

Sammendrag

Forskning viser en høy forekomst av barn som vokser opp i hjem der én eller begge foreldrene har en psykisk lidelse. Flere barn lever under risikofylte forhold som kan skade deres helse og utvikling, noe som viser viktigheten av å rette oppmerksomheten mot denne gruppen. Konsekvenser av foreldrenes psykiske lidelser kan være sosiale og emosjonelle vansker, lavt selvbilde, svak identitetsutvikling og selvutslettende personlighetsstrekk. Imidlertid vil konsekvensene variere i omfang, avhengig av blant annet barnets sårbarhet og lidelsens alvorlighetsgrad. Jeg har valgt å sette fokuset på unge voksne som har vokst opp med psykisk syke foreldre for å få innsikt i temaet fra et barns perspektiv.

Resultatene av studien viser at barn av psykisk syke ikke blir møtt med den anerkjennelsen og forståelsen de har behov for. Funnene viser et savn etter mer åpenhet og informasjon rundt hvordan en psykisk lidelse arter seg, hvilke følelser det er normalt å kjenne på, og en bekreftelse på at mor eller fars lidelse ikke var deres feil. Årsakene til den manglende åpenheten kan være mange. Én årsak kan være voksne som er usikre på hvordan de skal snakke med barn, og hva de de skal snakke med barn om. Det kan skyldes faglig usikkerhet eller de voksne kan være redde for å vekke sterke reaksjoner hos barna. Foreldrene kan også føle på å ha en atferd som ikke er sosialt akseptert, og kan være redde for å bli sett på som svake og annerledes. Det ble også fortalt om et gjennomgående savn etter fagpersoner som viser handling, forståelse og vennlighet. Det vil imidlertid være en utfordring å se alle som har det vanskelig, da mange barn vil ta i bruk ulike strategier for å skjule hvordan de egentlig har det. Barn er ofte svært lojale overfor sine foreldre, og de vil dermed trenge voksne som ikke slutter å bry seg.

Resultatene viser også at egenskaper ved seg selv og trygge relasjoner har vært til størst hjelp under oppveksten. Egenskaper som sosial kompetanse, mestringsstrategier, løsningsorientering, evnen til å se det positive i håpløse situasjoner, kreativitet og det å være ambisiøs, har alle bidratt til å gjøre deres hverdag mer håndterbar. Trygge og stabile relasjoner kan også fremme et barns selvbilde, øke tryggheten til å betro seg til andre og øke følelsen av å bli verdsatt. Alt dette vil være viktige beskyttelsesfaktorer mot utviklingen av sosiale og emosjonelle problemer. Det vil være en viktig pedagogisk oppgave å styrke disse egenskapene hos barnet, og å fremme trygge og stabile relasjoner til jevnaldrende.

Det er viktig at de voksne som til daglig er sammen med barn tar det nødvendige ansvaret for å fremme barnets stemme, ved å ta barnet på alvor og ta seg tid til å lytte til hva det har å si,

både verbalt og kroppslig. For at dette kan gjøres må det fortsatt eksisterende tabuet bli redusert gjennom større åpenhet og mer informasjon omkring psykiske lidelser. Mye kan tyde på at fagpersonene som arbeider med barn må få et kompetanseløft, både om barns generelle helseutvikling og om hvilke tegn de må være bevisst over. Videre vil et tverrfaglig samarbeid ofte være en nødvendighet, der de ulike fagpersonene utnytter hverandres kompetanse for å sikre en helhetlig innsats overfor barnet. Alt i alt viser funnene at det viktigste for barn av psykisk syke er voksne som tør å bry seg, viser forståelse og gjør det de kan for å bedre deres situasjon.

Forord

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har jeg lært utrolig mye, ikke bare om mitt valgte tema, men også om meg selv. Det har vært en utrolig lærerik og spennende prosess jeg ikke ville vært foruten.

Jeg vil først og fremst rette en stor takk til mine intervjupersoner som tok seg tid til å dele sine interessante erfaringer med meg. Dere er tøffe mennesker som har vært villige til å stille opp i denne studien, og dere har alle har bidratt med verdifull kunnskap om hvordan barn av psykisk syke kan ivaretas. Uten deres åpenhet ville ikke denne studien vært mulig, så takk!

Jeg vil også rette en stor takk til min kjære samboer som både har tatt seg tid til å lese gjennom oppgaven og som har vært min viktigste motivator i skriveprosessen. Takk for at du har tatt deg tid til å høre på alle mine tanker og utfordringer underveis.

Til slutt, en stor takk til min veileder, Arve Gunnestad, for mange interessante innspill og innfallsvinkler. Døren din har alltid stått åpen, og det har jeg vært veldig takknemlig for.

Trondheim, Mai 2016

Katrine Hauge

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Aktualisering av tema	1
1.2 Valg av tema og utforming av problemstilling	2
1.3. Studiens hensikt	3
1.4 Avklaring av sentrale begreper	4
1.4.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer	4
1.4.2 Barn av psykisk syke	4
1.4.3 Retrospektiv undersøkelse	4
1.4.4 Barn som pårørende	5
1.5 Oppgavens disposisjon	5
2.0 Teoridel	7
2.1 Psykiske lidelser og foreldrefungeringen	7
2.1.2 Paranoid schizofreni og foreldrefungering	8
2.1.3 Personlighetsforstyrrelser og foreldrefungering	8
2.1.4 Bipolar lidelse og foreldrefungering	9
2.1.5 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og foreldrefungering	10
2.2 Psykiske lidelser og tabuet	11
2.3 Barn av psykisk syke foreldre	11
2.3.1 Barnets behov for tilknytning	11
2.3.2 Kjennetegn og overlevelsesstrategier	12
2.3.3 Barnets psykiske helse	14
2.3.4 Barnets behov for informasjon	15
2.4 Resiliens, risiko- og beskyttelsesfaktorer	16
2.4.1 Risikofaktorer	16
2.4.2 Resiliens og beskyttelsesfaktorer	17
2.5 Skolens rolle	19
2.5.1 Skolens samfunnsansvar og kompetanse	19
2.5.2 Skolens hjelpetjenester	21
2.5.3 Samarbeid mellom hjelpetjenestene	22
2.5.4 Betydningen av en god lærerrelasjon	23
3.0 Forskningsmetode	25
3.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	25
3.1.1 Utarbeidelse av intervjuguide	26
3.1.2 Gjennomføring av intervju	27

3.2 Utvalg	29
3.2.1 Presentasjon av intervjupersoner	30
3.3 Bearbeiding av datamaterialet	30
3.3.1 Transkripsjon.....	30
3.3.2 Analyse og tolkning	31
3.4 Etske betraktninger	32
3.5 Kvalitet ved forskningsarbeidet.....	34
3.5.1 Validitet.....	34
3.5.2 Reliabilitet	36
3.5.3 Overførbarhet	36
4.0 Funn og drøfting	37
4.1 Funn knyttet til hva som har vært utfordrende	37
4.1.1 Mangel på informasjon og åpenhet	37
4.1.2 Skolens og hjelpeapparatets manglende kompetanse.....	41
4.1.3 Svak foreldrefungeringen og konsekvensene av dette	45
4.2 Funn knyttet til hva som har vært til hjelp.....	49
4.2.1 Egenskaper ved seg selv.....	49
4.2.2 Trygge relasjoner.....	53
5.0 Avslutning og konklusjon	57
5.1 Oppsummering og svar på problemstilling	57
5.2 Avsluttende refleksjoner og veien videre	59
6.0 Referanseliste	61

VEDLEGG:

- 1: Intervjuguide semistrukturert.
- 2: Informasjonsskriv til PIO-senteret.
- 3: Informasjonsskriv til intervjupersonene.
- 4: Brev fra NSD.

1.0 Innledning

I dette kapittelet innleder jeg studien med en kort presentasjon av aktualiseringen av temaet, valg av tema, utforming av problemstillingen og hensikten med studien. Med dette vil jeg forsøke å belyse betydningen av at spesialpedagoger og andre yrkesgrupper som arbeider med barn, får innsikt i de utfordringene barn av psykisk syke møter. Videre vil jeg definere hva jeg legger i sentrale begreper benyttet til mine problemstillinger. Til slutt i innledningen følger en kort presentasjon av studiens videre disposisjon.

1.1 Aktualisering av tema

I 2010 fikk barn lovfestet sine rettigheter som pårørende gjennom helsepersonelloven § 10a. Lovbestemmelsen regulerer hvordan barn skal ivaretas når foreldre mottar helsehjelp, og gir alt av helsepersonell en plikt til å bidra i ivaretagelsen av barn som pårørende. Med det skal paragrafen sikre at helsepersonell bidrar til å ivareta barnets behov for informasjon og, om nødvendig, tilby veiledning om aktuelle tiltak i samråd med foreldrene (Helsepersonelloven, 1999). Videre reguleres barnets rettigheter gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, der helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, om nødvendig, skal ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonellens oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). De overnevnte lovene er regulert for å sikre barn og unge tidlig hjelp, og for å hjelpe barn og foreldre til å mestre hverdagen (Helsedirektoratet, 2015). Det har også vært en økt politisk satsing på feltet, blant annet gjennom stortingsproposisjon nr.63, der regjeringen utarbeidet en opptrappingsplan med konkrete tiltak for å styrke psykisk helsevern i skolen. Her står det blant annet:

Skole og barnehage har en sentral rolle i forebygging av psykiske lidelser. Gjennom kompetanseheving kan lærerne bli bedre i stand til å oppdage og takle mobbing, ensomhet og andre psykososiale belastninger for elevene. At skolene ved sitt personale, pedagogisk psykologisk tjeneste og helsetjeneste evner å se uheldige utviklingstrekk hos elevene og så ta initiativ til at det blir satt i gang tiltak, kan forebygge en uheldig utvikling (St.prp. nr. 63 (1997-98), 4.10).

Til tross for barns lovfestede rettigheter og politisk satsing viser forskning at barn ikke får den oppfølgingen de har krav på (Sletbak-Akerø, 2014). En rapport fra NTB (2015) viser videre at verken kommunene eller spesialisthelsetjenesten har vært flinke nok til å følge opp lovendringene fra 2010. Ifølge rapporten er det vanskelig å vite om årsaken ligger hos

helsepersonellet, ved at de har overvurdert sin innsats, eller om årsaken ligger hos skolen, ved at de ansatte skyver ansvaret fra seg eller at de kvier seg for å snakke med barna. Noe av årsaken kan også ligge hos foreldrene selv, ved at de ikke har opplyst riktig om sin hjemmesituasjon (Sletbak-Akerø, 2014). Den manglende oppfølgingen resulterer i at mange barn påtar seg en enorm omsorgsoppgave ved blant annet å hjelpe foreldrene med store deler av husarbeidet, og ved å ta seg av mindre søsken (NTB, 2015).

En rapport fra Folkehelseinstituttet anslår at ca. 410.000 barn har én eller flere foreldre med en psykisk lidelse (Torvik & Rognmo, 2011). Ca. 65.000 av disse barna har foreldre som får behandling for sine psykiske lidelser. Lidelsene varierer i omfang og mange har forholdsvis milde lidelser som hovedsakelig plager dem selv. Den relativt høye forekomsten viser likevel viktigheten av å sette et større fokus på dette temaet, da et stort antall barn lever med en risiko for å oppleve negative hendelser (Torvik & Rognmo, 2011). Barn av psykisk syke har en økt risiko på omtrent tre ganger normal risiko for selv å utvikle psykiske lidelser, og enda flere har en økt risiko for å utvikle andre sosiale og emosjonelle problemer (Kvello, 2010). Mange barn av psykisk syke har foreldre som ikke mottar oppfølging fra helse- og omsorgstjenestene. Barnehager og skoler blir derfor viktige aktører i å fange opp og hjelpe barn som har behov for oppfølging av hjelpeapparatet (Torvik & Rognmo, 2011).

1.2 Valg av tema og utforming av problemstilling

Gjennom mine studier har jeg fattet en særlig interesse for barn som opplever omsorgssvikt og som lever under vanskelige hjemmeforhold. Etter noen forelesninger og seminarer om temaet «barn av psykisk syke», startet jeg å studere forskjellige fagbøker og nettartikler for å få en bredere innsikt i temaet. I tillegg har temaets aktualitet og dens mye omtalelser i media gjort at jeg har fattet en økt interesse. I denne studien ønsker jeg hovedsakelig å finne ut mer om hva som kan være utfordrende for barn av psykisk syke, og hva som kan bidra til å gjøre disse utfordringene enklere. Med dette vil jeg se nærmere på hvilke faktorer som kan føre til en god fungeringsevne til tross for en vanskeligere oppvekst. Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å omhandle unge voksne, som innebærer at intervjupersonene må se tilbake i tid når de deler sine opplevelser og erfaringer. Ifølge Ringdal (2013) betegnes dette som en retrospektiv undersøkelse. Videre vil fokuset i studien være på skolens og hjelpeapparatets rolle, da dette vil være relevant innenfor mitt spesialpedagogiske felt. Jeg har også valgt mine intervjupersoner basert på ulike kriterier, noe jeg kommer tilbake til i metodekapittelet.

Ifølge Dalen (2011) er det å lage gode problemstillinger en vanskelig, men viktig oppgave for det videre arbeidet, da problemstillingen danner bakteppe for hvordan prosjektet videre skal utformes. En god problemstilling må være tydelig og avgrenset nok til å gi retningslinjer for de metodiske og faglige valgene forskeren må ta underveis (Thagaard, 2013, s.51).

Med dette som bakteppe har jeg tatt utgangspunkt i følgende problemstilling:

«Hva har vært utfordrende, og hva har vært til hjelp for tre unge voksne som har vokst opp med psykisk syke foreldre?»

I tillegg har jeg utarbeidet to underproblemstillinger for bedre å besvare min problemstilling:

- Hvordan opplevde barn av psykisk syke oppfølgingen fra skolen?
Hva skulle de ønske ble gjort annerledes og hva kan skolen bli bedre på?
- Hvilke beskyttelsesfaktorer har ført til at de i dag har en normal fungering?
Hva har gjort at de har klart seg bra til tross for å ha opplevd risikofaktorer?

1.3. Studiens hensikt

Psykisk sykdom er fortsatt et tabulagt tema og et tema mange fagpersoner mangler kunnskap om (Vik, 2001). Økt kunnskap kan bidra til å bygge en større forståelse hos fagpersoner, noe som kan gjøre de bedre egnet til å fatte tiltak som fungerer. Kunnskap om temaet kan også bidra til å skape mer åpenhet i samfunnet forøvrig, noe som kan føre til at flere med psykiske lidelser kommer frem og tør å be om den hjelpen de trenger. Mer åpenhet kan gi mindre skam, og kan videre føre til at psykiske lidelser blir mer naturlig å snakke om (Vik, 2001). Dette kan, ifølge Vik (2001), gi et bedre utgangspunkt for å bedre de forholdene barn av psykisk syke lever under.

Jeg ønsker med denne studien å rette søkelyset på en sårbar gruppe i samfunnet som trenger voksne som bryr seg og som ser deres behov. Jeg mener dette temaet vil være gjeldene i mitt spesialpedagogiske fagområde, da man her vil møte et bredt spekter av behov og vansker.

1.4 Avklaring av sentrale begreper

Til nå har jeg anvendt fire sentrale begreper; risiko- og beskyttelsesfaktorer, barn av psykisk syke, retrospektiv undersøkelse og barn som pårørende. Jeg mener dermed at en begrepsavklaring kan være hensiktsmessig før teori presenteres.

1.4.1 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

«Risikofaktorer er en fellesbetegnelse for forhold som øker faren for at personer utvikler vansker» (Kvello, 2010, s.162). Risikofaktorer kan være forhold knyttet til barnet, eksempelvis innadvendthet og lavt intellektuelt nivå, eller det kan være forhold knyttet til familien, eksempelvis psykiske lidelser, familiens sosiale nettverk og lav økonomi. Det vil ofte være de kroniske risikofaktorene som preger barnets utvikling mest (Kvello, 2010).

Beskyttelsesfaktorer kan videre redusere betydningene av risikofaktorene.

Beskyttelsesfaktorene styrker hverandre og kan bidra til å redusere en negativ utvikling. I likhet med risikofaktorene omfatter beskyttelsesfaktorene genetiske, mentale og sosiale faktorer (Kvello, 2010). Jeg vil gå nærmere inn på de ulike faktorene i kapittel 2.4.

1.4.2 Barn av psykisk syke

Barn av psykisk syke refererer til en gruppe barn som har til felles at minst én av foreldrene er psykisk syk. Psykisk syk refererer til en vanske eller en lidelse som omfatter alle symptomer man har på psykisk fungering (Kvello, 2010). Symptomene kjennetegnes ved at de har en viss alvorlighetsgrad som skaper belastninger for en selv og andre, og som har vart i en lengre periode. Psykiske lidelser er mer alvorspreget enn psykiske vansker, og psykiske vansker er mer vanlige enn psykiske lidelser (Kvello, 2010). Videre viser forskning at det er lidelsen på omsorgsevnen som har størst betydning, ikke den spesifikke lidelsen i seg selv. Det er ikke nødvendigvis slik at en psykisk lidelse vil gå ut over foreldrefungeringen (Helgeland, 2012). I denne studien vil det være et fokus på psykiske lidelser fremfor psykiske vansker, da psykiske lidelser er det intervjupersonene har opplevd hos sine foreldre.

1.4.3 Retrospektiv undersøkelse

Retrospektiv betyr ifølge Ringdal (2013, s.162) «å se tilbake». Kjeldstadli (1999) beskriver videre retrospektiv som søken etter kunnskap på et senere tidspunkt. Å spørre om fortiden stiller store krav til intervjupersonenes hukommelse, og spørsmålene som stilles bør dermed være sentrale og omhandle faktiske forhold. Holdningsspørsmål vil her være mindre egnet (Ringdal, 2013).

1.4.4 Barn som pårørende

Barn som pårørende er, ifølge Ytterhus (2012), et veldig enkelt, men samtidig vanskelig begrep å forklare. Pårørende er egentlig en betegnelse i pasientrettighetsloven § 1-3, der den pårørende vil være den personen en pasient selv velger som sin nærmeste (Ytterhus, 2012). Den pårørende vil omhandle en myndig person som får visse rettigheter i forhold til den syke. Når jeg i oppgavetittelen bruker betegnelsen «barn som pårørende», viser jeg til en ufrivillig utnevning av denne tittelen. Et barn skal i utgangspunktet aldri bli utnevnt som pårørende, men barn vil ofte oppleve en normativ plikt til å ta rollen som myndig når foreldrene er ute av stand til å ivareta sin foreldrerolle. Barnet blir berørt av foreldrenes sykdom, og vil på den måten bli en pårørende, selv om det ikke er i juridisk forstand (Ytterhus, 2012).

1.5 Oppgavens disposisjon

Kapittel 2: I dette teorikapittelet gjør jeg rede for oppgavens teoretiske og empiriske bakgrunn. Temaene jeg har valgt vil bli nærmere presentert i starten av kapittel 2.

Kapittel 3: I dette metodekapittelet vil det bli gjort rede for forskningsmetodisk tilnærming og selve forskningsprosessen. Det reflekteres også rundt validitet, reliabilitet og etiske prinsipper.

Kapittel 4: I dette kapittelet vil funnene fra undersøkelsen bli presentert, for så å bli drøftet i lys av relevant teori.

Kapittel 5: Til slutt oppsummerer jeg studiens hovedfunn, besvarer problemstillingen og kommer med noen avsluttende refleksjoner.

Jeg vil i oppgaven bruke begrepet intervjuperson om informant, da dette vil være et mer egnet uttrykk i en kvalitativ studie. Ifølge Thagaard (2013) vil begrepet informant gi en større assosiasjon til en person som kun innehar informasjon. Betegnelsen intervjuperson er i samsvar med det perspektivet om at kunnskap utvikles i en interaksjon mellom forsker og den som skal studeres (Thagaard, 2013).

Jeg har videre valgt å skrive sidetall bak kilder der jeg i stor grad parafraiser fra kilden. Dette for at leseren, om ønskelig, raskt kan finne tilbake til kilden.

2.0 Teoridel

I dette teorikapittelet vil jeg starte med å gjøre rede for de fire psykiske lidelsene som mine intervjupersoner har opplevd hos sine foreldre, der lidelsene vil bli knyttet opp mot foreldrefungeringen. Jeg vil så gjøre rede for tabuet omkring psykiske lidelser og hva det å redusere tabuet kan føre til. Deretter går jeg inn på barn av psykisk syke, der jeg tar for meg barnets behov for tilknytning, overlevelsestrategier, barns psykiske helse og deres behov for informasjon. Innenfor disse områdene vil også konsekvensene av å vokse opp med psykisk syke foreldre komme frem. Videre går jeg inn på hvilke risikofaktorer som kan føre til utvikling av vansker, og hvilke beskyttelsesfaktorer som kan redusere konsekvensene av risikofaktorene. Til slutt redegjør jeg for skolens viktige rolle som samfunnsinstitusjon, og på hva skolen kan bidra med for å hjelpe barn av psykisk syke.

2.1 Psykiske lidelser og foreldrefungeringen

Personer med psykiske lidelser er som tidligere nevnt ingen ensartet gruppe. Da det er mange varianter vil prognosene og konsekvensene av sykdommen variere (Kvello, 2010). En psykisk lidelse hos en forelder vil ikke være et isolert problem, men vil påvirke både psyke, følelser, tenkemåte, atferd og energinivå (Blinkenberg, 2003). Kvello (2010) legger vekt på at foreldrenes personlighet i høy grad vil prege den omsorgen de gir til barnet. Viktige personlighetstrekk med konsekvenser for barneomsorg er blant annet ansvarlighet, mentaliseringsevne, sensitivitet, tillit til andre, impuls kontroll og selvbilde. Alle disse trekkene vil rammes sterkt ved psykiske lidelser (Kvello, 2010, s.252). Observasjoner av foreldre med psykiske lidelser viser at de i spillet med barna ofte er negative, lite responderende og lite hensiktsmessige i forhold til å dekke barnets behov. Barnet blir ofte møtt med ignorering, sinne, redsel eller avvisning (Kvello, 2010). Når foreldre har det vanskelig med seg selv er det ofte ingen overskudd igjen til å gi barnet den oppmerksomheten og omsorgen det trenger (Lier, 2003). De sparsomme ressursene til den psykisk syke vil ofte medføre at barnet utsettes for omsorgssvikt, både sosialt, følelsesmessig og fysisk (Blinkenberg, 2003, s.36). Ifølge Killén (2013) har disse formene for omsorgssvikt en rekke felles elementer. Dette gjelder manglende erkjennelse av, og respekt for barnets behov, lite engasjement i barnets liv, og det å sette egne behov foran barnets behov. Dette vil være viktige faktorer for å kunne utøve et «godt nok» foreldreskap overfor barnet (Killén, 2013).

Til tross for de generelle problemene psykiske lidelser kan ha på foreldrefungeringen, vil det ifølge Blinkenberg (2003) være noe ulikt fra lidelse til lidelse i hvilken grad

foreldrefungeringen blir påvirket. Jeg har her valgt å presentere de fire psykiske lidelsene som mine intervjupersoner selv har opplevd hos én eller flere av sine foreldre. Det for å få en viss innsikt i bakgrunnen for intervjupersonenes synspunkter, opplevelser og erfaringer. Dette er i samsvar med det Moen (2009) hevder, om viktigheten av at man må kjenne til sykdomsbilde til foreldrene og hvordan det arter seg, for å kunne forstå et barns reaksjoner og tanker.

2.1.2 Paranoid schizofreni og foreldrefungering

Paranoid schizofreni er den mest alvorlige av de psykiske lidelsene (Melle & Johansen, 2002), og karakteriseres ved at den psykisk syke stenger seg ute fra verden rundt, og i større eller mindre grad blir fanget i en indre forestillingsverden (Sølvberg, 2011). Sykdommen kan i varierende grad innebære realitetsbrist, hallusinasjoner, kognitive endringer og sterke paranoide trekk (Evjen, Kielland & Øiern, 2012). Personen vil ofte se ting som ikke er der, hører stemmer andre ikke hører, og kan tolke hendelser rundt seg på måter som andre finner merkelige og feilaktige (Sølvberg, 2011 s.87).

Barn som vokser opp med en forelder med paranoid schizofreni vil ofte bli viklet inn i sin foreldres private og bisarre verden, som er ganske så ulik virkeligheten (Hall, 2004). Hverdagen vil ofte være styrt av en gjennomgående mistenksomhet overfor alminnelige ting, som kan bidra til å styre familiens handlinger. Forelderen kan for eksempel gi barnet forestillinger om at maten er forgiftet eller at naboen spionerer på dem, og barnet kan også selv bli mistenkeliggjort. Når forelderen mister sin realitetssans, får ikke barnet den naturlige og daglige opplæringen i realitetstesting, der barnet lærer seg å skille mellom fantasi og virkelighet (Blinkenberg, 2003). Schizofreni kan ha alvorlige konsekvenser på foreldrefunksjonen, da den følelsesmessige kontakten med forelderen og barnet ofte blir alvorlig svekket. Barnet kan miste grunnlaget til å skille mellom opplevelser, følelser, tanker og handlinger, og barnet kan føle seg utrygg i utforskningen av sine omgivelser (Blinkenberg, 2003).

2.1.3 Personlighetsforstyrrelser og foreldrefungering

Personlighetsforstyrrelser kjennetegnes ved at en person reagerer uhensiktsmessig på flere områder sammenliknet fra det majoriteten i et sosialt miljø oppfatter og tenker. Det i forhold til hvordan man forholder seg til andre mennesker, kontroll av egne impulser og hvorvidt følelsene og reaksjonene er egnet i den gitte situasjonen (Evjen et al., 2012). Vanskene til personer med personlighetsforstyrrelser vise seg ekstra godt ved stress i form av dårlig tilpasningsdyktighet. Videre gjør disse personene ofte ugjennomtenkte valg, som kan vise seg

gjennom valg av partner, venner og jobb. Personer med personlighetsforstyrrelser oppleves ofte som vanskelige og havner ofte i alvorlige konflikter på grunn av at deres oppfatninger av seg selv, andre og situasjoner, er fordreide (Kvello, 2010, s.254). En forelder med personlighetsforstyrrelse mangler ofte modne psykologiske verktøy som gjør at personen mangler evne til å håndtere dagligdagse hendelser (Blinkenberg, 2003).

Foreldre med denne lidelsen vil ikke klare å skille mellom barneverden og voksenverden, noe som ofte gjør barnet ansvarliggjort for sine handlinger på lik linje med en voksen (Blinkenberg, 2003). Foreldre med personlighetsforstyrrelser vil ofte ha en lavere bevissthet omkring egne og andres emosjoner, dårlige ferdigheter til å tolke emosjoner som ansiktsuttrykk, gir mindre empatiske reaksjoner, og har en dårligere emosjonsregulering (Kvello, 2010, s.260). Manglende emosjonsregulering kan gjøre det vanskeligere å kontrollere temperamentet, og fysisk omsorgssvikt i form av vold kan dermed forekomme. Den manglende evnen til å avdramatisere problemene kan føre til hyppig flytting, noe som medfører bytting av skole og venner (Seeman & Göpfert, 2004). Likeså har mange en mangelfull selvinnsikt, et krenkende samspillmønster, samt fremprovoserende avvsningsreaksjoner som gjør det vanskelig å dekke barnets behov (Kvello, 2010, s.260). Barnet vil ved denne lidelsen dermed preges av en uforutsigbar hverdag med mye utrygghet, der forelderen ikke klarer å lese eller forstå barnets behov, eller å sette barnets behov foran sine egne (Blinkenberg, 2003).

2.1.4 Bipolar lidelse og foreldrefungering

Bipolar lidelse kjennetegnes av bølger av tung depresjon eller av urealistisk oppstemthet (Sølvberg, 2011, s.85). Svingningene mellom de maniske og depressive fasene vil være svært varierende i forhold til lengde og intensitet (Anke, 2012). Imellom disse periodene kan personen fungere rimelig godt og være uten tegn på sin psykiske lidelse (Sølvberg, 2011). De nedstemte periodene vil ofte være preget av nedsatt humør eller stemningsleie, søvnvansker, nedsatt selvfølelse og nedsatt evne til å konsentrere seg (Evjen et al., 2012). Personen vil særlig ha en følelse av å være til belastning for verden generelt, spesielt overfor sine nærmeste. I de oppstemte periodene vil personen ofte ha en overdreven forestilling om egne evner og ressurser, ha et økt behov for aktivitet, samt redusert selvkritikk (Sølvberg, 2011). Periodene med alvorlige depresjoner kan i stor grad virke inn på foreldrenes evne til å vise en interesse og et engasjement i barnets liv (Blinkenberg, 2003). Deprimerte foreldre vil ofte trekke seg unna barnet emosjonelt, og er i mindre grad sensitive overfor barnets signaler

(Anke, 2012). Forelderen vil dermed gi en mindre og mer ensidig respondering på barnets initiativ til kontakt, og fleksibiliteten i samspillet med barnet blir svekket (Kvello, 2010).

Den fysiske tilbaketrekkingen vil vanskeliggjøre en stabil og positiv relasjon mellom foreldre og barn. Videre vil deprimerte foreldre ofte ha en negativ og kritisk holdning overfor barnet, noe som øker risikoen for både fysisk vold og emosjonell mishandling. Sistnevnte kan for eksempel være at forelderen får barnet til å føle seg mislykket og at det ikke strekker til. Noen vil imidlertid ha en dypere grad av depresjoner som medfører et økt søvnbehov. Det lave energinivået kan da redusere utøvelsen av både fysisk og emosjonell vold (Kvello, 2010).

2.1.5 Posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og foreldrefungering

PTSD er en alvorlig angstlidelse som kan ramme mennesker som opplever hendelser som oppfattes som livstruende eller svært traumatiske (Helsebiblioteket, 2015). Lidelsen er ofte preget av gjennomopplevde hendelser preget av et sterkt ubehag, og personen vil på den måten få følelsen av at hendelsen skjer igjen og igjen. Dette kan medføre overdreven skvettenhet, vaksomhet, søvnvansker og arbeidsmessig funksjonssvikt (Evjen et al., 2012). Videre kan lidelsen føre til sinne, irritabilitet, oppspilthet og nervøsitet. Lidelsen kan også være vanskelig å oppdage, da leger ofte forveksler PTSD med depresjon (Helsebiblioteket 2015). Anslagsvis 1 prosent av befolkningen vil til enhver tid lide av PTSD (Malt, 2014).

Overdrevne bekymringer hos foreldre gir ofte lite overskudd til å ivareta barnets behov for omsorg (Sølvberg, 2011). Foreldre med PTSD kan ofte være svært overbeskyttende og emosjonelt overinvolvert i barnet, noe som kan hemme barnet i utviklingen av selvstendighet og egne mestringsstrategier. Foreldre som lar sin egen angst smitte over på barnet kan gi barnet unødvendige bekymringer, som igjen fører til angst også hos barnet. Samspillet mellom forelderen og barnet vil ofte preges av mye utrygghet og negativitet (Kvello, 2010).

2.2 Psykiske lidelser og tabuet

Ifølge Kvello (2010) er det å ha en psykisk lidelse fortsatt skambelagt i dagens samfunn, til tross for at omtrent 25 prosent av befolkningen en eller annen gang i løpet av livet vil utvikle en psykisk lidelse. Hinshaw (2005) påpeker at til tross for en økning i offentlige kunnskaper omkring psykiske lidelser, og flere behandlingsmetoder enn tidligere, er psykiske lidelser likevel forbundet med fordommer, stigmatisering, skamfølelse og taushet. Dette kan skape en ond sirkel med ignoranse og avstand, som kan hindre mange i å søke hjelp (Hinshaw, 2005). Årsaken til tabuet kan være mange. Ofte føler familien en skam over hvordan sykdommen arter seg, og de er redde for omverdenens fordømmelse over å ha en atferd som ikke er sosialt akseptert (Glistrup, 2004). Videre opplever mange psykisk syke en følelse av å bli sett på som svake og annerledes, og å bli møtt med en mistillit både fra helsevesenet og samfunnet forøvrig (Hinshaw, 2005).

Tabuet eksisterer på flere arenaer, blant annet i barnehager, på skoler, og i ulike fritidsaktiviteter. Disse arenaene har store uutnyttede muligheter når det gjelder å sette dette tabuet på dagsordenen og få det redusert. Tabuer er med på å skape tildekning og løgn som gjør at verken barn eller voksne blir møtt med den forståelsen og støtten de har behov for (Killén, 2013). Ifølge Glistrup (2004) blir et tabu først brutt når det brytes sammen med dem som er bundet av det. Det vil altså ikke være tilstrekkelig at et tabulagt tema blir snakket om mellom et barn og en fagperson, det må også bli brutt innad i familien (Glistrup, 2004). Med den økte kunnskapen vi har i dag burde det være mulig å sikre at flere får tidlig hjelp. Å bli møtt med åpenhet kan gjøre at både foreldre og barn får muligheten til å svare ærlig på det de blir spurt om, og til at flere barn får bearbeidet sine negative opplevelser (Killén, 2013).

2.3 Barn av psykisk syke foreldre

2.3.1 Barnets behov for tilknytning

De første leveårene legger grunnlaget for resten av livet, og for barnets evne til å knytte seg til andre mennesker (Moen, 2009). Tilknytning beskrives av Klette (2008) som menneskets medfødte tilbøyelighet til å knytte varige og følelsesmessige bånd til sine nærmeste omsorgsgivere. Barnet vil fra det er født søke etter bekreftelse og speiling i sine omgivelser, og er totalt avhengig av å ha en tilstedeværende voksen rundt seg (Moen, 2009). Barnet vil utvikle en opplevelse av tillit eller mistillit til omverden, avhengig av om de følelsesmessige, så vel som de fysiske behovene, blir dekket på en tilfredsstillende måte (Killén, 2009). Noen

vil som følge av dette utvikle en trygg tilknytning, hvor foreldrene er tilgjengelige og sensitive overfor barnets behov, eller en utrygg tilknytning dersom barnet har foreldre som ikke er sensitive. Ifølge barnepsykiateren og tilknytningsteoriens skaper, John Bowlby, vil barnet ha et grunnleggende tilknytningsbehov til sine omsorgsgivere for å kunne få den beskyttelsen og omsorgen det trenger for å overleve (Klette, 2008). Bowlby påpeker videre at barn er biologisk betinget til å bruke tilknytningspersonene som er trygg base som de kan utforske fra, og søke trøst hos når de er redde eller føler seg truet (Killén, 2009).

På grunnlag av barnets tidlige erfaringer fra samspillet med sine foreldre vil barnet utvikle såkalte «indre arbeidsmodeller». Det betyr at barnet utvikler en indre oppfatning av seg selv og sine tilknytningspersoner, og en formening om hva en kan forvente seg fra viktige personer i livet sitt. For eksempel vil barn som opplever å bli ignorert i barndommen forvente å bli behandlet på den måten også i voksen alder (Hill, 2004). En trygg tilknytning vil være hensiktsmessig for å takle stress både i oppveksten og senere i livet. Et barn som har opplevd en trygg tilknytning vil også vise større omgjengelighet, bedre samarbeidsevner og en større evne til å regulere og tilpasse egne følelser til situasjonen (Klette, 2008). Det er når barnet opplever en trygg base i familien at det våger å utforske omgivelsene rundt seg, da trygghet vil gi en økt grad av selvtillit og selvstendighet hos barnet (Razvi, 2011).

2.3.2 Kjennetegn og overlevelsesstrategier

Sølvberg (2011) påpeker at barna er de mest sårbare og påvirkbare når den psykiske lidelsen rammer en av barnets omsorgspersoner. For å klare seg i et hjemmemiljø med lite omsorg vil barnet ofte utvikle ulike strategier for å tilpasse seg miljøet der, som oppleves hensiktsmessig og rasjonelt for barnet (Claussen, 2001, s.169-170). Disse overlevelsesstrategiene er, ifølge Killén (2009), en måte barnet forholder seg på for å kunne mestre sin situasjon best mulig når det føler seg truet. Overlevelsesstrategiene barnet utvikler vil være avhengig av en rekke forhold, alt etter hvor alvorlig sykdommen er, barnets alder, relasjon til den syke og egen personlighet. Det mest fremtredende hos disse barna er likevel at de opptrer som veltilpassede, snille, flinke og imøtekommende barn (Moen, 2009). Moen (2009, s.11) beskriver disse barna som «de usynlige barna». «De usynlige barna» lager sjelden problemer for andre, men bærer med seg mye kaos og smerte inni seg. Lojaliteten overfor sin syke forelder er ofte så sterk at barnet forsøker å fremstå som ubekymret overfor omverdenen. Å være «usynlig» kan altså være en strategi fra barnet sin side for å skjule sin forelders sykdom (Glistrup, 2004). Enkelte barn vil imidlertid være mer synlige ved å være urolige og utagerende som følge av manglende interesse og konsekvenser hjemmefra. De mer «synlige»

barna vil ofte være utrøstelig eller reagere med sinne overfor situasjoner som er vanskelige å forholde seg til, og skaper en generell uro der de befinner seg. Disse barna tiltrekker seg ofte mer oppmerksomhet og er lettere å oppdage enn «de usynlige barna» (Claussen, 2001).

Barn av psykisk syke foreldre betegnes også som «små voksne», da de ofte påtar seg en enorm ansvarsoppgave (Glistrup, 2004, s.28). Som følge av uklare og utradisjonelle familieroller kan barnet bli presset inn i en omfattende foreldrerolle, ofte betegnet som parentifisering (Sølvberg, 2011). Kvello (2010, s.204) forklarer parentifisering som at den voksne trekker barnet inn i en voksenverden barnet ikke er kognitivt, sosialt eller emosjonelt moden for. Dette kan medføre merbelastninger for barnet som vil være ansett som uforsvarlig, sett i forhold til alder og modenhet (Glistrup, 2004). Barnet vil ofte utvikle en overdreven tilpasning der de passer på at sin syke forelder har det bra gjennom blant annet å følge mor eller far til legen, eller ved å avlede hvis barnet ser at mor eller far er sint eller lei seg (Moen, 2009). Disse barna utvikler ofte egne «antenner» som gjør dem i stand til å fornemme når noe er galt, og til å forstå hva den voksne trenger (Killén, 2009). Generelt viser forskningslitteraturen at omfattende parentifisering vil medføre at barnet hemmes i sin sosiale utvikling, får svakere skolefaglige prestasjoner og vennsksrelasjoner, utvikler en uklar identitet og får vansker med å utvikle et selvstendig voksenliv (Kvello, 2010, s.205). Videre påpeker Sølvberg (2011) at parentifisering kan gi barnet selvutslettende og overansvarlige personlighetstrekk. Barnet kan erfare at det kun har verdi når de lever opp til foreldrenes forventninger og klarer å dekke deres behov. Konsekvensen av den voksenrollen barnet påtar seg er at den ikke ivaretar barnets behov for utvikling, og barnets syn på egen verdi vil kunne svekkes (Killén, 2009). Haugland (2006) viser imidlertid til at parentifisering også kan gi noen positive følger. Det ved at barnet kan utvikle gode omsorgsevner og lederferdigheter, ansvarsfølelse og økt pliktfølelse i forhold til arbeidsoppgaver. Parentifisering blir først regnet som destruktiv dersom barnet omgis av oppgaver det ikke har forutsetninger til å mestre. Dette vil ofte bety at desto yngre barnet er, desto større vil de negative konsekvensene bli (Haugland, 2006).

Overlevelsesstrategiene er barnets måte å forholde seg til sin omsorgssviktsituasjon på, og til å gardere seg overfor egne følelser. Strategiene vil ofte gi barnet en opplevelse av en viss kontroll over sin situasjon (Killén, 2009). Enkelte barn vil ha en stor evne til å overkomme angst og tolerere frustrasjon. Barnet kan i eksepsjonell grad mestre en hverdag med psykisk syke foreldre, det kan være i stand til å identifisere foreldres sykdomsutvikling, og til å ta kontakt med fagpersoner eller andre voksne for hjelp. Det blir viktig å være bevisst på at

«barn av psykisk syke» er et vidt begrep, og man må dermed se hvert enkelt barn som et enestående individ med egne individuelle reaksjoner på sin situasjon (Moen, 2009).

2.3.3 Barnets psykiske helse

Til tross for at barn av psykisk syke tilsynelatende kan virke velfungerende og sterke, vil mange av disse barna utvikle store sosiale og emosjonelle vansker (Ahlgreen, 2003). Foreldre som ikke er fysisk eller psykisk tilgjengelige har i liten grad mulighet til å gi barnet oppmuntring, eller til å lære barnet viktige sosiale ferdigheter. Konsekvensen for disse barna kan være at deres utvikling forsinkes intellektuelt, sosialt og følelsesmessig (Claussen, 2001). Videre understreker Kvello (2010) at barnet kan streve med å bli sosialt akseptert av jevnaldrende på grunn av en dårlig utviklet sosial kompetanse og en svak selvregulering. I nye relasjoner vil barn ofte gjenta de relasjonserfaringene de har fra sine primære omsorgssituasjoner, noe som gjør at de bringer med seg de svakt lærte samspillserfaringene inn i andre sosiale settinger. Dette kan medføre isolasjon og ensomhet (Claussen, 2001).

Barn av psykisk syke vil ha en høyere frekvens av angst og depresjoner som følge av en utrygg oppvekst (Kvello, 2010). Killén (2009, s.144) påpeker at når de nevralt stier som er involvert i frykt stadig blir aktivert, kan barnet kognitivt oppfatte verden som farlig, og det vil reagere med frykt eller aggresjon for å forsvare seg. Over tid kan dette utvikle seg til en angstlidelse. Videre kan depresjon utvikles dersom barnet opplever traumer uten å ha gode strategier for å takle sine emosjoner. Ved depresjon vil barnet bli passivt gjennom lite lekning og lite initiativ, og vil ha et senket stemningsleie (Kvello, 2010). Det er imidlertid ingen automatikk i at det å vokse opp med psykisk syke foreldre gjør at barnet utvikler psykiske vansker eller lidelser i senere alder. Forskning viser at anslagsvis en tredjedel av de som vokser opp med psykisk syke foreldre selv utvikler alvorlige psykiske lidelser, en tredjedel vil få moderate vansker, mens en tredjedel ikke vil utvikle noen symptomer (Moen, 2009, s.26). Ifølge Sølvsberg (2011) er det stadig uklart hvor viktig rolle de genetiske forholdene egentlig spiller inn. Det blir i dag tydeligere påpekt at de genetiske svakhetene vil forutsette de rette miljøbetingelsene for å visne eller springe ut, og at de ytre miljøfaktorene i seg selv kan være deduktive nok til å medføre psykisk sykdom (Sølvsberg, 2011, s.58). Videre vil ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer virke inn på utviklingen av vansker (Kvello, 2010), noe jeg vil gå nærmere inn på i kapittel 2.4.

2.3.4 Barnets behov for informasjon

Mange voksne er usikre på hvordan de skal snakke med barn og hva de skal snakke med barn om. I tillegg kan barn være redde for å formidle hvordan de har det hjemme av frykt for hva som kan skje (Ruud, 2011). Barn vil som oftest ikke spørre direkte spørsmål eller selv be om hjelp, og de vil dermed være avhengig av voksne som ser deres behov. Taushet ved at ingen orker å dele eller lytte vil øke belastningen på barnet (Ruud, 2011). Ruud (2011) påpeker videre at tabuet omkring psykisk sykdom vil gjøre at mange barn føler seg ensomme og alene i sin situasjon. Dersom de voksne ikke klarer å sette ord på det barnet opplever, kan dette få barnet til å tro at forholdene de selv lever under, også er gjeldene for andre barn. Det er viktig at de voksne formidler mangfoldet av psykiske lidelser til barn slik at de ikke blir sittende fast med skremmende fantasibildder (Ruud, 2011). Gjennom helsepersonelloven § 10a, som tidligere nevnt i innledningen, har barnet rett til å få informasjon om sin forelders sykdom (Helsepersonelloven, 1999). Barn trenger informasjon for å knytte mening til det de opplever, til å sette ord på uvanlige opplevelser de kan ha hatt med foreldrene, og til å kunne takle det å vokse opp med en psykisk syk forelder (Ruud, 2011). Etter å ha gjennomgått ubehagelige opplevelser vil barnet ofte ha med seg en uvirkelighetsfølelse, og vil ha et behov for å få klarhet i om det som har skjedd faktisk har skjedd. Det blir vanskelig å bearbeide og bli følelsesmessig ferdig med begivenheter man ikke vet om har funnet sted (Sølvberg, 2011).

Videre vil mange barn av psykisk syke utvikle følelser som tristhet, sinne, irritasjon, skam og skyldfølelse i større grad enn andre barn, og følelsene vil ofte få et stort spillerom i hverdagen (Claussen, 2001). Skyld kan forekomme dersom barnet ikke klarer å «oppføre seg riktig» slik at mor eller far unngår å bli sint, og skam kan forekomme som følge av å tilhøre en «annerledes» familie (Sølvberg, 2011). Likeså glir barnet ofte inn i en rolle som venn, sjelesørger og ansvarsperson uten å ha muligheter for å mestre disse oppgavene (Sølvberg, 2011). Barnet kan dermed utvikle et lavt selvbilde som følge av at det ofte får formidlet at det ikke er bra nok, og at det er ansvarlig for alt som går galt i familien (Killén, 2009). Å gi barnet relevant informasjon kan gjøre at barnet i mindre grad forbinder sin atferd med sin forelders sykdom. Informasjon kan også hindre at barnet utvikler en forestilling om at de kunne forhindre sykdommen, eller hendelser som følge av sykdommen (Glistrup, 2004). Gjennom å hjelpe barnet med å sette ord på egne følelser, kan det gi barnet en bevissthet om at mange andre barn opplever liknende hendelser, og frykten for å være annerledes og følelsen av å være alene kan reduseres betraktelig (Glistrup, 2004).

2.4 Resiliens, risiko- og beskyttelsesfaktorer

2.4.1 Risikofaktorer

Kvello (2010, s.162) beskriver risikofaktorer som «en fellesbetegnelse på forhold som øker faren for at personer utvikler vansker». Kvello (2010) grupperer de mest betydningsfulle risikofaktorene i en sjekkliste. Denne sjekklisten består både av ytre, lett observerbare forhold, og av bakenforliggende faktorer. Likeså er flere av punktene knyttet tett sammen, eksempelvis ved at omsorgssvikt ofte medfører eller ligger bak en utrygg tilknytningsstil eller en psykisk lidelse. Mikrosystemets påvirkning vil, ifølge Kvello (2010), ha en mindre betydning enn faktorer knyttet til barnet selv og kjernefamilien. Listen vil videre innebærer en skjønsmessig vurdering. Jeg vil her fremstille de viktigste risikofaktorene i en tabell:

Tabell 1: *De tre hovedkategoriene for de viktigste risikofaktorene (Kvello, 2010, s.168-169).*

Risikofaktorer primært knyttet til barnet	Risikofaktorer primært knyttet til kjernefamilien	Risikofaktorer primært knyttet til mikrosystemet
<ul style="list-style-type: none">• Født prematurt• Lavt intellektuelt nivå• Temperamentstil som hyperaktivitet og impulsivitet• Utrygghet, sjenerthet, få sosiale ferdigheter.• Mobbing• Utrygg tilknytningsstil• Omsorgssvikt, overgrep eller mishandling	<ul style="list-style-type: none">• Moderate eller alvorlige psykiske lidelser hos foreldre• Langvarig konfliktnivå mellom foreldre eller slekt• Foreldre som selv har vokst opp med omsorgssvikt• Foreldre med svake foreldreferdigheter• Rusmiddelbruk hos foreldrene• Vold i familien• Arbeidsledighet hos foreldrene• Svakt sosialt nettverk	<ul style="list-style-type: none">• Et belastende nærmiljø med arbeidsledighet, kriminalitet, rus• Barnehage eller skole som preges av høyt sykefravær, lite struktur og hyppig utbytting av ansatte

Å oppleve flere risikofaktorer parallelt eller tett på hverandre betegnes som kumulativ risiko. Ifølge Kvello (2010) er det nettopp den kumulative risikoen man bør være oppmerksom på. Jo flere enkeltstående risikofaktorer desto verre kan prognosen bli. Eksempelvis vil foreldrenes psykiske lidelse ofte føre til omsorgssvikt, arbeidsledighet og konfliktnivå innad i familien. Dette vil videre bety en økt fare for utviklingen av psykiske lidelser hos barn (Thormann, 2009). Det er imidlertid vanskelig å bedømme gjennomslagskraften beskyttelsesfaktorene har

når det er flere risikofaktorer, og hvordan de ulike risikofaktorene vil påvirke hverandre (Kvello, 2010). Det er også viktig å vurdere risikofaktorenes alvorlighetsgrad og varighet, og ikke bare vurdere type risiko barnet utsettes for. En kronisk mental lidelse vil for eksempel innebære større risiko enn en kortvarig psykisk vanske (Borge, 2010). Det vil altså være de vedvarende risikofaktorene som skader barnet mest, fremfor de midlertidige risikofaktorene (Kvello, 2010). Likeså skaper barnet sitt eget individuelle oppvekstmiljø, der hvert enkelt barn utløser ulike reaksjoner hos de voksne. Samme type risiko vil dermed virke forskjellig inn på det enkelte barn (Borge, 2010, s.50). Forskning viser også at jo nærmere forhold barnet har til sin omsorgsgiver, jo større vil belastningene bli for barnet. Videre vil barnets alder spille en viktig rolle. Jo yngre barnet er da sykdommen får sitt utspill, desto større konsekvenser vil det ofte få for barnet (Killén, 2009).

2.4.2 Resiliens og beskyttelsesfaktorer

Definisjonen av resiliens varierer mellom de ulike teoretikerne. Resiliens betyr, ifølge Borge (2010, s.11), «god psykososial fungering hos barn til tross for opplevelse av risiko». Kvello (2010, s.156) betegner resiliens som «god utvikling hos høyrisikobarn, å bevare kompetanse under stress, og å komme seg raskt og godt etter traumer». En kan videre si at resiliens i høy grad dreier seg om summen av ens beskyttelsesfaktorer, og for å utvikle resiliens er det nødvendig med en passe dose risiko (Kvello, 2010). Resiliens er ikke synonymt med en optimistisk innstilling, men handler ifølge Borge (2010) om å handle «rett» i en risikofylt sammenheng. Det finnes ingen enkel oppskrift på utviklingen av resiliens (Borge, 2010), og resiliens kan være vanskelig å måle, da det er store individuelle variasjoner i utfall hos mennesker som har opplevd ulik grad av vansker. Det er også noe usikkerhet om dette er en tilstand eller en prosess (Førde, 2014).

Videre kan ulike beskyttelsesfaktorer fremme resiliens og dempe risikoen for utviklingen av vansker når barnet blir rammet av ulike risikofaktorer (Kvello, 2010). Beskyttelsesfaktorenes betydning vil bli tydeligst når risikofaktorene er store og har vart over en viss periode. I likhet med risikofaktorene omfatter beskyttelsesfaktorene både genetiske, mentale, miljømessige og sosiale forhold (Kvello, 2010). Kvello (2010) har laget en sjekkliste for de viktigste beskyttelsesfaktorene, som også her vil bli fremstilt i en tabell:

Tabell 2: De tre hovedkategoriene for de viktigste beskyttelsesfaktorene (Kvello, 2010, s.169-170).

Beskyttelsesfaktorer primært knyttet til barnet	Beskyttelsesfaktorer primært knyttet til kjernefamilien	Beskyttelsesfaktorer primært knyttet til mikrosystemene
<ul style="list-style-type: none"> • Aldersadekvat kompetanse (språklig, emosjonell osv.) • Har talenter som fritt får utfolde seg i hobbyer • Å være fremtidsorientert • Fravær av psykiske lidelser • Gode skolefaglige prestasjoner • Gode mestringsstrategier • Håndterbarhet 	<ul style="list-style-type: none"> • Foreldre med god omsorgsutøvelse • Foreldre med høyere utdannelse • Foreldre i jobb • Jevnlig kontakt med søsken 	<ul style="list-style-type: none"> • Tilgang til voksenstøtte i det offentlige ved behov, som har hyppig og langvarig kontakt med barnet • Engasjerte foreldre

Andre beskyttelsesfaktorer nevnes videre av blant andre Borge (2010), som påpeker at et positivt temperament hos barnet kan gjøre at foreldrene opplever barnet som enklere å oppdra enn dersom det hadde vært sutrete og vanskelig. Medfødte egenskaper som temperament, løsningsorientering og evnemessige ressurser kan ha direkte eller indirekte betydning på hvordan man blir møtt av andre, og for om man utvikler strategier for mestring av kriser (Sølvberg, 2011, s.62). Å ha en evne til å skape mening i det som skjer, der barnet ser løsninger som andre finner håpløse, og en følelse av egen mestringsevne er av stor betydning for hvordan barnet møter livets utfordringer (Sølvberg, 2011). Mestring vil, ifølge Vedeler (2007), handle om å lære å leve med vanskelighetene, og ikke la disse vanskene forbli et hovedproblem i livet. Mestringsstrategier kjennetegnes i høy grad av rasjonalitet, fleksibilitet, evnen til handling og evnen til å regulere følelser, noe som kan medføre en bedre håndtering ved stress (Antonovsky, 2012). Det viktigste ser likevel ut til å være det å ha et menneske i livet sitt som formidler trygghet og stabilitet (Sølvberg, 2011). Seifer (2003) påpeker at for barn av psykisk syke, er det å ha minst én trygg voksenperson i livet sitt, samt barnets evne til å danne varige relasjoner med andre barn, de viktigste beskyttelsesfaktorene mot utviklingen av psykiske lidelser og vansker. Varige relasjoner med andre barn vil, ifølge Vedeler (2007), gi barnet tilgang til emosjonell støtte, selskap, informasjon og følelsen av å bli verdsatt. Det vil videre være kvaliteten på relasjonen som er avgjørende, og som kan gi muligheter for å

utvikle sosiale ferdigheter. En sosial kompetanse vil være en nødvendighet for å danne flere nyttige relasjoner også i fremtiden (Vedeler, 2007).

Til tross for at enkelte barn tilsynelatende klarer seg bra, kan mange ha med seg en sårbarhet inn i voksen alder som kan gjøre enkelte situasjoner spesielt vanskelige (Sølvberg, 2011). Det er viktig å ha i minne at det finnes en enorm variasjon i barns reaksjoner på stress, og at det ikke finnes én type resiliens og én type risiko. Resiliens er ikke enstydig med at man tåler hva som helst. Selv om noen rammes hardere enn andre, vil alle barn i utgangspunktet være sårbare for ytre påvirkninger (Borge, 2010). Det vil altså være grenser for hvor mange trusler et barn kan oppleve uten å ta skade, uansett hvor motstandsdyktige omgivelsene har definert barnet. Om problemene blir mange og store nok, vil ingen slippe helt uskadet fra det, uansett evnemessig utrustning (Førde, 2014). Bare ved å forstå de fremtredende trekkene i barnets utviklingshistorie og barnets psykososiale kontekst, kan vi begynne å utvikle og implementere effektive forebyggende tiltak som fører til god tilpassing for barn i risiko (Yates, Egeland & Sroufe, 2003). Kunnskap og innsikt i ulike reaksjonsmønstre hos risikobarn med en tilfredsstillende utvikling kan lære fagpersoner om hvordan man best kan hjelpe risikobarn som ikke har den samme positive utviklingen (Borge, 2010). Ifølge Kvello (2010) vil det å styrke de beskyttelsesfaktorene som er latent i barnet, eller det å etablere beskyttelsesfaktorer som kan redusere de negative effektene av risikofaktorene, være arbeidsmåter for å fremme resiliens. Eksempelvis kan en trygg, etablert voksenrelasjon veie opp for mor eller fars dårlige omsorgsevne (Kvello, 2010). Dette støttes også opp av Antonovsky (2012), som vektlegger at en god psykisk helse kan fremmes ved å ta i bruk de mestringressursene som eksisterer i og omkring barnet.

2.5 Skolens rolle

2.5.1 Skolens samfunnsansvar og kompetanse

Skolen vil fungere som en ressurs eller en risikofaktor, alt etter hvordan samspillet med elevene og ulike deler av skolekonteksten fungerer. Samfunnet har gitt skolen viktige oppgaver når det kommer til å fremme og ta vare på elevenes kompetanse- og personlighetsutvikling (Drugli & Nordahl, 2014). I opplæringslova (1998, § 9a-3) står det følgende: «skolen skal aktivt og systematisk arbeide for å fremme eit godt psykososialt miljø, der den enkelte eleven kan oppleve tryggleik og sosialt tilhør». Skolen er en av de viktigste arenaene utenfor familien der barnet har muligheten til å få ivaretatt sine behov, få styrket sin følelse av egenverd, og få utviklet kompetanse til å klare å møte de påkjenninger livet måtte

by på (Berg, 2005). Skolens viktige samfunnsansvar innebærer, ifølge Berg (2005), at skolens ansatte har en bevisst holdning til hvordan man skal fremme en god psykisk helse, og hvordan man kan forebygge elevenes utvikling av psykiske vansker og lidelser. En generell kunnskap om barns utvikling, og en mer spesifikk kunnskap om psykiske lidelser hos barn, er en viktig ressurs i dagens skole for å hjelpe barn av psykisk syke. Skolen må ved sitt personale og sine hjelpetjenester sitte inne med nok kompetanse til tidlig å fange opp barn som har det vanskelig, og vite hva man kan gjøre for å hjelpe dem (Rugtvedt, 2008). Skolen bør inneha gode rutiner som klargjør lærerne på hvilke tegn de må være oppmerksomme på, hvordan de skal gå frem når de blir bekymret og hvem de skal henvende seg til for hjelp (Glavin & Erdal, 2000).

FNs barnekonvensjon gir forpliktelser som legger et særlig stort ansvar på skolen. Konvensjonen gir barn rettigheter som skolen plikter å ivareta, og disse rettighetene er særlig viktige for de barna som opplever utrygghet og uforutsigbarhet i hverdagen (Rugtvedt, 2008). Lærerne er en av gruppene utenfor hjemmet som er i en unik særstilling til å fange opp barn som har det vanskelig, da lærerne treffer barnet flere dager i uken (Rugtvedt, 2008). I konvensjonen står det følgende:

Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet. (Barne- og familiedepartementet, 1991, artikkel 19).

Videre ble det i opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 blant annet lagt vekt på et primærforebyggende arbeid for å sikre at lærerne innehar grunnleggende kunnskaper om barns helseutvikling (St.prp. nr. 63 (1997-98), 4.10). Til tross for dette viser skolens kompetanse seg gjennom flere undersøkelser å være mangelfull. Barn blir ofte møtt med mistillit eller bagatellisering som følge av blant annet mangel på kunnskap (Berg, 2005). Ifølge Berg (2005) vil en kompetanseheving av lærere og annet skolepersonell gi kunnskap til å igangsette effektive tiltak tidlig, noe som kan forebygge en uheldig utvikling av allerede oppståtte problemer. Dette støttes opp av Fugelsnes (2009), som hevder at barn som tidlig får hjelp og støtte fra hjelpeapparatet, får en gunstigere utvikling enn barn som ikke fanges opp. Dette vil imidlertid forutsette hjelpetjenester som samarbeider, er lett tilgjengelige og oversiktlige (Berg, 2005).

2.5.2 Skolens hjelpetjenester

Skolen har både interne og eksterne hjelpetjenester som arbeider spesielt for de elevene som har problemer av ulik art. Skolens interne hjelpetjenester er primært den spesialpedagogiske og sosialpedagogiske tjeneste (Berg, 2005). Mens den spesialpedagogiske tjenesten skal hjelpe elever med behov for tilrettelagt undervisning, har den sosialpedagogiske tjenesten som funksjon å hjelpe elever med sosial og emosjonell fungering. Det er stadig mer vanlig at disse tjenestene arbeider tett sammen, da problemer på et felt, eksempelvis faglig mestring, ofte medfører psykososiale og emosjonelle problemer (Berg, 2005, s.93).

PPT, skolehelsetjeneste, barnevern og spesialisthelsetjenesten er noen av de eksterne hjelpetjenestene som har i oppgave å bistå skolen når ulike behov melder seg (Berg, 2005). Når det er bekymring knyttet til barnets omsorgssituasjon, vil barnevernet bli en nødvendig samarbeidspartner. Barnevernstjenesten har etter § 1-1 i lov om barnevernstjenester som formål «å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvillkår» (Barnevernloven, 1992). Skolen plikter å melde fra til barnevernet dersom skolen mener at et barn lever under forhold beskrevet i opplæringslova § 15-3 (Opplæringslova, 1998). Videre har enhver kommune og fylkeskommune en lovfestet plikt til å ha en pedagogisk-psykologisk rådgivningstjeneste (PPT). «Tjenesta skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for elevar med særlege behov» (Opplæringslova, 1998, § 5-6). Skolen plikter å melde fra til PPT dersom et barn viser lærevansker eller psykososiale problemer av mer eller mindre alvorlig art. PPT er videre pliktet til å bistå skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling. Systemrettet arbeid som mobbeproblematikk, psykososialt miljø i skolen, skoleledelse og kompetanseutvikling av lærerpersonalet, er viktige temaer PPT retter seg mot (Berg, 2005).

Skolehelsetjenesten er også en lovpålagt tjeneste som kommunen er ansvarlig for å organisere gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011, § 3-2). Tjenesten er hovedsakelig av forebyggende art, der mye av arbeidet går ut på å fjerne, hindre eller redusere faktorer som kan medføre psykososiale problemer. I tillegg kommer det helsefremmede arbeidet med å fatte tiltak som bedrer elevenes livskvalitet, trivsel og muligheter for å mestre utfordringer og belastninger i hverdagen (Berg, 2005). I opptrappingsplanen for psykisk helse (1997-98) står det følgende:

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det eneste stedet hvor helsetjenesten treffer alle barn og unge... Disse tjenestene spiller derfor en viktig rolle i det forebyggende arbeidet blant barn og unge. Det legges vekt på å fange opp sårbare og utsatte grupper, legge til rette støttetilbud, iverksette spesielle tiltak og å henvise til og gi nødvendig informasjon om hjelpetiltak fra andre instanser (St.prp. nr. 63 (1997-98), 4.3.2).

I tillegg til disse omtalte tjenestene, må skolen i noen tilfeller samarbeide med andre instanser for å gi nødvendig hjelp og støtte til elever med ulike psykiske vansker. Dette gjelder blant annet barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). BUP er en tjeneste som ofte kobles inn når elever får alvorlige og langvarige problemer av psykisk art (Berg, 2005).

2.5.3 Samarbeid mellom hjelpetjenestene

Ifølge Berg (2005) er det ingen hemmelighet at de ulike hjelpetjenestene har en manglende kjennskap til hverandres fagfelt, arbeidsområder og arbeidsmåter. Dette kan være en vesentlig hindring for et godt samarbeid mellom hjelpetjenestene. Ifølge Berg (2005, s.105) kan det bunne i en yrkesstolthet, eller en tradisjonell måte å «eie» sine egne arbeidsområder på, ved at pedagogene «eier» skolen og helsesektoren «eier» fysisk og psykisk helse. Videre ble det manglende samarbeidet tydeliggjort i en rapport fra Statens helsetilsyn, der det ble påvist en generell svikt i samarbeidet mellom de ulike hjelpetjenestene. Det fremlegges også i rapporten at et dårlig samarbeid kan være noe av årsaken bak den mangelfulle hjelpen flere barn og unge opplever å få (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s.28). Å møte et hjelpeapparat som ikke samarbeider eller koordinerer tiltak vil ofte føre til frustrasjon og merbelastninger, der barnet vil erfare at det å be om hjelp ikke har noen hensikt (Berg, 2005).

For å kunne styrke barn og unges psykiske helse vil et tverrfaglig samarbeid være helt nødvendig. Tverrfaglig samarbeid er, ifølge Glavin og Erdal (2000), en metode der flere yrkesgrupper på tvers av etater arbeider sammen om et felles problem, mot et felles mål. Det innebærer en samordnet innsats fra alle som har et ansvar om å støtte opp om skolens arbeid. Glavin og Erdal (2000) legger videre vekt på at en samarbeidskompetanse bør utvikles på lik linje med en fagkompetanse. For å utvikle en samarbeidskompetanse kreves det fleksibilitet, omstillingsevne, et felles verdigrunnlag, anerkjennelse, og evnen til å se helheten i problemet, og ikke bare deler av det (Glavin & Erdal, 2000). For å kunne basere arbeidet på en så helhetlig forståelse som mulig, vil det være behov for at alle som har informasjon, kunnskap og observasjoner å bidra med, er med på å sette sammen puslespillet riktig (Berg, 2005). Et

helhetlig perspektiv kan sikre at tilbudene blir mer koordinert, og vil kunne korrigere feilkilder, eksempelvis det å ta en feilvurdering i en sak (Glavin & Erdal, 2000). Gjennom blant annet faste kontaktmøter kan tjenestene bli bedre kjent med hverandre og de ulike hjelpetjenestene kan bidra med fagkompetanse, råd og veiledning (Berg, 2005). Informasjon om hverandres fagfelt kan også sikre en god utnyttelse av hverandres kompetanse og de ressursene som er tilstede innenfor de ulike tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003, s.27). Berg (2005) viser til at det å forene faglig innsikt og faglige ressurser vil føre til en bedre innsats overfor barnet. For å hjelpe barnet på en best mulig måte må både barnet og foreldrene regnes som sentrale og viktige aktører fra første stund, da det er de som er eksperter på sin situasjon (Brekke, 2005). De ulike etatene må komme frem og gjøre seg synlig overfor både barn og foreldre, slik at de ikke behøver å skamme seg over, eller hemmeligholde den psykiske lidelsen overfor hjelpetjenestene (Berg, 2005).

Videre vil skolen i stor grad være avhengig å få informasjon om barnets hjemmeforhold og foreldrenes sykdom fra annet hold, da mange barn av psykisk syke ofte mangler synlige kjennetegn på sin situasjon (Glistrup, 2004). Det er imidlertid klare begrensninger i lovverket om når informasjon kan gis, der spesielt barneverntjenesten er underlagt en svært restriktiv taushetsplikt (Claussen, 2001). Enhver yrkesprofesjon har imidlertid taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13, der lovens alminnelige utgangspunkt er som følger:

Enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om noens personlige forhold... (Forvaltningsloven, 1967, § 13).

Drugli og Onsøyen (2010) hevder at taushetsplikten ikke nødvendigvis bør være et hinder for et samarbeid. I tillegg til at taushetsplikten gir enkelte unntak innenfor de ulike tjenestene, kan foreldrene gi samtykke til at informasjon vedrørende deres barn formidles videre til skolen. Skolen vil også ha muligheten til å drøfte saker anonymt med blant annet barnevernet, dersom det skulle være behov for det (Drugli & Onsøyen, 2010).

2.5.4 Betydningen av en god lærerrelasjon

Barn som opplever foreldre som er ute av stand til å utøve sin foreldrefunksjon, vil som tidligere nevnt, ofte fremstå som flinke og ubekymret overfor omverdenen for å beskytte sin mor eller far (Glistrup, 2004). Dette kan gjøre det vanskeligere for de menneskene som daglig møter barnet å få øye på de utsatte barna iblant alle andre barn. Barnet kan også være redd for konsekvensene av å snakke med en voksen, og det blir dermed viktig at den voksne har evnen

til å skape et åpent og vennlig miljø (Glistrup, 2004). Et åpent miljø kan gi barnet den tryggheten det trenger for å betro seg til læreren, og med det har læreren større forutsetninger for å hjelpe barnet videre. Selv om barn av psykisk syke ofte tilsynelatende gjør alt for ikke å bli sett, er det å bli sett nettopp det mange ønsker. Dette kan ifølge Berg (2005) best la seg gjøre gjennom etableringen av en trygg og god relasjon mellom lærer og elev. En god relasjonskompetanse vil være særlig viktig hos barn med risikobakgrunn. Flere studier viser at læreren i stor grad kan kompensere for manglende oppfølging og støtte fra foreldrenes side, og kan bidra til en positiv utvikling for barnet. Forskning viser også at kvaliteter som empati, respekt, ydmykhet og ærlighet har en stor betydning for relasjonskompetansen, og må ikke undervurderes i kontaktetablering med barn (Drugli & Nordahl, 2014). Læreren må i tillegg til å se bak barnets forsvar, evne å se hele barnet, og ikke bare eleven som skal lære fag. Dette innebærer fremfor alt å ha en ydmyk nysgjerrighet overfor det barnet man skal være lærer for. Ydmyk nysgjerrighet innebærer evnen til empati, ved at læreren er autentisk og nærværende i sin relasjon med barnet, og å vise interesse for barnets opplevelser, følelser, hjemmeforhold, gleder og bekymringer (Jensen, 2014). Desto sterkere relasjonskompetansen blir mellom barnet og læreren, desto større betydning vil anerkjennelsen ha for barnet. Det er imidlertid ingen fasitsvar på hvordan læreren kan etablere gode relasjoner med barn, men en viktig forutsetning vil være endringskompetanse, og å reflektere over sine indre arbeidsmodeller (Drugli & Nordahl, 2014). Det er også viktig at læreren kjenner sin kompetanse, samtidig som læreren har kunnskaper om hvem som har kompetanse på andre områder (Berg, 2005).

Ruud (2011) påpeker videre at relasjonen mellom lærer og elev alltid vil påvirkes av den voksnes syn på barnet som samtalepartner. Dersom den voksne er usikker og ukomfortabel i sin kommunikasjon med barnet vil barnet ofte kunne fornemme det, noe som kan hindre barnet i å fortelle (Ruud, 2011). Forutsetningen for å kunne forholde seg til barnets opplevelse av sin omsorgssviktsituasjon på, er imidlertid at læreren er i stand til å se realiteten i øyne, og at læreren orker å ta andres problemer inn over seg (Killén, 2009). Barn trenger, ifølge Claussen (2001), voksne som kan handle på vegne av dem. Dette betyr likevel ikke at læreren skal ta på seg en rolle som terapeut eller sosialarbeider, det handler rett og slett om å være et medmenneske. Ifølge Utdanningsforbundet (s.a.) vil et problem være at flere lærere mangler de rette kvalifikasjonene til å vite hvordan man kan etablere gode relasjoner med elevene. Flere ukvalifiserte blir også ansatt til å utføre spesialpedagogiske oppgaver, noe som kan gjøre det enda vanskeligere å se de bakenforliggende årsakene til problemene (Utdanningsforbundet, s.a.).

3.0 Forskningsmetode

Metode betyr «veien til målet» (Kvale & Brinkmann, 2009, s.121). Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er det vesentlig å fastlegge innholdet i og målet med studien for å kunne gjøre gjennomtenkte metodevalg. I dette metodekapittelet vil jeg gjøre rede for de metodiske valgene som ligger til grunn for planleggingen og gjennomføringen av undersøkelsene. Først vil jeg redegjøre for valg av metode og det kvalitative forskningsintervjuet, for deretter å beskrive hvordan jeg gikk frem under utarbeidelsen av intervjuguiden, og ved gjennomføringen av intervjuene. Jeg vil så presentere bakgrunnen for mine utvalgsriterier, før jeg går inn på hvordan jeg har bearbeidet datamaterialet. Videre gjør jeg rede for de etiske prinsippene og hvordan jeg har forsøkt å imøtekomme disse kravene, før jeg til slutt tar for meg kvaliteten i forskningsarbeidet, som her er validitet og reliabilitet.

3.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

For best å kunne besvare mine problemstillinger har jeg valgt å ta utgangspunkt i et kvalitativt forskningsintervju. Ifølge Dalen (2011, s.58) er et kvalitativt forskningsintervju godt egnet som metode for å få innsikt i intervjupersonens erfaringer, opplevelser og tanker omkring sin livsverden, fra intervjupersonens eget perspektiv. Mitt formål med denne studien er nettopp det å få frem intervjupersonenes egne opplevelser og erfaringer omkring sin tidligere skolehverdag og sine tidligere hjemmeforhold med psykisk sykdom, noe som gjør et kvalitativt forskningsintervju godt egnet som metode i denne studien.

Et kvalitativt intervju kjennetegnes som en samtale mellom to personer om et felles tema, med en viss struktur og hensikt (Kvale & Brinkmann, 2009). Gjennom samtalen utforsker forskeren mellommenneskelige prosesser i en virkelig setting, der forskeren prøver å fange opp kompleksiteten og helheten i de sosiale fenomenene som er gjenstand for forskningen (Postholm, 2010, s.9-10). Metoden er tilrettelagt for å kunne studere sosiale fenomener som er vanskeligere å få tilgang til ved bruk av andre metoder. Eksempelvis har forskeren gjennom et intervju muligheten til å stille spontane oppfølgings spørsmål og til å føre samtalen videre i en gitt retning (Thagaard, 2013). Ved kvalitative studier må forskeren dermed være spesielt åpen for det uforutsette og være fleksibel nok til å kunne fange opp og ta hensyn til uforutsette hendelser underveis (Dalen, 2011). Ved et kvalitativt intervju blir dermed hvert intervju unikt, ettersom forskeren tilpasser sine spørsmål til hva de intervjuede vet og er villig til å dele. Å ta i bruk et kvalitativt forskningsintervju vil videre kreve en eksplisitt kompetanse i blant annet å kunne utforme gode spørsmål, skape en god relasjon med intervjupersonen og i å lytte

oppmerksomt til det som blir fortalt (Thagaard, 2013), noe jeg vil gå nærmere inn på i de to neste kapitlene, 3.1.1 og 3.1.2.

3.1.1 Utarbeidelse av intervjuguide

«Å utarbeide en intervjuguide er en arbeidskrevende prosess som handler om å omsette studiens overordnede problemstillinger til konkrete temaer med underliggende spørsmål» (Dalen, 2011, s.26). Alle temaene og spørsmålene som inngår i intervjuguiden bør ha relevans i forhold til det problemstillingen ønsker å belyse (Dalen, 2011). For å kunne utarbeide gode og relevante spørsmål brukte jeg i forkant av intervjuguiden mye tid på å sette meg inn i teori omkring de temaene og problemområdene som jeg planla å utforske. Min teoretiske referanseramme ble dermed mitt utgangspunkt for utarbeidelsen av spørsmålene til intervjuguiden. Ifølge Kleven (2011) krever et kvalitativt intervju en høy grad av faglig dyktighet, og da kan denne forkunnskapen gjøre det enklere å fange opp interessante momenter underveis og bringe disse momentene videre. Kvale og Brinkmann (2009) påpeker videre at en begrepsmessig og teoretisk forståelse vil være viktig for bedre å forstå de fenomenene som skal studeres.

Videre utarbeidet jeg åtte hovedspørsmål som tok for seg hvert sitt deltema. Her benyttet jeg meg av «traktprinsippet». Det går ut på først å starte med noen innledende spørsmål av slik karakter at intervjupersonen kan føle seg avslappet, for deretter å spørre om de mer dyptgående og sentrale temaene etter hvert i intervjuet (Dalen, 2011, s.27). Hvert spørsmål var relativt åpent for å kunne gi en fleksibilitet under intervjusituasjonen, og for å skape en mest mulig fri samtale omkring det intervjupersonen selv anså som betydningsfullt. Denne formen for intervju betegnes som en delvis strukturert tilnærming og kjennetegnes ved at bestemte temaer er fastlagt på forhånd, men at rekkefølgen av temaene blir til underveis i intervjuet avhengig av det intervjupersonen deler av informasjon. Intervjuformen tar dermed utgangspunkt i intervjupersonens egne beskrivelser og opplevelser av temaene som ramme for intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009). En fleksibel og åpen tilnærming kan bidra til at intervjupersonen reflekterer mer over temaene de blir spurt om, og gjør det mulig for meg å oppmuntre intervjupersonen til å gi flere fyldige kommentarer underveis (Thagaard, 2013). Jeg hadde likevel underspørsmål under hvert deltema for å sørge for at de viktige forholdene relatert til problemstillingen ble belyst. Kvale og Brinkmann (2009) legger videre vekt på at spørsmålene bør være lett forståelige, korte og frie for akademisk språk. Det for å kunne skape en god interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson. Spørsmålene bør være åpne nok til at intervjupersonene inviteres til å presentere sine synspunkter og erfaringer, samtidig

som spørsmålene ikke må være for generelle eller for ledende. Ledende spørsmål kan påvirke svarene og bidra til å styre intervjuet i en gitt retning (Kleven, 2011). Disse kravene forsøkte jeg å imøtekomme gjennom min fleksible og åpne tilnærming.

Varigheten for intervjuet satt jeg til å være i maks én time, noe jeg på forhånd tenkte ville gi tilstrekkelig datamaterialet for videre analyse og tolkning.

3.1.2 Gjennomføring av intervju

I forkant av mine tre intervjuer gjennomførte jeg to prøveintervju, der jeg både fikk testet ut lydopptakeren og min rolle som intervjuer. Dette er i tråd med det Dalen (2011) hevder, om viktigheten av å kunne teste ut sin egen intervjuprestasjon, for å kunne få tilbakemeldinger på sin egen væremåte og utformingen av spørsmålene. Prøveintervjuene førte til at jeg omformulerte noen av de planlagte spørsmålene, og gjorde at jeg ble mer oppmerksom på hvordan jeg kommuniserte. Dette ga meg en større trygghet under intervjusituasjonene senere.

Kvale og Brinkmann (2009) legger vekt på at de første minuttene i et intervju vil være helt avgjørende for at intervjupersonen skal kunne føle seg trygg. Med dette i tankene, startet jeg med en løs prat, for så å presentere meg selv, hva jeg ønsket av intervjupersonen og mitt formål med studien. Jeg informerte på nytt om min taushetsplikt og at studien ville bli anonymisert. Videre spurte jeg om lydopptaker fortsatt var i orden, og om intervjupersonen hadde noen spørsmål før vi startet. Ifølge Dalen (2011) er disse presiseringene avgjørende for å kunne etablere en god kontakt med intervjupersonen og for videre dialog. Etter at intervjuene var i gang og intervjupersonen startet å fortelle, forsøkte jeg å være bevisst over eget ansiktsuttrykk og kroppsspråk, og jeg forsøkte å fremstå som empatisk og interessert i det intervjupersonene hadde å fortelle. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009) er det avgjørende at forskeren lytter oppmerksomt og viser en genuin interesse, forståelse og respekt for det intervjupersonen forteller, for at intervjupersonen skal bli motivert og engasjert til å dele sine tanker og opplevelser. Jeg forsøkte å vise interesse gjennom å anerkjenne det som ble sagt gjennom nikk, smil og kommentarer. Likeså forsøkte jeg å vise empati og toleranse overfor de synspunktene og holdningene intervjupersonene hadde, ved blant annet ikke å stille «hvorfor» spørsmål. Dette er i tråd med det Kvale og Brinkmann (2009) påpeker om at «hvorfor-spørsmål» kan bidra til å hemme intervjupersonens integritet, og dermed hindre fyldige og spontane beskrivelser. Likeså valgte jeg å ikke notere underveis, da dette kan avbryte samtalens frie flyt. Jeg noterte meg likevel viktige observasjoner i etterkant av hvert intervju (Kvale & Brinkmann, 2009).

Alle mine tre intervjusituasjoner var preget av intervjupersonenes egne innspill, og rekkefølgen på mine forhåndslagde spørsmål ble stilt ut fra det intervjupersonen fortalte. Under intervjuet må forskeren dermed inneha kvalifikasjoner til å kunne tilpasse intervjusituasjonen til de innspillene intervjupersonene eventuelt bidrar med, og til å kunne stille oppfølgingsspørsmål underveis for mer detaljerte forklaringer (Thagaard, 2013). Forskeren må gjennom hele intervjuet ta raske beslutninger om når det skal stilles oppfølgingsspørsmål og hvordan, og om hvilke svar som skal kommenteres og tolkes (Kvale & Brinkmann, 2009, s.176). Selv om jeg forsøkte å stille gode oppfølgingsspørsmål og etterkomme Kvale og Brinkmann (2009) sine krav om åpne og reflekterende spørsmål, kunne likevel noen av mine spørsmål være noe lukkede og ledende, da spesielt under det første intervjuet. Dette var imidlertid noe jeg tok til etterretning og ble mer bevisst over under de to siste intervjuene. Videre valgte jeg å ta i bruk såkalt «member checking». Det innebærer at forskeren ber intervjupersonen om å gi uttrykk for om de kjenner seg igjen i de beskrivelsene og tolkningene forskeren har gjort (Postholm, 2010). Dette gjorde jeg gjennom kommentarer som «har jeg forstått deg riktig når du sier at», og «så du mener at». Det for å sikre at tolkningene mine i etterkant vil gi intervjupersonen en opplevelse av å ha blitt forstått. Ifølge Guðmundsdóttir (2011) vil dette være hensiktsmessig for å unngå misforståelser og mistillit mellom forsker og intervjupersonene underveis, og for å unngå feilkilder. Jeg spurte også intervjupersonene om det var noe mer de ønsket å tilføye.

Videre viser Dalen (2011) til viktigheten av å sette av tilstrekkelig tid til en avsluttende samtale etter gjennomføringen av intervjuet. Dette tok jeg hensyn til i etterkant av alle mine intervjuer, der jeg takket for deltakelsen og satt av tid til litt småprat. I tillegg ga jeg rom for at intervjupersonene skulle få muligheten til å fortelle om alt de selv ønsket, selv om det kunne gå utover den planlagte tidsrammen på én time. Jeg følte selv at kontakten mellom alle mine intervjupersoner og meg var gjennomgående god, og at vi hadde en lett og åpen tone helt fra starten av. En felles forståelse og en god relasjon vil være helt avgjørende for kvaliteten av forskningen, da det er intervjupersonens ytringer som utgjør datamaterialet (Dalen, 2011). Det faktum av at intervjupersonene og jeg var av samme kjønn, var i samme alder, og var omtrent likestilte i forhold til utdanning under intervjuet, kan ha hatt en betydning for at intervjupersonene virket komfortabel med meg som intervjuer (Thagaard, 2013).

3.2 Utvalg

Antall intervjupersoner vil, ifølge Kvale og Brinkmann (2009), avhenge av formålet med studien. Et avgjørende utvalgsprinsipp i kvalitativ forskning er at utvalgsstørrelsen må være egnet til å kunne utforske problemstillingen (Thagaard, 2013). Ifølge Dalen (2011, s.45) er utgangspunktet at antallet ikke må være for stort fordi gjennomføringen og bearbeidingen av intervjuene både kan være tids- og ressurskrevende. Samtidig som tid og ressurser setter begrensninger for utvalgsstørrelsen, må kvaliteten være god nok til at det gir tilstrekkelig grunnlag for videre analyse og tolkning (Dalen, 2011). Ut ifra dette planla jeg å gjennomføre tre dybdeintervjuer. Størrelsen på prosjektet vil også være med på å påvirke utvalgsstørrelsen, og med de 20 ukene jeg hadde til disposisjon følte jeg at dette antallet ville være overkommelig. Et lite antall intervjupersoner vil også kunne gi et større rom til å utføre analysen og tolkningen av innsamlet data så nøyaktig som mulig. Det kan gi muligheten for en mer detaljert utforskning av de sosiale fenomener som skal studeres (Thagaard, 2013).

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i et strategisk utvalg. Det vil si at jeg på forhånd har tenkt ut intervjupersoner som kan inneha de kvalifikasjonene og egenskapene som er strategiske i forhold til de problemstillingene og teoretiske perspektiver som skal undersøkes (Thagaard, 2013).

Jeg tok utgangspunkt i tre kriterier for rekrutteringen av mine intervjupersoner:

- Intervjupersonene må ha vokst opp med minst én psykisk syk forelder.
- Intervjupersonene må være innenfor aldersgruppen 20-30 år.
- Intervjupersonene må i dag enten studere eller være i fast jobb.

Aldersgruppen har jeg valgt på bakgrunn av et ønske om at hendelsene ikke skulle være for langt tilbake i tid. Ifølge Gunnestad (2009) glemmer mennesker etter hvert det som har skjedd tidligere i livet, da minnene blir svakere over tid med mindre detaljer og mindre følelsesmessig inntrykk. Forskning har også vist at minnene våre i noen tilfeller endrer seg som følge av senere erfaringer og holdninger. Imidlertid vil minner som inneholder sterke følelser og som skjer ofte være enklere å huske enn andre minner. Erfaringer som ligger litt tilbake i tid kan også føre til at intervjupersonene har hatt tid til å reflektere omkring dem, og dermed kan komme med en dypere innsikt til studien (Gunnestad, 2009). Kriteriet om å enten studere eller være i jobb, har jeg valgt fordi jeg ønsket intervjupersoner som i dag klarer seg

bra til tross for en vanskeligere oppvekst. Jeg ønsket å utforske mer omkring de bakenforliggende årsakene til deres gode fungeringsevne.

For å komme i kontakt med intervjupersonene tok jeg først kontakt med pårørendesenteret i Oslo (PIO) i november 2015. Jeg hadde tidligere lest at senteret kunne stille med deltakere til ulike forskningsprosjekt. Etter positive tilbakemeldinger fra PIO-senteret i november, tok jeg på nytt kontakt i januar 2016 gjennom et informasjonsskriv som jeg sendte via e-mail. Jeg ble etter kort tid kontaktet av flere som ønsket å delta i undersøkelsen, og intervjupersonene ble valgt på bakgrunn av mine gitte kriterier.

3.2.1 Presentasjon av intervjupersoner

Intervjuperson 1: Jente 24 år, studerer, vokst opp med en far med paranoid schizofreni.

Intervjuperson 2: Jente 28 år, studerer, vokst opp med en mor med personlighetsforstyrrelser.

Intervjuperson 3: Jente 26 år, jobber fulltid, vokst opp med en mor med bipolar lidelse og posttraumatisk stresslidelse, og en far med en udiagnostisert psykisk sykdom.

3.3 Bearbeiding av datamaterialet

3.3.1 Transkripsjon

«Å transkribere betyr å transformere, skifte fra en form til en annen» (Kvale & Brinkmann, 2009, s.187). Ved å gjøre muntlige uttalelser om til skriftlig materiale blir samtalene bedre egnet for analyse. Forskeren må være bevisst over at det skjer en prosess fra dataene foreligger som lydfiler til de foreligger som tekstfiler. En transkripsjon vil medføre tap av kroppsspråk, toneleie og gester, da den direkte fysiske tilstedeværelsen forsvinner (Kvale & Brinkmann, 2009). For å hindre at viktig data gikk tapt noterte jeg meg tonefall, pauser og ordbruk underveis i transkripsjonen. Jeg var også påpasselig med å skrive ned ordrett det som ble sagt, ved å ta meg god tid til å lytte til lydfilene. Imidlertid unnlot jeg å skrive ned mine små utsagn som «mmm» og «ja», både for å få en bedre flyt i språket, og for at mine småord ikke var av betydning for videre tolkning. I tillegg førte jeg ikke inn personidentifiserende opplysninger som navn og bosted for å sikre full anonymitet. Opptakene var av svært god kvalitet, det var kun et par steder under de tre intervjuene at jeg var i tvil om hva som ble sagt.

Dalen (2011) anbefaler at forskeren transkriberer intervjuene selv, da denne prosessen vil gi forskeren en unik mulighet til å bli kjent med egne data. Jeg valgte å transkribere intervjuene rett etter at de var gjennomført, da de lå ferskt i minnet. Å transkribere selv var en lang, men

lærerik prosess der jeg fikk innblikk i egen intervjustil. Det ga meg en oversikt over min måte å intervju på, om det var noen spørsmål jeg hadde stilt på feil måte, eller om det var noe viktig jeg hadde utelatt eller oversett. Jeg valgte å fjerne noen spørsmål etter første intervju, da de ikke utgjorde den funksjonen jeg på forhånd hadde tenkt. I tillegg til dataene fra lydfilene, tok jeg også i bruk notatene jeg hadde skrevet i etterkant av hvert intervju. Interessante observasjoner og refleksjoner jeg gjorde meg underveis ble notert for å kunne brukes senere. Dalen (2011) hevder slike feltnotater og analytiske refleksjoner vil være av betydning for videre analyse av datamaterialet.

3.3.2 Analyse og tolkning

Datanalyse og datainnsamling er gjentatte og dynamiske prosesser som ikke kan begrenses til en bestemt tidsperiode i forskningsarbeidet. Analyseprosessen vil starte allerede i intervjufasen, der forskeren observerer og danner seg refleksjoner underveis i prosessen (Dalen, 2011). Ifølge Dalen (2011) er det mange innfallsvinkler til analyse av eget datamateriale. Valg av innfallsvinkel vil avhenge av det foreliggende datamaterialet og de spørsmålene som ønskes belyst. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i grounded theory for analyse og bearbeiding av mine data. Fremfor å teste eksisterende teori, ønsker en gjennom grounded theory å generere ny teori av dataene som fremkommer gjennom analyseprosessen (Postholm, 2010, s.87). Det vil, ifølge Dalen (2011), si at det er intervjupersonenes egne oppfatninger og perspektiver som blir utgangspunktet for analysen. Dette vil være i tråd med den fleksible tilnærmingen jeg hadde under alle mine intervjuer. For å ta i bruk denne innfallsvinkelen må analysen være induktiv, noe som innebærer at jeg måtte forsøke å legge til side mine subjektive og individuelle teorier for å la datamaterialet tale for seg (Postholm, 2010). Dette vil i praksis være umulig, men intensjonen med teorien er, ifølge Postholm (2010, s.86), at forskeren så godt det lar seg gjøre prøver å se bort fra sine allerede ervervede perspektiver, og forsøker å se fenomener med et åpent sinn. Mine subjektive innslag vil bli gjort nærmere rede for under kapittelet «kvalitet i forskningsarbeidet».

Et viktig ledd i analyseprosessen er koding av datamaterialet (Dalen, 2011). Thagaard (2013) forklarer koding som den prosessen der vi betegner utsnitt av data med begreper som gir uttrykk for meningsinnholdet i teksten. Der blir data gitt et navn, en kode. Mitt analysearbeid er knyttet opp mot de tre kodingsfasene i grounded theory; åpen koding, aksial koding og selektiv koding (Postholm, 2010). Dalen (2011) påpeker at de ulike fasene for koding ikke må oppfattes som uavhengig av hverandre, men som faser som representerer ulike nivåer i kodingsprosessen. Jeg startet analysearbeidet med en nøye gjennomgang av all data for å

skaffe meg en oversikt, og for å danne meg en begynnende forståelse av meningsinnholdet. Jeg startet å identifisere de ulike fenomenene som gjentok seg under alle intervjuene, dette med bakgrunn i åpen koding. Åpen koding handler om å møte datamaterialet med en åpen holdning til hva datamaterialet forteller deg for å kunne sette navn på de viktigste mønstrene i materialet (Postholm, 2010). Alle sentrale funn ble merket med forskjellige fargepenner for å skille fenomenene fra hverandre. Deretter tok jeg for meg aksial koding, der utsagnene ble delt inn i ulike grupper av begreper som gjenspeilet sentrale temaer. Dette kalles kategorisering (Postholm, 2010). Å kategorisere er, ifølge Thagaard (2013), essensielt for å redusere antall enheter som forskeren videre må arbeide med. Under aksial koding vil forklaringene til fenomenene også bli mer presise og fullstendige. Til slutt fant jeg frem til ulike kjerne kategorier som for meg fremsto som de mest sentrale i forhold til de fenomenene jeg hadde studert. Dette kalles for selektiv koding, og vil representere forskningens hovedtemaer (Postholm, 2010).

Videre påpeker Thagaard (2013) at kategoriene må kunne endres i samsvar med den forståelsen forskeren utvikler underveis for ikke å skape en mekanisk prosess. Begrepene jeg først skrev ble senere endret som følge av ny kunnskap og innsikt. Blant annet ble flere kategorier slått sammen til én, da kategoriene tok for seg mye av den samme tematikken. Videre hevder Dalen (2011) at intervjuuttalelsene må forstås i lys av feltnotatene som foreligger parallelt med at forskeren finner egnede kodingskategorier. Jeg forsøkte å imøtekomme dette ved å sammenlikne alle mine feltnoter, som inneholdt alle mine iakttagelser og observasjoner under intervjuene, med mine utarbeidede kategorier. Sinnsstemninger, pauser, nølinger og andre interessante bemerkninger tok jeg hensyn til underveis i tolkningene av intervjupersonenes utsagn.

Gjennom arbeidet med kodingen av intervjuene kom jeg frem til fem kategorier som ble mitt utgangspunkt for drøftingen; mangel på informasjon og åpenhet, skolens og hjelpeapparatets manglende kompetanse, svak foreldrefungering og konsekvenser av dette, egenskaper ved seg selv og trygge relasjoner.

3.4 Ethiske betraktninger

Det er flere etiske refleksjoner som er knyttet til kvalitativ intervjuforskning. Samfunnet stiller krav om at all vitenskapelig virksomhet skal reguleres av overordnede etiske prinsipper som er nedfelt i retningslinjer og lover (Dalen, 2011, s.100). De etiske prinsippene innebærer kravet om informert og fritt samtykke der intervjupersonen når som helst kan trekke seg,

kravet om informasjon til de som skal utforskes, kravet om konfidensialitet og hensynet til en tredjepart (Dalen, 2011). Disse forskningsetiske retningslinjene er basert på individets råderett over eget liv og at den enkelte skal ha kontroll over opplysninger om seg selv, som senere vil bli delt med andre. Å tilstrebe en etisk forsvarlig forskningspraksis er særlig viktig i et kvalitativt intervju, der forsker og intervjuperson kommer ansikt til ansikt med hverandre (Thagaard, 2013).

Ifølge Postholm (2010) må forskeren foreta etiske overveielser gjennom hele forskningsforløpet både før, under og etter datainnsamlingen. Før datainnsamlingen må intervjupersonene få klar informasjon om hva en deltakelse i studien vil innebære slik at de vet hva de samtykker til. I tillegg må intervjupersonene få beskjed om hvordan datamaterialet skal samles inn og hvordan opplysningene skal behandles i etterkant (Postholm, 2010).

Allerede ved min første kontakt med intervjupersonene, gjennom mitt informasjonsskriv, presiserte jeg mitt formål med studien og hva en deltakelse i studien ville innebære. Videre opplyste jeg om min lovpålagte taushetsplikt som ville gjelde gjennom hele prosessen, og at datamaterialet som blir samlet inn ville bli behandlet konfidensielt. Jeg ga også beskjed om hvordan konfidensialiteten ville bli sikret (Postholm, 2010). Videre informerte jeg om deres rett til å trekke seg når som helst, uten at det ville få noen negative konsekvenser.

Intervjupersonene kunne dermed tidlig i prosessen få en forståelse for hva de samtykket å engasjere seg i. Alt dette ble også gjentatt under selve datainnsamlingen, ved starten av hvert intervju. Etiske overveielser ble også tatt i etterkant av datainnsamlingen, blant annet ved å unnlate personidentifiserende opplysninger og ved å ta hensyn til en tredjepart, som i denne studien var nære relasjoner hos intervjupersonene som ikke har samtykket til å delta. Jeg valgte å unnlate sitater som i stor grad omhandler intervjupersonens familie, da jeg følte det ville være uetisk å presentere dem (Postholm, 2010).

I tillegg til de formelle kravene vil det også være andre etiske prinsipper som bør være gjeldende for en forsker (Postholm, 2010). Som tidligere nevnt, vil det også være viktig å vise hensyn til intervjupersonenes verdier og interesser under intervjuet, og ikke komme med motsetninger til de synspunktene som kommer frem. På den måten opprettholdes tillitsforholdet mellom partene. Det er videre avgjørende å oppklare eventuelle misforståelser som måtte dukke opp underveis, noe som blir viktig i etterkant når intervjuene skal transkriberes og tolkes (Kvale & Brinkmann, 2009). Ifølge Postholm (2010) er det viktig at intervjupersonen føler seg nyttig og dermed får en positiv erfaring av å delta i studien. Dette forsøkte jeg å imøtekomme ved å være oppmuntrende og empatisk til alt det

intervjupersonene hadde å fortelle. Jeg takket også intervjupersonene for deltakelsen, og for alt de bidro med til studien.

3.5 Kvalitet ved forskningsarbeidet

Forskningsresultatets kvalitet vil være avhengig av at grunnlaget som kunnskapen hviler på, gjøres eksplisitt. Det innebærer å gjøre rede for de fremgangsmåtene forskeren tar i bruk under datainnsamlingen, opplegget for analysen og hvordan resultatene tolkes. Forskeren må kunne tilpasse de metodiske valgene til den aktuelle undersøkelsens mål, problemstillinger og teoretiske forankring (Thagaard, 2013).

Ved gjennomføringen av et forskningsprosjekt er det særlig to faktorer forskeren må ta hensyn til; validitet og reliabilitet (Dalen, 2011). Litteraturen bruker til dels ulike termer og tilnærminger i behandlingen av begrepene, og tilnærmingene har et særlig fokus på validitetsdrøftinger, noe jeg også vil ha i dette kapittelet. Validitet er knyttet til tolkning av data og handler om gyldigheten av de tolkningene forskeren kommer frem til (Thagaard, 2013), mens reliabilitet diskuterer hvorvidt resultatene kan reproduseres på andre tidspunkter av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.5.1 Validitet

Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s.250) handler validitet om hvorvidt en metode er egnet for å undersøke det den skal undersøke. Innenfor det pedagogiske feltet blir de fleste variabler vanskelige å måle, da det er vanskelig å definere entydige og observerbare holdepunkter for målingen. Vi snakker dermed om gyldigheten av studien, og i hvilken grad våre observasjoner reflekterer de fenomenene eller variablene som vi ønsker å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2009). Thagaard (2013) deler denne oppfatningen ved å hevde at validitet handler om at de tolkningene vi kommer frem til, er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert.

Ifølge Postholm (2010) bør forskeren presentere sin subjektive teori i forskningsteksten, som omfatter egne erfaringer og opplevelser. I studien bør det komme frem hvilket teoretisk ståsted forskeren har og hvilken erfaringsbakgrunn forskeren entrer forskningsfeltet med. Når jeg gikk inn i denne undersøkelsen var jeg bevisst over at min forforståelse og kulturelle briller kunne påvirke prosessen (Postholm, 2010). Selv om jeg ikke har noen erfaring i dette feltet fra før, har jeg tatt utgangspunkt i et av de temaene jeg ser på som relevant og interessant gjennom min tilknytning til det spesialpedagogiske feltet. Å ha en viss kjennskap til feltet kan, ifølge Thagaard (2013), både være en styrke og en begrensning. På den ene

siden kan forskeren bedre forstå intervjupersonens situasjon, og forskerens erfaringer kan bekrefte den forståelsen som utvikles. På den andre siden kan forskeren overse nyanser som ikke er i samsvar med egne oppfatninger og erfaringer (Thagaard, 2013, s.207). Gjennom å studere ulike faglitteratur og artikler har jeg dannet meg personlige tanker og formeninger om hvordan psykisk sykdom kan påvirke et barn, og hvordan hjelpeapparatet forholder seg til dette barnet. Det vil være naivt å tro at dette ikke til en viss grad har farget mitt valg av problemstilling, teoretiske valg, mine observasjoner og tolkninger av resultatene. Dette er i tråd med det Thagaard (2013) hevder, om at forskning aldri vil være fri for subjektive innslag, da forskeren alltid vil være påvirket av egne verdier, fagsyn, fordommer og holdninger. De subjektive innslagene vil påvirke forskeren gjennom hele forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Dette støttes av Postholm (2010), som påpeker viktigheten av å være bevisst over sin egen subjektivitet og redegjøre for dens påvirkning på studien. Jeg har prøvd å ta hensyn til min subjektivitet og sikre validitet gjennom en induktiv tilnærming, som tidligere beskrevet, der jeg har forsøkt å tre inn i forskningsfeltet så fordomsfritt som mulig. Jeg har lagt til rette for åpne spørsmål og forsøkt å unngå å styre intervjuet i en gitt retning.

For at resultatene skal være troverdige bør undersøkelsen inneha ulike kriterier. Kvale og Brinkmann (2009, s.175) legger vekt på ulike kvalitetskriterier som inngår i alle faser, fra en klar problemstilling, til relevante og åpne spørsmål i intervjuguiden, og til klare avklaringer i analysearbeidet. Jeg har forsøkt å imøtekomme kravene om validitet ved å gi detaljerte beskrivelser av forskningsstrategier og analysemetoder slik at forskningen kan vurderes trinn for trinn. Dette er i tråd med det Thagaard (2013, s.205) kaller for «transparent», som vil si å gjøre studien gjennomsiktig ved å beskrive alle fasene i forskningen. Det innebærer å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjonene forskeren har kommet frem til. Jeg har også gitt beskrivelser av min rolle som forsker, relasjonen mellom meg og intervjupersonene, og hvordan relasjonen kan ha influert på resultatene. Videre har jeg forsøkt å styrke tolkningsvaliditet gjennom å be om avklaringer på mine tolkninger, og ved å stille åpne spørsmål som kan invitere til samtale.

Til tross for dette vil forskningsresultatene være forbundet med en viss grad av usikkerhet som kan svekke validiteten (Guðmundsdóttir, 2011). At intervjupersonene ikke «forteller sannheten» er en mulighet som må kontrolleres i hvert tilfelle, og gyldigheten av svaret må sees i sammenheng med forskningsspørsmålet «hva». Det vil si at hvordan spørsmålet stilles vil være helt avgjørende (Kvale & Brinkmann, 2009). I min studie kan det tenkes at noe bruk av ledende og lukkede spørsmål, da spesielt under første intervju, kan ha ført til feilkilder.

Videre kan møtet mellom intervjupersonene og meg, til tross for den lette tonen oss imellom, ha vært preget av en viss grad av usikkerhet og utrygghet, da det ikke forelå noen etablert relasjon mellom oss. Det kan ha ført til at noe informasjonen har blitt holdt tilbake.

3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet vil av mange regnes som et uegnet begrep i kvalitativ forskning, da begrepet innebærer at fremgangsmåter brukt ved innsamling og analyse skal kunne etterprøves nøyaktig av andre forskere. Dette kravet vil være vanskelig å gjennomføre, da omstendigheter og det enkelte individ vil være ulikt fra studie til studie (Dalen, 2011). Spørsmålet om reliabilitet kan likevel nærmes på andre måter. Ifølge Thagaard (2013, s.193) viser reliabilitet til undersøkelsens pålitelighet eller nøyaktighet, ved at en annen forsker vil bli overbevist om at forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Forskeren må her gjøre rede for hvordan dataene utvikles. Dette innebærer at forskeren skiller mellom informasjonen som blir mottatt under intervjuene, og egne vurderinger av denne informasjonen (Thagaard, 2013). Videre innebærer det at forskeren redegjør for forhold knyttet til intervjupersonene, forhold ved forskeren selv og de analytiske metodene som er anvendt til bearbeidingen av datamaterialet (Dalen, 2011). Argumentasjonene skal overbevise en kritisk leser om kvaliteten av forskningen, og dermed også om verdien av resultatene (Thagaard, 2013). Jeg har forsøkt å møte kravene om reliabilitet gjennom å gi nøyaktige og fylldige beskrivelser av alle fasene i studien. I tillegg har jeg forsøkt å skille intervjupersonenes vurderinger fra mine egne, ved å gi tydelig informasjon om hvem sine opplevelser som blir beskrevet.

3.5.3 Overførbarhet

Små utvalg som ikke er tilfeldig trukket kan gjøre generalisering umulig og vi snakker i stedet om overførbarhet. Spørsmålet om overførbarhet er om den tolkningen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt, også kan være relevant i andre sammenhenger. Overførbarhet kan også knyttes til om tolkningen er gjenkjennbar hos lesere med kjennskap til de fenomenene som studeres (Thagaard, 2013). Det finnes ikke noe grunnlag for at beskrivelsene gitt i denne studien vil være typisk for alle som har vokst opp med psykisk syke foreldre. Jeg har kun tatt utgangspunkt i tre personers opplevelser og erfaringer, noe som er et relativt lite utvalg. I forhold til denne studien kan man heller tenke seg at den innsikten jeg her har kommet frem til, knyttet til barns opplevelser av å ha en psykisk syk forelder, også kan være nyttig og gjenkjennbart for andre som har en tilknytning til temaet (Postholm, 2010).

4.0 Funn og drøfting

I analysen kom jeg frem til fem hovedfunn. Funnene har jeg valgt å dele inn i to kategorier, i samsvar med min problemstilling: «Hva har vært utfordrende, og hva har vært til hjelp for tre unge voksne som har vokst opp med psykisk syke foreldre?». Funnene er knyttet til intervjupersonenes egne opplevelser og erfaringer.

Funn knyttet til hva som har vært utfordrende:

- Mangel på informasjon og åpenhet
- Skolens og hjelpeapparatets manglende kompetanse
- Svak foreldrefungering og konsekvenser av dette

Funn knyttet til hva som har vært til hjelp:

- Egenskaper ved seg selv
- Trygge relasjoner

Disse funnene vil først bli presentert, for så å bli drøftet i lys av relevant teori. Jeg har valgt først å presentere de mest sentrale funnene, for så å forsterke disse med noen av uttalelsene til intervjupersonene. Det for å gi en bedre illustrasjon av de sosiale fenomenene som fremkom.

4.1 Funn knyttet til hva som har vært utfordrende

4.1.1 Mangel på informasjon og åpenhet

Funn:

Det var gjentakende hos alle intervjupersonene at de ikke hadde mottatt noe informasjon om foreldrenes sykdom fra verken foreldrene selv, skolen eller hjelpeapparatet. Alle fortalte om en mor eller far som for dem virket annerledes og rar, men at de ikke forstod årsaken til denne atferden før de ble eldre. Dette resulterte ofte i en tro om at deres opplevelser også var gjeldende for andre barn, og at deres situasjon dermed var normal:

Man forstår ikke når man er liten, at dette ikke er normalt. Det forstår du ikke før du blir ganske gammel. Det er hverdagen din, det er slik verden er, og så forstår du jo senere, at kanskje ikke det skal være sånn. ... Det å bare skjønne at det faktisk ikke er deg det er noe galt med, det hadde hatt så sykt stor betydning, tror jeg (Intervjuperson 3).

Det er jo noe med å forstå at den virkeligheten man ser er virkelig, og ikke noe man bare finner på. For det har vært mitt største problem, at det er sikkert bare jeg som er sensitiv eller noe, eller kanskje det ikke er så ille, kanskje alle har det sånn som dette (Intervjuperson 2).

Videre ble det gitt uttrykk for at flere gikk og bar på mange ubesvarte spørsmål og tanker som tok mye av deres tid. De opplevde i senere alder at sykdommen måtte holdes skjult og ties om. Dette kunne hos noen medføre følelser som skam, ensomhet og dårlig samvittighet. En av intervjupersonene fortalte at problemene hun bar på ofte ble bagatellisert, og at en større åpenhet kunne utgjort en forskjell i livet hennes:

Jeg fikk aldri noe ordentlig informasjon om hva som feilte pappa, det var alltid et stort spørsmålstegn i hodet mitt. ... jeg tenker at hadde det vært mer åpenhet så hadde jeg sluppet unna med alt det jeg har sittet og tenkt på, kanskje sluppet unna angsten, ting som har prega meg da. Jeg gikk rundt og tenkte på mye som jeg kanskje ikke burde brukt så mye tid og energi på (Intervjuperson 1).

Drøfting:

Alle intervjupersonene ga et sterkt uttrykk for at en større åpenhet ville vært av stor betydning for dem. Mye tyder på at den fraværende informasjonen medførte en manglende forståelse for hvorfor mor eller far i perioder oppførte seg merkelig. Årsaken bak den endrende atferden ble aldri forklart for dem, og de fikk aldri vite at deres erfaringer ikke var noe alle opplevde. Ifølge Hinshaw (2005) har psykiske lidelser alltid vært, og er fortsatt, forbundet med fordommer, stigmatisering, skamfølelse og taushet. Spørsmålet man da kan stille seg er om den manglende informasjonen fra skolen, hjelpeapparatet og foreldrene sin side, var forårsaket av dette tabuet omkring psykiske lidelser? Kan tabuet ha bidratt til å hindre foreldrene fra å søke hjelp, eller kan årsaken ligge mer i at foreldre ikke vil innrømme noe de selv ser på som en svakhet? Kan det være at de er redde for hva andre tenker, og hvorfor er de i så fall det? Det kan være vanskelig å gi et konkret svar på disse spørsmålene, men mye kan tyde på at tabuer er med på å forårsake følelsen av å ikke møte samfunnets krav om å være «normal» (Hinshaw, 2005). Hinshaw (2005) påpeker videre at det er vanlig at voksne føler skam over å ha en atferd som ikke er sosialt akseptert hos andre, og at de dermed kan føle på en redsel for å bli sett på som svake og annerledes dersom de kommer frem med sin sykdom. Hva kan så skole og hjelpeapparat bidra med for å redusere denne redselen for å være annerledes? Foreldrenes skamfølelse vil virke indirekte inn på de forholdene barnet lever

under, og for å bedre disse forholdene må skolen også kunne samarbeide med foreldrene. Instansene må gjøre seg mer synlige og vise foreldrene at de ikke har noe å skamme seg over, eller at de ikke trenger å hemmeligholde sine problemer overfor dem (Berg, 2005). En større åpenhet vil kunne føre til mindre skam, da åpenheten vil gjøre det mer naturlig å snakke sammen (Vik, 2001).

En av intervjupersonene opplevde at de voksne tiet om sykdommen og at problemene hun gikk og bar på ble bagatellisert. Det førte til at hun måtte bære rundt på mange vonde tanker alene. Tier de voksne om psykisk sykdom fordi de ikke orker å ta problemene inn over seg? Er det å ta barnas problemer inn over seg mer enn det de voksne klarer? Kan vår empatiske evne også være en belastning, slik at tabuet blir en slags forsvarsmekanisme som gjør at man unngår det ubehagelige? Eller kan noe av årsaken til at de voksne ikke snakker med barna være fordi de de rett og slett bare kvier seg for hva de skal si? Det kan være vanskelig å gi konkrete svar på flere av disse spørsmålene, men ifølge Ruud (2011), vil mange voksne være usikre på hvordan de skal snakke med barn og hva de skal snakke med barn om. Dette kan indikere at voksne rett og slett unngår å handle på grunn av sin faglige usikkerhet. Uansett årsak vil barn trenge voksne som faktisk tar ansvar og som våger å handle, for hvis de voksne ikke orker å ta inn over seg disse problemene, hvordan skal da et barn orke det? Og hvilke følger kan det få for barnet? Da mange barn av ulike årsaker ikke forteller om sin hjemmesituasjon vil barna trenge voksne som ser deres behov og som orker å lytte til deres opplevelser. At de voksne ikke evner å formidle informasjon omkring psykiske lidelser vil kunne øke belastningen for barnet. Å ikke snakke om problemene vil dermed gjøre vondt verre, og kan bidra til flere spørsmål og større ensomhet (Ruud, 2011).

Funnene viser videre at den manglende informasjonen førte til flere negative følelser hos flere av intervjupersonene, det ved at de følte seg annerledes og mer sensitive enn andre barn. De gikk og bar på en tro om at det var dem selv det var noe galt med, de forstod ikke at deres situasjon var unormal. De var usikre på den verden de opplevde var virkelig, noe som førte med seg flere spørsmål. Det vil være nærliggende å anta at den manglende informasjonen bidro til en uvirkelighetsfølelse og vanskeligheter med å få bearbeidet sine inntrykk på en konstruktiv måte. Dette er i overensstemmelse med det Sølvsberg (2011) vektlegger, om at barn vil ha et behov for å få klarhet i at det som har skjedd faktisk har skjedd, og at det blir vanskelig å kunne få bearbeidet sine opplevelser uten å vite om de har funnet sted eller ikke. Åpenhet ser dermed ut til å hjelpe barnet med å takle det å vokse opp med en psykisk syk forelder (Ruud, 2011). Dette stemmer overens med funnene, der det ble fortalt at mer

informasjon rundt foreldrenes lidelse, kunne ha betydd mye for deres psykiske helse. En av intervjupersonene fortalte at hun kanskje ville sluppet unna med angsten hun etter hvert utviklet, noe som i stor grad understreker betydningen av større åpenhet. Å se mening i det som skjer, der ting er forståelig, vil ifølge Sølvberg (2011), bidra til en økt grad av mestring. Det vil dermed være nærliggende å anta at tabuet kan ha hatt mye av skylden for flere av de problemene intervjupersonene som barn måtte forholde seg til. Når vi vet at barn bærer med seg følelser som skam, sinne, tristhet og frustrasjon, må nettverket rundt ta affære. Spørsmålet er; hva kan gjøres for at barnets negative følelser kan bli redusert? Funnene viser et stort savn etter mer informasjon og åpenhet. Skolen har store uutnyttede muligheter til å redusere det eksisterende tabuet gjennom å skape et åpent og fortrolig miljø, der lærerelasjonen kan bidra til å gi barnet den tryggheten det trenger for å fortelle (Killén, 2013). Barn trenger å få vite at de forholdene de lever under ikke er normale og at det finnes tiltak som kan gjøre de forholdene bedre. Samtidig bør de få vite at de ikke er alene i sin situasjon, og at foreldrenes sykdom aldri er deres feil (Glistrup, 2004).

Vil det å redusere tabuet omkring psykiske lidelser være nok for at foreldre, barn og de ulike instansene skal kunne åpne seg opp og snakke sammen om det de opplever som vanskelig? Kan tabuet rett og slett ha oppstått på grunn av manglende kunnskaper, både i hjelpeapparatene og befolkningen generelt? Mye kan tyde på dette, blant annet ved at skolen og hjelpeapparatets kompetanse gjennom flere undersøkelser har vist seg å være mangelfull (Berg, 2005). Mangelfulle kunnskaper kan videre føre til en manglende forståelse og støtte fra samfunnet generelt (Killén, 2013). Det vil dermed bli viktig også å se på hvilke kunnskaper skolen og hjelpeapparatet sitter inne med for å kunne hjelpe barn av psykisk syke. Kan den manglende åpenheten og informasjonen også skyldes at skolen og hjelpeapparatet mangler den relevante kompetansen til å møte barnet? Dette vil bli drøftet nærmere i mitt neste funn.

4.1.2 Skolens og hjelpeapparatets manglende kompetanse

Funn:

Intervjupersonene fortalte om et hjelpeapparat som ikke så deres behov for hjelp og støtte, og som hadde et større fokus på hva foreldrene trengte. En av intervjupersonene fortalte at både sykehuset og rådgiveren på skolen kun hadde fokus på at hun måtte være flink jente og tenke på sin syke mor og på hvordan hun hadde det. Det ble aldri stilt spørsmål til hvordan hun selv opplevde det å ha en psykisk syk mor. Videre var det gjennomgående hos alle intervjupersonene at de savnet fagpersoner som anerkjente dem, og som stilte spørsmål vedrørende deres opplevelser og følelser. Flere la vekt på at bare det å vise at man bryr seg, og det å vise en medmenneskelighet, kunne ha betydd mye for deres situasjon:

Jeg tror om bare noen hadde spurt om hvordan jeg hadde det, så hadde det hjulpet kjempe masse, fordi det viser litt menneskelig kontakt, litt forståelse, det å bare bli møtt med en form for vennlighet. ... og det å bli tatt på alvor og faktisk bli trodd, ville hjulpet mye mer enn de støttetiltakene jeg uansett ikke fikk. Det vanskeligste for meg har egentlig vært at de menneskene som har vært der for å hjelpe, faktisk ikke gadd å tro på det jeg sa, eller at de ikke gadd å finne ut av ting heller (Intervjuperson 3).

Videre ble det fortalt at skolen ikke satt inne med nok kompetanse til å se at de hadde det vanskelig. En av intervjupersonene fortalte at hun slet med kroppslige plager og hadde faglige utfordringer på skolen. Til tross for flere undersøkelser var det ingen som kunne finne ut av årsakene til vanskene. En annen hadde en utagerende atferd og var mye borte fra skolen. Intervjupersonene mente at skolen burde ha stilt spørsmålsteget til om det kunne være noen bakenforliggende årsaker til problemene, og mente at skolen burde ha reflektert over hendelser der for eksempel foreldrene ikke dukket opp til samtaler:

Hjelpeapparatet stilte ingen spørsmålsteget på åssen det var hjemme, og om hvordan det kunne være hjemme. Jeg tenker at om de hadde gravd bittelite mer, så hadde det sprekt opp. ... men det er jo ikke alltid så lett å se heller, jeg glattet jo en del over. Så kanskje det å ha mer bevissthet og kunnskap på ulike lidelser kunne hjulpet (Intervjuperson 2).

Det ble samtidig pekt på vanskeligheten av å kunne se et barn som har det vanskelig, da de som barn var svært lojale mot sine foreldre. En av intervjupersonene fortalte at hun var flink på skolen, pliktoppfyllende og alltid gjorde som hun fikk beskjed om, noe som gjorde at hun

ble litt skjult i mengden. Det var likevel en gjennomgående opplevelse for alle å føle seg sveket av skolen og hjelpeapparatet. I tillegg til å savne fagfolk som spurte om hvordan de hadde det og som prøvde å hjelpe, var det også et savn etter konkrete tiltak som kunne ha bidratt til å gjøre hverdagen deres enklere. To av intervjupersonene følte blant annet en tilleggsbelastning ved at de måtte finne ut av alt selv, ting som de mente hjelpeapparatet og skolen burde hatt kompetansen, og viljen til å finne ut av for dem.

Drøfting:

Alle intervjupersonene forteller her om et hjelpeapparat som ikke så deres behov for å bli ivaretatt, da hjelpeapparatet hadde et større fokus på forelderen som var syk. Alle intervjupersonene savnet fagpersoner som brydde seg, trodde på dem og som tok seg tid til å lytte til deres opplevelser og tanker. Dette samsvarer godt med det Berg (2005) vektlegger, om at barn som har det vanskelig, ofte blir møtt med mistillit og bagatellisering av sine behov. Hvorfor blir barnets behov bagatellisert? Er det synet på barnet som umoden og inkompetent som gjør at de voksne velger å ikke tro på det barnet har å si? Ruud (2011) påpeker at relasjonen mellom voksne og barn alltid vil være påvirket av den voksnes syn på barnet som samtalepartner. Usikkerhet på hvordan man skal kommunisere hensiktsmessig med barn, og en manglende evne til å se realiteten i øyne, utpekes som hindringer i å utvikle en god relasjon (Ruud, 2011). Hva kan så læreren bidra med for å bedre kommunikasjonen? Læreren må, ifølge Rugtvedt (2008), ivareta barnet og sørge for at det ikke går gjennom all utryggheten og uforutsigbarheten alene. Skolen er også pålagt, gjennom opplæringslova (1998, § 9a-3), til å drive et systematisk arbeid for å fremme en god psykisk helse. Etter det funnene viser, om at skolen ikke klarte å se hvordan intervjupersonene egentlig hadde det, og at det heller aldri ble stilt spørsmålsteget til blant annet de faglige utfordringene, ser det ikke ut til at skolen har klart å ivareta barnet på en god måte. Hva kan årsaken bak skolens og hjelpeapparatets manglende handlinger tyde på? Er det slik at instansene mangler relevant kompetanse for å se hvor vanskelig barnet har det, eller handler det rett og slett om en manglende vilje til å ta tak i problemene? Kanskje skolen eller hjelpeapparatet tenker at dette er noe andre sikkert tar seg av allerede, og at de dermed ikke trenger å foreta seg noe? Sletbak-Akerø (2014) peker på at det ikke er ukjent at hjelpeapparatet og skolen i flere tilfeller fraskriver seg sitt ansvar fordi de rett og slett mangler de nødvendige ressursene for å ta tak i problemene. Ruud (2011) peker også på at mange voksne mangler kunnskaper om hvordan de skal snakke med barn, noe som kan gi en avmaktsfølelse som videre fører med seg et håp om at andre skal ta på seg det nødvendige ansvaret. Så hva skal så til for at lærere og annet fagpersonell tar på seg dette

ansvaret? Kanskje det egentlig ikke handler om for få ressurser, men mer om å utnytte de ressursene man har? Eller kan en annen mulig forklaring på den manglende handlingen være at fagpersonene ikke kjenner lovverket godt nok, at de rett og slett ikke kjenner til sin plikt? Ifølge Berg (2005) vil en kompetanseheving gi trygghet og kunnskap til å igangsette effektive tiltak og dermed sikre at barnet får den nødvendige hjelpen det trenger. Å påta seg et så viktig ansvar vil forutsette en faglig trygghet, så vel som grunnleggende kunnskaper om barns helseutvikling, noe mange lærere mangler. For å vite hva man skal se etter vil dette være en nødvendighet (St.prp. nr. 63 (1997-98)). Det vil det være nærliggende å anta at én av årsakene bak skolens manglende handlinger er at fagpersonene ikke hadde kunnskaper nok til å se intervjupersonenes vansker. Det med tanke på at årsakene bak de faglige utfordringene og kroppslige plagene ikke ble oppdaget. Mye kan dermed tyde på at et kompetanseløft vil kunne medføre en bedre innsats overfor barnet (Berg, 2005).

Hvordan skal læreren egentlig klare å skille mellom de elevene som er pliktoppfyllende, men som ikke har psykisk syke foreldre, og de som faktisk har det? Funnene viser at et barns lojalitet overfor sine foreldre, og evnen til å skjule sine problemer, vil kunne vanskeliggjøre skolens evne til å avdekke et barn av psykisk syke foreldre. En av intervjupersonene fortalte at hun var flink på skolen og gjorde som hun ble fortalt. Det kan være nærliggende å anta at hun dermed ikke ble sett på som et bekymringstilfelle. Dette samsvarer godt med det Moen (2009) påpeker, om at de mest fremtredende trekkene hos barn av psykisk syke ofte er at de fremstår som veltilpassede, pliktoppfyllende, flinke og imøtekommende, noe som kan bidra til å gjøre de «usynlige» overfor læreren. Er det slik at disse typiske trekkene vil nærmest gjøre det umulig for læreren å oppdage barn av psykisk syke? Eller vil en kompetanseheving føre til at de «usynlige» barna uansett blir oppdaget? Til tross for hvor krevende det kan være å avdekke et barns vansker, spesielt dersom det fremstår som flink og pliktoppfyllende, vil fagpersonell med relevante og spesifikke kunnskaper om psykiske lidelser likevel være avgjørende for å ha muligheten til å avdekke vanskene (Berg, 2005). De tilsynelatende manglende kunnskapene førte til at flere av intervjupersonene opplevde et dobbelt svik da hjelpeapparat og skolen, i tillegg til foreldrene, ikke så deres behov for hjelp. De opplevde også en tilleggsbelastning ved å måtte finne ut av alt selv. Dette er i samsvar med det Claussen (2001) hevder, om at barn trenger voksne som handler på vegne av dem, noe som vil kreve økte kunnskaper om hvordan psykisk sykdom i hjemmet kan oppleves for et barn, og en økt bevissthet rundt forekomsten av psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Spørsmålet er; hvor skal denne bevisstheten og kunnskapen komme fra? Ifølge Utdanningsforbundet (s.a.)

mangler flere lærere de rette kvalifikasjonene som trengs for å kunne etablere gode relasjoner med elevene. Stadig flere kommuner ansetter også ukvalifiserte til spesialpedagogiske stillinger, noe som gir enda dårligere forutsetninger til å avdekke eventuelle bakenforliggende årsaker til problemene (Utdanningsforbundet, s.a.). Mye kan tyde på at kunnskaper omkring avdekking og hjelpetiltak, iallfall for lærere, må komme inn allerede i utdanningsløpet.

Videre viser funnene at en av intervjupersonene hadde en opplevelse av at skolen, i tillegg til manglende kompetanse og manglende anerkjennelse, ikke viste noen vilje til å finne ut av ting de selv ikke visste. Selv om skolen mangler kunnskaper, har de vel muligheten til å be andre om hjelp? Eller tenkte lærerne at de ikke trengte andre sine kunnskaper? Kan det også være slik, at i tilfeller der skolen ikke så noen tydelige kjennetegn eller mottok noe informasjon fra verken foreldre eller hjelpeapparatet, rett og slett ikke visste at det var handlinger å igangsette? Og hvis skolen ikke visste noe, hvordan skal de da kunne foreta seg noe? Mye kan tyde på at en grunnleggende relasjon til alle barn, ikke bare de som viser tydelige vansker kan være viktig. Da kan læreren ha bedre forutsetninger for å hjelpe barna som ikke viser klare kjennetegn. Gjennom å tilstrebe en ydmyk nysgjerrighet overfor alle barn, og gjennom å praktisere et åpent og anerkjennende miljø, kan barnets situasjon komme tydeligere frem. Til tross for dette vil skolen, ifølge Berg (2005), i flere tilfeller ha behov for andre sine kunnskaper. Hvor skal læreren få tak disse kunnskapene fra? Berg (2005) viser til, at i tillegg til at skolen må inneha den nødvendige kompetanse til å vite hva de skal se etter og hvilke tiltak de skal igangsette, har skolen også en rekke interne og eksterne tjenester som arbeider for de barna som har vansker av ulik art. Disse tjenestene har et felles ansvar for å gi barnet muligheten til å takle de utfordringene hverdagen kan by på (Berg, 2005). Kan det være slik at et manglende samarbeid mellom de ulike hjelpeapparatene har ført til at skolen ikke fikk noen opplysninger i det hele tatt? Dette kan sees i overenstemmelse med det Berg (2005) påpeker, om at de ulike hjelpetjenestene er kjent for å ha en manglende kjennskap til hverandres fagfelt og arbeidsområder. Det manglende samarbeidet mellom hjelpetjenestene vil ofte føre til få koordinerte og effektive tiltak som vil gi barnet hjelp som oppleves som lite hensiktsmessig (Berg, 2005). Mye kan tyde på at dette var tilfelle for noen av intervjupersonene, som opplevde få, konkrete tiltak, og lite hjelp fra hjelpetjenestene og skolen.

For å kunne mestre sin situasjon vil barnet trenger voksne som arbeider helhetlig, som har et felles mål, og som anerkjenner hvordan barnet opplever sin situasjon (Glavin & Erdal, 2000). Dette er i samsvar med funnene som viser et ønske om å bli tatt på alvor, og å bli møtt med en form for vennlighet. En forutsetning for dette vil være et tverrfaglig samarbeid der de ulike

fagpersonene kan forene faglig innsikt, og å utnytte de faglige ressursene som best kan være til fordel for barnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003). Taushetsplikten mellom yrkesprofesjonene kan imidlertid føre til begrensninger i dette samarbeidet, noe som også kan bidra til at skolen ikke får den nødvendige informasjonen som trengs for å hjelpe barnet (Drugli & Onsjøen, 2010). Dette kan gi en indikator på hvor viktig et åpent og inkluderende miljø er, og hvor avgjørende det er at skolen sitter inne med den nødvendige kompetansen for å kunne avdekke og hjelpe et barn som har det vanskelig.

4.1.3 Svak foreldrefungeringen og konsekvensene av dette

Funn:

Alle intervjupersonene ga uttrykk for at foreldrenes psykiske lidelse gikk kraftig ut over foreldrefungeringen, noe som gjorde det svært vanskelig for foreldrene å se noe annet enn egne behov. Foreldrenes sykdom tok så mye plass at alle intervjupersonene undertrykte egne behov, ved blant annet å legge mye press på seg selv. Noen av intervjupersonene fortalte også at vold fra foreldrene kunne forekomme, og at foreldrene som følge av sin lidelse, både var sykmeldt og hadde få eller dårlige venner. Foreldrenes sykdom førte for flere til en skyldfølelse for at mor eller far ikke var frisk, noe som også resulterte i en følelse av å ikke duge til noe. Som følge av dette utviklet alle intervjupersonene etter hvert psykiske vansker eller lidelser, i form av dårlig selvbilde, angst, depresjoner, og posttraumatisk stresslidelse (PTSD). To av intervjupersonene forteller det slik:

Jeg har slitt veldig mye med angst og depresjon, for pappa sin sykdom har tatt så stor plass. ... jeg har alltid følt at jeg må være veldig varsom og nå må jeg være flink pike og gjøre alt perfekt, og alt riktig... det var alltid hans sykdom som kom i første rekke (Intervjuperson 1).

Hun har ikke hatt evnen til å se annet enn sine egne behov så lenge jeg kan huske, og det er veldig slitsomt å vokse opp med det som barn, for du vet at dine behov alltid kommer på 3. plass i beste fall... jeg husker spesielt en episode der jeg hadde fått hjernerystelse, og jeg ble tatt med til sykehus, men da skjønnte jeg fort at det var ikke fordi hun trodde jeg var syk, det var fordi hun var det selv... det var skikkelig sårt at hun ikke én eneste gang spurte hvordan jeg hadde det (Intervjuperson 3).

Videre fortalte alle intervjupersonene at foreldrenes psykiske sykdom gjorde at de ikke fungerte som omsorgsperson, noe som resulterte i at de selv måtte ta mye ansvar i tidlig alder. Det ved å gi medisiner, kontakte lege, passe søsken, passe på at de fikk med seg alt til utflukter og aktivitetsdager, og ved å vaske hus og underholde gjester, ofte for å gjøre foreldrene fornøyde. Flere uttrykte at det var svært slitsomt og ressurskrevende å hele tiden måtte stå til ansvar for alt som måtte gjøres hjemme, i tillegg til alt som gikk galt:

... Jeg har jo ofte stått til ansvar for konfliktene hjemme også. «Hvis ikke du hadde gjort det så hadde ikke jeg blitt sint». «Hvis ikke du hadde vært her nå, så hadde ikke det vært et problem, hvis ikke du hadde vært sulten, så hadde ikke jeg brekt armen på vei til butikken»... det har alltid vært min skyld (Intervjuperson 3).

... Jeg måtte alltid passe på at jeg kom meg opp, jeg ønsket meg for eksempel en vekkerklokke da jeg var 4 år, for mamma stod aldri opp på tida, og jeg skjønnte fort at hvis jeg skal komme meg opp så må jeg klare det selv, legge frem tøy, pakke matpakke på forhånd, sånne ting som gjør ting enklere og som gjør at jeg kunne følge med på skolen. Jeg måtte finne ut av alt på egenhånd, det var veldig slitsomt (Intervjuperson 2).

Intervjupersonene fortalte at det også har kommet noe positivt ut av deres opplevelser ved å vokse opp med en psykisk syke forelder. De delte alle sine tanker omkring dette:

«Det at man har tatt ansvar for et annet menneske, jeg føler jeg har mye ansvarsfølelse nå da, føler jeg tenker mye på andre, på andre sine følelser». (Intervjuperson 1).

«Jeg har lært masse om andre mennesker, møte med andre mennesker, blitt mer sensitive for andres vesen og følelser, på godt og vondt» (Intervjuperson 2).

«Jeg har strategier for absolutt alt, det er ingenting jeg ikke fikser» (Intervjuperson 3).

Drøfting:

Funnene viser at foreldrenes psykiske lidelser gikk hardt ut over foreldrenes evne til å se andre enn sine egne behov. Foreldrenes behov tok en stor plass i hverdagen, noe som førte til at intervjupersonenes behov ikke ble ivaretatt. Funnene viser også utøvelsen av vold. Dette er i overensstemmelse med det Kvello (2010) påpeker, om at foreldrenes personlighet i sterk grad vil rammes ved psykiske lidelser, noe som ofte vil gi en svakere impuls kontroll, en svakere sensitivitet og et svekket selvbilde. Når foreldre har det vanskelig med seg selv, er det ofte ingen overskudd igjen til å gi barnet den oppmerksomheten det trenger (Lier, 2003). Hva vil dette gjøre med et barn, når vi vet at barnet helt fra det er født vil være avhengig av å knytte

nære bånd til sine omsorgspersoner? Og hvilken oppfatning vil barnet utvikle av seg selv, dersom egne behov alltid blir nedprioritert? Ifølge Killén (2009) vil barnet utvikle en tillit eller mistillit til omverden, avhengig av om ens fysiske og følelsesmessige behov blir dekket. Barnet vil på bakgrunn av tilknytningen til foreldrene utvikle en indre oppfatning av seg selv, og en formening av hva en kan vente seg av andre mennesker senere i livet (Hill, 2004). Ut fra det funnene forteller, der intervjupersonene følte at de ikke var bra nok, kan det det være nærliggende å anta at en svak foreldrefungering kan føre til en negativ oppfatning av seg selv, noe som videre kan medføre et svekket selvbildet og lav tillit til andre. Hva vil egentlig kreves av foreldrene for å gi barnet en trygg oppvekst? Ifølge Killén (2013) vil erkjennelse av, og respekt for barnets behov, engasjement i barnets liv og en evne til å sette barnets behov foran sine egne, være viktige faktorer for å utøve et «godt nok» foreldreskap. Ifølge Klette (2008) vil et barn som føler seg trygt og betydningsfullt, være mer omgjengelig og utvikle en større evne til å regulere og tilpasse sine følelser til situasjonen.

Hva kan det å føle at egne behov alltid blir nedprioritert, og det å føle skyld, gjøre med barnets psykiske helse? Hvor store konsekvenser har dette egentlig? Og vil alle ta skade av dette? Kvello (2010) viser til at barn av psykisk syke har en høyere frekvens av psykiske lidelser, som angst og depresjoner, som følge av sin utrygge oppvekst. Ahlgreen (2003) viser til at et enda høyere antall vil utvikle andre sosiale og emosjonelle problemer. Dette samsvarer med det funnene viser, der alle intervjupersonene fortalte om en opplevd følelse av svikt og utrygghet som hadde ført til psykiske problemer av ulik art. Foreldrenes svake foreldrefungering hadde medført, for én eller flere, angstlidelser, depresjoner og lavt selvbilde. Kvello (2010) legger vekt på at angst ofte utvikles dersom barnet oppfatter verden som farlig, og depresjon ofte utvikles dersom barnet ikke utvikler gode nok strategier for å takle sine problemer. Funnene viser også at flere av intervjupersonene måtte ta store deler av ansvaret hjemme, ved å passe søsken, vaske hus, kommer seg til skolen, og ved å ringe lege. En av intervjupersonene måtte også alltid stå til ansvar for det som gikk galt hjemme. Det ble gitt uttrykk for at dette ansvaret har vært svært slitsomt og ressurskrevende for dem som barn å måtte takle. Hva kan dette gjøre med barndommen, når barnet i så stor grad må ta ansvar hjemme? Ifølge Glistrup (2004) vil barn av psykisk syke som påtar seg store ansvarsoppgaver, ofte betegnes som «små voksne». Kvello (2010) betegner dette ansvaret som parentifisering, der den voksne trekker barnet inn i en voksenverden det ikke er kognitivt, emosjonelt eller sosialt moden for. Ofte vil barnet utvikle en overdreven tilpasning der barnet passer på at mor eller far har det bra (Moen, 2009). Det samsvarer med funnene, som viser at

flere av intervjupersonene fulgte mor eller far til legen og ordnet med ting hjemme for å gjøre foreldrene fornøyde. Hva får egentlig et barn til å utvikle disse ansvarsoppgavene? Er dette en strategi fra barnet sin side for å klare seg? Ifølge Killén (2009) vil parentifisering karakteriseres som en overlevelsestrategi som gir barnet en opplevelse over å ha en viss kontroll over sin situasjon når familierollene blir uklare. Det er rett og slett en måte å forholde seg til sin omsorgssviktsituasjon på (Killén, 2009).

Til tross for at en omfattende parentifisering kan medføre store merbelastninger og svekket syn på egen verdi, kan det likevel tenkes at det også kan ha noen positive følger? Funnene viser her at alle intervjupersonene har tanker rundt hva de har lært av å vokse opp med psykisk sykdom i hjemmet. De forteller om positive følger som lært ansvarsfølelse, følsomhet for andres vesen og tiltro til egen mestringsevne. Dette er i overensstemmelse med det Haugland (2006) påpeker, om at det å påta seg omfattende omsorgsoppgaver også kan være positivt for barnet. Positive konsekvenser som omsorgsfølelse, selvstendighet, gode lederegenskaper som følge av stor tro på egen kompetanse, modenhet og respekt for forpliktelser, kan i ulik grad adapteres (Haugland, 2006). Spørsmålet man da kan stille seg er; kan disse positive følgene veie opp for en tapt barndom? Ifølge både Killén (2009), Kvello (2010) og Haugland (2006), vil konsekvensene kunne være så omfattende, ved at barnet utvikler overansvarlige og selvutslettende personlighetstrekk, svak sosial utvikling og en svak identitetsutvikling, at disse i stor grad vil være destruktive nok til å medføre psykiske problemer for barnet. Det kan dermed være nærliggende å anta at de positive konsekvensene ikke veier opp for de negative. I tillegg vil utviklingen av de positive konsekvensene i stor grad variere mellom personer, og i tilfeller der for eksempel barnet er svært ungt, vil det kanskje ikke utvikle noen positive ferdigheter i det hele tatt. Likevel vil det være viktig å være bevisst over de verdifulle egenskapene et barn kan tilegne seg (Haugland, 2006).

Hvor stor betydning vil egentlig en utrygg oppvekst ha? Og i hvor stor grad vil de genetiske forholdene spille inn? Er det slik at psykiske lidelser kan være såpass arvelige at barnet uansett vil komme til å utvikle psykiske lidelser? Skaden på en utrygg oppvekst vil være avhengig av en rekke faktorer, som barnets alder og personlighet, og tilknytningen barnet har til omsorgspersonen (Kvello, 2010). Ifølge Sølvsberg (2011) er det i dag stadig uklart i hvor stor grad de genetiske forholdene spiller inn. Flere hevder at de genetiske svakhetene man eventuelt arver vil forutsette de rette miljøbetingelsene for å springe ut eller forsvinne, og at ytre miljøfaktorer i seg selv kan være skadelige nok til å medføre psykisk sykdom (Sølvsberg, 2011). Mye kan dermed tyde på at miljøbetingelsene vil ha størst påvirkning på barnets

psykiske helse, og at en trygg og sensitiv oppvekst kan gi barnet selvtilliten det trenger for mestre de problemene hverdagen kan by på. Selv om forskning viser at det er lidelsen på omsorgsevnen som har størst betydning, ikke den spesifikke lidelsen i seg selv (Helgeland, 2012), vil det ofte være de vedvarende og alvorlige lidelsene, som alle intervjupersonene opplevde hos sine foreldre, som vil utgjøre de største konsekvensene for barnet (Kvello, 2010). Er det det likevel faktorer som kan forsterke risikoen for at et barn utvikler psykiske lidelser eller vansker? Flere av intervjupersonene ga uttrykk for at forelderens psykiske lidelser hadde medført arbeidsledighet, et svakt sosialt nettverk og vold innad i familien. Dette er i overensstemmelse med det Kvello (2010) påpeker, om at én risikofaktor, eksempelvis en psykisk lidelse, ofte fører til andre risikofaktorer som arbeidsledighet, omsorgssvikt, vold og et svakt sosialt nettverk. Det vil være den kumulative risikoen, altså det å oppleve flere risikofaktorer parallelt, som vil gi de største konsekvensene for barnet (Kvello, 2010). For hvordan kan en forelder som er sykemeldt eller arbeidsledig som følge av sin psykiske lidelse, være egnet til å gi adekvat omsorg til sitt eget barn?

Ulike beskyttelsesfaktorer vil spille inn på betydningen av konsekvensene, noe jeg vil drøfte i mine to neste funn, som omhandler hva som har vært til hjelp for intervjupersonene.

4.2 Funn knyttet til hva som har vært til hjelp

4.2.1 Egenskaper ved seg selv

Funn:

Det var gjennomgående hos to av intervjupersonene at egenskaper knyttet til dem selv bidro til å gjøre deres hverdag enklere. Begge la vekt på sin evne til å klare å tenke positivt over situasjoner, og alltid ha et mål om at ting skulle ordne seg. De forstod tidlig at for å klare seg gjennom sin situasjon måtte de selv ta tak i problemene. Videre ble det påpekt at det å være løsningsorientert, ambisiøs, skoleflink, kreativ, og evnen til å komme seg unna ubehagelige situasjoner, har vært avgjørende egenskaper for å takle hverdagen. En av intervjupersonene forklarte sine opplevelser slik:

Jeg tror det må ha vært et eller annet sånt overlevelsesinstinkt som gjorde at jeg klarte meg. Jeg skjønnte at det hjelper hvert fall ikke hvis man ikke får kommet seg gjennom skolen. ... jeg møtte alltid opp på skolen, jeg forsov meg aldri, jeg ble liksom motsetningen av mamma, at det skulle jeg i hvert fall ikke gjøre, jeg skulle hvert fall ikke forsove meg eller ikke møte opp (Intervjuperson 2).

Jeg har alltid vært veldig ambisiøs, at jeg skulle klare meg bra. ... jeg skulle liksom ha et nettverk og jeg flytta til min bestemor da jeg var 16 for å gå på en annen skole... så jeg klarte å komme meg unna på en måte, det er det som har hjulpet meg mest tror jeg (Intervjuperson 2).

Videre la en av intervjupersonene vekt på at mestringsstrategier var til stor hjelp for henne. Å være «flink pike» og ikke krysse grensene hjalp henne med å unngå ubehagelige situasjoner med foreldrene. Hun forklarer sin evne til å være løsningsorientert slik:

Jeg er jo helt ekstremt løsningsorientert da, at okei, problemer er til for og fikses, det her kan jeg ikke gå rundt å tenke på, nå må jeg bare gjøre noe med det. Så jeg går aldri lenge rundt og grubler på noe som helst av problemer, det er bare sånn rett på løsning. Så jeg tror at det som har hjulpet meg mest er å lage disse strategiene ... at jeg alltid har en plan a, og en plan b (Intervjuperson 3).

Begge uttrykte også at hobbyene deres har bidratt til å hjelpe dem gjennom oppveksten. Det å være god i noe medførte et økt selvbilde, og de kom seg ut av huset og vekk fra mye av det vanskelige som foregikk hjemme. Hobbyene ble et fristed der de kunne være seg selv.

Drøfting:

Funnene viser at to av intervjupersonene hadde en evne til å tenke positivt, til tross for å ha opplevd vanskelige situasjoner. Begge hadde i tillegg en rekke egenskaper ved dem selv som bidro til å gjøre deres hverdag enklere. Å ha en hobby var også noe som ga intervjupersonene et fristed å søke til, der de fikk være seg selv. Egenskapene som intervjupersonene ga uttrykk for at de hadde er i overenstemmelse med flere av de individuelle beskyttelsesfaktorene som Kvello (2010) viser til. Ifølge han vil talenter som får utfolde seg i hobbyer, å være fremtidsrettet, ha gode skolefaglige prestasjoner, ha gode mestringsstrategier ved utfordringer og en håndterbarhet til det som skjer, være viktige beskyttelsesfaktorer. Intervjupersonene la her en vekt på at mestringsstrategier hadde vært til særlig hjelp for dem. Men hva betyr egentlig det å mestre? Vil det å lage mestringsstrategier bety at man klarer alt? Ifølge Vedeler (2007) handler det å mestre rett og slett om å lære å leve med vanskelighetene, og om å ikke la disse vanskene forbli et hovedproblem i ditt liv. Strategier som rasjonalitet, fleksibilitet og handlingsevne kan bidra til en bedre håndtering av stress og en god psykisk helse (Antonovsky, 2012). Dette viser også funnene, der problemene ble møtt med en innstilling om at de var til for å kunne fikses, i tillegg til at det var en plan for alt.

Borge (2010) omtaler en god psykososial fungering til tross for opplevelse av risiko for resiliens eller motstandsdyktighet. Hvordan utvikles egentlig resiliens? Er resiliens en tilstand? Ifølge Førde (2014) er resiliens vanskelig å måle, da det vil være store individuelle variasjoner i utfall hos mennesker som har opplevd traumer eller andre vansker. Om dette er en tilstand eller en prosess er vanskelig å si. En kan si at resiliens handler om summen av ens beskyttelsesfaktorer, og for at resiliens skal kunne utvikles vil det være nødvendig med en passende dose risiko (Kvello, 2010). Spørsmålet man da kan stille seg er; vil dette bety at intervjupersonenes individuelle beskyttelsesfaktorer har gjort dem motstandsdyktige mot sin opplevde risiko? Og vil barn som utvikler resiliens tåle alt? Ifølge Førde (2014) vil det være grenser for hvor mange trusler et barn kan oppleve uten å ta skade av det, uansett hvor motstandsdyktige omgivelsene har definert barnet. Ingen vil bli uskadet når problemene blir mange og store nok, uansett evnemessig utrustning (Førde, 2014). Funnene viser også at til tross for at flere individuelle egenskaper har hjulpet to av intervjupersonene gjennom oppveksten, så har også alle utviklet ulik grad av psykiske vansker eller lidelser. Dette samsvarer også godt med det Borge (2010) viser til, om at resiliens ikke vil være synonymt med en optimistisk innstilling, men at det i større grad dreier seg om å handle «rett» i en risikofylt sammenheng.

Hvordan kan så ulike fagpersoner fremme resiliens hos barn? Hvordan kan skole og hjelpeapparatet bidra til å gjøre barn mer motstandsdyktige? Førde (2014) påpeker at det vil være svært feilaktig å tro at barnet vil utvikle resiliens av seg selv. Ved å styrke de beskyttelsesfaktorene som allerede er der, eller å etablere beskyttelsesfaktorer som kan redusere de negative effektene av risikofaktorene, kan dette, ifølge Kvello (2010), være arbeidsmåter for å fremme resiliens. Det vil imidlertid kreve kunnskap og innsikt i de ulike reaksjonsmønstrene hos risikobarn med en god psykososial utvikling (Borge, 2010). Kan det i tillegg tenkes at det som intervjupersonene så på som faktorer som har bidratt til å hjelpe dem, også har vært faktorer som har bidratt til å utgjøre en økt risiko for dem? I den forstand at deres evne til å være flinke, pliktoppfyllende og faglige sterke, har gjort det vanskeligere for andre å se deres behov for hjelp? Dersom de hadde gitt fra seg flere ytre tegn som raseriutbrudd og redsel kunne kanskje de voksne hatt større forutsetninger for å se dem? Som tidligere drøftet kan det være svært vanskelig å se et barn som har det vanskelig, spesielt dersom barnet opptrer som pliktoppfyllende og flink på skolen (Moen, 2009). I hvilken grad egenskapene har ført til mer ødeleggelser enn hjelp er vanskelig å si, da det er svært lite teori og forskning på området. Ifølge intervjupersonenes egne opplevelser, har egenskapene vært

noe de selv anså som betydningsfullt i deres oppvekst, og ikke noe som har hindret dem i å få hjelp.

Videre kan man stille seg spørsmålet; i hvor stor grad vil egentlig barnets egenskaper hjelpe det i å takle kriser? Vil det å være ambisiøs og ha gode faglige prestasjoner være et resultat av å ha lagt for mye press på seg selv? Og i hvilken grad vil dette være positivt for barnet? Ifølge Sølvsberg (2011) vil både ervervede og medfødte egenskaper ha stor direkte og indirekte betydning for hvordan vi blir møtt av andre, og for om man utvikler strategier for å mestre kriser. Å kunne skape mening i det som skjer, og se løsninger til situasjoner som andre finner håpløse, vil kunne gi en mestring som gjør at barnet takler livets utfordringer mer hensiktsmessig (Sølvsberg, 2011). Dette er i samsvar med funnene, der det ble fortalt at det å være løsningsorientert og ta tak i problemene etter hvert som de oppstod, i stor grad ble opplevd som positive egenskaper å ha. Derimot kan det å være overansvarlige, og det å legge for mye press på seg selv føre til en lav tiltro til egen verdi, psykiske problemer og en generell utmattelse (Killén, 2009). Dette er også i samsvar med det intervjupersonene tidligere har fortalt, om hvor ressurskrevende og slitsomt det var å hele tiden være flink og ordne opp i alt, noe som etter hvert bidro til utviklingen av psykiske problemer. Det kan dermed være nærliggende å anta at de ervervede egenskapene som barnet har tilegnet seg, som følge av sine opplevelser, også kan være destruktive for barnet i ulik grad. Men hvilket valg hadde de egentlig? Det kan virke som dette var en kompetanse de utviklet fordi de måtte, ikke fordi de nødvendigvis ville. Dette samsvarer også med det Claussen (2001) viser til, om at barnet utvikler strategier som for dem virker hensiktsmessige i det hjemmemiljøet de lever i. Å være «flink pike» kan dermed se ut til å være en strategi barnet utvikler for å overleve sin omsorgssviktsituasjon (Claussen, 2001).

Dette funnet viser også at en av intervjupersonene ikke hadde noen opplevelser eller erfaringer rundt hvilke egenskaper som kan ha vært til hjelp under oppveksten. Årsaken til dette kan være mange, for eksempel at jeg stilte spørsmålet feil eller tvetydig, eller at hun ikke hadde reflektert rundt dette i like stor grad som de to andre. Hendelser som er langt tilbake i tid vil også stille store krav til hukommelsen (Ringdal, 2013).

4.2.2 Trygge relasjoner

Funn:

Det var gjentakende hos alle intervjupersonene at de hadde hatt trygge og stabile personer i livet sitt, som alle hadde vært til hjelp for dem under oppveksten. Gode venner, ressurssterke besteforeldre og familien til venner, har alle bidratt til å hjelpe intervjupersonene med å komme seg dit de er i dag. Spesielt var venner og besteforeldre noe alle intervjupersonene hadde satt stor pris på i sin oppvekst. En av intervjupersonene hadde også en stabil mor som skjermet hun mye fra å se faren på sitt verste. To av intervjupersonene fortalte om sine trygge relasjoner slik:

Jeg har jo alltid hatt en god venninne, hun har visst om familien vår og de utfordringene vi har hatt. Jeg har vært mye hos henne, vi har prata en del sammen, og jeg har alltid fått støtte fra henne. ... jeg har et godt forhold til mamma og, vi har alltid snakket mye sammen, grått og ledd sammen og, det er alltid hun jeg har støtta meg på da (intervjuperson 1).

Jeg hadde en veldig god bestevenninne, og hun hadde veldig ressurssterke foreldre, og de tok meg med på hytteturer, og tok meg med ut... jeg hadde andre venninner som jeg og fikk lov å være med, og jeg kom ut og så hvordan ting var på et vis (Intervjuperson 2).

I tillegg til støtte fra venner, var det også to av intervjupersonene som fortalte om et godt forhold til sin lærer, en lærer som var til støtte når de trengte det, både i skolehverdagen og utenom. Skolen ble et fristed der det var trygt og stabilt:

Det er nok noe med det at jeg har hatt de sammen vennene så lenge, at jeg har vært flink til å be om hjelp og finne støtte i folk rundt meg... jeg har alltid hatt lærere som jeg har hatt et veldig godt forhold til, som jeg har hatt veldig lenge av gangen, så det var stabilt der. ... så har jo farmor vært sånn veldig stabil å forholde seg til (intervjuperson 3).

Da pappa ikke bodde hos oss lenger kunne det hendte at han kom på skolen min et par ganger, og da bestemte lærerne mine seg for å kjøre meg i den perioden, bare sånn at jeg han ikke skulle stoppet meg midt på veien. ... en av lærerne kjørte meg i en sånn ukes tid, det var et kort stykke da, men det ble på en måte sånn. ... de gjorde det de kunne da, gikk kanskje litt over evne også. Jeg følte at jeg alltid hadde en god støtte fra dem da (Intervjuperson 1).

Drøfting:

Funnene viser at alle intervjupersonene hadde hatt minst én trygg tilknytning som hadde vært stabil under deres oppvekst. Spesielt var det venner og besteforeldre som utmerket seg som personer de kunne snakke med og søke støtte hos. Hvor viktige er egentlig disse personene i et barns liv? Og hvilken betydning kan de ha for barnets psykiske helse? Ifølge Sølvberg (2011) vil det å ha et menneske i livet sitt som formidler trygghet og stabilitet være den viktigste beskyttelsesfaktoren mot utviklingen av vansker. En spesielt viktig beskyttelsesfaktor vil være evnen til å knytte varige relasjoner med andre barn (Seifer, 2003). Funnene kan tyde på at evnen til å knytte relasjoner med andre var tilstede hos alle intervjupersonene. Evnen til å knytte bånd til andre førte til at de fikk kommet seg ut og sett hvordan ting kunne være, og til at de fikk noen å søke støtte hos. Hva kan så dette medføre? Kan evnen til å danne varige relasjoner med andre barn være en viktig forutsetning for å tørre å be om hjelp? Funnene kan tyde på at dette var tilfelle. Flere forteller at de kunne søke støtte i vennene eller i familien, og at de fikk snakket ut om ting som opplevdes som vanskelig. Det kan være nærliggende å anta at dette har vært til stor hjelp for å kunne mestre en uforutsigbar og utrygg hverdag. Spørsmålet man her kan stille seg er; hva om de ikke hadde hatt denne evnen til å danne varige relasjoner med andre? Hvilke fordeler vil det ha for barnet å ha venner i livet sitt når det går igjennom noe vanskelig? Vedeler (2007) legger vekt på at vennsrelasjoner ofte bidrar til en sunn utvikling, der relasjonene sørger for emosjonell støtte, informasjon, selskap og følelsen av å bli verdsatt. Mye kan tyde på at barn uten venner kan gå glipp av viktige sosiale ferdigheter, og dermed også kan stå i fare for å utvikle et lavere selvbilde (Kvillo, 2010). Barn vil ofte bringe med seg sine svake relasjonserfaringer fra sine primære omsorgssituasjoner (Claussen, 2001), og man kan dermed anta at relasjoner til venner og familie blir ekstra viktige. En sosial kompetanse vil være en nødvendighet for å danne flere nyttige relasjoner, også i fremtiden (Vedeler, 2007). Hvem har så ansvaret for å hjelpe barnet med å danne varige relasjoner med andre barn? Når vi nå vet at mange barn av psykisk syke kan ha med seg svake sosiale ferdigheter hjemmefra, og at trygge relasjoner er

viktig for barnets psykiske helse, vil det være en pedagogisk oppgave å hjelpe barnet med å knytte trygge relasjoner med andre barn. Skolen er også pålagt til å fremme et godt psykososialt miljø, der barnet kan oppleve tilhørighet og trygghet (Opplæringslova, 1998).

Funnene viser at også læreren på skolen hadde vært en god støtte for intervjupersonene opp igjennom oppveksten. Dette utmerket seg mest hos to av intervjupersonene, der begge ga uttrykk for å ha hatt et godt forhold til sin lærer. Skolen ble for dem et fristed fra alt som skjedde hjemme og et sted der de følte seg trygge. Studier har vist at læreren kan kompensere for mye av den manglende oppfølgingen og støtten hjemmefra, og dermed kan bidra til en positiv utvikling hos barnet (Drugli & Nordahl, 2014). Hva kreves av læreren for at han eller hun kan bidra til denne positive utviklingen? For at barnet skal kunne mestre sin situasjon vil det trenge voksne som klarer å se realiteten i øyne, som er trygge i møte med barnet, og som viser interesse og nysgjerrighet overfor alle barnets gleder og bekymringer (Jensen, 2014). Hva vil det være viktig for læreren å være bevisst over i kontaktetableringen med barn? Ifølge Drugli & Nordahl (2014) finnes det ingen fasitsvar i hvordan man skal bygge opp sin relasjonskompetanse, men en viktig forutsetning vil være å reflektere over eget bidrag i møte med barn og unge, og være bevisst over at man bringer med seg sine indre arbeidsmodeller inn i kontaktetableringen (Drugli & Nordahl, 2014). Empati, ydmyk nysgjerrighet, interesse og sensitivitet er viktige kvalifikasjoner som vil ha stor betydning for relasjonskompetansen og kontaktetableringen med barn (Killén, 2013). En av intervjupersonene fortalte også om en lærer som kjørte henne hjem fra skolen, slik at ikke faren skulle stoppe henne i veien og lage en ubehagelig situasjon for henne. Spørsmålet man her kan stille seg er; hvor mye ansvar skal læreren påta seg overfor barnet? Hvor går egentlig grensen? Det vil her være viktig å påpeke at læreren ikke skal fungere som en sosialarbeider eller terapeut overfor barnet, men læreren må være et medmenneske som ser et barn som har det vanskelig og som gjør noe for å lette på disse vanskene (Berg, 2005). Betydningen av kunnskapsrike og kompetente lærere som viser vei i mestring av eget liv, kan ikke undervurderes i møte med barn som har opplevd traumer eller andre vansker (Førde, 2014).

Hva kan så gode relasjoner føre til? Hva har det å si for barnets psykiske helse? Det vil være nærliggende å anta at de gode relasjonene som intervjupersonene knyttet, medførte en trygghet til å betro seg til andre, og til å søke støtte i andre. Ifølge Klette (2008) vil trygge tilknytninger være hensiktsmessig med tanke på å takle stress både i oppveksten og senere i livet. Forskning viser også at barnet i større grad vil utvikle selvtillit, følelsesregulering og selvstendighet, noe som vil være viktige forutsetninger for å takle problemer på en

hensiktsmessig måte (Razvi, 2011). Mye kan tyde på at relasjonene intervjupersonene knyttet med andre under oppveksten, både bidro til å gjøre deres hverdag mer håndterbar der og da, og videre kan bidra til å gjøre andre vanskelige hendelser mer håndterbare også i fremtiden.

5.0 Avslutning og konklusjon

I dette avsluttende kapittelet vil jeg gi en oppsummering av de viktigste momentene i selve studien. Jeg vil her sammenfatte mine hovedfunn i lys av min problemstilling; «Hva har vært utfordrende, og hva har vært til hjelp for tre unge voksne som har vokst opp med psykisk syke foreldre?» Videre vil jeg gi noen korte refleksjoner omkring studiens videre gang.

5.1 Oppsummering og svar på problemstilling

I denne studien har jeg sett nærmere på hvilke utfordringer barn av psykisk syke kan møte, og hva som kan bidra til å gjøre disse utfordringene mer håndterbare. Med dette som bakgrunn, har mitt formål vært å kunne øke forståelsen og kunnskapene hos fagpersoner som primært arbeider med barn. Økte kunnskaper kan bidra til å redusere noe av det eksisterende tabuet omkring psykiske lidelser (Vik, 2001), og samtidig gi bedre forutsetninger for å fange opp og hjelpe barn så tidlig som mulig. Å fatte hensiktsmessige tiltak kan hindre problemene i å få utvikle seg videre (Torvik & Rognmo, 2011). Da dette har vært en retrospektiv undersøkelse vil hendelsene intervjupersonene har fortalt om være flere år tilbake i tid. I tillegg til at dette har stilt store krav til intervjupersonenes hukommelse, vil det også være grunn til å tro at det har skjedd en viss forbedring i forhold til å avdekke og hjelpe barn av psykisk syke. Dette som følge den økte politiske satsingen og de lovfestede rettighetene barna har fått etter 2010. Forskning viser imidlertid at barn i dag ikke får den hjelpen de har krav på (NTB, 2015). Dette gir et viktig signal om at det må vies enda mer oppmerksomhet til denne sårbare gruppen, da flere barn i dag lever i et uforutsigbart og utrygt hjem, forårsaket av foreldrenes psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). Å rette fokuset mot skolen og lærere i denne oppgaven mener jeg vil være av stor verdi, da skolen er en arena der barnet tilbringer mye av sin tid. Det er på denne arenaen barna har store muligheter til å bli sett, hørt og anerkjent. Læreren, spesialpedagogen eller sosiallæreren kan for flere barn, være den ene trygge, stabile voksenpersonen de har i sitt liv, og de vil dermed ha en svært viktig oppgave.

Under datainnsamlingen var det en klar indikasjon om at utfordringene med det å vokse opp med en psykisk syk mor eller far, var det intervjupersonene husket best. Alle ga mange eksempler på opplevelser der de følte seg sviktet og oversett av både familien og hjelpeapparatet rundt seg. Da jeg spurte om hva som hadde vært til hjelp måtte flere tenke seg mer nøye om, og det tok det lengre tid for flere å komme frem til et konkret svar. Dette gjaldt spesielt i forhold til egenskaper ved dem selv som hadde vært til hjelp. Her var det mer nølinger og pauser, og jeg måtte hos noen stille oppfølgingsspørsmål for å få tankene frem.

Det kan tenkes at dette ikke var noe alle hadde reflektert like mye over, samtidig som det ofte vil være de sterke følelsesmessige inntrykkene som man husker best (Gunnestad, 2009). Mye kan tyde på at årsaken bak den opplevde svikten og til at barn ikke får den hjelpen de trenger, blant annet er grunnet at mange voksne kvier seg for å snakke med barn. De kan kanskje være redde for å si noe feil eller for å vekke sterke reaksjoner hos barnet. Andre orker kanskje ikke ta andres smerte inn over seg, og overlater heller ansvaret til noen andre. Psykiske lidelser er også et tabulagt tema, noe som kan vanskeliggjøre samtalen med barn ytterligere (Hinshaw, 2005). Samtidig kan det se ut til at både ansatte i skolen og i hjelpeapparatene trenger et kompetanseløft på flere områder, i tillegg til et tettere tverrfaglig samarbeid preget av en fleksibel og anerkjennende kommunikasjon. Dette vil kreve samarbeid på tvers av alle yrkesgrupper, og på tvers av lovverk, samt et helsepersonell som etterspør om deres pasient har barn, som følger dette opp, og kontakter andre instanser for informasjon og støtte ved behov (Glavin & Erdal, 2000).

Alle barn har rett på en bekymringsfri barndom der de voksnes problemer ikke blir det som definerer deres liv. Vi må aldri tenke at andre tar det fulle ansvaret for å ivareta barnet, at det sikkert finnes noen der ute som snakker med dem, hjelper dem, og gjør deres tilværelse mer håndterbar. I dag burde fagpersoner ha nok kunnskap om hva som kjennetegner en god utvikling, og hva som kjennetegner en skjevutvikling. Vi vet at barnets første leveår legger grunnlaget for resten av livet. Vi vet at barn som har trygge og stabile voksenpersoner tilstede i livet sitt kan utvikle en trygghet som gjør dem mer rustet til å takle livets mange utfordringer. Det er de voksnes oppgave å gi barnet noen å snakke med, noen som kan forklare dem at det er aldri er deres skyld at mor eller far er syk, at deres følelser er helt normale, og at de har rett til å være et ubekymret barn. For å klare denne oppgaven må fagpersonene tørre å snakke med barna om det som er vanskelig, de må tørre å sette ord på det de ser og vet, og sette i gang tiltak der det trengs. Barnet kan ikke være avhengig av ildsjeler, der det blir tilfeldig hvem som får hjelp avhengig av hvor de bor eller hvem de går til. De trenger å vite at det alltid er voksne i livet deres som ikke unngår deres ansvar og som ikke gir seg, selv om de ikke skulle få umiddelbar respons fra barnet (Moen, 2009). Kanskje du er den personen i barnets liv som vil utgjøre en forskjell? Barnets behov bør stille sterkere enn frykten for å si noe galt, eller frykten for å komme i uoverensstemmelse med foreldrene.

Borge (2010) viser også til at det har vært forsket mer på hva som er skadelig for barnet og mindre forskning på hva som kan hjelpe barnet gjennom vanskelige situasjoner. Fokuset har vært mer rettet mot problemene enn de gode løsningene, noe som kan være uheldig for å

hjelpe barnet best mulig. Kunnskap om reaksjonsmønstre hos barn med tilfredsstillende utvikling kan hjelpe andre barn som ikke i like stor grad utvikler seg i positiv retning (Borge, 2010). Som funnene viser, kan trygge relasjoner og egenskaper ved barnet bidra til en positiv utvikling, og det er en pedagogisk oppgave å ta i bruk de beskyttelsesfaktorene som eksisterer i og rundt barnet. Fra resultatene kan vi se at alle intervjupersonene har klart seg relativt bra gjennom oppveksten, men oppveksten har også gitt sine konsekvenser, blant annet i form av angst og depresjoner. Selv om utvalget er lite, kan dette gi en indikator på at de fleste barn ikke vil slippe helt uskadet unna en barndom som er sterkt preget av foreldrenes psykiske lidelser. Det vil dermed ligge både menneskelige og økonomiske gevinster i å lykkes med et helsefremmende arbeid for barn og unge, og det arbeidet må skje der barnet befinner seg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003).

5.2 Avsluttende refleksjoner og veien videre

Det vil være vanskelig å trekke noen endelige slutninger i denne studien, da de funnene jeg her har fått frem kun representerer tre personers opplevelser og erfaringer. Noen vil kanskje ha flere positive erfaringer om skolen og hjelpeapparatet, og andre vil kanskje også ha enda dårligere erfaringer. Likevel kan studien være gjenkjennbar og overførbar, da også forskning har vist liknende funn. Det er viktig å presisere at dette ikke er noe kritikk rettet mot fagpersonene som arbeider med barn, da det er ingen tvil om at de fleste gjør en god jobb. Det er likevel viktig å gjøre voksne som arbeider med barn oppmerksomme på hvor stor betydning de har i livet til flere av disse barna, og at også små handlinger kan utgjøre store forskjeller i livene deres.

Dersom oppgavens rammer hadde gitt rom for det hadde det vært spennende å ta opp noen av de ubesvarte spørsmålene fra drøftingen. Ved å snakke med fagpersoner som jobber rundt på ulike skoler, kunne jeg fått innsikt i tematikken fra et annet perspektiv. Hvilke rutiner har skolen for å kunne avdekke og hjelpe barn av psykisk syke? Kjenner de ansatte til lovverket? Hva tror *de* er årsaken til at mange opplever å ikke få hensiktsmessig hjelp? Ser de alle barn, eller retter de kun oppmerksomheten mot barn som viser tydelige vansker? Og hvordan kommuniserer de med barn de tror har det vanskelig? Det kunne vært interessant og hørt hva de hadde sagt i forhold til intervjupersonenes opplevelser og erfaringer. Videre kunne det også ha vært spennende og sammenliknet et større antall unge voksne for å se om mine funn hadde gjentatt seg for en større andel.

6.0 Referanseliste

- Ahlgreen, B. (2003). Voksne unge, der er vokset op med en mor eller far, der var psykisk syg. I S. Blinkenberg (Red.), *Når børn lever sammen med psykisk syge forældre* (s. 61-66). København: PsykiatriFondens Forlag
- Anke, T. (2012). Mødre med alvorlig psykisk lidelse og spedbarn – samspill og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(11), 1050-1060.
Hentet fra
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=277524&a=3
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Barne- og familiedepartementet. (1991). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Hentet 10.03.2016, fra
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/dd/d/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Barnevernloven (1992). Lov om barneverntjenester. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Berg, N. B. J. (2005). *Elev og menneske. Psykisk helse i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Blinkenberg, S. (2003). Den psykiske lidelses betydning for forældrefunktionen. I S. Blinkenberg (Red.), *Når børn lever sammen med psykisk syge forældre* (s. 35-45). København: PsykiatriFondens Forlag
- Borge, A. I. H. (2010). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Brekke, G. (2005). Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene: Hvordan bruke det vi vet? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42(12), 1124-1127. Hentet fra
http://www.psykologtidsskriftet.no/?seks_id=310320&a=2
- Claussen, C. J. (2001). *Det er noe med den ungen. Fra bekymring til handling*. Oslo: Sebu Forlag
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Drugli, M. B., & Nordahl, T. (2014, 27.10). Dyrk lærernes relasjonskompetanse. Hentet 12.04.2016, fra <http://psykologisk.no/2014/10/dyrk-laerernes-relasjonskompetanse/>

- Drugli, M. B., & Onsøyen, R. (2010). *Vanskelige foreldresamtaler – gode dialoger*. Oslo: Cappelen Damm AS
- Evjen, R., Kielland, K. B., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp. Om psykiske lidelser og rusmisbruk*. (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Forvaltningsloven (1967). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker.
Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>
- Fugelsnes, E. (2009, 20.10). Psykisk syke barn får ikke hjelp. Hentet 10.03.2016, fra <http://forskning.no/psykiske-lidelser-barn-og-ungdom/2009/10/psykisk-syke-barn-far-ikke-hjelp>
- Førde, S. (2014). *Tapt barndom, eller ...? Barns navigering fra krenkelser og traumer mot psykisk stryke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Glavin, K., & Erdal, B. (2000). *Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet ... har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum AS
- Guðmundsdóttir, S. (2011). Den kvalitative forskningsprosessen. I T. Moen & R. Karlsdóttir (Red.), *Sentrale aspekter ved kvalitativ forskning* (s. 15-31). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Gunnestad, A. (2009). *Resilience among children in Southern Africa and Norway. A cross cultural study*. Trondheim: Dronning Mauds Minne Høgskole
- Hall, A. (2004). Parental psychiatric disorder and the developing child. I M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seeman. *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families* (s. 22-41). Cambridge: Cambridge University Press
- Haugland, B. S. M. (2006). Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 211-220. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=243513&a=3
- Helgeland, A. (2012). Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 185-198). Oslo: Abstrakt Forlag AS

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse ...* Hentet 31.03.2016, fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsebiblioteket. (2015). *Posttraumatisk stresslidelse*. Hentet 08.02.2016, fra <http://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/posttraumatisk-stresslidelse>
- Helsedirektoratet. (2015). *Barn og unge som pårørende*. Hentet 30.01.2016, fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/palliasjon/2.kjennetegn-og-utfordringer/p%C3%A5r%C3%B8rende/barn-og-ungdom-som-p%C3%A5r%C3%B8rende>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hill, J. (2004). Parental psychiatric disorder and the attachment relationship. I M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seeman (Red.), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families* (s. 50-59). Cambridge: Cambridge University Press
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01456
- Jensen, H. (2014). *Nærvær og empati i skolen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Killén, K. (2009). *Sveket 1. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. (4.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS
- Killén, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. (3.utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS
- Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var. En innføring i historiefaget*. Oslo: Universitetsforlaget
- Klette, T. (2008). Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128(13), 1538-40. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/1708866/>

- Kleven, T. A. (2011). Data og innsamlingsmetoder. I T. A. Kleven (Red.), F. Hjordemaal & K. Tveit. *Innføring i pedagogisk forskningsmetode – En kritisk hjelp til tolking og vurdering* (s. 27-47). (2.utg.). Oslo: Unipub
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lier, L. (2003). Barnets opvekst med en psykisk syk forælder. I S. Blinkenberg (Red.), *Når barn lever sammen med psykisk syge foreldre* (s. 47-59). København: PsykiatriFondens Forlag
- Malt, U. (2014, 18.09). Posttraumatisk stresslidelse. Hentet 08.02.2016, fra https://sml.snl.no/posttraumatisk_stresslidelse
- Melle, I., & Johansen, R. (2002). De usynlige barna – når mor eller far har schizofreni. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122(23), 2299-302. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/601892/>
- Moen, G. L. (2009). *Barns møte med psykisk lidelse. En datters historie*. Oslo: Cappelen Damm AS
- NTB. (2015). *Rapport viser svikt når barn er pårørende*. Hentet 30.01.2016, fra <http://forskning.no/barn-og-ungdom/2015/11/rapport-viser-svikt-nar-barn-er-parorende>
- Opplæringslova (1998). Lov om grunnskolen og den vidaregåande opplæringa. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61?q=oppl%C3%A6ringsloven#KAPITTEL_17
- Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Razvi, Y. M. (2011, 30.01). Barn med psykisk syke foreldre. Hentet 19.02.2016, fra <http://www.webpsykologen.no/artikler/barn-med-psykisk-syke-foreldre/>
- Ringdal, K. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Rugtvedt, L. (2008, 15.04). Skolens og barnehagens ansvar for å avdekke/forebygge vold. Hentet 10.03.2016, fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/skolens-og-barnehagens-ansvar-for-a-avde/id507588/>

- Ruud, A. K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Seeman, M. V., & Göpfert, M. (2004). Parenthood and adult mental health. I M. Göpfert, J. Webster & M. V. Seeman (Red.), *Parental Psychiatric Disorder. Distressed Parents and their Families* (s. 8-17). Cambridge: Cambridge University Press
- Seifer, R. (2003). Young Children with Mentally Ill Parents. Resilient Developmental Systems. I S. S. Luthar (Red.), *Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context of Childhood Adversities* (s. 29-46). Cambridge: Cambridge University Press
- Sletbak-Akerø, T. (2014, 10.02). Barn får ikke oppfølgingen de har krav på. Hentet 30.01.2016, fra http://www.nrk.no/livsstil/_-tar-ikke-barna-pa-alvor-1.11492639
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- St.prp. nr. 63 (1997-98). *Opptrappingsplan for et bedre tilbud til mennesker med psykiske lidelser 1999-2006*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?q=skolehelsetjenesten&ch=4#match_2
- Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppe som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thormann, I. (2009). *De voksne børn. Om omsorgssvigt og resiliens*. København: Hans Reitzels Forlag
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2011, u.d.). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. Hentet 30.01.2016, fra <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>
- Utdanningsforbundet (s.a.). *Ukvalifiserte lærere*. Hentet 10.04.2016, fra <https://www.utdanningsforbundet.no/Hovedmeny/Vi-mener/Ukvalifiserte-larere/>
- Vedeler, L. (2007). *Sosial mestring i barnegrupper*. Oslo: Universitetsforlaget
- Vik, K. (2001). Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 121(29), 3437. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/456576/>

- Yates, T. M., Egeland, B., & Sroufe, A. (2003). Rethinking Resilience. A Development Process Perspective. I S. S. Luthar (Red.), *Resilience and Vulnerability. Adaption in the Context of Childhood Adversities* (s. 243-258). Cambridge: Cambridge University Press
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «påførende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som påførende* (s. 18-37). Oslo: Abstrakt Forlag AS

Vedlegg 1

Intervjuguide semistrukturert

- Presentasjon av meg selv og mitt formål med studien.
- Påminnelse om min taushetsplikt og at studien vil bli anonymisert.
- Spørre om lydopptaker fortsatt er i orden og om det er noen spørsmål.

1. Kan du starte med å fortelle litt om deg selv?

- Jobb, yrke, utdanning.
- Sivilstatus.

2. Hvordan vil du beskrive de hjemmeforholdene du vokste opp med?

- Type psykisk sykdom. Omfang av sykdom.
- Var begge foreldrene dine syke?
Hvis nei: hvordan var ditt forhold til mor/far? Hvordan vil du beskrive din far? (fraværende, ignorerende, beskyttende)
Hvis ja: forskjeller på mor/fars sykdom?
- Hvordan vil du beskrive mor/far som person? Forholdet ditt med mor/far?
Hvordan påvirket det deg?
- Hvordan var det sosiale nettverket til foreldrene dine? Hvordan var deres jobbsituasjon?
- Kan du fortelle noe fra den tiden du fikk rede på at mor var syk? Alder, hva husker du spesielt fra den tiden? Hva endret seg etter det?
- Vokste du opp med noen søsken?
Hvis ja:
-Hvordan opplevde du det?
-Hva lærte du av å vokse opp med søsken?

3. Hva har vært utfordrende med å ha en forelder som er psykisk syk?

- Hvordan vil du beskrive din omsorgssituasjon?
(Alene, ansvarsrollen, oppmerksomhet, utrygghet).
- Hvilke følelser oppstod hos deg som følge av mor/fars sykdom? Hva tenker du kunne redusert de følelsene? Hva gjorde du med dem?

- Var det noen hendelser som gjorde atferden verre? I så fall hva?
- Fikk du noen informasjon om hvorfor mor/far oppførte seg annerledes?
- Fortalte de selv noen gang om sin sykdom?
- Hvordan påvirket sykdommen til mor/far din tilgang til ferier og fritidsinteresser? Var det noe du ikke fikk gjøre som følge av sykdommen?
- Signaliserte du til noen at du befant deg i en vanskelig situasjon? Evt. hvem? Hvordan?

4. Hva har vært til hjelp for deg gjennom oppveksten?

- Hadde du noen nære relasjoner til andre familiemedlemmer som du kunne snakke med/betro deg til?
- Hvilken betydning har denne personen hatt i din oppvekst?
 - Er det noen egenskaper ved deg selv som du tenker kan ha hjulpet deg gjennom oppveksten?
 - Hva tenker du kan ha gjort deg sterk?
 - Deltok du på noen fritidsaktiviteter?
 - Er det noe mer du kan tenke på som kan ha vært til hjelp?

5. Hvordan opplevde du din skolehverdag?

- Hvordan vil du beskrive deg selv da du gikk på barneskolen? (Mange venner, populær, mobbing, stille, utadvendt).
- Hva har vært spesielt vanskelig på skolen? Hva gjorde det vanskelig?
- Hva gjorde skolehverdagen bedre?
- Hva tenker du om den kompetansen skolen hadde for å kunne hjelpe deg?
- Hva tenker du skolen kunne bidratt med for å gjøre den bedre?
- Hvordan vil du beskrive din relasjon til lærerne?
- Opplevde du noen spesielle hendelser som har gjort inntrykk på deg?
- Hvordan var dine faglige presentasjoner?
- Hvordan opplevde du samarbeidet mellom skolen din og hjemmet?

6. Hvilke erfaringer har du av hjelpeapparatet?

- Hvordan var ditt første møte med hjelpeapparatet? Hvilke instanser var innblandet?

- På hvilken måte var de til hjelp?
- Hva fungerte bra og hva fungerte ikke?
- Hva bidro til å gjøre din situasjon enklere?
- Ble du forklart hva som skjedde med mor far, hva som var galt?
- Betydningen av informasjon gitt av hjelpeinstanser?

7. Hvordan har du det i dag?

- Hvordan er kontakten din med foreldrene dine i dag?
- Mottar du noe hjelp i dag? I så fall hva?
- Hvilke kunnskaper og erfaringer sitter du igjen med i dag?
- Hvordan føler du disse erfaringene har påvirket deg slik du er i dag? Hvilke negative konsekvenser føler du opplevelsene har ført til?
- Hvordan oppstod din kontakt med PIO senteret? Hva har de hjulpet deg med?

8. Er det noe mer du ønsker å tilføye?

- Er det noe du ønsker å tilføye som vi ikke har snakket om?

En oppsummering av det som har blitt fortalt for å unngå misforståelser.

Vedlegg 2

Forespørsel om deltakelse i et forskningsprosjekt

«Barn som pårørende – barn som har vokst opp med psykisk sykdom i hjemmet»

Jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved NTNU Dragvoll, og skal i den forbindelse skrive en avsluttende masteroppgave med beregnet leveringstid 2. mai 2016.

Min masteroppgave skal omhandle barn som pårørende, med fokus på hva som har vært utfordrende og hva som har vært til hjelp for tre unge voksne som har vokst opp med psykisk sykdom i hjemmet.

I den anledning trenger jeg tre deltakere som er villig til å stille til intervju, og jeg henvender meg til dere, da jeg ønsker å få frem personer som selv har erfart og opplevd psykisk sykdom i hjemmet. Jeg har også vært i kontakt med dere tidligere angående muligheten for om dere kunne stille med deltakere.

Jeg vil dermed gjerne invitere tre deltakere til å delta i min studie der de kan fortelle om egne opplevelser og erfaringer omkring sin hjemmesituasjon, skolehverdag, hvilken hjelp de mottok, hva som var vanskelig, og hvilke faktorer som bidro til å styrke deres mestring og sosiale fungering gjennom oppveksten. Informasjonen vil bli innhentet gjennom intervju som vil vare i omtrent én time.

Hvis mulig, ønsker jeg deltakere som er mellom 20 og 30 år, slik at hendelsen ikke er for langt tilbake i tid. Deltakerne bør også studere eller være i jobb i dag, dette fordi jeg vil fokusere på de som har klart seg bra i voksenlivet til tross for en vanskeligere oppvekst.

Formålet mitt er å øke forståelsen omkring psykisk sykdom i hjemmet og hvordan det kan virke inn på et barn, hva som kan være til hjelp gjennom oppveksten og hvordan hjelpeapparatet kan støtte barnet på en best mulig måte. Dette kan jeg og andre spesialpedagoger dra nytte av i vår jobb, da dette er et tema som mange spesialpedagoger mangler kunnskap om.

Jeg vil gi informantene et eget informasjonsskriv dersom noen melder seg til intervju, samt mer opplysninger omkring forventninger og selve intervjusituasjonen. Deltakelsen er helt

frivillig og de kan trekke seg når som helst uten grunn. Opplysninger og datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt og vil bli slettet når studien er avsluttet.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom dere har noen spørsmål til studien, ta gjerne kontakt med meg som er prosjektleder for denne studien, min veileder eller instituttleder:

Prosjektleder:

Navn: Katrine Hauge.

Mobilnummer: 48215542.

Mail: Katrine_h88@hotmail.com

Veileder:

Navn: Arve Gunnestad, høskoledosent ved Dronning Mauds Minne Høgskole.

Mobilnummer: 99690602.

Mail: agu@dmmh.no

Instituttleder:

Navn: Hans Petter Ulleberg, førsteamanuensis

Mobilnummer: 91897259.

Mail: hans.petter.ullerberg@svt.ntnu.no

Mvh

Katrine Hauge

Vedlegg 3

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Barn som pårørende – barn som har vokst opp med psykisk sykdom i hjemmet»

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Katrine Hauge og jeg er masterstudent i spesialpedagogikk ved NTNU Dragvoll. Jeg skal i den forbindelse skrive en avsluttende masteroppgave som skal handle om barn som pårørende av å vokse opp med psykisk syke foreldre.

Mitt fokus vil være på hva som har vært utfordrende og hva som har vært til hjelp for tre unge voksne personer som selv har opplevd og erfart psykisk sykdom i hjemmet. Formålet mitt er å øke min forståelse omkring psykisk sykdom i hjemmet, hvordan det kan virke inn på et barn, hva som kan være til hjelp gjennom oppveksten, og dermed hvordan hjelpeapparatet kan støtte barnet på en best mulig måte. Kunnskapen kan jeg og andre spesialpedagoger dra nytte av i vår jobb, da dette er et tema som mange spesialpedagoger mangler og ønsker mer kunnskap om.

Jeg vil dermed gjerne invitere tre deltakere til å delta i min studie. Jeg ønsker deltakere som er mellom 20 og 30 år, slik at hendelsene ikke er for langt tilbake i tid. Jeg ønsker også deltakere som studerer eller er i jobb i dag, fordi jeg ønsker mer kunnskap om dere som har klart dere bra i voksenlivet til tross for en vanskeligere oppvekst.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Informasjonen vil bli innhentet gjennom et intervju som vil vare i omtrent én time. Tid og sted kan vi komme tilbake til, men om det kunne passe omkring uke 4 eller 5 hadde det vært fint, da jeg har endel etterarbeid frem mot leveringsfristen 2. mai. Spørsmålene vil i stor grad handle om skolens rolle og oppfølgingen dere eventuelt fikk derfra, hvordan du opplevde din skolehverdag og din hjemmesituasjon, og din situasjon i dag.

Jeg vil gjerne ta i bruk en lydopptaker, om du samtykker til dette, noe som vil gjøre det enklere for meg både under intervjuet og i etterkant. Personidentifiserende opplysninger vil ikke bli ført inn på PC, og lydopptaket vil bli slettet når studien er avsluttet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Personopplysninger vil ikke være relevant for min oppgave, det vil kun fokuseres på opplevelser og erfaringer som måtte komme frem under intervjuet. Personopplysninger som arbeidssted, yrke, navn, alder og bosted, som eventuelt vil dukke opp, vil ikke bli lagret på en PC, men vil kun ligge på en eventuell lydopptaker. Personopplysningene vil kun brukes til å gi en kort beskrivelse av deg som deltaker for studiet, og her blir alt anonymisert slik at opplysningene ikke vil kunne føres tilbake til deg eller gjenkjennes av andre. Det vil kun være jeg som vil ha tilgang til dine personopplysninger.

Prosjektet skal etter planen avsluttet 2. mai 2016, og lydopptaket vil da bli slettet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet med det samme.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta gjerne kontakt med meg som er prosjektleder for denne studien, min veileder eller instituttleder:

Prosjektleder:

Navn: Katrine Hauge.

Mobilnummer: 48215542.

Mail: Katrine_h88@hotmail.com

Veileder:

Navn: Arve Gunnestad, høgskoledosent ved Dronning Mauds Minne Høgskole.

Mobilnummer: 99690602.

Mail: agu@dmmh.no

Instituttleder:

Navn: Hans Petter Ulleberg, førsteamanuensis

Mobilnummer: 91897259.

Mail: hans.petter.ullerberg@svt.ntnu.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Ser frem til å høre fra deg!

Mvh

Katrine Hauge

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Hans Petter Ulleberg
Pedagogisk institutt NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 13.01.2016

Vår ref: 45932 / 3 / MHM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 01.12.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

45932	<i>Når omsorgen svikter - barn som pårørende. Barn som har vokst opp med psykisk sykdom i hjemmet</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Hans Petter Ulleberg</i>
<i>Student</i>	<i>Katrine Hauge</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 02.05.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdís Namtvedt Kvalheim

Marianne Høgetveit Myhren

Kontaktperson: Hildur Thorarensen tlf: 55 58 26 54

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

Avdelingskontorer / District Offices:

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

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Katrine Hauge katrine_h88@hotmail.com

Personvernombudet for forskning

Prosjektnr: 45932

Prosjektvurdering - Kommentar



Formålet er å øke forståelsen omkring temaet barn av psykisk syke, hva som hjalp dem gjennom oppveksten og hva de skulle ønske de fikk av hjelp.

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men navn på daglig ansvarlig ved NTNU må tilføyes.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Den som foretar datainnsamling bør ha kompetanse til å gjøre dette på en slik måte at belastningen på deltakerne blir minst mulig. Man bør være forberedt på å håndtere eventuelle problemer som kan oppstå, både underveis og etter datainnsamling. For eksempel kan enkelte informanter ha behov for oppfølging, og forsker/student må kunne henvise vedkommende til riktig instans, som for eksempel psykolog eller en støttegruppe. I studentprosjekter har veileder et særskilt ansvar for planlegging av datainnsamlingen og god oppfølging både av studenter og informanter.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 02.05.2016. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

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

