. En er her avhengig av et rikt datamateriale for å kunne få bredde og variasjon av oppfatninger (Marton 1994). I kvalitativ innholdsanalyse kan både det manifeste (”det sagte ord”) og latente (det underliggende) innhold beskrives (Graneheim & Lundman 2004). Det ble derfor valgt en kvalitativ innholdsanalyse av fokusgruppeintervjuene.

Under forberedelsene til intervjuene tok forfatterne utgangspunkt i at MS var kjent for foreldrene i BAPS – prosjektet da hun var en av lederne for deres gruppesamlinger. På bakgrunn av dette valgte forfatterne at WWL gjennomførte alle intervjuene.

Alle intervjuene ble analysert trinn for trinn som beskrevet i metodekapitlet. Forfatterne har gjennomført analyseprosessen gjentatte ganger for å sikre at det ikke var noe av betydning som ble utelatt. Forfatterne var i denne prosessen bevisst MS sin relasjon til BAPS – foreldre som leder av foreldregruppa. Gjennom MS sin tilknytning til BAPS – foreldre hadde hun innsikt i hva som hadde skjedd og hva informantene hadde snakket om i gruppesamlingene. På bakgrunn av dette var det WWL ansvar og hindre at analysen ble påvirket av MS sin kjennskap fra BAPS – foreldre. WWL stilte kontrollspørsmål gjennom hele analysen om hvorvidt oppfatningene hadde sitt opphav i informantenes utsag fra intervjuet eller fra samtalegruppa.

I utfallsrommet av intervjuene med foreldrene viste de tre beskrivelseskategoriene seg og være kvalitativt forskjellige og utelukkende hverandre. I utfallsrommet ble forfatterne oppmerksomme på at beskrivelseskategoriene utgjorde hverandres forutsetninger, og de hadde en relasjon til hverandre. Dette ved at informantene har vært i en utviklingsprosess i perioden de deltok i BAPS - prosjektet. Den fjerde beskrivelseskategorien utgjør informantenes kollektive oppfatning av hvordan de erfarte å delta i parallelle gruppesamlinger sammen med andre foreldre par, hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse (jf. Alexanderson 1994, s. 127,128).

Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Litteratur som er benyttet i denne studien har forfatterne prøvd å kvalitetssikre ved kritisk å analysere artiklene det er henvist til i studien. Etersom det ble funnet lite forskning på foreldre og barns oppfatninger og erfaringer ved deltakelse i samtalegruppe, hvorav en forelder har en psykisk lidelse, har forfatterne benyttet annen relevant litteratur. Det har blitt henvist til prosjekter og rapporter om tema.

For å øke påliteligheten av resultatene i studien har forfatterne gjort rede for sin forforståelse i forordet til oppgaven, slik at leseren får ett innblikk i forfatterens ståsted og bakgrunn.

Utvalget var bestemt ut fra BAPS – prosjektet som hadde gitte inklusjons – og eksklusjonskriterier. Alle informantene hadde kjennskap til fenomenet som ble studert, og informantene kunne gi nyanserte oppfatninger av fenomenet. Dette er med på å styrke studiens pålitelighet.

Informantene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt. Videre at resultatene kunne være til nytte for andre i liknende situasjon som de selv hadde vært i. Ved å ha mottatt denne informasjonen kan det ha påvirket informantenes utsagn både positivt og negativt vedrørende deres deltakelse.

WWL forsikret underveis at hun hadde oppfattet det informantene ga uttrykk for ved å stille spørsmål som for eksempel; ”har jeg forstått deg rett når jeg oppfatter at det du sa...?”. Ved dette kan informantene eventuelt rette opp eventuelle misforståelser, og sannhetsverdien og påliteligheten styrkes.

Begge forfatterne har vært igjennom alle lydfiler og det transkriberte materialet. Videre ble non – verbal kommunikasjon notert i transkriberingen. Dette er med på å styrke troverdigheten og påliteligheten av studien.

I fenomenografisk analyse er det en styrke at leseren kan følge forfatterne trinn for trinn i analyseprosessen. Forfatterne var oppmerksom på MS sin relasjon til BAPS – foreldre i analyseprosessen. Påliteligheten ble styrket ved at det ble gjennomført flere reanalyser, for å sikre at kategoriene er gjensidig likeverdige, men utelukker hverandre.

I fremstilling av resultatene er det benyttet sitater fra samtlige informanter, noe som styrker påliteligheten i studien. Sitatene er kodet slik at andre forskere kan gå tilbake i datamaterialet.

Styrken i kvalitativ innholdsanalyse vises ved at kategorier og tema dekker det innhentede datamaterialet. Forfatterne er av den oppfatning at kategoriene og tema dekker informantenes erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger sammen med andre barn, uten at foreldrene er med. Det er benyttet tabeller og figurer for å synliggjøre analyseprosessen. Dette bidrar til å øke pålitelighet i kvalitativ innholdsanalyse. Det manifesterer innhold er ivare tatt frem til og med kategoriene. Dette bidrar til å øke analysens troverdighet.

Overførbarheten i denne studien mener forfatterne er mulig i en tilsvarende kontekst med et tilsvarende utvalg.

Etiske betraktninger etter gjennomført studie

Etter gjennomført studie ser forfatterne en del utfordringer de ikke hadde vært helt forberedt på. Dette er blant annet intervjusituasjonen med et foreldrepar hvor en forelder har en psykisk lidelse. Utfordringen her var å holde fokus på studiens hensikt og inkludere pårørende. En annen utfordring var at informantene i vår studie relaterte sine erfaringer ved deltakelse i samtalegruppa med tidligere opplevelser og erfaringer de hadde av for eksempel: konflikter i familie, avvisning av helsevesenet, bekymringer om barna og opplevelsen av å være annerledes enn andre familier.

KONKLUSJON

Ut fra de erfaringer som er gjort i denne studien ser forfatterne nytten og viktigheten av et nært og tett samarbeid mellom de ulike nivåer i behandlingsskjeden innen det psykiske helsevern, og de som er naturlig samarbeidspartnere så som skole, SFO¹¹ og barnehager.

Parallele gruppesamlinger for foreldre og barn, hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse har vist seg å ha vært en positiv opplevelse spesielt for foreldrene. Det sentrale i vår studie som foreldrene har fremhevet som viktig er at gruppesamlingene for foreldre og barn var på samme tid og sted. Gruppesamlingene har vært nyttig på flere områder for de av familiemedlemmene som var invitert til deltakelse i BAPS – prosjekt. Foreldrene hadde flere barn som var utelukket på grunn av inklusjonskriteriene for prosjektet. For samtlige foreldre hadde det vært et savn at deres øvrige barn ikke kunne få delta. Til tross for dette ga foreldrene tilbakemeldingen på at de øvrige barna ble inkludert ved at familiene diskuterte det de hadde snakket om og opplevd på gruppesamlingene.

Denne studien bør danne grunnlaget for videre forskning og kvalitetsutvikling av liknende tiltak rettet mot foreldre og barn, hvorav en av foreldrene har en psykisk lidelse. Dette bør skje i et forebyggende og helsefremmende perspektiv da forskning viser at barn av psykisk syke selv står i fare for å utvikle symptomer på psykisk lidelse i ung alder. Forskning viser at pårørende til en med psykisk lidelse selv kan få psykiske vansker.

Resultatets betydning for klinisk sykepleie

Klinisk sykepleie innen det psykiske helsevern foregår i dag innen flere områder av helsetjenestetilbudet i samfunnet. Denne studien hadde sitt utgangspunkt i BAPS - foreldre som var et samarbeidsprosjekt mellom ulike etater innen psykisk helsevern. BAPS – foreldre prosjektet er å anse som et forebyggende og helsefremmende tiltak rettet mot familier hvorav en av foreldrene har vært eller er i kontakt med psykiatritjenesten på grunn av psykisk lidelse.

¹¹ Skole Fritids Ordning

Denne studie beskriver familiens positive erfaringer ved å ha delt sine personlige og private erfaringer i en samtalegruppe. Studien vil kunne ha en betydning for klinisk psykiatrisk sykepleie at den bidrar til en økt bevissthet og refleksjon vedrørende det forebyggende og helsefremmende arbeid overfor familier med psykisk lidelse i familien.

Studien vil også kunne benyttes i undervisning og veiledning av sykepleiere innen psykisk helsearbeid, samt studenter både ved bachelor i sykepleie og videreutdanning i psykisk helsearbeid. I samtalegruppa ble det gitt undervisning og veiledning vedrørende det å leve med en psykisk syk i familien. Studien har vist nytteverdien av å gi familier i vanskelige livssituasjoner informasjon, veiledning og undervisning når hele familien er til stede.

Forslag til videre forskning

Denne studien hadde ikke som hensikt å evaluere gruppetilbudet BAPS – foreldre, men å beskrive foreldre og barns oppfatninger og erfaringer ved å delta i parallelle gruppesamlinger.

I studien framkom det at familiene hadde nytte av de parallelle gruppesamlingene. Studien synliggjør familienes erfaringer over en kortere periode. Forskningsmessig ville det vært interessant med en oppfølgingsstudie med informantene etter et års tid for å bekrefte eller avkrefte funn i denne studien.

Videre kunne det være nyttig i forskningsøyemed å igangsette liknende studier med flerfamiliegrupper. Hensikt bør være å ha fokus på de ulike deltakernes oppfatninger og erfaringer ved å delta i parallelle samtalegrupper.

Forskningsmessig interessant ville det være å starte BAPS- foreldre prosjekt som en forskningsstudie i den hensikt å vurdere den forebyggende og helsefremmende effekt med henhold til de ulike familiemedlemmene. Varigheten på et BAPS - foreldre prosjekt bør strekke seg over en lengre periode i den hensikt å følge utviklingen hos familienes barn. Et slikt forskningsprosjekt vil muligens være av betydning for klinisk sykepleie.

Litteraturliste

- Adamsen, L. (2001). Klinisk sykepleie - definisjoner, kjerneområder og klinisk forskning. I: Gjengedal, E. & Jakobsen, R. (red.) *Sykepleie : praksis og utvikling* s. 13-43. Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Ahlgreen, B. (2000). *Kontakt med børn af psykiatriske patienter - et udviklingsprojekt i Psykiatrien i Århus Amt, Vestregionen ; Evalueringsrapport maj 2000*. Århus: Psykiatrien i Århus Amt. 52 s.
- Alexanderson, M. (1994). Den fenomenografiska forskningsansatsens fokus. I: Starrin, B. & Svensson, P.-G. (red.) *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*, s. 111-136. Lund: Studentlitteratur.
- Almvik, A. (2000). "Tusenkunstnerne" - muligheter og begrensninger når lokalsamfunnet er arena. I: Borge, L. & Almvik, A. (red.) *Tusenkunstnerne: muligheter og mangfold i psykisk helsearbeid*, s. 257-267. Bergen: Fagbokforlaget.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers. 255 s.
- Backe-Hansen, E. (sist oppdatert 01 september 2009). "Barn" [online]: De nasjonale forskningsetiske komiteer (online). Tilgjengelig fra: <http://www.etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Barn/>.
- Barnard, A., H. McCosker & R. Gerber. (1999). Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. *Qualitative Health Research*, 9 (2) s. 212.
- Baronet, A. (1999). Factors associated with caregiver burden in mental illness:: A critical review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 19 (7) s. 819-841.
- Beardslee, W. R., E. Versage & T. Gladstone. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. *Journal of Amer Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37 (11) s. 1134.
- Beardslee, W. R. (2002). *Out of the darkened room: when a parent is depressed : protecting the children and strengthening the family*. Boston: Little, Brown and Company. 294 s.
- Berg-Nielsen, T., A. Vikan & A. Dahl. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology: A descriptive review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7 (4) s. 529-552.
- Biegel, D., S. Milligan, P. Putnam & L. Song. (1994). Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 30 (5) s. 473-494.

Brofoss, K. E., F. Larsen & S. Friis. (2009). *Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009): sluttrappport - syntese og analyse av evalueringens delprosjekter*. Oslo: Forskningsrådet, Divisjon for vitenskap. 148 s.

Bøckmann, K. & A. Kjellevoid. (2010). *Pårørende i helsetjenesten: en klinisk og juridisk innføring*: Fagbokforlaget. 387 s.

Cavanagh, S. (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse Researcher*, 4 s. 5-16.

Clench-Aas, J., M. Rognerud & O. S. Dalgard. (2009). *Psykisk helse i Norge: Levekårsundersøkelsen 2005 : Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Rapport 2009:6. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 78 s.

Cole, F. (1988). Content analysis: Process and application. *Clinical Nurse Specialist*, 2 (1) s. 53.

Cook, J. (1988). Who "Mothers" the Chronically Mentally Ill? *Family Relations*, 37 (1) s. 42-49.

Dahlgren, L. & M. Fallsberg. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8 (4) s. 150-156.

Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health care for women international*, 13 (3) s. 313-321.

Dyregrov, A. (1999). *Katastrofepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget. 293 s.

Elo, S. & H. Kyngäs. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62 (1) s. 107-115.

Engmark, L., A. Holte & B. Alfstadsæther. (2006). *Diagnose schizofreni: foreldres erfaring*. Rapport, b. 2006:6. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 110 s.

Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010:2 Helsetilstanden i Norge*. Rapport. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 138 s.

Glistrup, K. (2004). Hvad børn ikke ved... har de ondt af. *Familiesamtaler i voksenpsykiatrien*. København.

Glistrup, K. (2006). Hvad børn ikke ved... har de ondt af. *Familiesamtaler i voksenpsykiatrien*. København.

Glistrup, K. (2009). Forord. I: Haukø, B. H. & Stamnes, J. H. (red.) *Barnas time: en temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Gove, W. & M. Geerken. (1977). The effect of children and employment on the mental health of married men and women. *Social Forces*, 56 (1) s. 66-76.

Granath, G. G., K. . (1995). Osynliga barn. Om vuxenpsykiatriens arbete med psykisk störda föräldrar och deras barn. *Sköndalsinstitutet*.

Graneheim, U. & B. Lundman. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24 (2) s. 105-112.

Greenberg, J., J. Gkeenley & R. Brown. (1997). Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21 s. 40-50.

Grøsfjeld, M. (2004). Pasientens barn-psykologens ansvar? En drofting av etiske prinsipper. *Tidsskrift-Norsk Psykologforening*, 41 (11) s. 900-906.

Hagborg, E. & O. Ränge. (2008). Lekar och övningar. I: Forinder, U. H. & Hagborg, E. (red.) *Stödgrupper för barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Forlaget Samfundslitteratur. 135 s.

Halsa, A. (2008). "Mamma med nerver": en studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. 296 s.

Halsa, A. & A.-M. Aubert. (2009a). *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer* Forskningsrapport nr 139/2009: En evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum. Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer. 67 s.

Halsa, A. & A.-M. Aubert. (2009b). *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer: en evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum*. Forskningsrapport nr 139/2009. Lillehammer: Høgskolen. 67 s.

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. Oslo: Cappelen akademisk forlag. 316 s.

Harwood, T. & T. Garry. (2003). An overview of content analysis. *The Marketing Review*, 3 (4) s. 479-498.

Haugsgjerd, S., P. Jensen, B. E. Karlsson & J. A. Løkke. (2002). *Perspektiver på psykisk lidelse - Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal. 374 s.

Haugsgjerd, S., P. Jensen, B. Karlsson & J. A. Løkke. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: Å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal akademisk. 414 s.

Hedelin, B. (2009). Att mista fotfästet mitt i livet – och möta hälsofrämjande omvårdnad. I: Vråle, G. B., Karlsson, B. & Hummelvoll, J. K. (red.) *Psykiatrisk sykepleie i tverrfaglighetens tid : selvforståelse, praksis og forskning* s. 163-172. Elverum: Høgskolen i Hedmark.

Helsedirektoratet. (2008). *Pårørende - en ressurs: veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet. 106 s.

Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende*. IS-5/2010 Rundskriv. Oslo: Helsedirektoratet. 26 s.

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. : LOV 1999-07-02 nr 64*: [online]. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (lest 2010-04-21).

Holm, P., B. Møller & B. Perlt. (1998). *Små skuldre - store byrder. Socialt Udviklingsscenter, København*.

Hsieh, H. & S. Shannon. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15 (9) s. 1277.

Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget. 286 s.

Hummelvoll, J. K., P. Jensen, T. E. Dahl & P. Olsen. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 614 s.

Johnson, J., P. Cohen, S. Kasen, E. Smailes & J. Brook. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58 (5) s. 453.

Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner: Forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget. 259 s.

Koch, L. & S. Vallgård. (2007). *Forskningsmetoder i folkesundhetsvidenskap*. København: Munksgaard. 301 s.

Krippendorff, K. (1980). *Content analysis: An introduction to its methodology*: Beverly Hills: Sage Publications.

Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie 1 - Fag og yrke - Utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget. 581 s.

Krokmark, T. (1987). *Fenomenografisk didaktik*. Göteborg studies in educational sciences. Göteborg: Acta Universitatis Gothoburgensis. 373 s.

Kufås, E., K. Lund & L. R. Myrvoll. (2001). *Prosjektrapport: hvordan sikre barneperspektivet når mor eller far er innlagt i en voksenpsykiatrisk akuttavdeling?* Asker: Blakstad sykehus : Redd barna Norge. 34, 21 s.

- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad notam Gyldendal. 236 s.
- Kvale, S., S. Brinkmann, T. M. Anderssen & J. Rygge. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk. 344 s.
- Lepp, M. & K. Ringsberg. (2002). Phenomenography - A qualitative research approach. I: Hallberg, L. R. M. (red.) *Qualitative methods in public health research: Theoretical foundations and practical examples*, s. 231. Lund: Studentlitteratur.
- Loland, N. W. (2006). *Effekt av selvhjelpsgrupper ved angst og depresjon*. Kunnskapsoppsummering, nr 21. Oslo: Kunnskapscenteret. 41 s.
- Maccoby, E. (2000). Parenting and its effects on children: On reading and misreading behavior genetics. *Annual Review of Psychology*, 51 (1) s. 1-27.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget. 240 s.
- Marton, F. (1981). Phenomenography - Describing conceptions of the world around us. *Instructional science*, 10 (2) s. 177-200.
- Marton, F. (1994). Phenomenography I: Husen, T. & Postlethwaite, T. N. (red.) *The international encyclopedia of education*, s. 4424-4429. Oxford: Pergamon press.
- Marton, F. & S. Booth. (1997). *Learning and awareness*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum. 224 s.
- Mathiesen, K. S. (2007). *Trivsel og oppvekst - Barndom og ungdomstid*. Rapport, b. 2007:5. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 113 s.
- McFarlane, W. R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric disorders*. New York: Guilford Press. 403 s.
- McFarlane, W. R., L. Dixon, E. Lukens & A. Lucksted. (2007). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29 (2) s. 223-245.
- Mevik, K. & B. E. Trymbo. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget. 133 s.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Myklestad, I., M. Rognerud & R. Johansen. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse: Levekårsundersøkelsen 2005*. Rapport 2008:8. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 39 s.
- Mykletun, A. & A. K. Knudsen. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 13-40 s.

- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget. 238 s.
- Nortvedt, M. W. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. 224 s.
- Ot.prp. nr 12. (1998-99). *Lov om pasientrettigheter : Pasientrettighetsloven*. Oslo: Sosial- og helsedepartement. 152 s.
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter m.v. : LOV 1999-07-02 nr 63*: [online]. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.com/all/hl-19990702-063.html> (lest 2010-04-21).
- Pitschel-Walz, G., S. Leucht & J. Bauml. (2001). The effects of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 27 s. 73-92.
- Polit, D. F. & C. T. Beck. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. 796 s.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* [online]. Oslo: Lovdata. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-062.html>.
- Quinton, D. & M. Rutter. (1984). Parental Psychiatric Disorder: Effects on Children. *Psychological Medicine*, 14 s. 853-880.
- Rimehaug, T., J. Børstad, I. Helmersberg & J. Wold. (2006). De «usynlige» barna. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 126 (11) s. 1493-1494.
- Rose, N. (1998). *Inventing our selves: Psychology, power, and personhood*: Cambridge University Press.
- Ross, C. & J. Mirowsky. (1989). Explaining the Social Patterns of Depression: Control and Problem Solving--or Support and Talking? *Journal of Health and Social Behavior*, 30 (2) s. 206-219.
- Rutter, M. & D. Quinton. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14 (04) s. 853-880.
- Sandelowski, M. (1999). The call to experts in qualitative research. *Research in nursing & health*, 21 (5) s. 467-471.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (2) s. 175-198.

Skerfving, A. (1996). *Barn till psykisk störda föräldrar: sårbarhet, risikoer och skyddande faktorer : en kunskapssammanställning*. Rapport (Västra Stockholms sjukvårdsområde. FoU-enheten/psykiatri). Bromma: FoU-enheten. 93 s.

Skerfving, A. (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen: om barn till psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Förlagshuset Gothia. 120 s.

Skårderud, F., E. Stänicke, S. Haugsgjerd, D. Maizels & S. Engell. (2010). *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk. 538 s.

Smeby, N. A. (1998). *Relationship between felt expressed emotion, social interaction and distress/burden in families with a member suffering from schizophrenia of [i.e. or] related psychosis*. Oslo: Ullevål University Hospital, Division of Psychiatry, Department of Research and Education. 136 s.

Smeby, N. A. (2001). Samarbeid med familien i psykiatrien. I: Kirkevold, M. & Ekern, K. S. (red.) *Familien i sykepleiefaget*, s. 108 - 129. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Solberg, A. (2003). *Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser: evaluering av prosjektet og virksomheten "Du er ikke den eneste" - et gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse*. NOVA-skriftserie 4/2003. Oslo: Instituttet. 56 s.

Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser 2006-2008*. IS-1349 Rapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. 19 s.

St.meld. nr. 21. (1998-99). *Ansvar og meistring: Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. 92 s.

St.meld. nr. 25. (1997-97). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet. 165 s.

St.prp. nr. 63. (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

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

Svendsen, A. (2004). *Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer: en evaluering av BAPP-programmet*. Arbeidsrapport nr 16. Dragvoll: Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. 20 s.

Sverdrup, S., T. M. Myrvold & L. B. Kristofersen. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter*. NIBR-rapport 2007:2. Oslo: NIBR. 190 s.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. Oslo: Sykepleiernes Samarbeid i Norden.

- Talseth, A.-G. (2002). Relasjonen mellom helsepersonell og pårørende til selvmordspasienter innlagt i psykiatriske sykehus. I: Brinchmann, B. S. (red.) *Bære hverandres byrder: Pårørende i sykepleien*, s. 107-125. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 250 s.
- Thorn, A. & A. Holte. (2006). *Diagnose bipolar affektiv lidelse: foreldres erfaring*. Rapport, b. 2006:5. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt. 137 s.
- Torgersen, S., E. Kringlen & V. Cramer. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58 (6) s. 590.
- Torsvik, K. & R. Westervik. (2010). *Det er kjekt å være sammen: om samtalegrupper med barn*. Mastergradsoppgave i samfunnsarbeid: Høgskolen i Bergen, Institutt for vernepleie og sosialt arbeid.
- Vik, K., A. Rabbe & G. Rirud. (2002). *Snakk med barna*. Kristiansand: Vest-Agder fylkeskommune. 59 s.
- Wang, A. & V. Goldschmidt. (1994). Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90 (6) s. 459-465.
- Wang, A. & V. Goldschmidt. (1996). Interviews with psychiatric inpatients about professional intervention with regard to their children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93 (1) s. 57-61.
- Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode*. Lund: Studentlitteratur. 144 s.
- Yamashita, M. (1998). Family coping with mental illness: a comparative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 5 (6) s. 515-523.
- Ytterhus, B. & A. Almvik. (1999). Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke foreldre? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119 (18) s. 2667 - 2669.
- Øvreeide, H. (2009). *Samtaler med barn: metodiske samtaler med barn i vanskelige livssituasjoner*. Kristiansand: Høyskoleforlaget. 250 s.

VEDLEGG 1. Forespørsel til dere som foreldre om å delta i denne studie

Erfaringer med parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn som lever med en psykisk lidelse hos en av foreldrene

Bakgrunn og hensikt

Dette er en forespørsel til deg/dere og deres barn om å delta i foreldrepar intervju og fokusgruppeintervju for deres barn.

Du/dere og deres barn har i dag et tilbud om deltagelse i et gruppetilbud i regi av et Helseforetak. På bakgrunn av dette får dere en forespørsel om delta i denne studien.

Hensikten med studien er å finne ut av hvilke oppfatninger og erfaringer dere har ved å delta i dette parallelle gruppetilbudet.

Vi er to mastergradstudenter i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik som ønsker å gjennomføre en studie.

Hva innebærer studien?

Dersom dere sier ja til å delta i studien vil vi gjennomføre to separate intervjuer med foreldrepar og to fokusgruppeintervjuer med deres barn (se vedlegg 2). Dere vil ikke være tilstede under intervjuet med deres barn.

Intervjuene vil bli gjennomført:

- **Mellom fjerde og sjette gruppesamling og spørsmålet vil være:**
”Hvilke oppfatninger og erfaringer har du/dere ved å delta i dette gruppetilbudet?”
- **Etter at gruppesamlingene er avsluttet vil spørsmålet være:**
”Hvilke oppfatninger og erfaringer har du/dere hatt ved å delta i dette gruppetilbudet”.

Både fokusgruppeintervjuene med barna og foreldrepar intervjuene vil ha en varighet på ca 1 ½ time. Intervjuene vil bli gjennomført av undertegnede, og foregå der hvor dere skal ha de faste samlingene. Begge studentene vil være tilstede under intervjuene. Den ene skal lede intervjuene og den andre vil notere underveis og ta opp intervjuene på lydbånd som så vil bli ordrett skrevet ned i etterkant.

Mulige fordeler og ulemper

Vi kan ikke se noen umiddelbare ulemper, men det å være i en intervjusituasjon når samtaler tas opp på lydbånd, kan være en utfordring for noen. Fordelen kan være at dere får formidlet deres oppfatninger og erfaringer om hvordan det er å delta i gruppe sammen med andre. Ved å dele disse oppfatningene og erfaringene kan det bidra til at

helsepersonell i voksenpsykiatrien får økt kunnskap om hvordan barn og foreldre har oppfattet og erfart gruppetilbudet. Videre kan det gi innsikt i hvordan tilrettelegge for videre tilbud i fremtiden med fokus på foreldre med psykisk lidelse og deres barn.

Hva skjer informasjonen om du gir?

Informasjonen som kommer fram skal kun brukes for å kunne beskrive hensikten med studien. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. En kode knytter dere til opptaket og deres opplysninger gjennom en navneliste. Det er bare forskere involvert i studien som vil ha tilgang til listen og til opptakene. Opplysningene vil bli oppbevar ved et Helseforetak. Alt vil bli slettet senest i 2016. Det kan også bli aktuelt å skrive en forskningsartikkel når masteroppgave er godkjent. Du vil ikke kunne gjenkjennes i oppgaven som skrives eller i senere publikasjoner fra studien.

Du har rett til innsyn i opplysningene som er registrert om deg og til å lytte på opptaket av intervjuene med deg og med barnet. Du har også anledning til å rette opp eventuelle feil eller misforståelser. Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve opptakene og opplysningene om deg slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta i denne studien, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du sier ja til å delta, kan du på et senere tidspunkt trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du har spørsmål om studien, kan du ta kontakte med:

Mastergradstudent Wenche Westby Larson tlf: 97032243

Mastergradstudent Monica Solberg tlf: 414 32766

Veileder Birgitta Hedelin tlf: 95421739

SAMTYKKEERKLÆRING

FOR STUDIEN

*Erfaringer med parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn
som lever med en psykisk lidelse hos en av foreldrene*

*Jeg,.....(navn med
blokkbokstaver), bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien, har fått
anledning til å innhente den informasjon jeg har hatt behov, og er villig til å delta i
denne studien..*

Signatur.....

(sign. informant)

Dato.....

(datert av informant)

VEDLEGG 2. Til barn som skal delta i studien.

Hei vil du være med på å lære oss noe nytt?

- Vi er to voksne damer som heter Monica og Wenche
- Vi går på skole i Gjøvik.
- Grunnen for at vi spør deg er at du skal være med i en gruppe.
- Har du lyst til å prate med oss sammen med de andre barna.
- Vi ønsker å prate med deg tre ganger
- Det er frivillig å delta. dersom du ikke har lyst, så behøver du ikke å være med. Ingen blir sure på deg hvis du ikke vil delta

Her er spørsmålene vi ønsker å få svar på:

- Etter femte gruppesamling:
Hvordan er det å være i denne gruppen?
- Etter siste gruppesamling:
Hvordan har det vært å være med i denne gruppen?

Hvor, når og hvor lenge skal vi møtes.

- Hvor: Vi vil møte deg der dere skal ha gruppesamlingene.
- Når: onsdag kl 17.00
- Hvor lenge: Vi prater sammen i ca 1 ½ time

Hva skjer på disse møtene

- Vi (Monica og Wenche) vil begge være tilstede i møte med dere. Det vil ikke være andre voksne til stede.
- Wenche vil prate med dere.
- Monica vil sitte litt bak og notere, og ta opp på lydbånd

Dersom du har spørsmål kan du ringe oss på tlf:

Wenche Westby Larson tlf: 97032243

Monica Solberg tlf: 414 32766

SAMTYKKEERKLÆRING

FOR STUDIEN

*Erfaringer med parallelle gruppesamlinger for foreldre og barn
som lever med en psykisk lidelse hos en av foreldrene*

*Jeg/vi,(navn med
blokkbokstaver), samtykker i at mitt/vårt barn kan delta i studien. Jeg/vi bekrefter at
jeg/vi har mottatt skriftlig informasjon om studien, og har fått anledning til å innhente
den informasjon jeg/vi har hatt behov for, og er villig til å la mitt/vårt barn delta i
studien.*

Signatur.....

Dato.....

(sign. på vegne av barnet)

(datert på vegne av barnet)

VEDLEGG 3. Intervjuguide for foreldresamtalene

Forberedelse: Intervjuet starter med en kort informasjon om intervjuerne og hensikten med intervjuet.

Intervjuguide

Inngangsspørsmål i første foreldresamtale

Kan dere fortelle meg om ”hvilke oppfatninger og erfaringer har du/dere ved delta i dette gruppetilbudet sammen med andre foreldre par”.

Intervjueren følger opp med å be informanten om å utdype eller konkretisere – om en velger utdype eller konkretisere avhenger av informantens svar.

Inngangsspørsmål i andre foreldresamtale

Kan du/dere fortelle meg hvordan det oppfattes - og hvilke erfaringer dere har ”ved å ha deltatt i dette gruppetilbudet med andre foreldre par nå i etterkant av alle gruppesamlingene”.

Intervjueren følger opp med å be informanten om å utdype eller konkretisere – om en velger utdype eller konkretisere avhenger av informantens svar.

VEDLEGG 4. Intervjuguide for barnesamtalene

Forberedelse alle intervjuer må tilpasses barnas alderstrinn og kognitive ressurser.

Intervjuguide

Inngangsspørsmål i første barnesamtale

Kan dere fortelle meg” Hvordan det er å være i denne gruppen”?

Intervjueren følger opp med å be informanten om å utdype eller konkretisere – om en velger utdype eller konkretisere avhenger av informantens svar.

Inngangsspørsmål i andre barnesamtale

Kan dere fortelle meg” Hvordan har det vært å være med i denne gruppen”?

Intervjueren følger opp med å be informanten om å utdype eller konkretisere – om en velger utdype eller konkretisere avhenger av informantens svar.

VEDLEGG 5

Individuelt bidrag til masteroppgaven Monica Solberg

Forskningsprosessen:

Samarbeidet med Wenche startet høsten -09. Før dette hadde jeg levert forskningsplanen for godkjenning.

Samarbeidet Høsten -09 startet med å forbedre forskningsplanen. Sammen utarbeidet vi en søknad for godkjenning av studien til REK. Denne ble sendt 1. oktober 2009. Den endelige godkjenningen forelå i begynnelsen på februar 2010.

Forespørsel og utsending av informasjonsskriv til informantene var min oppgave.

Vi har gjennomført åtte intervjuer med fire foreldrepar. Samtlige intervjuer med foreldrepar var det Wenche som gjennomførte. Dette av hensyn til at datamaterialet ikke skulle påvirkes av min deltakelse i BAPS – foreldre (gruppeleder for foreldregruppa). To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført. Jeg var observatør og Wenche gjennomførte intervjuene.

Transkriberingen ble jevnt fordelt mellom oss, men begge har lest igjennom samtlige intervjuer etter å ha lyttet til lydfile. Hele analyseprosessen fra kondensering til utarbeiding av utfallsrommet ble gjennomført i fellesskap.

Fra høsten 2009 frem til våren 2010 hadde vi onsdager som fast arbeidsdag sammen. Sommeren og høsten 2010 har vi tilbrakt mange hverdager og helger sammen. Vi opplever at det tette samarbeidet har vært nødvendig for å komme frem til et ”produkt” vi begge er fornøyd med og kan stå for.

Vi har begge laget utkast på deler i oppgaven, men vi har sittet sammen og redigert utkastene til det endelige ”produktet” som er i masteroppgaven. Så det blir vanskelig å nevne spesifikke deler i oppgaven som er utført kun av meg. Da dette var mest hensiktsmessig at en hadde ansvar for EndNote for å unngå ”kluss” ble det mitt ansvar. Wenche har hatt det overordnede ”ansvaret” for grammatikken i oppgaven

VEDLEGG 6

Individuelt bidrag til masteroppgaven Wenche Westby Larson

Forskningsprosessen:

Samarbeidet med Monica startet høsten -09. Før dette var forskningsplanen godkjenning.

Samarbeidet Høsten -09 startet med å forbedre forskningsplanen. Sammen utarbeidet vi en søknad for godkjenning av studien til REK. Denne ble sendt 1. oktober 2009. Den endelige godkjenningen forelå i begynnelsen på februar 2010.

Forespørsel og utsending av informasjonsskriv til informantene var Monicas oppgave.

Vi har gjennomført åtte intervjuer med fire foreldrepar. Samtlige intervjuer med foreldrepar var det jeg som gjennomførte. Dette av hensyn til at datamaterialet ikke skulle påvirkes av Monicas deltakelse i BAPS – foreldre (gruppeleder for foreldregruppa). To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført. Monica var observatør og jeg gjennomførte intervjuene.

Transkriberingen ble jevnt fordelt mellom oss, men begge har lest igjennom samtlige intervjuer. Hele analyseprosessen fra kondensering til utarbeiding av utfallsrommet ble gjennomført i fellesskap.

Fra høsten 2009 frem til våren 2010 hadde vi onsdager som fast arbeidsdag sammen. Sommeren og høsten 2010 har vi tilbrakt mange hverdager og helger sammen. Vi opplever at det tette samarbeidet har vært nødvendig for å komme frem til et ”produkt” vi begge er fornøyd med og kan stå for.

Vi har begge laget utkast på deler i oppgaven, men vi har sittet sammen og redigert utkastene til det endelige ”produktet” som er i masteroppgaven. Så det blir vanskelig å nevne spesifikke deler i oppgaven som er utført kun av meg. Da dette var mest hensiktsmessig at en hadde ansvar for EndNote for å unngå ”kluss” ble det Monicas ansvar. Jeg har hatt det overordnede ”ansvaret” for grammatikken i oppgaven.