

Hilde Siraas

"Å få et lass med steiner bort fra skuldrene"

Hvilken betydning kan det ha for barn å dele erfaringer med andre barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet?

- erfaringer fra gruppetilbudet SMIL

Masteroppgave i Barn og unges psykiske helse
Veileder: Silja Berg Kårstad
Medveileder: Aud Elisabeth Witsø
Juni 2021

Hilde Siraas

"Å få et lass med steiner bort fra skuldrene"

Hvilken betydning kan det ha for barn å dele erfaringer med andre barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet?

- erfaringer fra gruppetilbudet SMIL

Masteroppgave i Barn og unges psykiske helse
Veileder: Silja Berg Kårstad
Medveileder: Aud Elisabeth Witsø
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Studiens tema er barn som er pårørende til foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet. Barna deltok i ei psykopedagogisk samtalegruppe. Hensikten med studien var å undersøke hvilken betydning gruppedeltakelsen kan ha for barn som lever med foreldre som har slike utfordringer.

Den vitenskapsteoretiske tilnærmingen som ble benyttet var kvalitativ forskningsmetode med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Utvalget besto av fire barn som hadde erfaring fra deltakelse i et gruppetilbud. Datainnsamlingen ble utført gjennom semi-strukturerte intervju og datamaterialet analysert med systematisk tekstkondensering (STC).

Den teoretiske bakgrunnen i studien var helsefremmende teorier. Antonovsky sin teori om salutogenese utgjorde studiens hovedteori, mens empowerment og narrativt perspektiv ble benyttet som støtteteorier.

Hovedresultatene viste at barna opplevde økt kunnskap, at de ikke følte seg så alene og økt åpenhet gjennom å dele erfaringer med hverandre.

Barna beskrev at økt kunnskap om psykiske lidelser førte til at de fikk forståelse for den syke forelderens sykdom og sin egen livssituasjon. Ved å få økt kunnskap og forståelse utviklet barna mestringsstrategier som hjalp de til å håndtere situasjoner og følelser i hverdagen sin. Resultatene viste at når barna traff andre barn i lignende situasjon og kjente seg igjen i de andres erfaringer, følte de seg ikke så alene lengre og de fikk mindre bekymringer. En annen betydning var at barna hadde fått en opplevelse av økt åpenhet i nettverket sitt, noe de fortalte hadde ført til en styrket relasjon med sine foreldre og sosial støtte fra sine venner. Det å høre på andre barns vanskelige livshendelser var smertefullt, men kan ha vært helsefremmende ettersom barna hadde en opplevelse av å ha nødvendige ressurser tilgjengelig for å håndtere de.

I lys av helsefremmende teori kan man anta at barna opparbeidet seg flere motstandsressurser ved å delta i gruppetilbudet, noe som kan ha bidratt til at de ble bedre rustet til å håndtere utfordringer i hverdagen. Resultatene kan tyde på at barna etablerte styrkede ressurser som medførte at deres hverdag ble mer begripelig, håndterbar og meningsfull, noe som kan ha vært helsefremmende for barna.

Abstract

The present study is based on children as next of kin to parents with mental health challenges or drugs addictions. The children participated in psychopedagogic discussion-groups. The aim of the present study was to investigate the meaning of how these discussion-groups influenced the children.

The study was based on qualitative research methods with a phenomenological and hermeneutics perspective. Four children participated in the present study. Data collection was performed through semi-structured interview and data material was analyzed by systematic text condensation (STC).

The theoretical background was based on health-promoting theories as Antonovsky's theory of salutogenesis as the main theory, and empowerment and narrative perspective as supporting theories.

The results showed that the children experienced increased knowledge regarding knowing they were not alone having parents with mental health disorder or drug addictions. They achieved increased transparency through shared experiences with other children in the group.

They described increased knowledge about mental health disorder, which helped them to increased understanding for both their parents and their own situation. The increased knowledge led to developed coping strategies that made their every day life easier with less worries. Additionally, they reported a feeling of increased transparency in their network, which had led to a stronger relationship with their parents and social support from their friends. The results showed that listening to each others difficult life events was described as painful, but they seemed to have established necessary resources to handle it.

In light of the health promoting theory, one can assume that the children in the present study gained many resistance resources during participating in the pedagogical conversation group. This may have contributed to more equipped coping resources to handle the challenges in their every day. This can be understood as more established and strengthen resources with more comprehensible, easier to handle and meaningful days, which may have been health promoting for the children.

Forord

Denne studien ble mulig på grunn av støtte og oppmuntring fra mange underveis i prosessen og jeg ønsker å rette en stor takk til alle som har bidratt.

Først og fremst ønsker jeg å takke mine veiledere Silja Berg Kårstad og Aud Elisabeth Witsø ved NTNU, for konstruktive tilbakemeldinger under hele prosessen med studien.

Jeg ønsker å takke barna som tok seg tid til å delta i studien. Uten dere hadde jeg ikke hatt mulighet til å gjennomføre studien og gjort barnas stemme synlig.

Takk til min flotte arbeidsplass og ledere som tilrettelegger for forebyggende tiltak for barn i Psykisk helsevern for voksne. Det har skapt motivasjon til å gjennomføre studien.

Venner og kollega Eli fortjener en stor takk for støtte og motiverende ord, og mine tre supre barn for tålmodigheten. Nå lover jeg å rydde bort bøker og ark på spisebordet ☺

Til slutt, men ikke minst en spesiell takk til Ole-Petter for å ha holdt hodet og humøret mitt oppe i stunder jeg har holdt på å gi opp.

Takknemlig!

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	1
1.1	Studiens bakgrunn og hensikt.....	1
1.2	Studiens problemstilling og forskningsspørsmål	2
1.3	Disposisjon.....	3
2	KONTEKST FOR STUDIEN.....	4
2.1	Risikofaktorer	4
2.2	Beskyttelsesfaktorer	5
2.3	Gruppetilbudet SMIL.....	6
3	TEORETISK GRUNNLAG	8
3.1	Helsefremmende arbeid	8
3.1.1	Salutogenese.....	8
3.1.2	Empowerment	11
3.1.3	Narrativer og meningsdannelse.....	11
4	TIDLIGERE FORSKNING	13
4.1	Nasjonale evalueringer av gruppetilbud for barn som pårørende	13
4.2	Internasjonale studier og evalueringer av gruppetilbud for barn som pårørende...14	14
4.3	Evaluering av gruppetilbudet SMIL	15
5	METODE	17
5.1	Kvalitativ forskningstilnærming	17
5.1.1	Kvalitativt forskningsintervju	17
5.2	Vitenskapsteoretisk forankring	17
5.2.1	Fenomenologisk kvalitativ forskning	17
5.2.2	Hermeneutisk kvalitativ forskning	18
5.3	Forskerrollen	18
5.4	Datainnsamling	19
5.4.1	Rekruttering og utvalg	19
5.4.2	Intervjuguiden	20
5.4.3	Gjennomføring av intervjuene.....	20
5.4.4	Sikring av data og transkribering	22
5.5	Mulige feilkilder.....	22
5.6	Analyse.....	23
5.6.1	Systematisk tekstkondensering.....	24
5.7	Litteratursøk.....	26
5.8	Metodiske vurderinger	26
5.8.1	Studiens kvalitet	26
5.9	Etiske betraktninger	27

6	RESULTAT.....	29
6.1	Økt kunnskap	29
6.1.1	Økt forståelse av sin livssituasjon.....	29
6.1.2	Utvikling av mestringsstrategier.....	31
6.2	Å ikke føle seg alene.....	33
6.2.1	Gjenkjenning og forståelse fra jevnaldrende i samme situasjon	33
6.2.2	Å få mindre bekymringer.....	34
6.3	Økt åpenhet	35
7	Diskusjon.....	37
7.1	Å dele erfaringer kan gi økt kunnskap og forståelse for egen livssituasjon	37
7.2	Å dele erfaringer kan føre til å ikke føle seg alene	39
7.3	Å dele erfaringer kan føre til utvikling av mestringsstrategier.....	40
7.4	Å dele erfaringer kan føre til økt åpenhet, styrkede relasjoner og sosial støtte i nettverket.....	41
7.4.1	Å dele erfaringer kan føre til økt åpenhet og sosial støtte fra jevnaldrende	42
7.4.2	Å dele erfaringer kan føre til økt åpenhet og en styrket relasjon med sine foreldre	43
7.5	Å høre på andres erfaringer kan oppleves vanskelig	44
7.6	Videre forskning.....	46
8	Avslutning.....	47
9	Litteraturliste	49
10	VEDLEGG	55

Figurer

Figur 1: Sammenheng mellom erfaringsdeling, økt kunnskap om psykiske lidelser, forståelse av foreldrenes sykdom og barnas forståelse av egen livssituasjon 30

Tabeller

Tabell 1: Gruppeforløpet til SMIL med målgruppe og tema, inkludert forsamtalene og avslutningssamtalen (NK LMH, 2013) 7

Tabell 2 Oversikt over resultatenes kategorier og subkategorier 29

1 INNLEDNING

1.1 Studiens bakgrunn og hensikt

Beregninger fra Folkehelseinstituttet (FHI) anslår at det er 425 000 barn i Norge som har foreldre med helseproblemer knyttet til psykisk helse eller alkoholmisbruk som går utover foreldrenes daglige fungering og omsorgsevne (Torvik & Rognmo, 2011). Barn som vokser opp med foreldre som har psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet har økt risiko for selv å utvikle psykiske helseutfordringer (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Torvik & Rognmo, 2011). For en tredjedel av barna blir helseutfordringene langvarige og alvorlige (Beardslee et al., 1998). En rapport fra FHI viser at barna har om lag fordoblet risiko for å oppleve negative livshendelser, og sammenlignet med andre barn opplever de i større grad omsorgssvikt, vold, seksuelle overgrep og tidlig død (Torvik & Rognmo, 2011). I tillegg fant en multisenterstudie at barn som er pårørende har lavere livskvalitet enn barn i normalbefolkningen (Ruud et al., 2015).

Rapporter (Aamodt & Aamodt, 2005; Solbakken & Lauritsen, 2006) og studier (Lauritzen, Reedtz, Van Doesum & Martinussen, 2014; Melle & Johansen, 2002; Ytterhus & Almvik, 1999) viser at barn i familier med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet ikke fikk den oppfølgingen og støtten de hadde behov for. Behandlingsapparatet i Norge var passivt når det gjaldt tiltak for både barn og foreldre, og barnas behov var å bli oppdaget, oppfulgt og få informasjon om foreldrenes utfordringer. I 2010 kom helsepersonelloven § 10a med bestemmelser for å forebygge og gi helsefremmende psykisk helsearbeid for barn og deres familier (Helsepersonelloven, 1999). Her fikk mindreårige barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom status som pårørende, og helsepersonell ble pliktig til å sørge for at barna fikk informasjon og nødvendig oppfølging. I kjølvannet av lovendringene utviklet en del foretak og kommuner tiltak, og mange valgte å tilby psykopedagogiske samtalegrupper for barn som er pårørende (Theisen & Ådnanes, 2014). I de senere årene har det oppstått økt oppmerksomhet rundt erfaringer, tanker og følelser barn kan ha når det gjelder konsekvensene foreldrenes sykdommer og rusavhengighet har for dem. Barn betraktes ikke lenger som passive ofre for sine foreldres helseutfordringer, men som virksomme aktører som forholder seg aktivt til det de erfarer, og som gjør sine egne valg og vurderinger (Trondsen & Ytterhus, 2017).

Studien tema er barn som pårørende til foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet, og fokuset var barns deltakelse i ei psykopedagogisk samtalegruppe. Gruppetilbudet i studien har navnet SMIL, «*Styrket mestring i livet*», og er et tiltak for barn i alderen 8-16 år som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet (Bratli, Lindgren & Østberg, 2015). Med en tilnærming basert på psykopedagogiske prinsipper og risiko- og beskyttelsesfaktorer, er målsettingen at SMIL skal være et helsefremmende og forebyggende tiltak for at barn ikke utvikler egne helseplager. I gruppetilbudet møter barna jevnaldrende som også har foreldre med psykiske- eller rusrelaterte helseutfordringer, og det å bli bevisst at andre har lignende utfordringer og foreldre med problemer er tillagt betydning. Likeså å erfare at det kan være nyttig å dele erfaringer og tanker med andre barn og (Bratli et al., 2015). En beskrivelse av gruppetilbudet gis i kapittel 2.2.

Bakgrunn for valg av tema var egen faglig interesse, da jeg har vært deltaktig i SMIL som gruppeleder i flere år. Hovedgrunnen var imidlertid den manglende dokumentasjon på hvilke betydninger det kan ha for barn å delta i gruppetilbudet. En kunnskapsoppsummering av effekter det kan ha på barn, basert på evalueringer av gruppetilbudet (Bratli, 2010; Theisen & Ådnanes, 2014), konkluderte med at det forelå begrenset dokumentasjon på effekt av tiltaket (Vis & Havnen, 2017). Oppsummeringen konkluderte allikevel med at gruppetilbudet hadde god forankring i teorier om psykoedukasjon og risiko- og beskyttelsesfaktorer, som kan påvirke den psykososiale utviklingen til barna. Formålet med min studie var å bidra til kunnskapsutvikling om hvilken betydning det kan ha for barn å delta i gruppetilbudet, noe som også kan være et bidrag til kunnskapsgrunnet for de som er engasjert i SMIL i Norge.

1.2 Studiens problemstilling og forskningsspørsmål

Det er utført nasjonale og internasjonale studier og evalueringer av andre gruppetilbud for barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet (Gance-Cleveland, 2004; Gladstone, 2010; Grant, Repper & Nolan, 2008; Halså og Aubert, 2009; Kufås, 2002; Solberg, 2003; Svendsen, 2004; Templeton, 2014). Gruppetilbudet SMIL er evaluert to ganger (Bratli, 2010; Theisen & Ådnanes, 2014). Ingen har samme problemstilling som min studie, noe som var medvirkende til valget av problemstilling. Studiens tema kan studeres og forstås fra ulike perspektiv, men jeg har valgt å fokusere på barnas egne erfaringer og kunnskap fra sitt liv. Ifølge Mayall (2008) vil barns kunnskap som er basert på opplevd erfaring føre til at barnas bidrag kan løftes til et høyere kunnskapsnivå, enn ved å for eksempel benytte perspektiv som omhandler barnas mening, tanker eller syn på noe utenfor dem selv. Perspektivet i denne studien er å møte barn som deltar i gruppetilbudet med utgangspunktet at de er friske barn, men tilhører en marginal gruppe på grunn av den økte belastningen det kan følge med foreldrenes psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet (Mayall, 2008). Barna forstås som unike enkeltindivider med verdifull kunnskap om egne opplevelser knyttet til å delta i et gruppetilbud på bakgrunn av at deres foreldre har utfordringer.

Studien har følgende problemstilling:

Hvilken betydning kan det ha for barn å dele erfaringer med andre barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet – erfaringer fra gruppetilbudet SMIL

Når jeg i studien har hatt fokus på at barna deler erfaringer med hverandre i gruppetilbudet, er det siktet til både det å fortelle om egne opplevelser, og å høre på de andre barnas opplevelser og erfaringer. Dette er bakgrunnen for studiens forskningsspørsmål:

- 1. Hvilken betydning har det for barn å dele sine erfaringer med andre barn som deltar i et gruppetilbud?*
- 2. Hvilken betydning har det for barn som deltar i et gruppetilbud å høre andre barns erfaringer?*

1.3 Disposisjon

Oppgaven er delt inn i sju kapitler. Innledningen gir en ramme for studien med beskrivelse av bakgrunn for studiens tema, problemstilling og disposisjon. I kapittel 2 gjør jeg rede for kunnskapsstatus knyttet til kontekster i studien, hvor det er fokus på risiko- og beskyttelsesfaktorer for barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet, samt en beskrivelse av gruppetilbudet SMIL. Kapittel 3 gjør rede for studiens teoretiske bakgrunn hvor jeg har valgt teorier med bakgrunn i helsefremmende prosesser som salutogenese, empowerment og narrativ teori. I kapittel 4 redegjøres det for tidligere forskning med fokus på nasjonale- og internasjonale evalueringer av gruppetilbud for barn som pårørende, samt evaluering av gruppetilbudet SMIL. Kapittel 5 utgjør metodedelen hvor det kommer en beskrivelse av studiens vitenskapsteoretiske tilnærming som er kvalitativ forskningsmetode med et fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv. Her blir også studiens forskningsdesign, litteratursøk og den praktiske gjennomføringen av intervjuene beskrevet. I tillegg kommer de sentrale forskningsetiske hensyn jeg har forholdt meg til, samt studiens kvalitet med fokus på sterke og svake sider i studien. I kapittel 6 presenteres resultatene i studien, og i kapittel 7 kommer diskusjonen hvor resultatene ses i lys av tidligere forskning og studiens teoretiske bakgrunnskunnskap. Tilslutt blir studien oppsummert med et eget avslutningskapittel.

2 KONTEKST FOR STUDIEN

I dette kapitelet gjør jeg rede for kunnskapsstatus knyttet til kontekster som kan være aktuelle i studien. Først kommer fokus på risikofaktorer for barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer, deretter beskyttelsesfaktorer og tilslutt en beskrivelse av gruppetilbudet SMIL.

2.1 Risikofaktorer

Forskning har vist at barn som vokser opp med foreldre som har en psykisk sykdom eller rusavhengighet blir utsatt for mange risikofaktorer (Baik & Bowers, 2005; Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009; Kvello, 2010; Werner & Malterud, 2016; Östman, 2008). Funn i disse studiene avdekket at psykisk sykdom og rusavhengighet var tabubelagte temaer det ble snakket lite om i familiene. Mangel på åpenhet og lite kunnskap om foreldrenes sykdom var et særpreg og en problematikk barna i stor grad opplevde. Baik og Bowers (2005) fant at barna hadde en tydelig fornemmelse om at de ikke måtte snakke med andre om foreldrenes problemer, og at det som skjedde hjemme var en familiehemmelighet som barna forsøkte å skjule. Ifølge Kvello (2010) opplever barn som vokser opp med en forelder som har psykisk lidelse en uforutsigbar hverdag og de blir sårbare for å utvikle egne helseplager.

Barna i studien til Werner og Malterud (2016) uttalte at de hadde en mistanke om at voksne i nettverket forsto at de ikke hadde det bra hjemme, og de følte seg sviktet da ingen hjalp de. Barna rapporterte at hverdagslivet var preget av utrygghet og skremmende forandringer i foreldrenes atferd, samt dårlig stemning og krangling i hjemmet. Dette understøttes i studiene til Östman (2008) og Sølvsberg (2011), hvor det kom frem at dette hadde ført til at barna hadde konstante bekymringer og uforutsigbarhet i livene sine. Barna hadde behov for en forklaring på det som foregikk i familien og ønsket noen å snakke med.

Forskning har vist at mangel på kunnskap om det som foregikk i familien var en av de viktigste årsakene til at barn som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer selv utviklet problemer (Beardslee, 2009; Gladstone, 2010). Baik og Bowers (2005) fant at mangel på åpenhet hadde ført til at barna trodde de hadde skyld i foreldrenes atferd og følelsesuttrykk. Dette førte til at barna følte seg som dårlige mennesker og tenkte at noe var galt med seg selv. Ingen hadde fortalt at grunnen til foreldrenes atferd var sykdomsrelatert, noe som ifølge barna hadde ført til at barndommen deres kunne blitt bedre. I studien til Fjone et al. (2009) beskrev barna en diffus følelse av at noe var galt med foreldrene, men de forsto ikke hva ettersom det ikke ble snakket om. Mange barn var overlatt til seg selv når det gjaldt å forstå foreldrenes problemer og de måtte håndtere vanskelige hendelser og følelser på egen hånd. Dette rapporterte også barna i studien til Trondsen (2012b). Her kom det frem at når foreldrene ikke snakket om problemene sine og barna manglet kunnskap, opplevde barna stor byrde og dramatiske hendelser ble mer skremmende.

Samtidig har studier vist at det ikke trenger å være utelukkende positivt å åpne opp og snakke med andre om det som skjer i familien (Mordoch & Hall, 2008; Trondsen, 2012b).

Trondsen (2012b) fant at barna var redde for å ikke føle seg forstått og av den grunn hadde vansker med å betro seg til andre, spesielt jevnaldrende. Barna beskrev at de trodde andre barn ikke hadde opplevd tilsvarende, og at de derfor ville ha vansker med å forstå. Barn som har vokst opp med foreldre med psykiske lidelser følte seg veldig alene med sine erfaringer blant jevnaldrende, viste studien til Gilstrup (2004), og barna i studien til Mordoch & Hall (2008) rapporterte at de ikke ønsket å få et stempel som annerledes og var derfor nøye med hvem de fortalte om sine opplevelser til.

2.2 Beskyttelsesfaktorer

Til tross for en oppvekst med psykisk sykdom og rusavhengighet i familien er det mange barn som mestrer livet som sine jevnaldrende (Beardslee, 2009; Borge, 2018; Cogan, Riddel & Mayes (2005); Glistrup, 2004; Killèn, 2009; Waaktaar & Christie, 2000). Beardslee (2009) fant i sin studie at kunnskap og forståelse for foreldrenes sykdom var avgjørende for at barna skulle utvikle et aktivt og selvstendig liv med en opplevelse av å være mer adskilt fra foreldrenes sykdom. Ved å gi barna kunnskap fikk de økt forståelse for hvordan de selv kunne bli påvirket av å stå nær personer med psykisk sykdom og de fikk en klar oppfatning av å ikke være skyld i foreldrenes problemer. Det å skape mening og sammenheng for barna, slik at de hadde kunnskap om hvorfor foreldrene forandret seg eller var annerledes enn andre voksne, hadde vært en forebyggende faktor. Videre viste studien at de barna som klarte seg best hadde etablert et språk for hverdagslivets hendelser og på denne måten ble de beskyttet mot uheldige utslag av foreldrenes psykiske problemer. De barna som ikke klarte seg så bra var de som vokste opp i familier preget av mangel på kommunikasjon og informasjon. Når det som skjedde i familien ble snakket om fikk barna kunnskap om hva de måtte beskytte seg mot, noe som førte til en demping av angst, forvirring og fortvilelse hos barna. Dette understøttes i studien til Cogan et al. (2005), som også fant at de barna som hadde fått kunnskap og informasjon om foreldrenes sykdom opplevde en bedre håndtering av sin livssituasjon.

Killèn (2009) fant at de som klarte seg best under belastende forhold var de barna som opplevde sammenheng og kontinuitet i livet. Barn som hadde en trygg tilknytning utenfor hjemmet opplevde minst konsekvenser av en oppvekst med psykisk sykdom og rus i familien. Viktige faktorer som beskyttet og forebygget for at barna selv ikke skulle utvikle problemer, var ifølge Killèn (2009) at de fikk hjelp til å bearbeide vanskelige opplevelser, ivareta relasjonen til sine foreldre og mestre egen livssituasjon.

Forskning har vist at sosial støtte i barnets nettverk var en beskyttende faktor som fremmet resiliens (Fraser & Pakenham, 2009). Sosial støtte reduserte barnas stressreaksjoner og deres langvarige vansker, noe som er viktig ettersom barn som har foreldre med psykiske lidelser er ei svært sårbar gruppe (Pølkki, Ervast & Huupponen, 2004). Andre studier har vist at sosial støtte utenfor hjemmet var viktige beskyttelsesfaktorer, og her kom det i tillegg frem at det å oppleve tilhørighet og gode gruppefelleskap var forebyggende for barn som er pårørende (Waaktaar & Christie, 2000; Borge, 2018). Innenfor trygge rammer har det å møte andre barn i lignende situasjon og erfare at de ikke er alene om å ha foreldre med problemer, hatt positive virkninger på barn (Glistrup, 2004; Killèn, 2009; Sølvberg, 2011).

2.3 Gruppetilbudet SMIL

I 2001 startet Blakstad sykehus et samtaletilbud til barn, noe som ble et pionerarbeid i Norge da det representerte en arbeidsform som ikke var benyttet tidligere her i landet. Det psykopedagogiske gruppetilbudet bygde på kunnskap fra lignende tilbud i England og Sverige hvor resultatene viste at barn som deltok i samtalegrupper mestret utfordringene og problemene knyttet til foreldrenes psykiske sykdommer bedre enn tidligere (Solberg, 2003). I dag finnes det flere lignende gruppetilbud i Norge, som SMIL.

SMIL er initiert og utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) med midler fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). På bakgrunn av lovverk og kunnskap om forebygging av barn som pårørende fikk de i oppdrag å utvikle et lærings- og mestringstilbud for barn med psykisk syke og/ eller rusmiddelavhengige foreldre i helseforetakene. Gruppetilbudet SMIL ble etablert i 2008 som et toårig utviklingsprosjekt. I 2010 fikk lokale initiativtakere implementeringsmidler til å etablere SMIL-grupper, og SMIL er nå etablert i helseforetakene (Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse [NK LMH], 2020). SMIL er i dag etablert i alle fire helseregioner i Norge, og i 2014 hadde 285 barn med sine foreldre deltatt (Theisen & Ådnanes, 2014). Tallet antas å være langt høyere når studien min utføres ettersom SMIL fortsatt eksisterer og har siden 2014 blitt regelmessig gjennomført flere steder i landet (Siw Bratli, personlig kommunikasjon, 26. mai 2021).

For å implementere SMIL må en samarbeidsstruktur med kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner ligge til grunn. Ansvarlig for det faglige innholdet i gruppene har gruppelederne, som fortrinnsvis kommer fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. I tillegg deltar en brukerrepresentant som har erfaring fra å vokse opp med en forelder med psykisk helseutfordring eller rusproblem. Denne erfaringskompetansen har til hensikt å være rollemodell til støtte og formidling av håp for barna, og anses å være en viktig kompetanse i SMIL (Bratli et al., 2015). Rekruttering til gruppa skjer med henvisning fra både voksen- og barneorienterte tjenester, og et grunnleggende kriterium for å delta er at foreldrene ønsker samarbeid og åpenhet omkring familiens situasjon. I tillegg er det viktig med samtykke fra begge foreldre om at barnet skal delta, da utbyttet i stor grad avhenger av barnets trygghet på at foreldrene har godkjent og støtter deltakelse. En guide setter standard for faglig forankring og forslag til gjennomføring av gruppene (NK LMH, 2020).

Familieperspektivet er grunnleggende i SMIL og den overordnede målsettingen er å styrke foreldre- barn relasjonen. Gjennom familiesamarbeid og egne foreldresamlinger er det fokus på hvordan psykisk sykdom i en familie kan påvirke familie- og hverdagslivet. En viktig oppgave er å bistå foreldrene til å innta barnas perspektiv ved å skape åpenhet og tematisere barnas situasjon, samt veilede og støtte foreldrene i omsorgsrollen. I SMIL er det fokus på å tilrettelegge for større grad av gjensidig åpenhet, forståelse og bevisstgjøring av barnas situasjon i familien (NK LMH, 2020).

Gjennom gruppefelleskapet og støtten fra gruppelederne er sentrale målsettinger i SMIL at barna får:

- Økt kunnskap om- og forståelse av psykisk sykdom og rusproblemer
- Økt kunnskap om- og forståelse av egne og andres følelser
- Bevisstgjøring av eget nettverk og muligheter for sosial støtte og avlastning
- Styrket positivt syn på seg selv: ressurser, ferdigheter og egenmestring
- Økt innsikt- og forståelse av egen og andres situasjon (Bratli et al., 2015)

SMIL inneholder noen rammer og grunnstrukturer for gjennomføring av gruppene:

- 12 gruppesamlinger for barna
- To av disse er familiesamlinger og to er foreldresamlinger
- Når foreldrene er på foreldresamling deltar barna på mestringsfremmende aktivitet som for eksempel klatring eller gårdsbesøk
- Hver gruppesamling varer i 2- 2,5 timer
- Gruppen møtes en gang i uka
- Fast ramme og faste elementer under alle gruppesamlingene for å skape forutsigbarhet og trygghet for barna
- Fast måltid under alle gruppesamlingene
- To forsamtaler før gruppestart for å sikre at SMIL er egnet for barnet og familien
- En avslutningssamtale etter gruppeslutt
(NK LMH, 2020)

I gruppesamlingene til barna kombineres samtale og erfaringsutveksling, med fysisk aktivitet. Hver enkelt gruppesamling har et overordnet tema og enkelte tema tas opp flere ganger, men gruppelederne skal gjennomføre et fleksibelt opplegg etter barnas behov. Tabellen under viser gruppeforløpet i SMIL.

Tabell 1: Gruppeforløpet til SMIL med målgruppe og tema, inkludert forsamtalene og avslutningssamtalen (NK LMH, 2020)

	Hva og målgruppe	Tema
	<i>Forsamtale 1: Henviser og foreldre</i>	Samtale med gruppelederne med fokus på bakgrunn for henvisning
	<i>Forsamtale 2: Barnet med foreldre</i>	Samtale med gruppelederne med informasjon om SMIL og fokus på hvorfor barnet skal delta
1	<i>Familiesamling 1: Barn og foreldre</i>	Velkommen og informasjon om SMIL, samt fokus på at både barnegruppa og foreldregruppa skal møtes
2	<i>Samling for barna</i>	Om følelser
3	<i>Samling for barna</i>	Psykisk sykdom og rusproblemer
4	<i>Foreldresamling Aktivitetssamling for barna</i>	Om støtte og mestringsmuligheter i og for familien Mestringsfremmende aktivitet som for eksempel klatring eller gårdsbesøk
5	<i>Samling for barna</i>	Nettverk: familie, venner, dyr og andre
6	<i>Samling for barna</i>	«Om å være meg»
7	<i>Samling for barna</i>	Om følelser
8	<i>Foreldresamling Aktivitetssamling for barna</i>	Om barn som pårørende og foreldreskap Mestringsfremmende aktivitet som for eksempel klatring eller gårdsbesøk
9	<i>Samling for barna</i>	Nettverk: familie, venner, dyr og andre
10	<i>Samling for barna</i>	Åpen samling
11	<i>Samling for barna</i>	Om mening, håp og fremtid
12	<i>Familiesamling: Barn og foreldre</i>	Avslutningsfest for barn, foreldre og gruppeledere
	<i>Avslutningssamtale: Barnet med foreldre</i>	Samtale med gruppelederne med fokus på hvordan SMIL-gruppa har vært og evt. videre tiltak

3 TEORETISK GRUNNLAG

I dette kapitlet presenteres studiens teoretiske grunnlag. Jeg har valgt helsefremmende arbeid som teoretisk ramme for å fremskaffe kunnskap og forståelse om hvilken betydning det kan ha for barna å møte andre barn og dele sine erfaringer. Hovedteorien er Antonovsky (2012) sin teori om salutogenese som identifiserer faktorer som kan ha bidratt til å fremme og hemme helsen til barna i studien. Cederblad og Hansson (2004) og Johansson (1996) påpeker at den salutogene teorien er en generell teori som kan betraktes å være overgripende og helhetlig, mens empowerment og narrativ teori kan utfylle, støtte og supplere salutogenesen. I studien min har jeg derfor valgt empowerment (Askheim, 2007) og narrativ teori (Bruner, 1990) som støtteteorier for å få belyst om barna fikk styrker, ressurser og kraft til å ha kontroll i eget liv, og om nye narrativer ble skapt hos barna ved at de delte sine historier med andre.

3.1 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i faktorer som kan styrke befolkningens helse. Her rettes fokuset mot forhold som bidrar til å fremme sosiale og personlige ressurser, samt fysisk og psykisk helse (Helsedirektoratet, 2010).

Gjennom Ottawa-charteret ble forebyggende helsearbeid en viktig global satsning og folkehelseperspektivet fikk en ny dimensjon. Her ble helsefremmende arbeid definert som en prosess som setter mennesker i stand til å få økt kontroll og forbedre sin helse. Ottawa-charteret la vekt på mennesket som et aktivt og deltakende subjekt, som gjennom livet møter andre mennesker, utfordringer og får ulike erfaringer. Faktorer som påvirker helsen blir kalt helsedeterminanter og omfatter blant annet genetikk, sosioøkonomisk status, familie og kultur. Disse er avgjørende for hvordan livet blir (Mæland, 2016). Alle mennesker har ulike forutsetninger for å løse helseproblemene som eventuelt oppstår, og målet i helsefremmende arbeid er å gjøre mennesket i stand til å leve et aktivt og produktivt liv, samt ha god livskvalitet og mulighet til å mestre utfordringer det står overfor (Lindström & Eriksson, 2015).

3.1.1 Salutogenese

Aron Antonovsky (1987) utviklet teorien om salutogenese som setter søkelys på helse og helsefremmende prosesser. Teorien representerte et nytt syn på helse og sykdom, og bidro til å nyansere og utfylle den patogene helseforståelsen som hadde et sykdomsfokus. Salutogenese som betyr «helsens opprinnelse» har fokus på hvilke faktorer som fremmer god fysisk og psykisk helse hos menneskene, og hvilke faktorer som demper eller fjerner stressorer. Menneskets helse er bevegelig og sees på som et kontinuum mellom god og dårlig helse, hvor det strebes etter faktorer som får mennesket til å være mest mulig nær polen med god helse, mestring og velvære. Teorien om salutogenese er mest kjent for nøkkelbegrepene «sense of coherence» og generelle motstandsressurser (Antonovsky, 2012).

3.1.1.1 Opplevelse av sammenheng

«Sense of coherence» er oversatt til *opplevelse av sammenheng (OAS)* på norsk. Antonovsky (2012) utviklet dette begrepet for å få svar på hvorfor noen mennesker tross for sykdom og mange belastninger likevel hadde det bra i livet sitt og opplevde å ha god helse. Samtidig oppdaget han at noen ble sterkere av motgang. Teorien fastslår at mennesker som utsettes for belastende opplevelser kan få bedre helse om de på et eller annet vis opplever sammenheng i livet sitt. OAS har fokus på hvilke faktorer som fremmer menneskets evne til å tilpasse seg stressfulle indre og ytre omgivelser, og det salutogene mestringsperspektivet kan forklare hvor mennesket befinner seg i kontinuumet. For å bevege seg mot den enden av kontinuumet som gir høyere grad av god helse er mennesket avhengig av at det opplever at livet er begripelig, håndterbart og meningsfullt. Ifølge Antonovsky (2012) utgjør de tre viktige helsefremmende kjernekomponenter i OAS:

Begripelighet handler om menneskets grunnleggende evne til å begripe virkeligheten, og om omgivelsene oppleves forutsigbare, strukturerte og forståelige. Når mennesker opplever begripelighet har de utviklet en økt tillit og forventning om at det de utsettes for i fremtiden også er forståelige og begripelige.

Håndterbarhet handler om i hvilken grad mennesket opplever å ha motstandsressurser for å mestre krav og forventninger som oppstår. Dette kan være indre ressurser som for eksempel trygghet og selvtillit, og det kan være ytre ressurser som for eksempel venner, mennesker som kan gi råd eller steder man kan henvende seg for å få hjelp. Dersom det ikke er nødvendige motstandsressurser til rådighet er det større risiko for at mennesket blir syk eller opplever problemer i livet sitt.

Meningsfullhet handler om at mennesker oppnår best helse om de har en opplevelse av at det som skjer i livet har en mening og er følelsesmessig forståelig. Dette er ifølge Antonovsky (2012) den viktigste helsefremmende komponenten i OAS. Det er vesentlig at mennesket opplever at det er viktig å bruke engasjement og innsats for å løse problemet eller utfordringene som oppstår. På denne måten fremstår situasjoner og hendelser mer begripelige og håndterbare for mennesket.

Når jeg i studien skal finne hvilken betydning det kan ha for barn å dele sine erfaringer med andre barn, kan det være relevant å se funnene i lys av de helsefremmende komponentene. Opplevde barna endring i begripeligheten, håndterbarheten eller meningsfullheten i livene sine etter gruppedeltakelse? Antonovsky (2012) påpeker at mennesket forsøker å oppnå høy grad av alle tre når det opplever utfordringer og stressorer i hverdagen, og komponentene er uløselige knyttet til hverandre. Menneskets helse er i tillegg påvirket av den personlige kapasiteten til å forstå og mestre situasjoner det utsettes for fra omgivelsene, og best helse oppnås når tilværelsen oppleves sammenhengende med en følelse av kontroll (Antonovsky, 2012).

3.1.1.2 Generelle motstandsressurser og stressfaktorer

For å svare på spørsmålet om den gode helsens opprinnelse har Antonovsky (2012) fokus på menneskets stressfaktorer og motstandsressurser. I løpet av livet utsettes man for en rekke stressfaktorer, og om de ytre eller indre belastningene påvirker helsen positivt, negativt eller ikke i det hele tatt er avhengig av menneskets OAS. Antonovsky (2012) definerte stressfaktorer som krav mennesket ikke har en umiddelbar eller automatisk adaptiv respons på, men som man like fullt er tvunget til å reagere på. Stress i salutogen teori fremstår som en potensiell helsefremmende faktor, noe som kan forklares med menneskets *generelle motstandsressurser*. Dette er ifølge Antonovsky

(2012) et nøkkelbegrep og introduseres som en forklaring på forskjellene i stresshåndtering og på hvorfor utfallet av stresspåvirkning er så varierende fra menneske til menneske. Generelle motstandsressurser defineres som enhver karakteristikk av mennesket, gruppen eller omgivelsene som kan fremme mestring av spenning (Antonovsky, 1987). Ved å benytte Antonovsky sin teori om motstandsressurser i studien ønsker jeg å belyse om barna i gruppetilbudet opplever det å møte andre barn i samme situasjon og dele sine erfaringer, som en motstandsressurs. Ifølge Langeland (2011) kan motstandsressurser skape livsopplevelser preget av indre sammenheng og medbestemmelse. Det å fremme menneskets evne til å mestre stress og utfordringer i krevende livssituasjoner bidrar til å utvikle og bevare et sterkt OAS. Jo flere slike mestringsressurser mennesket opplever å ha tilgjengelig, jo høyere OAS og bedre livskvalitet vil mennesket oppleve (Langeland, 2011). Hvordan menneskene mestrer belastninger og stress, avhenger av hvilke motstandsressurser det har tilgjengelig og i hvilken grad (Antonovsky, 2012). Kan det å delta i SMIL og dele sine livserfaringer med andre barn bidra til at barna ble styrket til å mestre utfordringene i sin hverdag? Eller kan det kanskje oppleves skremmende og være skadelig for barna å høre andre dele sine erfaringer? Langeland og Vaardal (2014) påpeker at tilgjengeligheten, bevisstheten om motstandsressursene og evnen til å benytte de er avgjørende for om spenningen som oppstår når man møter stress, blir mestret på en god måte og leder til styrke. Dette vil gi en grunnholdning i møte med andre mennesker og hendelser i livet.

I den salutogene teorien er de motstandsressursene som fremmer håp og positive forventninger for fremtiden viktige (Antonovsky, 1987). Det finnes flere hovedområder for motstandsressurser: Sosial støtte, kunnskap, egoidentitet og gode mestringsstrategier:

Sosial støtte beskrives som en særlig viktig motstandsressurs. Mennesker som har nære bånd til andre mennesker mestrer stress bedre enn de som mangler en slik kvalitet i sine relasjoner (Antonovsky, 1987).

Kunnskap kan som motstandsressurs forstås som en kognitiv ressurs. Det å få kunnskap gir økt innsikt og forståelse, og på den måten blir mennesket kjent med den virkelige verden. Ved å tilegne seg ferdigheter kan man foreta flere bevisste valg og handlinger i livet sitt, noe som bidrar til å fremme opplevelsen av mestring og som styrker identiteten (Langeland & Vaardal, 2014).

Egoidentitet handler om menneskets opplevelse av seg selv. Et menneske med sterk egoidentitet har best evne til å velge fra repertoaret av alle motstandsressursene som vedkommende har til rådighet, og som vurderes å være den mest passende (Antonovsky, 1987).

Å ha *gode mestringsstrategier* er en motstandsressurs som fører til at mennesket blir mer rustet til å handle, regulere følelser, være rasjonell og ha vidsyn (Langeland og Vaardal, 2014).

Relasjonen mellom motstandsressursene og OAS er gjensidig forbundet, og kan forsterke hverandre (Antonovsky, 2012). Når et menneske med belastninger mottar sosial støtte styrker dette menneskets OAS, noe som fører til en opplevelse av økt evne til å nyttiggjøre seg sine ressurser. Et menneske med sterk OAS velger den motstandsressursen fra repertoaret som virker som den mest egnede kombinasjonen og best egnet til å håndtere stressfaktorer som oppstår. Erfaring på å ha ressurser til å takle situasjoner og ha tro på at det finnes løsninger på opplevelser som kan oppleves forvirrende, er viktig i teorien. En stressfaktor som vurderes truende hos et menneske

med høy OAS vil skape mindre sterke følelser enn hos et menneske med svak OAS (Antonovsky, 2012).

Ifølge Langeland (2007) kan det å delta i ei samtalegruppe være en motstandsressurs og deltakerne kan få økt sin OAS. Det å oppleve sosial støtte av de andre deltakerne er en viktig helsefremmende faktor, og også det å gi sosial støtte er ilagt en vesentlig betydning. Dersom gruppeklimate opplever tillitsfullt kan menneskene i gruppa få konstruktive tilbakemeldinger fra andre deltakere, nyttige råd og oppleve seg selv mer alminnelig. På bakgrunn av andres tilbakemeldinger kan de få styrket sin identitet (Langeland, 2007). I studien møter barna jevnaldrende i lignende situasjon. Det å belyse teorien opp mot funnene kan være interessant for å finne ut som barna opplevde sosial støtte fra de andre, og hvilken betydning det eventuelt har hatt.

3.1.2 Empowerment

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer empowerment som en prosess der mennesker får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse (World Health Organization [WHO], 1998). Perspektivet kan spores tilbake til Freires på 1960- tallet, og budskapet var at dersom mennesker skal overvinne undertrykking må de bli klar over dens årsaker for deretter å kunne gjøre endringer i sin situasjon (Freire, 1974). Siden slutten av 1990- tallet har empowerment ligget implisitt i helselover og stortingsmeldinger, og intensjonen er økt livskvalitet og levekår for deltakelse og mestring (Tveiten, 2016). I dag brukes begrepet også til mennesker som kan stå i en avmaktssituasjon, som for eksempel rusmisbrukere eller mennesker med psykiske lidelser (Vågan & Sandvin Olsson, 2018).

Empowerment kan forstås som myndiggjøring eller egenkraftsmobilisering, og handler om at mennesker som befinner seg i en avmaktsposisjon skal opparbeide seg kraft og styrke for å komme seg ut av avmakten. Kjernen i begrepet er «power», som betyr makt som redskap for å styrke de maktesløses makt (Askheim, 2007). Målsettingen i empowerment er å styrke menneskets og gruppens selvkontroll, og på den måten øke deres selvbilde, kunnskap og ferdigheter. Mennesket betraktes som et aktivt og handlende subjekt med mulighet til å påvirke egen tilværelse hvis forholdene legges til rette. Motsetningene til empowerment er kraftløshet, lært hjelpesløshet og manglende kontroll over livet (Askheim, 2007).

Når mennesket blir mer bevisst ressursene som finnes, opplever det økt mestring og økt håndterbarhet i livet. Ifølge Aujoulat, d`Hoore og Deccahe (2007) handler empowerment om å styrke mennesket slik at dets egen kraft og ressurser utvikles, og at det derfor opplever å få makt og kontroll over eget liv. Med perspektivet empowerment ønsker jeg å finne ut om barna i studien fikk en opplevelse av økt styrke og utvikling av egen kraft og ressurser som ga de en følelse av autonomi og kontroll i livet. Sentralt i perspektivet er å styrke menneskets selvtillit, mentale kapasitet og evnen til å gi uttrykk for behov og ønsker (Aujoulat et al., 2007). Askheim (2007) påpeker at i empowerment er et viktig fokus å skape rom og ressurser for at mennesket skal kunne vokse i kraft av egen styrke og få tro på at det er mulig å bli aktør i eget liv.

3.1.3 Narrativ teori og meningsdannelse

Ved bruk av narrativ teori ønsker jeg å løfte frem hvilken betydning det kan ha for barna å sette ord på og fortelle historier fra sine livshendelser. I denne teorien er en grunnleggende forståelse at vi mennesker forstår oss selv og vår omverden gjennom

historiene vi forteller. Den omfatter mer enn å gjenfortelle en historie eller hendelse, og bidrar til å organisere historien og gjennom det skape ny mening. Narrativene bidrar dermed til å skape mening i situasjoner der den eksisterende forståelsen ikke strekker til, noe som kan bringe inn nye perspektiver, fortolkning og evaluering av hendelsene (Bruner, 1990). Menneskets historie skaper helhet og mening i våre opplevelser, samt gir oss en tydeligere opplevelse av hvem vi er. Vi forteller ikke bare historier, men historiene former oss som mennesker. Identitet er noe som oppstår i relasjon med andre ved at historier fortelles, deles og gjenfortelles gjennom hele livet (Knutsen, 2013).

Barna i studien fortalte historier om seg selv og sine liv til andre barn. Ifølge Iglebæk og Jensen (2008) er det lettere å skape narrativer om hendelser som er delt med andre, og det hjelper barna til å skape et sammenhengende strukturert narrativ og økt meningsdannelse. Av den grunn kan barna få mindre vansker med det i ettertid. Det å belyse narrativ teori opp mot funn i studien kan være interessant for å finne ut hvilken betydning det kan ha for et barn å fortelle historier om seg selv og sitt liv til andre barn, og for å finne ut om nye narrativer ble skapt hos barna.

Ifølge Bruner (1990) er menneskenes selvfortellinger formet av kulturen de lever i og de styres av kognitive og språklige prosesser. Dette skaper de selvbiografiske fortellingene om livsverket. Selv om menneskene skaper selvbiografiske fortellinger hele livet er det særlig når uvanlige eller uventede hendelser oppstår at behovet for å skape en mening oppstår. Behovet for meningsdannelse stimulerer til konstruksjon av narrativer (Bruner, 1990). Dette oppstår når mennesket har behov for å skape sammenheng og mening i opplevelsene noe som øker ved å oppleve vanskelige livssituasjoner. Barn har mindre muligheter til å forstå sammenhenger enn voksne, og de vil sannsynligvis trenge hjelp til å konstruere narrativer (Iglebæk 2006). Det å forstå hva som skjer og hva som kan skje er viktig for et barn, noe de trenger hjelp og forklaringer på. Dersom barn ikke får hjelp og forklaringer på det som skjer i livene deres bruker de omgivelsene og det de ser av informasjon for å forsøke å forstå, og for å vurdere om situasjonen er trygg eller ikke (Iglebæk & Jensen, 2008).

4 TIDLIGERE FORSKNING

Ifølge Haugland (2012) er det glidende overganger mellom hva som er definert som studier av barn med foreldre som har psykiske helseutfordringer og studier hvor foreldrene har rusavhengighet. Kombinasjonen psykisk sykdom og rusavhengighet hos foreldre er ikke uvanlig, og konsekvensene for barna er ganske like og fører til mange av de samme vanskelighetene i familiesamspillet. På bakgrunn av dette skiller ikke studien på om barna har oppveksterfaring fra psykisk helse eller rusavhengighet.

I dette kapitlet kommer en oversikt over eksisterende studier og evalueringer av gruppetilbud for barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet (Bratli, 2010; Gance-Cleveland, 2004; Gladstone, 2010; Grant, Repper & Nolan, 2008; Halså og Aubert, 2009; Kufås, 2002; Solberg, 2003; Svendsen, 2004; Templeton, 2014; Theisen & Ådnanes, 2014). Ettersom ingen av studiene hadde samme problemstilling som min studie, vil relevante funn knyttet til problemstillingen bli presentert. De nasjonale evalueringer kommer først, deretter de internasjonale og tilslutt kommer evalueringene av gruppetilbudet SMIL.

4.1 Nasjonale evalueringer av gruppetilbud for barn som pårørende

Det er to samtalegrupper for barn i Norge som kan sammenlignes med gruppetilbudet SMIL og som er evaluert. «*Du er ikke den eneste*» er evaluert av Halså og Aubert (2009), Kufås (2002) og Solberg (2003), og «*BAPP-gruppa*» (barn av foreldre med psykiske- og/ eller rusproblemer) av Svendsen (2004). Gruppetilbudene har samme målgruppe, og bygger på lik forståelse når det gjelder målsetting, faglig tenkning, innhold og organisering av gruppene, noe som gjør det relevant å presentere funn knyttet til min problemstilling.

Alle evalueringene konkluderte med at det å møte andre i lignende situasjon var positivt, og hadde vært mest nyttig (Halså & Aubert, 2009; Kufås, 2002; Solberg, 2003; Svendsen, 2004). Det var betydningsfullt å dele erfaringer, bekymringer og tanker med de andre barna, og før gruppedeltakelsen hadde flestparten av barna følt seg ensom og trodd at de var alene om å ha foreldre med problemer. I gruppetilbudet erfarte barna at det fantes andre barn som også hadde foreldre med problemer (Halså og Aubert, 2009; Kufås, 2002; Solberg, 2003). Solberg (2003) fant at barna opplevde alminneliggjøring av psykisk sykdom etter at de oppdaget at andre barn også hadde foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer.

Etter gruppedeltakelse fikk barna økt kunnskap om psykiske lidelser, økt kompetanse på å gjenkjenne sykdom og forståelse for hvordan deres foreldre hadde det (Halså og Aubert, 2009; Solberg, 2003; Svendsen, 2004). Dette førte til at barna fikk økt forståelse for hvordan de som står nær personer med psykisk sykdom kan påvirkes og hvilke konsekvenser dette kan ha for de som barn (Halså & Aubert, 2009). Barna fikk kunnskap om at det ikke var deres skyld at foreldrene var syke eller hadde problemer, og at de som barn hadde rett til å ha det bra selv om foreldrene ikke hadde det (Solberg, 2003; Kufås, 2002).

Gruppedeltakelsen hadde ført til at det ble mer åpenhet med foreldrene og de snakket bedre sammen (Kufås, 2002; Solberg, 2003). Her kom det frem at når barna delte erfaringer med andre som hadde opplevd noe av det samme, førte det til at de fikk mulighet til å bryte tausheten rundt temaet. Barna spurte- og sa ifra mer til foreldrene sine enn tidligere. Kufås (2002) fant at forandringen ikke hadde vært like store i relasjonen til vennene, mens Halså og Aubert (2009) fant at relasjonen med den syke forelderen ble bedre etter at barna fikk økt forståelse for foreldrenes atferd.

Resultatene i Halså og Aubert (2009), Kufås (2002) og Solberg (2003) viste at barna hadde utviklet mestringsstrategier etter gruppedeltakelsen. Det hadde blitt lettere for barna å ta valg (Kufås, 2002). I tillegg fikk barna kunnskap og trygghet som ga de mulighet til å mestre situasjoner som eventuelt kunne oppstå senere, og funn viste at de hadde tatt i bruk det de lærte i gruppa i eget liv utenfor gruppa (Kufås, 2002; Solberg, 2003). Halså og Aubert (2009) fant at barna hadde tilegnet seg kognitive strategier som å ha mindre dårlig samvittighet, noe som førte til at de håndterte vanskelige situasjoner på en bedre måte enn tidligere. Evalueringen til Svendsen (2004) viste at det hadde blitt lettere for barna å snakke med andre om problematikken til foreldrene, mens Solberg (2003) viste at barna fant andre voksne i nettverket sitt de kunne snakke med og dele ansvaret i hjemmet med. En annen mestringsstrategi barna hadde tilegnet seg var at det hadde blitt lettere å uttrykke følelsene sine og ta initiativ til å be om hjelp etter gruppedeltakelsen (Halså & Aubert, 2009; Kufås, 2002; Solberg, 2003).

4.2 Internasjonale studier og evalueringer av gruppetilbud for barn som pårørende

Det finnes internasjonale studier og evalueringer på gruppetilbud for barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet, som kan sammenlignes med SMIL og av den grunn er relevante i studien min (Gance-Cleveland, 2004; Gladstone, 2010; Grant, Repper & Nolan, 2008; Templeton, 2014). SMIL er ikke omtalt i internasjonale studier eller kunnskapsoppsummeringer.

To engelske evalueringer (Gance-Cleveland, 2004; Templeton, 2014) og en canadisk studie (Gladstone, 2010) viste at barna rapporterte at det mest nyttige med gruppedeltakelsen var å møte andre barn som levde i samme situasjon som de selv. Det som hadde vært nyttig var å kjenne på fellesskapet og oppleve sosial støtte fra jevnaldrende, samt oppleve gjenkjennelse gjennom felles erfaringer (Gladstone, 2010). Barn i Templeton (2014) sin evaluering og i den engelske studien til Grant et al. (2008) oppdaget at de ikke var alene om å ha foreldre med vansker etter å ha deltatt i gruppetilbudet. Det å bli kjent med jevnaldrende i samme situasjon hjalp barna til å forstå egne oppveksterfaringer. Her kom det frem at for mange barn hadde det vært første mulighet til å dele sine opplevelser og følelser med andre barn i samme alder. Gance-Cleveland (2004) fant at gjenkjennelses- aspektet i andre barns erfaringer hadde ført til økt kunnskap om hvordan foreldrenes problemer kunne påvirke de selv, og dette startet en erkjennelses- prosess med å godta foreldrenes problemer. Her kom det frem at når barna kjente seg igjen i hverandres erfaringer, etablerte de en posisjon til hverandre som gjorde at de ble lydhøre for hverandres råd og støtte i håndtering av foreldrenes sykdom. Barna i Gance-Cleveland (2004), Grant et al. (2008) og Templeton (2014) hadde fått en opplevelse av normalisering av egen livssituasjon og de følte seg ikke lenger som annerledes. Samtidig fant Templeton (2014) at noen av barna i studien hadde rapportert at de følte seg isolert og ekskludert i samtalegruppa.

Studien til Gladstone (2010) viste at gruppedeltakelsen hadde ført til utvikling av mestringsstrategier som hjalp de til å håndtere hverdagen bedre enn tidligere. Det kom frem at barnas handlingsrom ble utvidet, og de ble flinkere til å ivareta egne behov og levde mer uavhengige liv etter deltakelsen til tross for at de var opptatt av å hjelpe de syke foreldrene sine. I tillegg uttrykte barna at de ble bedre rustet til å håndtere relasjonen med foreldrene og de opplevde at relasjonen ble bedre. Barna hadde også blitt mer åpen med nettverket sitt om at de hadde foreldre med problemer, og de rapporterte at de fikk styrket selvfølelse etter gruppedeltakelsen. I studien kom det frem at det hadde vært utfordrende for gruppelederne å snakke om vanskelige tema, som vold og overgrep. Gladstone, McKeever, Seeman og Boydell (2014) har foretatt en evaluering av samme gruppetilbud som Gladstone (2010), og det er samsvarende funn i disse to evalueringene.

4.3 Evaluering av gruppetilbudet SMIL

Det finnes to evalueringer (Bratli, 2010; Theisen & Ådnanes, 2014) og en kunnskapsoppsummering (Vis & Havnen, 2017) av gruppetilbudet SMIL. I tillegg er det publisert en phd-studie hvor SMIL er inkludert i datamaterialet (Grimsgaard, 2019).

I Bratli (2010) sin evaluering kom det frem at det å bli kjent med andre barn og få økt kunnskap om psykisk sykdom og rusproblemer var viktige effekter. Theisen & Ådnanes (2014) derimot fant at det var varierende hvor mye kunnskap barna hadde tilegnet seg om psykisk sykdom i gruppetilbudet. Funn i begge evalueringene viste at gruppedeltakelsen hadde ført til at barna forsto at foreldrenes sykdom eller vansker ikke var barnas skyld, og de følte seg ikke alene i sin situasjon lenger da de hadde oppdaget at andre barn også hadde foreldre med utfordringer. Videre fant Theisen og Ådnanes (2014) at det var flere av barna som ikke kjente andre barn som levde i lignende situasjon før gruppedeltakelsen, og de hadde ikke snakket med jevnaldrende om foreldrenes problemer tidligere. Det å møte andre i samme situasjon førte til at barna fikk økt forståelse for egen situasjon og de fikk mindre bekymringer. Barna hadde blitt flinkere til å sette ord på og fortelle om sin egen situasjon, også til nettverket utenfor gruppetilbudet.

Evalueringen til Theisen og Ådnanes (2014) viste at det å delta i SMIL hadde ført til positiv endring i familierelasjonene mellom barn og voksne. Her kom det frem at flesteparten av barna opplevde økt åpenhet med den friske forelderen, mens det var uklart hvorvidt relasjonen mellom barnet og den syke forelderen ble styrket. Et annet funn i Theisen og Ådnanes (2014) var at barna følte det kunne være belastende å høre på andre fortelle om sine erfaringer, da historiene kunne være triste. Allikevel ble det å høre på andres erfaringer sett på som positivt av barna. En viktig trygghetsskapende faktor var at de erfarte at barna som hadde delt vanskelige opplevelser ble ivare tatt og trøstet av noen i etterkant, som gruppeledere, andre gruppedeltakere eller det sosiale nettverket utenfor gruppa. Videre viste evalueringen at det var varierende hvor mange konkrete mestringsstrategier barna hadde utviklet for å håndtere vanskelige situasjoner. Imidlertid hadde barna forbedret sine evner til å sette grenser for seg selv, og de fleste ble i bedre stand til å uttrykke egne følelser og be om hjelp.

En phd-studie av Grimsgaard (2019) hvor SMIL var et av utvalgene, hadde fokus på hvordan barns erfaringer ble håndtert i samtalegrupper for barn med psykisk syke eller rusavhengige foreldre. Her kom det frem at barna ble oppfordret til å dele historier om hvordan de hadde det hjemme, men gruppelederne foretok ingen oppfølging eller

kommuniserte ikke videre rundt det barna formidlet. Studien viste at mange barn hadde delt erfaringer fra hendelser som var skremmende, forvirrende og vanskelig å forstå for barna, men mangel på kommunikasjon fra gruppelederne rundt det barna formidlet av egenopplevde erfaringer førte til at alvorlige tilfeller av omsorgssvikt ikke ble tatt tak i. Det kom frem at gruppelederne ble ansett som omsorgsfulle, men formen på gruppene med manualer førte til en rigiditet som gjorde at de ikke gikk inn i situasjonene barna beskrev. Resultatene førte til at Grimsgaard (2019) stilte spørsmål om det var riktig at barn som har foreldre med rus- eller psykiske helseutfordringer skal gå i gruppe og snakke med andre som også opplever omsorgssvikt.

Senere har gruppeledere i SMIL imøtegått funnene til Grimsgaard (2019) gjennom en reportasje i fagbladet Fontene (Skotheim, 2020). Gruppelederne påpekte at det alltid er viktig å ta tak i det barna deler av sine erfaringer, samt at voksne som ikke tåler å håndtere tøffe historier fra barn ikke egner seg til å være gruppeledere i ei gruppe for barn som er pårørende. Her kom det frem gode tilbakemeldinger fra både barn og foreldre hvor barna hadde fått positive endringer og nytte av å møte andre barn med lignende oppveksterfaring.

5 METODE

I dette kapitlet kommer en redegjørelse for de metodiske valgene som er tatt i prosessen med studien. Først kommer en presentasjon av studiens forskningstilnærming og valg av vitenskapsteoretisk forankring. Deretter har jeg fokus på min rolle som forsker. Videre vil det bli redegjort for hvordan datainnsamlingen i studien er foretatt, gjennom å beskrive rekrutterings- og utvalgsprosessen av informanter, utarbeidelsen av intervjuguiden og gjennomføring av intervjuene. I tillegg kommer en redegjørelse for hvordan sikring av data er ivarettatt og transkribering utført. Etter dette kommer refleksjoner om mulige feilkilder studien kan ha og en presentasjon om studiens analyse. Videre viser jeg hvordan litteratursøkene i studien er utført og hvilke metodiske vurderinger som er foretatt med fokus på studiens kvalitet. Til slutt kommer etiske betraktninger som er gjort underveis i studien.

5.1 Kvalitativ forskningstilnærming

For å kunne studere hvilken betydning det kan ha å dele sine erfaringer med andre barn i gruppetilbudet, har jeg valgt å benytte kvalitativ forskningsmetode. Denne bygger på et humanvitenskapelig kunnskapssyn og baserer kunnskap på at den er menneskeskapt og søkes gjennom menneskers erfaringer. En kvalitativ metodetilnærming kan gi kunnskap om barnas erfaringer og fokuserer også på prosesser som tolkes i lys av konteksten disse erfaringene inngår i (Kvale & Brinkmann, 2015).

5.1.1 Kvalitativt forskningsintervju

I denne studien ble det brukt intervjuer som metode. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at direkte innsyn i erfaringer fås ved å snakke med mennesker. Det kvalitative intervjuet er et verktøy for å søke menneskelige erfaringer gjennom samtale og normalt språk, og den kvalitative forskeren skal forsøke å forstå de nyanserte beskrivelsene om den intervjuedes livsverden gjennom disse ordene (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å intervju barna med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide ønsket jeg å åpne opp for at de kunne fortelle om sine erfaringer knyttet til gruppedeltakelse i SMIL. At intervjuet er semistrukturert betyr at det verken er en åpen- eller en lukket samtale med spørreskjema, noe som åpner opp for at informantenes egne perspektiver og betraktninger kan komme til uttrykk (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette vil bli beskrevet nærmere i kapittel 5.4.2 om intervjuguiden.

5.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Målet med studien har vært å skape en forståelse av de sosiale fenomenene knyttet til barnas opplevelse av å møte andre barn og dele sine erfaringer. Til dette har jeg valgt å benytte fenomenologisk perspektiv og hermeneutikk som er to av veiene til kunnskap innen kvalitativ forskningstilnærming.

5.2.1 Fenomenologisk kvalitativ forskning

Fenomenologi betyr «læren om fenomenene», og denne tradisjonen ble utformet av filosofer som Husserl, Heidegger, Schutz og Merleau-Ponty fra midten av 1800-tallet

(Malterud, 2017). De påpekte at en fenomenologisk forutsetning for forståelse er å tilsidesette tidligere kunnskap, og rette oppmerksomheten mot den subjektive erfaringen i lys av livsverdenen til individet. Den erfaringsorienterte tradisjonen har fokus på hvordan fenomenet oppleves for subjektet. Ifølge Malterud (2017) kan to barn ha forskjellig forståelse og opplevelser selv om de har samme bakgrunn med å vokse opp med foreldre som har psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. Opplevelsen bestemmes i stor grad av barnas bakgrunn, forståelse og interesse. Når jeg i studien skulle se på hvilken betydning det kan ha for et barn å dele sine erfaringer med andre, falt valget på fenomenologisk kvalitativ tilnærming. Bakgrunnen for det er at denne tilnærmingen tilstreber å beskrive og forstå barnas subjektive opplevelser og erfaringer utfra barnas eget perspektiv (Malterud, 2017).

5.2.2 Hermeneutisk kvalitativ forskning

Hermeneutikk er læren om fortolkning av tekster og fokuserer på fortolkningen av et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart fremstår (Kvale & Brinkmann, 2015). Fortolkningen av mening er det sentrale tema i forbindelse med en spesifisering av de formene for mening som søkes, og oppmerksomhet overfor de spørsmålene som stilles til en tekst. Begrepene samtale og tekst er innenfor denne tradisjonen sentral og det legges vekt på forskerens forhåndskunnskap om tekstens tema. Forskerens fortolkning av tekst og transkripsjoner er ikke forutsetningsløs, og hermeneutikken ser på forskeren som et selvfortolkende menneske med forståelsesredskaper som påvirkes av tradisjon og et levd liv. Ved å benytte hermeneutisk kvalitativ forskning kan jeg som forsker ifølge Kvale og Brinkmann (2015) lære å analysere intervjuene som tekster ved å se utover her og nå under intervjuene, og i tillegg være oppmerksom på den kontekstuelle fortolkningshorisonten.

5.3 Forskerrollen

Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at forskeren som person er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskap og de etiske beslutningene som treffes i kvalitativ forskning. Moralsk ansvarlig forskningsatferd er forbundet med forskerens moralske integritet, empati, sensitivitet og engasjement i forhold til moralske handlinger og – spørsmål. Ifølge Malterud (2011) er det ikke et spørsmål om forskeren påvirker den kvalitative forskningsprosessen, men hvordan hen påvirker. Under hele prosessen har jeg derfor forsøkt å være bevisst at min kunnskap, ærlighet og erfaring kan være faktorer som påvirker studien. Mine forforståelser knyttet til nytte barn kan ha ved å delta i gruppetilbudet SMIL kan være en av faktorene. Siden 2011 har SMIL vært et tiltak til denne målgruppen i helseforetaket hvor jeg jobber. Jeg har vært en av initiativtakerne til denne implementeringen og deltatt i utvikling, samt gjennomføring av gruppene i samarbeid med barne- og familietjenesten i kommunen og en brukerrepresentant. Totalt har det deltatt 86 barn i løpet av disse årene (Eli Valås, personlig kommunikasjon, 22. februar 2021). Under studien deltok jeg ikke som gruppeleder, men det kan tenkes at mine erfaringer fra et tiltak jeg kjenner godt, kan ha preget min rolle som forsker. Erfaringene mine tilsa at både foreldre og barn hadde uttrykt at SMIL var et positivt tiltak som hadde hatt stor betydning i livene til begge parter, ved å blant annet skape åpenhet og forståelse for hverandres livssituasjon. Mange barn har fortalt at det var nyttig å møte andre barn med lignende opplevelser, noe som førte til at de ikke følte seg så alene lengre. Når jeg som forsker eier erfaringer som dette, kan det føre til at jeg får en farget forforståelse av at det har stor betydning for barn å møte andre barn som har opplevd noe av det samme som de selv. Ifølge Malterud (2011) kan det bidra til at forskeren går

inn i prosjektet med skylapper og en begrenset horisont som kan prege hele forskningsprosessen. Dersom forskeren har et aktivt og bevisst forhold til forforståelsen, mener Malterud (2011) at dette kan forebygges. I studien har jeg derfor vært bevisst mine forforståelser og forsøkt å påvirke svarene til barna under intervjuet i minst mulig grad. Dette gjorde jeg ved å forsøke å holde meg mest mulig til intervjuguiden som på forhånd ble gjennomgått med veiledere og det ble foretatt prøveintervju av tre personer. Prøveintervjuene blir beskrevet i kapittel 5.4.2 om intervjuguiden, likeså beskrivelser av utfordringer og tilpasninger som ble gjort etter dette forarbeidet.

5.4 Datainnsamling

5.4.1 Rekruttering og utvalg

Utvalget i fenomenologiske studier er strategisk og betyr at informantene blir valgt ut fra egenskaper eller kvalifikasjoner som er ønskelig ut fra den problemstillingen som skal belyses (Kvale & Brinkmann, 2015). Studien var designet med tanke på å utforske deltakernes erfaringer fra gruppetilbudet SMIL. Prosessen med rekruttering og det endelige utvalget i studien ble gjort i samarbeid med gruppelederne for SMIL i helseforetaket jeg jobber. Gruppetilbudet ble arrangert høsten 2019, og alderen på barna var 13-16 år. Det er totalt plass til åtte barn i SMIL, men under denne høsten deltok kun fire barn. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det en fordel at materialet ikke blir for stort i et kvalitativt intervju, samtidig bør det ha en viss størrelse for å vise bredden av fenomenet. Størrelsen på utvalg i fenomenologiske studier kan variere, men det anbefales å holde seg til et utvalg fra tre til ti individer. På bakgrunn av dette var det en fordel for studien at alle fire samtykket til deltakelse.

Ifølge Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) er det mange etiske vurderinger forskeren må ta hensyn til når barn skal rekrutteres som informanter. En av disse er at foreldrene må samtykke til deltakelse når barna er under 15 år (Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH], 2006). I tillegg anses barn og foreldre som deltar i gruppetilbudet SMIL å være sårbare, noe som medførte at jeg tidlig i prosessen involverte gruppelederne, brukerrepresentanten i SMIL og veilederne i studien min.

Tilbakemeldingene fungerte som kvalitetssikring under samtykkeinnhenting og i forberedelsene til intervjuene. Etersom brukerrepresentanten hadde egenerfaring fra å vokse opp med foreldre som hadde psykiske helseutfordringer, og i tillegg flere års erfaring fra å være gruppeleder, ble disse synspunktene spesielt vektlagt. I forbindelse med innhenting av samtykke ble det på bakgrunn av tilbakemeldinger fra nevnte parter laget to informasjonsskriv, hvor det ene var til foreldrene og det andre til barna (jfr. vedlegg 1 og 2). Brukerrepresentanten påpekte at informasjonsskrivene burde vært mindre formelle og med enklere språk enn standardskrivet som anbefaltes fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD), for å sikre at målgruppene forsto innholdet. Etter tilpasninger fremsto skrivene tilpasset målgruppa og godkjent av NSD.

Samtykkeinnhenting foregikk på slutten av gruppeforløpet i SMIL. Bakgrunnen for det var at tidligere deltakere har meddelt at det ofte er mange inntrykk i gruppestarten og at det er en tidkrevende prosess å bli kjent med de andre gruppedeltakerne og innholdet i SMIL. Jeg øvde meg på en av gruppelederne i forkant, for å sikre at informasjonen om studien ble tilpasset både barn og foreldre. Tilbakemeldingen var å gjøre informasjonen kortere og snakke roligere. Samtykke fra foreldrene ble innhentet på siste foreldresamling, og de hadde på forhånd fått beskjed om at de skulle få informasjon om en studie. De fikk både muntlig og skriftlig informasjon (jfr. vedlegg 1), og alle foreldrene

samtykket til at barna deres kunne delta i studien. Barna fikk informasjon om studien to uker etter foreldrene. Etersom alle foreldrene hadde samtykket til deltakelse, ble informasjonen gitt i plenum med alle barna tilstede. Gruppelederne hadde på forhånd gitt beskjed om at de skulle få informasjon om studien, og i tillegg fikk de vite at foreldrene deres hadde gitt samtykke. Under informasjonen vektla jeg å trygge barna på studiens hensikt, og etter at barna leste informasjonsskrivet (jfr. vedlegg 2) samtykket alle. De fire barna utgjør derfor det endelige utvalget i studien. For å gjøre gjennomføringen av intervjuene mest praktisk for barna ble de tilbudt at dette skulle foretas rett etter den individuelle avslutningssamtalen med gruppelederne, to uker etter gruppeslutt.

5.4.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden ble utarbeidet utfra studiens problemstilling og primært rundt de to forskningsspørsmålene:

- *Hvilken betydning har det for barn å dele sine erfaringer med andre barn som deltar i et gruppetilbud?*
- *Hvilken betydning har det for barn som deltar i et gruppetilbud å høre andre barns erfaringer?*

Intervjuguiden var semistrukturert, og designet slik at den kunne brukes fleksibelt med hjelpespørsmål. Jeg tilstrebet åpne spørsmål med hjelpespørsmålene som støtte (jfr. vedlegg 3). Dalen (2011) påpeker at forskeren skal reflektere over om spørsmålene er ledende eller om de inneholder sensitive områder som informantene vegrer seg for å svare på. Jeg test- intervjuet derfor tre personer før intervjuene med barna for å blant annet sikre at Dalens (2011) spørsmål ble mest mulig ivaretatt. Ifølge Malterud (2011) er det viktig å gjennomgå sitt materialet sammen med andre underveis i forskningsprosessen for å få råd og tilbakemeldinger slik at arbeidet kan videreutvikles og eventuelt korrigeres. Spesielt gjelder dette dersom forskeren har et sterkt engasjement på feltet det skal forskes på, noe jeg vil si at jeg har. De tre test-intervjuobjektene ble valgt for å representere ulikheter når det gjelder erfaringer og kjennskap til gruppetilbudet SMIL, og på denne måten få størst mulig bredde i tilbakemeldingene. De jeg intervjuet var brukerrepresentanten, en gruppeleder i SMIL og en ansatt innen psykisk helsevern som ikke hadde kjennskap til gruppetilbudet. Alle hadde jobbet i psykisk helsevern i mange år og jeg anså de som gode på relasjonsarbeid. Jeg tok hensyn til tilbakemeldingene ved utforming av intervjuguiden og forberedelser til intervjusituasjonen, noe som resulterte i at endringer ble gjort etter hvert test-intervju. Antall spørsmål i guiden ble redusert og jeg ble gjort oppmerksom på at jeg stilte ledende spørsmål noen ganger. Brukerrepresentanten gjorde meg bevisst at språket i guiden var litt formelt og vanskelig, og anbefalte å forenkle og tilstrebe et aldersadekvat språk for at barna skulle ha forutsetninger for å svare på det som spørres om, noe Dalen (2011) påpeker er viktig i en intervjuguide.

5.4.3 Gjennomføring av intervjuene

For å gjennomføre de semistrukturerte intervjuene benyttet jeg fenomenologisk inspirerte aspekter og nøkkelord fra Kvale og Brinkmann (2015). Disse er uthevet i kursiv underveis i teksten, samtidig som jeg forklarer hvordan jeg gjennomførte intervjuene.

En forsker skal søke etter *deskriptive beskrivelser*, samtidig som nyansene og *kvalitativ kunnskap* skal fremskaffes. Det fenomenologiske intervjuet søker å innhente beskrivelser

av *informantenes livsverden*, og særlig fortolkninger av meningen med fenomenene som kommer frem (Kvale & Brinkmann, 2015). Under intervjuene forsøkte jeg å innhente beskrivelser av barnas livsverden uten påvirkning fra egne forforståelser, noe jeg beskrev under kapittel 5.3 om forskerrollen. Jeg opplevde gjennomføringen av intervjuene noe utfordrende da noen av informantene snakket mye og detaljert rundt spørsmålene mine, mens andre var mindre pratsom og ganske stille. Utfordringen var å tilpasse samtalen slik at det ble en bra opplevelse for alle barna, samtidig som jeg fikk svar på spørsmålene mine. Min erfaring fra samtaler med mennesker anser jeg som nyttig i tilpasningen av de ulike intervjusituasjonene. Samtidig hadde jeg ikke foretatt semistrukturerte intervju før, og det førte til at det opplevdes uvant å være bundet til spørsmål og tema.

Brukerrepresentanten hadde synspunkter på hvordan intervjuet skulle utøves for å skape mest mulig trygghet for barna. Han anbefalte at jeg som intervjuer hadde et rolig toneleie og lavt volum på stemmen, blikk-kontakt med barnet og en åpen kroppsholdning ved å for eksempel ikke sitte med armene i kryss. Stolen barnet skulle sitte på kunne med fordel plasseres foran meg for å oppnå størst mulig grad av blikk- kontakt og med et bord mellom oss for å holde en viss avstand og uformell setting. Han ga tips om hvilket rom intervjuet kunne gjennomføres i og argumenterte med at dette var et fargerikt og trivelig rom innredet med puter og blomst på bordet. I tillegg anså han det som viktig med noe bevertning under intervjuet for å skape en hyggelig setting for barna. Jeg serverte saft og kjeks, og tilstrebet at intervjusituasjonene ble så nært brukerrepresentantens råd som mulig.

Intervjuene ble gjennomført i to runder med noen dagers mellomrom, på et grupperom der gruppetilbudet hadde blitt gjennomført. Alle intervjuene varte i ca 30 minutter. Både før og etter intervjuene informerte jeg om informantenes rettigheter med taushetsplikt, anonymisering og at de kunne trekke seg fra studien når som helst. De ble også oppfordret til å ta kontakt med meg eller gruppeleder om de ønsket å utdype noe i ettertid. Det er nærliggende å tro at erfaringene mine fra å samarbeide med både barn og foreldre kan ha bidratt positivt i intervjusituasjonen. Jeg er vant til å forholde meg til målgruppen, noe jeg tenker kan ha medvirket positivt til at intervjusituasjonen føltes trygg og tillitsvekkende for informantene. Jeg hadde også en forforståelse som tilsa at barna kunne oppleve nye mennesker som skremmende og at nye situasjoner ofte var uforutsigbare og utrygge. Både før, under og etter intervjuene forsøkte jeg derfor å være rolig og smilende, formidle trygghet og gi tilpasset informasjon.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) skal forskeren under intervjuene forsøke å få frem beskrivelser av *spesifikke situasjoner* og handlinger på det konkrete plan, istedenfor generelle meninger. I tillegg skal spørsmålene være *fokusert* på bestemte tema, uten at de ble for stramme med fastlagte spørsmål og heller ikke helt ukontrollert. I studien tilstrebet jeg å få frem beskrivelsene av de spesifikke erfaringene til barna ved å holde meg til intervjuguiden under alle intervjuene, samtidig som jeg forsøkte å balansere de fastlagte spørsmålene i guiden med oppfølgingsspørsmål rundt det barna faktisk formidlet. Det å gjennomføre intervjuene i to runder anså jeg som positivt i intervjuprosessen. Dette førte til at jeg fikk tid til å transkribere de gjennomførte intervjuene og jeg kunne få tilbakemelding fra veilederne før de siste intervjuene. Jeg ble klar over meg selv i rollen som intervjuer, noe som gjorde denne prosessen veldig lærerik for meg. Dette blir utdypet i kapittel 5.5 om mulige feilkilder.

Mange informanter opplever at det å bli sett og hørt under et intervju gir *gode opplevelser* (Kvale & Brinkmann (2015), noe jeg håper og tror barna i studien opplevde.

Barn som har deltatt i gruppetilbudet tidligere har uttrykt at de synes det er trist når SMIL er ferdig, og at de ønsket at den varte lengre. Det kan peke i retning av at en intervjusamtale om SMIL kan gi en positiv- og god opplevelse, ved at den bidrar til å forlenge prosessen noe og at barna har mulighet til å snakke med noen om tiden de hadde i gruppen.

5.4.4 Sikring av data og transkribering

Alle informantene godkjente at jeg benyttet diktafon til lydopptak under intervjuene, og jeg kunne gjennomføre intervjuene og transkribere i etterkant. Datamateriale ble oppbevart i et låst arkivskap. Å transkribere intervjuene ble en ny og nyttig erfaring for meg. Jeg fikk mye informasjon om barnas erfaringer som ble nyttig i analysen av data. Totalt ble det 54 sider med transkribert tekst. Malterud (2011) påpeker at det alltid går noen aspekter tapt under denne oversettelsen, da den innebærer abstraksjon og fordreining av det opprinnelige uttrykket. Under lydopptaket skjer den første abstraksjonen, hvor mimikk og kroppsspråk går tapt. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) gjelder dette nonverbale signaler som pust, intonasjon og stemmeleie. Den endelige transkripsjonen blir dermed en dekontekstualisert og redusert gjengivelse av intervjusituasjonen. For å sikre at minst mulig aspekter gikk tapt skrev jeg umiddelbart etter hvert intervju ned refleksjoner, observasjoner og inntrykk fra intervjusituasjonen. Dette anså jeg som verdifull informasjon i prosessen med å sikre datamaterialet. I tillegg transkriberte jeg alle intervjuene dagen etter de ble gjennomført. Datamaterialet ble anonymisert under transkriberingen ved at det ikke er brukt navn eller alder på barna.

5.5 Mulige feilkilder

Dalen (2011) påpeker at intervjuer bør ha egenskaper som å være en god lytter med genuin interesse for det informantene deler. Forskere kan ha har ulike grader av *sensitivitet* og kunnskap om intervjuets tema, og kan produsere ulike utsagn om de samme temaene selv om de bruker samme intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2015). Under transkriberingen av de første intervjuene ble jeg klar over at min respons på barnas uttalelser kanskje kunne ha bidratt til svarene de ga videre i intervjuprosessen. Her ble jeg bevisst at jeg brukte en del rosende ord, som for eksempel «Så bra», «Det er veldig klokt det du sier» og «Så flink du er til å svare». Jeg innså at disse bekreftende ordene kanskje kunne påvirke svarene til barna, da faren for å tenke at det var riktig svar var tilstede. Min tanke var at det skulle bidra til å skape trygghet i intervjusituasjon, men innser i ettertid at dette kunne ha påvirket barnas svar. Samtidig ble det oppdaget tidlig i intervjuprosessen og endringer foretatt.

Jeg ble også bevisst at jeg hadde en tendens til å gå litt fort frem og stilte ikke så mange oppfølgende spørsmål som jeg burde. Ifølge Dalen (2011) kan forsker gå glipp av viktig informasjon hvis oppfølgende spørsmål ikke stilles. Her er et eksempel fra en intervjusituasjon hvor jeg kunne stilt oppfølgende spørsmål under det første intervjuet:

Jeg	<i>Du sier at det å forstå en del om psykiske lidelser har vært viktig for deg. Hvorfor er det viktig?</i>
Barn	<i>Ja, det er viktig å forstå hvordan faren min har det. For å skjønne hvorfor foreldrene er som de er, er det fint at vi deler en del om psykiske lidelser. Da er det lettere å forstå problemet.</i>
Jeg	<i>Så forståelse har vært positivt for deg. Har det vært ytre faktorer som har blitt påvirket etter at du har delt erfaringer med de andre i gruppa?</i>

Her kunne jeg fått mer utfyllende svar, derav data til studien min, om jeg hadde stilt oppfølgende spørsmål og ikke gått så raskt videre til neste spørsmål. Jeg kunne for eksempel spurt videre om hvorfor det er viktig å forstå sine foreldre og hvordan det eventuelt kunne påvirket barnet. Ifølge Dalen (2011) kan mangel på oppfølgende spørsmål være en mulig feilkilde i kvalitativ forskning, spesielt dersom ikke forskeren endrer praksis og stiller oppfølgende spørsmål i de neste intervjuene. Jeg endret praksis ved de neste intervjuene ved å feste en huskelapp på guiden. I tillegg endret jeg noen av spørsmålene i guiden der jeg i de første intervjuene merket at barna ikke helt forsto hva jeg spurte om. Jeg opplevde at jeg i de siste intervjuene lyktes med å få barna til å utdype erfaringene sine i større grad.

En annen mulig feilkilde kan være intervjukonteksten. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at det kvalitative forskningsintervjuet ikke er et nøytralt medium som gjør det mulig for samtalepartnere å møte hverandre uten å være påvirket av konteksten de er i. Barna visste at jeg hadde vært gruppeleder i SMIL i flere år og kjente tiltaket godt. Dette kan ha påvirket barna til å gi positive svar for å innfri forventinger de tenkte jeg som intervjuer hadde. Jeg forsøkte å ha en *bevisst naivitet* under intervjuprosessen, noe Kvale og Brinkmann (2015) påpeker er et godt hjelpemiddel for å innhente så forutsetningsløse beskrivelser som mulig. Jeg informerte på forhånd om at det var viktig å være ærlig og at barnas stemme var viktig uansett hvilket svar de ga. En annen feilkilde kan være at intervjuene ikke ble gjennomført på en nøytral plass, men der gruppa hadde blitt gjennomført. Det kan ikke utelukkes at dette påvirket svarene til barn, men noe som ble sikret ved at barna fikk et valg om å bli intervjuet en annen plass.

Det kan også tenkes at informasjon og psykoedukasjon fra gruppelederne om ulike tema under gruppene kan ha påvirket noen av svarene til barna, og derfor utgjøre en mulig feilkilde. Et resultat i studien var at barna fikk en opplevelse av å få økt kunnskap om psykiske lidelser. Det kan ikke utelukkes at psykoedukasjon om ulike psykiske lidelser hadde virket inn på funnet ved at barna ikke skilte på kunnskapen de hadde fått fra erfaringsdelingen mellom barna og informasjonen fra gruppelederne, da de svarte på spørsmålene mine. Under intervjuene forsøkte jeg å presisere spørsmålene tydelig, og forhåpentligvis utgjorde det en minimal feilkilde.

5.6 Analyse

Gjennom analysen skal datamaterialet lede frem til nye begreper og beskrivelser av et fenomen. I fenomenologisk tradisjon handler dette om å gjøre forskerens erfaring av analysen tilgjengelig for andre subjekter ved å vise hvordan resultatene er fremskaffet (Malterud, 2011). I studien har jeg benyttet tverrgående analyse fordi jeg ikke skulle utføre en studie over tid, men sammenfatte informasjon fra et begrenset antall informanter, fire, i samme tidsrom. I en tverrgående analyse har forskeren mange fremgangsmåter å velge mellom. Jeg har valgt systematisk tekstkondensering (STC) som metode da den ifølge Malterud (2017) sikrer grundig og forsvarlig gjennomføring som bidrar til å sikre funnene. Samtidig er metoden utviklet med sikte på å gi nybegynnere, som meg, en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig og systematisk måte.

5.6.1 Systematisk tekstkondensering

Systematisk tekstkondensering (STC) er en modifisering av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse (Malterud, 2017). Giorgis analysemetode har til formål å utvikle kunnskap om informanternes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt, og forskeren leter etter essenser og vesentlige kjennetegn ved de fenomenene som studeres (Giorgi, 1985). Giorgi var en sentral bidragsyter til utviklingen av fenomenologi som tilnærming til kvalitativ forskning, og denne analysemetoden var en viktig inspirasjon for STC (Malterud, 2017). STC kan benyttes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring. Ifølge Malterud (2017) er dette en detaljert og tidkrevende prosedyre, samtidig anses den å være gjennomførbar ved at fremgangsmåten er oversiktlig og trinnvis forklart. Jeg velger å presentere Malterud (2017) sine fire analysetrinn samtidig som jeg beskriver hvordan jeg gikk frem underveis i analysen. Under prosessen med studien skrev jeg en prosjektløgg som ble nyttig i dette arbeidet.

Malterud sin modifisering av fenomenologisk analyse:

Den tverrgående analysemetoden STC retter innledningsvis oppmerksomheten om relativt få temaer og kodegrupper, i motsetning til de fleste andre analysemetoder som går bredere ut. Analysen gjennomføres ved å følge fire trinn, og disse utgjør hovedstrukturen i denne metoden (Malterud, 2017). De fire trinnene består av:

1. *Å få et helhetsinntrykk*
2. *Å identifisere meningsbærende enheter*
3. *Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene (kondensering)*
4. *Å sammenfatte betydningene av dette*

I første trinn ble jeg kjent med materialet ved å lese gjennom de 54 transkriberte sidene tre ganger for å få et *helhetsinntrykk*. Her var helheten viktigere enn iøynefallende detaljer. Jeg forsøkte å sette egen forforståelse og teoretiske referanserammer midlertidig i parentes, men uten å glemme problemstillingen. Jeg systematiserte ikke teksten annet enn at jeg så etter foreløpige temaer som kunne si noe om hvilken betydning det hadde for barna å dele sine erfaringer med andre som også har en mamma eller pappa med psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. Jeg fant flere temaer som kunne ses i sammenheng med problemstillingen. Notater ble gjort underveis under alle gjennomlesningene.

I andre analysetrinn gjennomgikk jeg materiale linje for linje for å identifisere *meningsbærende enheter*. Relevant tekst ble skilt fra irrelevant tekst, og jeg sorterte den delen av teksten som kunne tenkes å belyse problemstillingen i studien. Teksten ble kodet med hjelp av temaene og stikkordene fra forrige trinn. For eksempel ble utsagnet: «*Når jeg kjente meg igjen i andre sine historier følte jeg meg ikke så alene lenger*» kodet til: Å ikke føle seg så alene. Mens utsagnet: «*Det å høre på andre sine erfaringer var nyttig. Jeg lærte meg en del og fikk meg til å forstå mer av min situasjon*» ble kodet til to koder: Økt kunnskap og å forstå sin situasjon. Jeg benyttet markeringstusj og andre tusjer med farger for å systematisere arbeidet under dette trinnet. Etter hvert som jeg studerte innholdet i kodegruppene oppdaget jeg at noen kunne slås sammen, mens andre koder ikke belyste problemstillingen og ble derfor tatt ut fra den videre analysen.

I analysens tredje trinn *identifiserte og kodet jeg de meningsbærende enhetene*. Her ble meningen systematisk hentet ut ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. På dette stadiet reduserte jeg dataene til et dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter. Jeg brukte lang tid på

dette trinnet, og studerte grundig funnene frem til dette tidspunktet. Ifølge Malterud (2017) skal jeg som forskeren selv konstruere sitater som er representative for de meningsbærende enhetene. Her er eksempel på hvordan jeg løste dette:

Jeg	<i>Du nevnte at du kjente deg igjen i noe av det de andre i gruppa delte. Hvilken betydning har det for deg tror du?</i>
Barn	<i>Det er egentlig veldig godt.</i>
Jeg	<i>Er det godt?</i>
Barn	<i>Ja. Fordi da føler man at, ja, at man ikke er alene da. Så, ja.</i>
Jeg	<i>Du føler deg mindre alene?</i>
Barn	<i>Ja.</i>
Jeg	<i>Var det da sånn at du kjente deg alene før du begynte i SMIL- gruppa eller?</i>
Barn	<i>Ja. Jeg gikk og hadde det veldig fælt, og ingen brydde seg og sånn.</i>
Jeg	<i>Du følte det?</i>
Barn	<i>Ja. Etter at jeg traff de andre i gruppa så...så viste det seg at: oiii, folk bryr seg jo faktisk.</i>
Jeg	<i>Hvordan kjennes det ut å kjenne på den følelsen da?</i>
Barn	<i>Det er veldig sånn, at jeg kan gå tilbake og tenke at jeg kan snakke om det. Hvis jeg sitter hjemme og har det dårlig en dag, så tenker jeg på de andre i SMIL-gruppa og husker at de andre også hadde det sånn. Og husker at de ga tips om at man må snakke med noen da.</i>

Det kondenserte sitatet ble slik:

«Betydningen av å kjenne seg igjen i det de andre barna delte er veldig godt og jeg føler meg mindre alene. Før SMIL-gruppa så kjente jeg meg alene og jeg hadde det veldig fælt. Jeg følte at ingen brydde seg. Etter at jeg begynte i SMIL så oppdaget jeg at de andre barna brydde seg og jeg oppdaget at jeg ikke var alene om å ha det sånn. Når jeg er hjemme og har en dårlig dag så kan jeg tenke på de andre barna og huske at de også hadde det likedan. Jeg husker at jeg fikk tips om å snakke med noen om det».

Etter å ha konstruert de kondenserte sitatene, kom meningene i barnas uttalelser tydeligere frem for meg. Jeg opplevde at jeg underveis i analyseprosessen gikk frem og tilbake mellom fasene etterhvert som jeg arbeidet med intervjuene og ble kjent med innholdet. Dette førte til at kodene fra forrige trinn under denne fasen ble noe endret. Jeg oppdaget at en kode hadde få utsagn og passet bedre inn under andre koder. Dette var koden: å bli tatt på alvor, hvor betydningene av utsagnene hørte mer naturlig under kodene: å utvikle mestringsstrategier og å kjenne seg igjen. Tilslutt satt jeg igjen med tre kodegrupper som kunne si noe om hvilken betydning det hadde for barn å dele sine erfaringer med barn i lignende situasjon. Disse var; å få økt kunnskap, å ikke føle seg alene og økt åpenhet. I arbeidet med den enkelte kodegruppen, som jeg har valgt å kalle kategorier, oppdaget jeg tekst med forskjellige meningsaspekter og dimensjoner, slik at det ble naturlig å dele disse inn i underkategorier.

Det fjerde og siste trinnet besto av å *sammenfatte betydningen* av det jeg har funnet i form av fortolkete synteser. Dette kalles rekontekstualisering, noe som betyr at jeg har sammenfattet og satt sammen bitene fra arbeidet jeg gjorde i forrige analysetrinn til gjenfortellinger. Dette ble en analytisk tekst som skulle formidle fellestrekk med ulike variasjoner fra flere historier. Dette utgjør funnene i studien min, og kommer til uttrykk gjennom resultatfremstillingen i kapittel 6.

5.7 Litteratursøk

Alt vitenskapelig arbeid skal bygge videre på det kunnskapsgrunnlaget som allerede finnes på feltet (Malterud, 2017). Jeg foretok litteratursøk i databasene PsycINFO, MedLine og EMBASE, da disse benyttes innen feltene psykiatri, helsevitenskap og medisin. For å avgrense søkene til studiens problemstilling benyttet jeg et PICO-skjema (Kirkehei og Ormstad, 2013) og konkretiserte hvilken målgruppe, tiltak og utfallsmål jeg skulle studere. I tillegg ble relevante synonymer og staveformer for problemstillingen satt inn i skjemaet. Jeg var klar over at valg av ord og kategorier kunne bidra til å påvirke studien og for å sikre et relevant kunnskapsgrunnlag fikk jeg bistand fra en erfaren forskningsbibliotekar. Det utfylte PICO-skjemaet i studien ligger som vedlegg 4 i oppgaven. Jeg har foretatt flere litteratursøk i løpet av studiens prosess, slik at eventuelle nye studier skulle fanges opp. Funnene i litteratursøkene har vært viktig og danner studiens kunnskapsgrunnlag som presenteres underveis i studien, men mest under kapittel 2 om studiens kontekst og kapittel 4 om tidligere forskning.

5.8 Metodiske vurderinger

5.8.1 Studiens kvalitet

Studios *validitet* er en vurdering om metodene som er anvendt i forskningen er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og om den fremskaffer gyldig vitenskapelig kunnskap. Validitet hører ikke til en spesiell fase i forskningen, men skal gjennomsyre hele prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Under arbeid med denne studien ble det benyttet metoder som er dokumentert til å egne seg til de spesifikke formålene i studien. Studien er bygd på kvalitativ metode med et fenomenologisk og semistrukturert intervju i datainnsamlingen, noe som ifølge Kvale & Brinkmann (2015) er riktig metodevalg ettersom jeg søkte etter barns egne erfaringer fra å delta i ei samtalegruppe. For å ivareta validiteten i studiens dataanalyse og hjelpe meg som uerfaren forsker å ivareta datainnsamlingen i størst mulig grad, benyttet jeg meg av den trinnvise metoden systematisk tekstkondensering (STC). Dette er ifølge Malterud (2017) en metode som på en systematisk måte bidrar til dette formålet. Videre ble det i prosessen med datainnsamlingen benyttet metoder som ifølge Kvale og Brinkmann (2015) bidrar til å fremskaffe gyldig kunnskap i studien. Ettersom jeg var en uerfaren forsker forberedte jeg meg godt og datainnsamlingen med kvalitative intervju og transkribering ble foretatt så nøyaktig som mulig. Eksempler er at jeg stilte oppfølgende spørsmål for å få svar på det jeg lurte på og foreta lydopptak av intervjuene for å sikre at ingen informasjon gikk tapt. For å oppnå høy gyldighet i studien er det også valgt teorier som salutogenese, empowerment og narrativ teori, som er anerkjente teorier innen helsefremmende arbeid. Imidlertid finnes det annen teori som kunne vært relevant å benytte, som Banduras mestringstro (self-efficacy) (Bandura, 1997), noe som trolig hadde fremskaffet annen kunnskap i studiens resultatdiskusjon.

Reliabilitet i forskning handler om resultatenes troverdighet og konsistens, og spørsmålet er om resultatene kan reproduseres på et senere tidspunkt av andre forskere. Faktorer som kan svekke reliabiliteten i et kvalitativt intervju kan blant annet være dersom forskeren stiller ledende spørsmål under intervjuet eller foretar en unøyaktig transkripsjon (Kvale & Brinkmann, 2015). I studien tilstrebet jeg dette med å gjennomføre intervjuer hvor barna fikk mulighet til å snakke åpent og fritt om de ulike

temaene, og transkripsjonen ble nøyaktig utført. Studien er en kvalitativ studie med intervju av barn, og ettersom mennesker kan oppleve erfaringer og betydninger ulikt er det nærliggende å tro at en annen forsker kan fremskaffe andre resultater enn min studie. I tillegg inneholdt studiens utvalg kun fire informanter, noe som er et for lavt antall for å kunne konkludere at resultatet er representativt til å gjelde all gruppedeltakelse. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det imidlertid ikke et mål å generalisere i kvalitativ forskning.

Det er nærliggende å tro at gruppeledernes egenskaper og faglighet var avgjørende for å skape trygghet og tilrettelegge å erfaringsdeling, og kan ha lagt grunnlag for studiens *validitet* og *troverdighet*. Gruppeleder har nok hatt en viktig funksjon under hele gruppeforløpet og trolig vært en viktig fasilitator for barna til å dele sine erfaringer. Ettersom ansvaret for gruppesamlingene ligger hos gruppelederne (NK LMH, 2020), hadde de en viktig rolle med å tilstrebe ei trygg gruppe slik at barna ønsket å dele sine erfaringer med hverandre. En annen faktor som kan ha påvirket funnene i studien var hvilken grad gruppelederne tilrettela for erfaringsdeling mellom barna, noe barna fortalte at de hadde lagt vekt på.

Det er viktig å vurdere om studien er *generaliserbar* og overførbart til andre situasjoner, informanter og kontekster, eller om resultatet primært er av lokal interesse (Kvale & Brinkmann, 2015). Litteratursøk viste at det ikke har vært utført studier med samme problemstilling som min studie, noe som kan virke inn på at funnene blir interessante for andre som er engasjert i barnegrupper. Det er nærliggende å tro at en spesiell overføringsverdi og interesse gjelder for SMIL-grupper i Norge, men kan ikke generaliseres til å gjelde alle barnegrupper. Jeg vil allikevel antyde at studiens funn kan skape en innsikt i barnas livsverden, og ha en viss overførbarhet og relevans for andre barn som deler erfaringer med andre som lever i lignende situasjoner.

Studiens *relevans* vurderes ut fra om resultatet i studien blir vitenskapelig kunnskap som andre kan ta lærdom av og få nytte av. Den endelige fasiten fås ifølge Malterud (2017) ikke før en studie er ferdig og publisert. Jeg vil tenke at studien min har høy relevans, da det ikke er utført studier med samme problemstilling. Det finnes mange SMIL-grupper i Norge, og i dette nettverket er forskning knyttet til SMIL etterspurt. Det er også nærliggende å tro at studien vil ha relevans for andre som er engasjert i barnegrupper.

5.9 Etske betraktninger

I en forskningsstudie skal etiske problemstillinger prege hele forløpet og forsker skal ta hensyn til mulige etiske problemer fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale & Brinkmann, 2015), noe jeg har forsøkt å tilstrebe og være bevisst under hele studiens prosess. Første trinn var å få formell godkjenning fra etiske utvalg for å gjennomføre studien, og av den grunn ble den søkt godkjent av NSD og Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Søknaden til NSD (jfr. vedlegg 5) ble først ikke godkjent, da informasjonsskrivene ikke var i tråd med det nye personvernreglementet som ble innført i 2018. De manglet informasjon om rettighetene til studiens utvalg, og måtte endres. REK vurderte studien som forskning som ikke primært fokuserer på sykdom eller helse, noe som gjorde at studien derfor kunne gjennomføres uten godkjenning fra de (jfr. vedlegg 6). Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) holder det ikke at den kvalitative forskeren får etikuttvalgenes godkjenninger når det gjelder å ivareta etikken i en studie, da det kan skje mange uforutsette ting når man

forsker på mennesker. Utvalget i studien var barn som hadde vokst opp med foreldre som har psykiske problemer eller rusavhengighet, og av den grunn anses å være ei sårbar gruppe som kan ha opplevd større belastninger enn andre barn. Dette har jeg under hele studiens prosess vært bevisst, og av den grunn har jeg vært godt forberedt i all relasjon med barna. NESH (2006) påpeker at de som deltar i forskning ikke skal utsettes for unødige belastninger eller skader, og det er viktig å være bevisst at spørsmål kan trigge vanskelige prosesser og følelser. For å være sikker på at barna ble godt ivaretatt i prosessen, ble informasjonsrunden ved samtykkeinnhenting, utbeidelsen av intervjuguiden og gjennomføringen av intervjuene inngående planlagt og kvalitetssikret av andre.

Intervjuene ble gjennomført rett etter avslutningssamtalen, noe som kan ha vært negativt for barna. Dette var en samtale hvor både barn, foreldre og gruppeleder var tilstede, med fokus på gruppeledernes observasjoner knyttet til både barn og foreldre under gruppeforløpet. Enkelte ganger kan det bli fokus på vanskelige tema, ettersom gruppeleder her må informere om sin bekymring dersom observasjonene er av en slik art. Jeg var klar over at det kunne være en ulempe å foreta intervjuene rett etter denne samtalen da det i tidligere grupper har vist seg at det kan bli emosjonelt for både barn og foreldre. Av den grunn gjorde jeg avtale med gruppelederne om at de skulle informere meg i forkant av intervjuene dersom noen av barna levde i en særlig vanskelig omsorgssituasjon eller om det hadde oppstått triggere under avslutningssamtalen. Jeg var klar over at det å få en slik informasjon før intervjuene kunne ha påvirket gjennomføringen. Det er nærliggende å tro at jeg hadde blitt mer forsiktig og kanskje stilt mindre oppfølgende spørsmål. Ifølge gruppelederne var det ingen av de fire barna som levde i bekymringsfulle omsorgssituasjoner og avslutningssamtalene hadde tilsynelatende gått fint uten triggere og emosjonelle opplevelser. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at forskeren skal være oppmerksom på mulige triggere, og krenkelser for barnas personlige grenser under intervjuet. Samspillet mellom forskeren og informanten kan være angstprovoserende, noe forskeren har ansvar for å forsøke å unngå under samtalen. Jeg hadde festet en gul lapp hvor det sto «NB! Triggere? Barnas personlige grenser?» på intervjuguiden, noe som skulle hjelpe meg til å huske å være observant på dette. Jeg tilstrebet at intervjuene ble gode samtaler uten triggere som kunne oppleves ubehagelig for barna. De var informert på forhånd om at studien ikke skulle ha fokus på foreldrenes sykdom, og at agendaen min var et intervju som opplevdes trygt for de. I ettertid ser jeg at barna burde blitt informert om at de kunne kontakte meg eller gruppeleder etter intervjuet, dersom de opplevde triggere eller fikk ubehag under- eller etter intervjuet. Jeg kunne imidlertid ikke observere noe som trignet eller som medførte at hverken foreldre eller barn følte seg ukomfortable i forløpet med studien.

Brukerrepresentanten foreslo å gi gavekort til barna som en takk for deltakelse, og av den grunn mottok de gavekort på 200 kr fra en valgfri butikk. Jeg var klar over at gavekortet kunne påvirket deres samtykke og virke som et lokkemiddel til deltakelse. I samråd med brukerrepresentanten påpekte jeg ettertrykkelig overfor barna at gavekortet kun var ment som en takk for at de brukte av sin tid til å delta i studien. Dette ble formidlet under informasjonensrunden og i forkant av selve intervjuet. Jeg kan ikke påstå at gavekortet ikke har påvirket samtykkeprosessen, men jeg har i alle fall gjort mitt ytterste for at graden av det har vært så minimal som mulig.

6 RESULTAT

Hensikten med denne studien var å finne hvilken betydning det har for barn å dele sine erfaringer med andre barn som også har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet. Jeg vil i dette kapitlet presentere funnene mine etter analysearbeidet av intervjuene med barna.

Under denne prosessen var det noen tema som utkrystalliserte seg og det ble naturlig å systematisere disse i tre kategorier. Det kom tydelig frem at innholdet i to av kategoriene hadde ulike betydninger, noe som ble systematisert med subkategorier. For å skape en oversikt, blir presentasjonen av resultatene innledet med en tabell over disse kategoriene og subkategoriene.

Tabell 2: Oversikt over resultatenes kategorier og subkategorier

Kategorier	Subkategori
Økt kunnskap	Økt forståelse av sin livssituasjon Utvikling av mestringsstrategier
Å ikke føle seg alene	Gjenkjennelse og forståelse fra jevaldrende i samme situasjon Å få mindre bekymringer
Økt åpenhet	

6.1 Økt kunnskap

Analysen viste at det har hatt stor betydning for barna å møte andre barn som har en forelder med psykiske lidelser og dele sine erfaringer med hverandre. En sentral betydning var at de fikk økt kunnskap om psykiske lidelser, og dette utgjør et av studiens hovedfunn. Ved å få kunnskap viste funn at barna fikk økt forståelse av sin egen livssituasjon og de utviklet mestringsstrategier som de kunne benytte i sin hverdag, noe som utgjør funnets subkategorier.

6.1.1 Økt forståelse av sin livssituasjon

Ved å høre på andre sine erfaringer og dele egne uttrykte barna at de fikk økt kunnskap om psykiske lidelser, noe som førte til at barna utviklet en forståelse for hvordan foreldrenes psykiske helseutfordringer kunne påvirke foreldrene. Denne forståelsen hadde ført til at barna forsto mer av sin egen livssituasjon. Alle barna i studien erfarte at det å få økt kunnskap og forståelse av psykiske lidelser har vært nyttig for å forstå foreldrene sine og hvordan de kan bli påvirket av foreldrenes sykdom selv. Et av barna beskrev at det har vært viktig å forstå hvordan den syke forelder hadde det, og fortalte videre at det er: «*lettere å forstå problemet når vi fikk lære mer om psykiske lidelser og vi skjønner hvorfor foreldrene våre er som de er*». Alle formidlet at forståelse

for hvordan foreldrene har hatt det hadde ført til at de bedre kunne forstå hvorfor og hvordan de selv hadde blitt påvirket. Et barn uttrykte dette slik:

«Det har vært nyttig for meg å ha truffet andre som opplever det samme. Jeg har blitt flinkere til å tenke over hvorfor jeg har det som jeg har det, og funnet årsaken til det. Jeg føler at jeg forstår situasjonen min mere enn før».

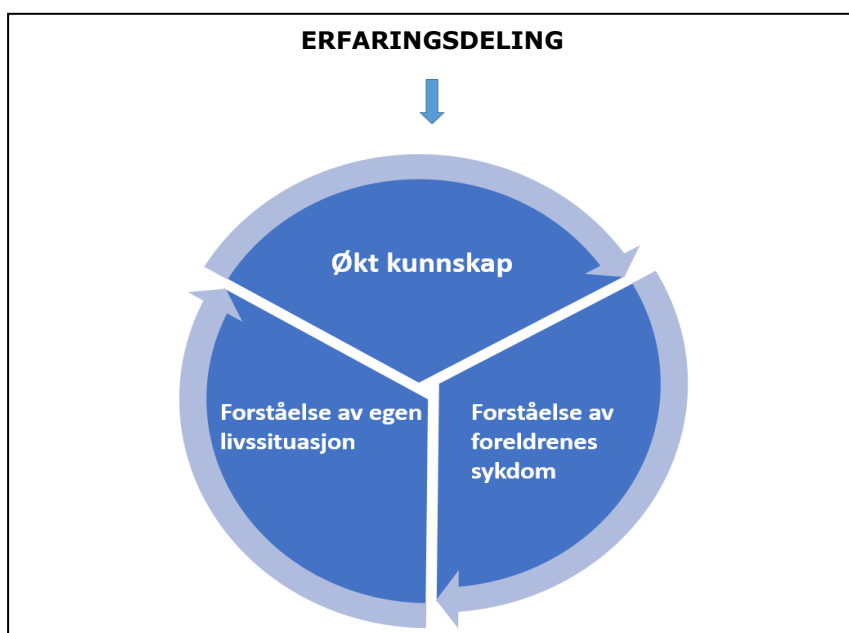
Alle barna fortalte at de tidligere hadde vært lei seg, bekymret eller trist uten at de har forstått hvorfor. Det å møte andre som lever i lignende livssituasjon og dele erfaringer med hverandre førte til at de både har forstått mere av hvordan forelderen har det og i tillegg funnet svar, årsaker og begrunnelse for hvorfor de har det som de har det selv. Barna uttrykte at det har vært nyttig og betydningsfullt å forstå sine foreldre, da dette hadde ført til at de forsto at foreldrenes sykdom kunne være en av årsakene til at de selv tidligere hadde vært bekymret, triste eller lei seg. Tre av barna fortalte at de syntes livet ble bedre etter SMIL. To barn utdypte dette slik:

«Livet mitt har blitt bedre fordi jeg har blitt kjent med psykiske sykdommer. Hvis pappa har en dårlig dag nå kan jeg tenke at det har noe med sykdommen å gjøre fordi jeg skjønner at den kan påvirke han».

«Jeg vet nå hvorfor jeg blir lei meg, noe jeg fortsatt blir innimellom. Men nå kan jeg sette en grunn på det, og den ligger utenfor meg selv».

Flesteparten av barna formidlet at forståelse av foreldrenes sykdom hadde medført at de ble tryggere og mer sikre på seg selv, og det hadde ført til at de hadde fått åpnere kontakt med sine foreldre. Det å prate åpent om psykisk sykdom i gruppa førte til at de hadde begynt å prate åpent med sine foreldre om det også. Et barn fortalte at den syke forelderen og barnet selv hadde blitt mer interessert i den andres situasjon etter gruppa, noe som hadde: *«ført til at vi hadde fått en dialog og begge to kunne forstå hverandres situasjon for første gang. Det var en stor lettelse».* Det å forstå sine foreldre beskrev alle barna i studien hadde vært viktig, og alle formidlet at det hadde ført til at de bedre kunne forstå egne reaksjoner.

En figur illustrerer oppsummeringen av funnene i kategorien om økt kunnskap:



Figur 1: Sammenheng mellom erfaringsdeling, økt kunnskap om psykiske lidelser, forståelse av foreldrenes sykdom og barnas forståelse av egen livssituasjon.

Figuren viser at erfaringdeling med andre barn i lignende situasjon har ført til økt kunnskap om psykiske lidelser. Ved å snakke åpent til hverandre om sin livssituasjon rapporterte barna om økt forståelse av foreldrenes sykdom og derav forståelse for sin egen livssituasjon.

Studien viste at barna delte kun erfaringer fra foreldrenes psykiske helseutfordringer, og ingen av de fortalte om erfaringer knyttet til foreldrenes rusproblematikk.

6.1.2 Utvikling av mestringsstrategier

En av grunnene til at barna hadde fått økt kunnskap og forståelse for psykiske lidelser etter erfaringsdelingen var at de hadde gitt tilbakemeldinger, råd og tips til hverandre. De uttrykte at dette hadde ført til økt kunnskap, tilegnelse av verktøy og mestringsstrategier til å håndtere situasjoner og følelser i sine hverdager. Det barna delte i gruppa var bekymringer og situasjoner de syntes var utfordrende i relasjonen til den syke forelderen, på skolen eller med venner, og som de ikke visste hvordan de skulle håndtere.

Datamaterialet i studien som omhandlet temaet mestringsstrategier inneholdt flere dimensjoner. En av dimensjonene var å få råd, tips og tilbakemeldinger, og en annen var å gi råd, tips og tilbakemeldinger. Alle barna i gruppa hadde både gitt og fått råd, og det var tydelig at både det å dele og å lytte ble betegnet som betydningsfullt for barna.

Når barna skulle beskrive hvordan de opplevde å få råd brukte de beskrivelser som: «*det var nyttig*», «*til hjelp*» og «*jeg lærte mye*», og de fortalte om verktøy og mestringsstrategier de hadde tilegnet seg for å håndtere senere situasjoner og følelser som kunne oppstå. To barn sa det på denne måten:

«Jeg fikk gode råd når jeg formidlet bekymringene mine, for de andre kunne kjenne seg igjen og hadde selv fått hjelp i lignende situasjoner tidligere».

«Når jeg grudde meg til noe så fortalte jeg det til de andre på gruppa. En gang delte jeg en historie hvor jeg var bekymret og da fikk jeg råd fra de andre om hva jeg burde gjøre».

Under den andre dimensjonen, å gi råd til andre, viste studien at rådene som barna hadde gitt hverandre var i hovedsak det å snakke med noen om sine problemer. Helsesøster ble nevnt av tre av barna, mens to nevnte å dele bekymringer med sine venner som nyttig. Et av barna hadde også gitt råd om å trene eller høre på musikk i hensikt å tenke på noe annet. Dette hadde hun selv brukt som mestringsstrategi, og uttalte:

«Hvis du skal ta ansvar for alt utsletter du deg selv og blir syk. Jeg har lært meg å ignorere eller gjøre ting som får meg til å tenke på noe annet, som å trene og høre på musikk, og dette rådet ga jeg til de andre. Vi barna må huske å leve livet».

Et annet barn hadde gitt råd om å: «*skrive ned følelser og tanker for å få det ut, noe som kan hjelpe når man ikke kan si det til personen det gjelder*». Flere av barna hadde ikke våget å være ærlige med sine foreldre om at de hadde det vanskelig, da de var redde for at det skulle føre til at foreldrene ble mer belastet og syk. Det å høre på historien til andre fikk de til å tenke på hva de egentlig burde gjort. I tillegg til å skrive det ned kunne en løsning være å prate med noen. Dette kunne være foreldrene, selv om

de kunne bli mer belastet av det. Et barn påpekte at: *«det er viktig at man tenker på seg selv og sin egen lykke og mental helse også»*.

Et kontrasterende funn i datamaterialet er at selv om barna fortalte at det var nyttig å dele erfaringer, kunne det også oppleves smertefullt å lytte til andres fortellinger og erfaringer. Sterke inntrykk som berører er en dimensjon i datamateriale som kan fremstå som en kontrast eller motsats til temaet om mestringsstrategier. Flesteparten av barna fortalte at de ble lei seg og triste når de hørte andres opplevelser av vanskelige situasjoner. Et barn sa at: *«jeg skulle ønske at hun ikke hadde det sånn»*, mens en annen sa at: *«jeg tenkte det måtte være forferdelig for et barn å gå rundt å ha det sånn, og være så redd. Jeg gråt da jeg dro hjem fordi jeg synes det var så fælt å høre»*. Samtidig formidlet alle at de ikke var triste lenge etterpå, da gruppeleder hadde tatt tak i problemet og ivaretatt barna som fortalte om de vanskelige situasjonene. Det kom frem at gruppelederne var en viktig trygghetsskapende faktor i erfaringsdelingen mellom barna. Det at de tok ansvar og ivaretok det som ble fortalt i gruppa var viktig for at barna delte sine historier, og for at de barna som fortalte fikk hjelp med sine vanskelige livssituasjoner. Funn viste at dette førte til at barna fikk mindre bekymringer og vanskelige tanker etter gruppa. Et av barna fortalte at hun hadde vært lei seg og trist på vegne av et annet barns historie når hun kom hjem fra gruppa en kveld, og hadde valgt å snakke med sin mor om det. Det hadde ført til at de vonde tankene ble bedre, noe som kan peke i retning av hjelp til mestring for den enkelte. Alle barna formidlet at de var glade for at den andre endelig hadde turt å fortelle om det, da de mente at det kunne være en lettelse og gi mestring for vedkommende. I tillegg var det godt å kunne hjelpe- og gi omsorg ved å lytte og gi råd om hvordan barnet kunne håndtert den vanskelige situasjonen. Et av barna fortalte at gruppa hadde hjulpet henne med å tenke at: *«ikke alt er fælt og at det finnes hjelp å få»*. Hun hadde også fått økt kunnskap og tips om strategier for å mestre lignende situasjoner dersom det skulle skje i hennes hverdag, noe hun uttalte på denne måten:

«Det ble delt triste ting fra de andre, noe som gjorde et sterkt inntrykk på meg. Jeg føler det er bra de fortalte det triste, da det kan føre til en lettelse etterpå. Samtidig lærte jeg og kommer nå til å takle en lignende situasjon om jeg skulle oppleve det senere selv».

Barna opplevde ikke det å dele eller høre andres fortellinger som belastende i seg selv. Et barn uttrykte: *«hvis jeg ikke hadde deltatt hadde jeg sikkert vært i en værre situasjon»*. Barna formidlet at de selv kunne bestemme hva de ønsket å dele i gruppa. Et av barna uttrykte at: *«alle har sine personlige grenser for hva de delte og at det var opp til hver enkelt i gruppa»*. Selvom det ble delt både triste og vanskelige situasjoner, beskrev flesteparten av barna at det var positivt å høre på andre sine historier. De formidlet å ha fått økt kunnskap og mestringsstrategier etter å ha hørt hvordan andre barn hadde håndtert vanskelige situasjoner. To av barna uttrykte dette slik:

«Det å høre på andre sine erfaringer og hvordan de har håndtert ting har gitt meg verktøy som har stor betydning for hvordan jeg håndterer ting senere».

«Det å høre på andre var nyttig, fordi det kan hende jeg har opplevd det selv og kjenner meg igjen, og hvis ikke kan jeg lære meg å håndtere det om det skulle skje meg».

Noen av barna fortalte at det å høre på andre sine historier førte til kunnskap om hva de burde følge med på fremover når det gjaldt den syke forelderen. De hadde lært at de

ikke hadde ansvar for sine foreldre, men det opplevdes allikevel godt å vite hva de burde følge med på.

Barna utviklet verktøy for hvordan de kunne mestre og håndtere situasjoner i sitt eget nettverk. Tre av barna meddelte at noen i nettverket hadde uttrykt å merke endringer hos barnet etter deltakelsen i SMIL. Alle endringene var av positiv karakter. Ifølge et barn hadde mor uttalt at hun oppdaget at konflikter ble håndtert på en bedre måte enn tidligere og i tillegg hadde barnet blitt flinkere til å sette ord på følelser og tanker. Etter SMIL hadde barnet kommunisert årsaken til sine reaksjoner, som for eksempel å informere om dårlig humør, noe som hadde ført til konfliktunngåelse. Barnet hadde lært seg en mestringsstrategi og samtidig uttrykt at hun hadde skapt en åpenhet i relasjonen med sin mor. Noen av barna hadde tatt i bruk kunnskapen de lærte i gruppa sine venner. Etter å ha tilegnet seg kunnskap og forståelse gjennom det å dele- og lytte til opplevelser og erfaringer fra andre barn i gruppa, hadde de overført dette til andre i sitt nettverk. Et av barna fortalte at hun ble i bedre stand til å være en god venn utenfor SMIL-gruppa. Hun hadde kjent igjen en bekymring fra et av barna i gruppa med en bekymring en av vennene hennes utenfor SMIL hadde. Det hadde vært samme problem, tanker og følelser. Hun forsto først da hvor vanskelig det hadde vært for vennen å bære på dette alene, og ville oppfordre vedkommende til å dele bekymringene med andre. Bakgrunnen for dette var at hun selv hadde fått positiv erfaring med at deling hjelper.

Studien viste at barna fikk en generell mestringsfølelse av å dele erfaringer. Barna fortalte at de opplevde å dele erfaringer som positivt, og uttrykte at det var godt og nyttig å bli lyttet til og føle at andre kjente seg igjen i historiene deres.

6.2 Å ikke føle seg alene

Barna beskrev at de følte seg mindre alene etter å ha truffet andre som også hadde vokst opp med en mamma eller pappa med psykiske helseutfordringer. Flere av barna fortalte at de hadde følt seg mye alene tidligere, noe de formidlet hadde vært vanskelig. I gruppa opplevde barna gjenkjennelse og forståelse fra jevnaldrende i samme situasjon, og de fikk mindre bekymringer i sitt liv etter erfaringsdelingen.

6.2.1 Gjenkjennelse og forståelse fra jevnaldrende i samme situasjon

Det å møte andre barn som hadde kjent på samme utfordringer førte til at barna kjente seg igjen i hverandres erfaringer og opplevelser, noe som var betydningsfullt. De oppdaget at andre barn også hadde en forelder med psykiske utfordringer og ble bevisst at det var mer vanlig enn de hadde trodd før deltakelsen i SMIL, noe som hadde ført til at barna fikk en følelse av å være mindre alene. Et barn fortalte at hun hadde: «*hatt det veldig fælt og følte at ingen brydde seg*» før SMIL. Ved å treffe andre barn og oppdage å ikke være alene om å ha en forelder med psykiske problemer hadde livet blitt lettere. De andre barna hadde tydelig vist forståelse for situasjonen og hun følte at de andre brydde seg. Et av de andre barna fortalte at det å kjenne seg igjen i andre sine historier, noe som hadde vært: «*overraskende godt*» og «*veldig lettende*». Flere hadde forsøkt å dele noe med sine venner tidligere, men det hadde ikke vært like enkelt. De hadde ikke følt seg forstått og det hadde ikke vært like trygt å fortelle om vanskelige erfaringer når de ikke hadde felles bakgrunn med foreldre som hadde utfordringer. Alle barna i studien påpekte at det var lettere å dele vanskelige opplevelser når de traff andre som hadde opplevd lignende problemer og hatt mange av de samme bekymringene som de selv.

Barna uttrykte at de følte seg lyttet til, tatt på alvor og forstått i større grad, noe som hadde førte til at de følte seg mindre alene. To av barna uttrykte det slik:

«Det var godt å kjenne seg igjen i andre sine historier for da følte jeg meg ikke så alene lengre. Det å høre at andre har det likedan er en lettelse i seg selv. Da har jeg en mindre ting å tenke på».

«Det å møte andre med samme bakgrunn har vært godt fordi jeg har kjent meg igjen i mye av det som ble sagt, og jeg fikk en sånn oiii- følelse. Det var en lettelse og jeg føler at jeg ble forstått».

Analysen av datamaterialet viste at de fleste av barna kjente seg igjen i mye av det som ble delt av erfaringer og følelser fra de andre. Flere fastslo at det var mest nyttig og gjorde mest inntrykk når historiene var lik deres egen situasjon eller det de selv hadde opplevd, og de følte å gi bedre råd når de kjente seg igjen i historiene. Samtidig påpekte noen av barna at erfaringene de ikke kjente seg igjen i også hadde vært nyttig og lærerik. Det å høre hvordan andre barn hadde håndtert situasjoner hadde gitt de mestringsstrategier de kunne ta i bruk senere. Et av barna formidlet at: *«jeg føler at jeg lærer like mye av alle fordi det å høre på hvordan de andre har håndtert ting har gitt meg verktøy som har stor betydning for hvordan jeg selv håndterer situasjoner senere».* Mens et annet barn fortalte at det hadde vært vanskelig å kjenne seg igjen i historiene da hun ble påmint triste og vonde opplevelser hun hadde hatt tidligere. Allikevel ble det uttalt å ha vært en bra opplevelse, noe som ble begrunnet med: *«når jeg hører på andre som har hatt det like tøft som meg så har jeg erfaring med å vite hva jeg skal gjøre og hvilke råd jeg skal gi til personen».* Datamaterialet viste at flesteparten av barna rapporterte at de oppdaget at det fantes løsninger på problemene, noe som opplevdes positivt og formidlet håp.

6.2.2 Å få mindre bekymringer

Barna rapporterte at de fikk mindre bekymringer etter å ha oppdaget at de ikke var alene om å ha foreldre med psykiske utfordringer og bli bevisst at andre barn også hadde opplevd vanskelige situasjoner i livene sine. Det å få mindre bekymringer, var noe alle barn påpekte mange ganger. For de fleste var det første gang de åpnet opp og fortalte om sine livssituasjoner, noe som opplevdes som en lettelse og en befrielse for barna. Det kom frem at de følte å få mindre belastninger i livene sine ved å dele livshistorier med hverandre. Et av barna fortalte at: *«det var deilig å bare slippe ut alt og få det lesset bort. Det var godt å ikke holde ting inne i meg lengre, for jeg har holdt på å sprekke».* Det å få: *«hjelp til å rydde opp i hodet sitt»*, var ordene et tredje barn uttrykte. Hun hadde også bekymret seg og tenkt mye tidligere, men etter SMIL fortalte hun at bekymringene hun hadde hatt i livet sitt ble mindre. Flere faktorer hadde påvirket til det, og en av de var at: *«da jeg traff andre barn med samme bekymringer som meg fikk jeg liksom svar på ting».*

Barna beskrev flere trygghetsskapende faktorer som hadde medvirket til at de våget å fortelle om vanskelige livshendelser som hadde vært en hemmelighet tidligere og som de ikke hadde delt med noen før gruppedeltakelsen. I tillegg til å kjenne seg igjen i andre sine historier og egenskaper hos gruppelederne, kom det frem at viktige faktorer var å føle seg tatt på alvor, sett, lyttet til og forstått. Et av barna sa også at det var: *«godt å få fortalt om hemmeligheten jeg har bært på».* En annen formidlet at det hadde vært skummelt i starten, men når hun hadde delt en vanskelig opplevelse fikk hun trygghet til å dele noe som var enda vanskeligere. *«Det bringte åpenhet»*, fortalte hun. Et annet barn fortalte å ha båret på noe vanskelig lenge og hadde ingen i nettverket hun følte

trygghet til å dele det med. I gruppa hadde det vært faktorer tilstede som førte til at hun ble trygg til å sette ord på det som hadde vært vanskelig og hun trengte ikke å bære på det alene lenger. Dette ble uttrykt på denne måten:

«Det å fortelle om hvordan jeg har det i livet mitt var som å få et lass med steiner bort fra skuldrene mine. Jeg trengte ikke å bære på det alene lenger, og det ble mindre på mine skuldre».

Det kom frem at steinene som hadde hvilt på skuldrene i flere år var veldig tunge, og etter erfaringsdelingen i SMIL ble steinene mye lettere og ikke så mange, noe som hadde ført til en opplevelse av å få mindre bekymringer i sitt liv.

6.3 Økt åpenhet

Analysen av datamaterialet viste at barna hadde blitt mer åpen på å fortelle om vanskelige erfaringer og følelser til andre, også til sitt eget nettverk. Den åpenheten og tryggheten barna hadde fått ved å dele viktige livserfaringer med andre barn i SMIL, hadde fungert som en døråpner til å åpne seg til mennesker i eget nettverk. Dette var i hovedsak helsesøster, venner og foreldre. Flesteparten av barna opplevde at kontakten med sine venner ble bedre og bar preg av mer åpenhet etter erfaringsdelingen. Den økte åpenheten hadde ført til at de snakket mere sammen om utfordrende situasjoner og de hadde fått en opplevelse av at det ble en gjensidig forståelse for hverandres liv. Tre av barna hadde ikke fortalt sine venner at de hadde en forelder med psykiske problemer tidligere, og et av de uttrykte det slik:

«Nå har jeg fortalt om det samme til vennene mine som jeg gjorde til de andre i gruppa. Før så turte jeg ikke si noe til de fordi jeg var redd for å bli avvist».

Her hadde åpenheten ført til en nærmere og bedre relasjon til sine venner, og det ble tryggere å være åpen og fortelle hvordan både hun selv og vennene hadde det i livene sine. Dette førte til en oppdagelse av at noen av vennene ikke hadde det så bra heller og at de også hadde foreldre med utfordringer. Dette hadde skapt mer åpenhet i kontakten mellom de, og i tillegg ble de mer observante og ivaretakende overfor hverandre. Dette hadde opplevdes trygt og befriende for barna i studien.

Tre av barna opplevde å få økt åpenhet og bedre kontakt med sine foreldre etter erfaringsdelingen i SMIL. De snakket bedre sammen enn tidligere og barna turde å være mer ærlige på hvordan de hadde det. Alle barna i studien formidlet at kontakten hadde spesielt blitt bedre knyttet til sine mødre. Det kom ikke frem hvilken av foreldrene som hadde problemer, bortsett fra uttalelser fra et av barna. Dette barnet spesifiserte at gruppedeltakelse hadde ført til dialog med den syke forelderen omkring sykdommen, noe som hadde vært fraværende tidligere. Forelderen fikk fokus på hvordan hun som barn hadde det i sin hverdag knyttet til sykdommen, og barnet opplevde at begge parter fikk en gjensidig forståelse for hvordan den andre hadde det. Åpenheten hadde ført til en bedre relasjon mellom barn og den syke forelderen.

Tre av barna påpekte at de hadde fått det bedre i livene sine etter å ha deltatt i SMIL og delt sine erfaringer med andre barn. I tillegg til at dette var noe de opplevde og kjente på selv, hadde deres mødre også formidlet til sine barn at de hadde observert endringer. Her kom det frem at de opplevde barna mer selvsikre på seg selv, og mer pratsomme og åpne omkring egne følelser. Barna var tryggere og formidlet i større grad hvordan de hadde det i livene sine. Et av barna formidlet at livet ikke hadde blitt bedre etter deltakelsen, men det hadde allikevel medført en endring i livet ved å bli tryggere til

å åpne seg og våge å prate om vanskelige ting med andre mennesker. Dette hadde vært en stor lettelse og skapte håp, og hun uttrykte at: *«jeg er letta fordi jeg faktisk har sagt det til noen og føler nå at jeg kan leve livet»*. Studien viste også at noen av barna hadde fått økt forståelse for at det kunne få konsekvenser for egen livssituasjon senere dersom de ikke hadde fått mulighet til å åpne seg og snakke om vanskelige opplevelser. Et av barna forklarte dette på denne måten: *«om vanskelige opplevelser ikke hadde blitt pratet om kunne jeg blitt påvirka senere i livet, om det ikke hadde blitt tatt tak i gjennom SMIL»*.

7 Diskusjon

I dette kapitlet vil de mest sentrale funnene i studien bli løftet frem og diskutert i lys av teori og forskning som er presentert tidligere i oppgaven. Diskusjonen skal belyse studiens problemstilling og gi svar på hvilken betydning det kan ha for barn å delta i et gruppetilbud og dele sine erfaringer med andre barn som også har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet.

7.1 Å dele erfaringer kan gi økt kunnskap og forståelse for egen livssituasjon

Funn i studien har vist at barna hadde en opplevelse av å få økt kunnskap og forståelse for psykisk sykdom etter å ha deltatt i et gruppetilbud og delt sine erfaringer. Dette samsvarer med funn fra nasjonale og internasjonale evalueringer av barnegrupper (Bratli, 2010; Gance- Cleveland, 2004; Halså & Aubert, 2009; Solberg, 2002; Svendsen, 2004), bortsett fra en evaluering som derimot viste at det var varierende hvor mye kunnskap om psykisk sykdom barna fikk for å håndtere vanskelige situasjoner (Theisen & Ådnanes, 2014). Barna i min studie fikk imidlertid kunnskap de kunne benytte til å håndtere og forstå situasjoner bedre enn før erfaringsdelingen. Det å få økt kunnskap om foreldrenes psykiske helseutfordringer hadde ført til at de utviklet økt forståelse for hva det innebar for foreldrene å ha psykiske problemer, og hvordan problemene hadde påvirket foreldrenes atferd.

Forskning har vist at en av de største årsakene til at barn som har foreldre med psykisk sykdom eller rusproblemer selv utvikler problemer, er mangel kunnskap om det som foregår i familien (Beardslee, 2009; Gladstone, 2010). Beardslee (2009) fant for eksempel at kunnskap og forståelse for foreldrenes sykdom var avgjørende for at barna skulle utvikle et selvstendig liv med å oppleve seg mer atskilt fra foreldrenes sykdom. Barna fikk en forståelse for at de ikke var skyld i problemene deres. Min studie viste at når barna fikk kunnskap til å forstå foreldrenes utfordringer, ga det de samtidig en større forståelse av egen livssituasjon og hvordan de selv har blitt påvirket av foreldrenes utfordringer. Med økt kunnskap og forståelse av foreldrenes problemer, fikk barna en forståelse for at de ikke hadde skyld i foreldrenes problemer. Funnet om skyld understøttes i evalueringene til Bratli (2010), Kufås (2002), Solberg (2003) og Theisen og Ådnanes (2014). Ser man resultatene fra min studie i lys av forskning (Beardslee, 2009; Gladstone, 2010) er det nærliggende å tro at erfaringsdeling mellom barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet, var forebyggende for utvikling av egne helseproblemer og kunne fungere helsefremmende for barna. Dette understøttes av den salutogene teorien til Antonovsky (1987) som fremhever at det å ha en *opplevelse av sammenheng* (OAS) er en viktig helsefremmende komponent. Teorien kan også forklare hvorfor noen til tross for mange belastninger likevel har det bra i livet sitt, og at et menneske med høy grad av OAS har best helse. Barna i studien kan ha fått økt sin OAS etter erfaringsdelingen med barna ettersom funn viste at kunnskap om foreldrenes helse hadde ført til forståelse av både foreldrenes og egen livssituasjon.

I lys av den salutogene teorien (Antonovsky, 2012) kan barna ved å få kunnskap og forståelse også ha utviklet en motstandsressurs av helsefremmende betydning. Det å få en *motstandsressurs* betyr å tilegne seg ressurser som bidrar til å styrke evnen til å fremme egen helse og dermed mestring av fremtidig stress og utfordringer (Antonovsky, 2012). *Kunnskap* er et av hovedområdene innen motstandsressursene og en viktig helsefremmende faktor (Langeland & Vaardal, 2014). Mange barn i studien beskrev at de hadde vært triste og lei seg tidligere uten å forstå hvorfor, og at de delte erfaringer med de andre barna som tidligere hadde vært hemmeligholdt. Studier har vist at angst, forvirring og fortvilelse hos barn som lever med foreldre som har psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet, kan svekkes ved at det som skjer i familien blir snakket om, og at barna får kunnskap om hva de må beskytte seg mot (Beardslee, 2009; Cogan et al., 2005). Barna beskrev at de ble mindre triste og lei seg etter gruppedeltakelsen, og flesteparten hadde fått det bedre i livene sine. Medvirkende faktorer var å føle forståelse fra de jevnaldrende barna i gruppa, og få kunnskap om årsaker til at de hadde hatt det vanskelig. Når disse funnene sees i lys av perspektivet empowerment kan det se ut som om barna utviklet ressurser og at det å få svar på ubesvarte spørsmål og vansker ga de mer autonomi og kontroll i livene. Ifølge Askheim (2007) har mennesket mulighet til å påvirke egen tilværelse dersom forholdene legges til rette og det er viktig å ha ressurser for å oppnå kontroll og medvirkning i eget liv. Det kan tyde på at barna i studien fikk økte muligheter til å påvirke sin tilværelse og hverdag etter å ha tilegnet seg kunnskap og forståelse av egen livssituasjon.

I lys av salutogen teori kan den økte forståelsen barna fikk av egen livssituasjon ha bidratt til at livene deres ble mer begripelige. Det å oppleve *begripelighet* ved at omgivelsene er forutsigbare, strukturerte og forståelige er en viktig helsefremmende komponent ifølge Antonovsky (2012). Dersom hverdagen oppleves uforståelig for barna, blir livet mer ubegripelig. Ifølge Kvello (2010) kan det å vokse opp med en forelder som har psykisk lidelse være en stimuli av uforutsigbar og uforståelig karakter, noe som ifølge Antonovsky (1987) kan bety at barna i studien hadde en svak OAS før gruppedeltakelsen. I lys av empowerment-perspektivet kan det være nærliggende å tro at barna i min studie hadde levd et liv preget av avmakt. Ifølge Vågan og Sandvin Olsson (2018) er mennesker med psykiske lidelser eller rusavhengighet ofte i en avmaktsposisjon, og av den grunn kan det tenkes at dette også gjelder barna deres. Når funn i egen studie sees i lys av dette perspektivet kan det bety at når barna tilegnet seg kunnskap og fikk en opplevelse av at egen livssituasjon ble forståelig og begripelig, så opparbeidet barna seg kraft og styrke til å få kontroll på egen livssituasjon. I et empowerment-perspektiv må mennesker som skal overvinne en avmaktsposisjon være klar over dens årsaker for å kunne gjøre endringer i sin situasjon (Freire, 1974), noe som kan peke i retning av at barna i studien opplevde å komme i en situasjon med mindre avmakt etter kunnskaps- og forståelsesøkningen. Dersom barna opplevde økt begripelighet etter erfaringsdeling vil dette ifølge Antonovsky (2012) medføre at barnas helse ble fremmet og at de fikk en sterkere opplevelse av sammenheng.

Ved å benytte narrativ teori ønsker jeg å utdype forståelse av funnene knyttet til et av studiens forskningsspørsmål: hvilken betydning det har hatt for barn å dele erfaringer og fortelle sine historier til andre. En grunnleggende forståelse i narrativ teori er at vi mennesker forstår oss selv og omverden gjennom historiene vi forteller. Ved narrativer skapes mening i situasjoner der den eksisterende forståelsen ikke strekker til. Dette kan bringe inn nye perspektiver, fortolkning og evaluering av hendelsene (Bruner, 1990). I lys av narrativ teori kan det tyde på at det gjennom erfaringsdelingen ble skapt nye perspektiv og meningsdannelser i de situasjonene hvor barnas egne eksisterende

forståelser tidligere ikke strakk til. Av den grunn kan barna ha utviklet et mer sammenhengende og forståelig narrativ som ga mening for de. Barna i studien delte sine historier med andre barn, og funnene viste at de ikke hadde kunnskap om foreldrenes sykdom og forståelse for hvordan dette hadde påvirket egen livssituasjon før etter erfaringsdelingen med hverandre. Ifølge forskning er det forebyggende for egne helseplager når barna opplever mening og sammenheng i det som skjer, og når hverdagslivets hendelser har et språk (Beardslee, 2009). Dette gir barn en forståelse for foreldrenes atferd og hvorfor de er annerledes enn andre voksne. Salutogen teori (Antonovsky, 2012) beskriver også at hverdagen blir mer begripelig og gir en styrket OAS når menneskene forstår sin omverden og livssituasjon.

Barna i studien ser ut til å ha skapt et narrativ om at foreldrenes atferd og problemer hadde ført til vansker hos dem tidligere, og de oppdaget at det ikke var deres skyld at forelderene var syke. Ifølge Iglebæk og Jensen (2008) er det lettere å skape narrativer om hendelser som er blitt delt med andre. De påpeker at å dele hendelser med andre vil hjelpe barnet til å skape et sammenhengende strukturert narrativ og gi økt meningsdannelse, og at de derfor får mindre vansker med det i ettertid. Iglebæk (2006) hevder at behovet for å skape sammenheng og mening i opplevelsene øker ved vanskelige livssituasjoner. Barna i studien beskrev at den vanskelige livssituasjonen ikke tidligere hadde blitt knyttet til foreldrenes sykdom, noe som kan tyde på at de ikke hadde nødvendige narrativer til å forstå sammenhengen. Ifølge Iglebæk (2006) har barn mindre mulighet til å forstå sammenhenger enn voksne og de vil sannsynligvis trenge hjelp til å konstruere narrativer. Dersom barn ikke får forklaringer på det som skjer i hverdagslivet sitt, bruker de omgivelsene til å tilstrebe forståelse og vurdere om situasjonen er trygg eller ikke (Iglebæk & Jensen, 2008). Under erfaringsdelingen fikk barna hjelp til å konstruere narrativer, og på den måten opplevde de en forståelse av sammenhengen mellom vanskelige situasjoner og følelser de hadde hatt tidligere. Funnene viste at dette var lettende for barna og at de fikk mindre bekymringer.

7.2 Å dele erfaringer kan føre til å ikke føle seg alene

Resultater fra studien viste at det å dele erfaringer andre barn i lignende livssituasjon, medførte at de oppdaget at andre barn også hadde lignende utfordringer og bekymringer. Barna beskrev at dette hadde ført til at de ble bevisst at psykisk sykdom i familien var mer vanlig enn de hadde trodd, og de beskrev at de ikke lengre følte seg alene i sin situasjon. Funnene er i samsvar med flere studier og evalueringer fra andre barnegrupper (Bratli, 2010; Grant et al, 2008; Halså & Aubert, 2009; Kufås, 2002; Solberg, 2003; Templeton, 2014; Theisen & Ådnanes, 2014). Forskning har vist at det å møte andre barn i lignende situasjoner og få en erfaring på å ikke være alene om å ha foreldre med problemer, er viktige beskyttelsesfaktorer (Gilstrup, 2002; Killèn, 2009; Sølvberg, 2011). Studiene fant at når tabuer ble brutt fikk barna en økt forståelse for sin situasjon, noe som er i samsvar med funnene i studien min. Studien min viste at åpenheten om problemer og bekymringer mellom barna, førte til at egen livssituasjon ikke nødvendigvis føltes så annerledes eller verre enn andres lengre. Funnene kan peke i retning av at barna fikk en alminneliggjøring og normalisering av psykisk sykdom, noe som understøttes i evalueringer og studier av andre barnegrupper (Gance-Cleveland, 2004; Grant et al., 2008; Solberg, 2003; Templeton, 2014). Forskning har også vist at samtalegruppe kan være en generell motstandsressurs ved at barna opplever seg mer alminnelig (Langeland, 2007).

Før erfaringsdelingen trodde flere av barna i studien min at de var alene om å ha foreldre med problemer, noe som også Theisen og Ådnanes (2014) fant. Resultater i min studie viste at flere barn hadde forsøkt å dele noe med sine venner tidligere uten å føle seg forstått. Barna beskrev at de hadde hatt det vanskelig i livene sine tidligere, og de hadde en følelse av at ingen brydde seg om dem. Barna hadde følt seg mye alene tidligere, noe som også er funn hos Halså og Aubert (2009), Kufås (2002) og Solberg (2003). Sett i lys av Antonovsky (1987) sin teori kan det å føle seg alene være en stressor i et barns liv. Det er nærliggende å tro at det å oppdage at andre barn også har foreldre med psykiske utfordringer og at de ikke kjente seg så alene lengre, kan ha ført til at barnas stressorer ble dempet og deres generelle motstandsressurser styrket. Resultatene i studien viste at det å åpne seg og dele noe barna ikke hadde fortalt før, hadde ført til mindre bekymringer og barna hadde en opplevelse av at livssituasjonen deres ble mindre belastende. Dette fant også Theisen og Ådnanes (2014) i sin evaluering. Det å ha mange og sterke motstandsressurser er helsefremmende, og kan gjøre mennesker mer robuste til å tåle stresspåvirkning ettersom de kan velge strategier fra repertoaret av motstandsressurser som er til rådighet (Antonovsky, 2012). Barna i denne studien vil dermed sannsynligvis være mer robuste og vurdere en stressfaktor mindre konfliktfylt og belastende etter at følelsen av å være alene er blitt redusert.

7.3 Å dele erfaringer kan føre til utvikling av mestringsstrategier

Resultat i studien viste at erfaringsdeling med andre barn i tilsvarende situasjon førte til at barna tilegnet seg verktøy og mestringsstrategier for å håndtere situasjoner og følelser. Dette fant også Gance- Cleveland (2004), Gladstone (2010), Halså og Aubert (2009), Kufås (2002) og Solberg (2003). Et motstridende funn er evalueringen til Theisen og Ådnanes (2014) som viste at det var varierende hvor mange konkrete mestringsstrategier barna hadde tilegnet seg for å håndtere vanskelige situasjoner. Dette avviker fra min studie, hvor barna derimot beskrev at erfaringsdeling hadde ført til at de utviklet flere ulike mestringsstrategier som opplevdes betydningsfulle i egen hverdag. Det å kjenne seg igjen i hverandres erfaringer hadde ført til at barna etablerte en posisjon til hverandre som ga dem mulighet til å gi hverandre råd og støtte. Ifølge Antonovsky (2012) kan mennesker som gir råd være en ressurs for at livet skal bli mer håndterbart. I den salutogene teorien er det å ha *gode mestringsstrategier* et av hovedområdene innen motstandsressursene og som fører til at mennesket blir mer rustet til å handle, regulere følelser, være rasjonell og vidsynt (Langeland & Vaardal, 2014). Barna i denne studien kan således ha utviklet motstandsressurser ved å tilegne seg nye mestringsstrategier.

Funn i studien viste at barna hadde tilegnet seg mange ulike mestringsstrategier. En av strategiene var at de hadde blitt flinkere til å ivareta egne behov og interesser. Til tross for at de var opptatt av å hjelpe sine syke foreldre så levde barna etter gruppetilbudet et mer selvstendige liv atskilt fra foreldrenes sykdom enn tidligere, noe også Gladstone (2010) fant i sin studie. Videre hadde flesteparten av barna i min studie beskrevet at de hadde lært seg å håndtere konflikter på en bedre måte enn tidligere, ved at de hadde blitt flinkere til å sette ord på sine følelser og kommunisere bakgrunnen for egen reaksjon. I tillegg hadde barna utviklet verktøy for hvordan de kunne mestre og håndtere situasjoner som eventuelt kunne oppstå senere i livet, noe som i Antonovsky (1987) sin teori er en viktig motstandsressurs som fremmer håp og positive forventninger for

fremtiden. Barna beskrev at det å høre hvordan andre hadde løst ulike situasjoner, var nyttig for å være bedre rustet i møte med samme utfordringer senere.

Det kan det se ut som barna utviklet en *håndterbarhet* i livene sine ved å utvikle mestringsstrategier, noe som er en viktig helsefremmende kjernekomponent i teorien til Antonovsky (2012). Ifølge denne teorien opplever mennesket at livet er håndterbart når det har ressurser og mulighet til å mestre livet og påvirke situasjoner, noe som trolig barna i studien opplevde etter erfaringsdelingen. Funn viste at de utviklet ressurser og strategier som kan hjelpe de til å være mer rustet til å håndtere situasjoner i livene sine, noe som peker i retning av at utvikling av mestringsstrategier kan ha fremmet barnas helse. Teori om empowerment benytter begrepet egenkraftsmobilisering når mennesker blir bevisst ressursene de har tilgjengelig i livet, og som fører til at de blir i bedre stand til å håndtere livet og får en opplevelse av mestring (Askheim, 2007; Aujoulat et al., 2017). I lys av empowerment kan det bety at barna gjennom deltakelsen i gruppetilbudet utviklet mestringsstrategier og fikk styrket sin egenkraftsmobilisering.

Studien viste at barna hadde en opplevelse av å bli mer selvsikre etter at de traff andre barn i gruppa og delte sine erfaringer. I teorien om salutogenese er selvtillit en ressurs som øker menneskers håndterbarhet (Antonovsky, 2012) og i empowerment kan selvtillit og selvbilde føre til å styrke menneskets selvkontroll (Askheim, 2007). Det at barna i studien hadde en opplevelse av å bli mer selvsikre og fikk styrket egen mestringsevne, kan i lys av Antonovsky (1987) antyde muligheter for å utvikle en sterkere *egoidentitet*. Dette er et hovedområde innen motstandsressurser, og handler om menneskets opplevelse av seg selv. Funn i studien viste også at selvsikkerheten barna hadde utviklet ble skapt ved at de utviklet mestringsstrategier og ressurser, som hadde gjort de mer trygge og selvsikre til å mestre situasjoner i livene sine. Det kan også tenkes at barnas opplevelse av å bli forstått av de jevnaldrende barna i gruppa, vennene og foreldre kan påvirke dette. Likeså kan funnet om at barna hadde blitt flinkere til å ivareta egne behov og interesser tyde på at barna hadde økt sin egoidentitet. I empowerment er det sentralt å styrke menneskets selvtillit og dets evne til å gi uttrykk for behov og ønsker (Aujoulat et al., 2017). Her er det fokus på å skape ressurser for at mennesket skal kunne vokse i kraft av egen styrke og få tro på at det er mulig å bli aktør i eget liv (Askheim, 200). I lys av funn i studien kan det bety at barna hadde utviklet ressurser som trolig førte til at de fikk en opplevelse av en sterkere egoidentitet og tro på at de ble aktører i sine liv. Videre viste studien at barna hadde lært seg å ta mer plass, og ikke alltid ta hensyn til den syke forelderen. Barna hadde flyttet fokuset fra forelderen til seg selv og opplevde med det å få mindre dårlig samvittighet. Det å sette grenser for seg selv kan vitne om at barna hadde fått en økt egoidentitet etter gruppedeltakelsen, noe som ifølge salutogenesen øker deres OAS og er helsefremmende.

7.4 Å dele erfaringer kan føre til økt åpenhet, styrkede relasjoner og sosial støtte i nettverket

Denne studien viste at barna lærte at de kunne dele sine bekymringer med andre i sitt nettverk, som helsesykepleier, venner eller foreldrene, dersom noe opplevdes vanskelig i livet. Etter å ha truffet andre barn i lignende situasjon og delt sine erfaringer, hadde barna blitt mer åpen med sitt nettverk om sin situasjon med å ha foreldre som har utfordringer. Dette samsvarer med funn hos Gladstone (2010), Solberg (2003) og Theisen og Ådnes (2014). Forskning har vist at barna er nøye med hvem de forteller

om sine opplevelser til, da de ikke ønsket å få et stempel som annerledes (Mordoch og Hall, 2008).

Studien viste at erfaringsdeling med de andre barna hadde ført til at de fikk en opplevelse av økt åpenhet og sosial støtte fra de andre barna i gruppa og fra sine venner. I tillegg hadde det ført til en økt åpenhet og styrket relasjon med foreldre. Disse to funnene vil bli presentert i hvert sitt underkapittel.

7.4.1 Å dele erfaringer kan føre til økt åpenhet og sosial støtte fra jevnaldrende

I studien kom det frem at det å dele erfaringer hadde ført til økt gjenkjennelse og forståelse fra jevnaldrende i samme situasjon. Gjenkjenningssaspektet i hverandres historier hadde vært en trygghetsskapende faktor til at barna turde å være åpen om sine vanskelige livserfaringer til de andre barna i gruppa. Likeså det at de følte å få forståelse og støtte. Gladstone (2010) fant lignende funn i sin studie, mens i Templeton (2014) var det et motstridende funn. Her kom frem at noen barn hadde følt seg isolert og ekskludert i barnegruppa. I min studie beskrev barna at det hadde vært mest nyttig når historiene var lik deres egen situasjon eller det de selv hadde opplevd, men ingen av barna hadde følt seg ekskludert. Alle kjente seg igjen, og alle hadde følt seg trygge og ivaretatt av de andre i gruppa. Å oppleve støtte og forståelse fra jevnaldrende kan sees i lys av resiliensforskning, hvor Fraser og Pakenham (2009) fant at sosial støtte var en viktig beskyttende faktor som fremmet resiliens. Videre har annen forskning vist at sosial støtte i ei samtalegruppe kan være en viktig helsefremmende faktor og en motstandsressurs (Langeland, 2007), og det kan være forebyggende for barn som er pårørende å oppleve gode gruppefelleskap og tilhørighet (Borge, 2018; Waaktar & Christie, 2000). I teorien til Antonovsky (2012) er *sosial støtte* den viktigste motstandsressursen, og derav den mest helsefremmende faktoren for mennesker. Barnas åpenhet med påfølgende opplevelse av å få forståelse og sosial støtte tilbake, har i lys av forskning og teori vært helsefremmende og en beskyttende faktor for barna i studien.

Det kan se ut som den tryggheten barna fikk etter åpenheten med de jevnaldrende i gruppa hadde vært en døråpner for at barna i studien ble mer åpen med sine venner. Ingen av barna hadde delt vanskelige opplevelser og bekymringer med noen før. Flere av barna hadde forsøkt å fortelle om foreldrenes problemer til sine venner, men ikke følt seg forstått. Dette hadde ført til en følelse av å være alene med sine problemer, noe som er diskutert under kapittel 7.2. I studien til Trondsen (2012b) kom det også frem at barn som pårørende hadde vansker med å betro seg til jevnaldrende da de var redde for manglende forståelse.

Studien min viste at flesteparten av barna opplevde at kontakten med vennene ble bedre og bar preg av mer åpenhet enn de hadde opplevd tidligere. Barna beskrev at den økte åpenheten med venner hadde ført til en dialog og økt forståelse for hverandres liv. Det kan tyde på at det å dele erfaringer hadde ført til økt sosial støtte i barnas nettverk utenfor gruppa. Jeg tenker at åpenhet og styrket relasjon kan bety sosial støtte. Forskning har vist at sosial støtte utenfor hjemmet er viktige beskyttelsesfaktorer for barn (Borge, 2018; Waaktar & Christie, 2000) og de barna som opplevde å ha en trygg tilknytning utenfor hjemmet opplevde minst konsekvenser av en oppvekst med psykisk sykdom og rus (Killèn, 2009). Av den grunn kan det tyde på at barna i denne studien fikk en beskyttelsesfaktor i livene sine ved at de opplevde å få økt åpenhet og bedre kontakt med sine venner. Dette støttes i teorien til Antonovsky (2012) hvor åpenhet i relasjonen

med venner, i tillegg til sosial støtte, anses som en viktig motstandsressurs som bidrar til å styrke håndterbarhet. Teorien hevder at de som har nære bånd til andre mennesker takler stress bedre enn de som mangler en slik kvalitet i sine relasjoner (Antonovsky, 2012). Det kan bety at når barna i studien hadde en opplevelse av å få nærmere kontakt med sine venner, ga det en helsefremmende effekt ved å takle stress bedre enn de gjorde før gruppedeltakelsen. Dette understøttes av forskning hvor Pølkki et al. (2004) fant at barn av foreldre med psykiske lidelser er svært sårbare, og kan utvikle stressreaksjoner og langvarige vansker dersom de ikke har beskyttende faktorer som sosial støtte i nettverket sitt.

7.4.2 Å dele erfaringer kan føre til økt åpenhet og en styrket relasjon med sine foreldre

Resultat i studien viste at de fleste barna hadde en opplevelse av å få økt åpenhet og bedre kontakt med sine foreldre etter erfaringsdelingen i SMIL. De snakket bedre med sine foreldre enn tidligere og turde å være mer ærlige på hvordan de hadde det. Barna beskrev at de følte å bli i bedre stand til å håndtere denne relasjonen, noe som også Gladstone (2010), Kufås (2002) og Solberg (2003) fant.

Studien viste at barna hadde hatt en opplevelse av å være i en vanskelig livssituasjon uten åpenhet, kunnskap og forståelse for sin livssituasjon tidligere, og de hadde følt seg mye alene, vært bekymret og hatt det vanskelig i livene sine. Disse funnene kan peke i retning av at barna hadde en opplevelse av at åpenheten og kontakten med foreldrene hadde vært mangelfull. Ifølge forskning er mangel på åpenhet et særpreg for barn som vokser opp i familier med psykisk sykdom og rusavhengighet, og det er ofte tabubelagt å snakke om problemene til foreldrene (Baik & Bowers, 2005; Fjone et al., 2009; Trondsen, 2012b; Werner & Malterud, 2016; Östman, 2008). Ved at barna i studien hadde en opplevelse av økt åpenhet med sine foreldre, kan det ifølge forskning føre til at risikoen for å utvikle egne helseplager ble dempet (Beardslee, 2009).

Tre av barna formidlet at de hadde fått bedre og åpnere kontakt med sine foreldre, også den som var syk, etter erfaringsdelingen i gruppa. Dette samsvarer med funn hos Halså og Aubert (2009), mens Theisen og Ådnanes (2014) derimot fant at det var uklart hvorvidt barna fikk en styrket relasjon til den syke forelderens. Et barn i studien min fortalte at den syke forelderens hadde endret fokus til å bli oppmerksom på hvordan barnet hadde det i sin hverdag knyttet til forelderens sykdom, og det ble en gjensidig forståelse for hverandre og økt åpenhet i relasjonen. Forskning har vist at en viktig faktor som beskyttet og forebygget for at barn ikke skulle utvikle egne problemer, var å ivareta relasjonen til sine foreldre (Killèn, 2009). Den økte åpenheten og styrkede relasjonen mellom barn og foreldre her kan dermed være en viktig forebyggende- og beskyttelsesfaktor for at barna i studien ikke skal utvikle egne helseplager. Dette understøttes av Baik og Bowers (2005) sin forskning som viste at barn selv hadde rapportert at barndommen deres ville blitt bedre å leve dersom de hadde opplevd åpenhet i relasjonen med sine foreldre. Det at styrket relasjon mellom barn og foreldre kan være en beskyttelsesfaktor beskrives også av Antonovsky (2012). Sosial støtte er i denne teorien en særlig viktig motstandsressurs. Det at barna hadde en opplevelse av å få sosial støtte fra sine foreldre kan bety at barna ble bedre rustet til å mestre stress og utfordringer, noe som kan ha ført til at barna fikk en økt håndterbarhet av egne utfordringer. Ved at barna fikk en opplevelse av å ha ytre ressurser tilgjengelig, for

eksempel åpenhet og god relasjon til sine foreldre, kan barna oppleve at krav og forventninger blir håndterbart. Dette er ifølge Antonovsky (2012) helsefremmende.

Meningsfullhet er en helsefremmende komponent i salutogenesen og handler om at mennesker oppnår best helse om de har en opplevelse av at det som skjer i livet er betydningsfullt og har en mening (Antonovsky, 2012). Det kom frem at barna i studien opplevde det å tilegne kunnskap og forståelse (befriplighet) og ferdigheter (håndterbarhet) som meningsfullt og det er nærliggende å tro at det å få en opplevelse av styrket relasjon med sine foreldre og sosial støtte fra sine venner økte barnas meningsfullhet.

7.5 Å høre på andres erfaringer kan oppleves vanskelig

Et funn i studien var at erfaringdelingen hadde ført til at det var smertefullt å høre andre barn dele sine erfaringer fra vanskelige livssituasjoner. Barna fikk en opplevelse av å bli triste og lei seg da andre barn fortalte om noe som hadde vært fælt å høre på. Sterke inntrykk som berørte barna anses å være et kontrasterende funn og en motsats til funnene om at barna hadde utviklet mestringsstrategier etter erfaringsdelingen. Dette var funn som samsvarer med evalueringen til Theisen og Ådnanes (2014) og ph.d-studien til Grimsgaard (2019). Forskning har vist at hverdagslivet til mange barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre var preget av utrygghet etter skremmende forandringer i foreldrenes oppførsel og perioder med sinne, krangling og dårlig stemning (Sølvberg, 2011, Werner & Malterud, 2016; Östman, 2008). Barn i min studie kan ha opplevd noe av dette i sin hverdag, ettersom de andre barna beskrev at noen av historiene hadde vært fæle å høre på. Det er mulig at barna som lyttet til erfaringene opplevde at de sterke uttrykkene ga de stressreaksjoner. Teorien om salutogenese hevder at et menneske med en svak OAS sannsynligvis vil vurdere en stressfaktor mer vanskelig enn andre (Antonovsky, 2012), og repertoaret av motstandsressurser avgjør om utfallet blir skadelig eller helsebringende. Barn som har vokst opp med foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet, kan ha en svakere OAS og mindre repertoar av motstandsressurser enn et barn som ikke har lignende oppvekst. Ifølge Antonovsky (2012) kan det bety at barna vil oppleve den stressende faktoren, å høre på historier som var smertefulle å høre på, mer vanskelig og mindre håndterbar enn hos mange andre jevnaldrende.

Funn i studien viste at ulike ressurser hadde påvirket og ført til at det å høre på andre barns vanskelige livssituasjoner hadde blitt håndterbart for barna. En ressurs barna beskrev var å benytte sosial støtte fra nettverket sitt. Her kom det frem at det å snakke med en av foreldrene om det som hadde skapt sterkt inntrykk var en ressurs som ble benyttet, noe som gjorde situasjonen håndterbar og de triste følelsene forsvant. I lys av salutogenesen kan det tyde på at barna opplevde at den sosial støtten fungerte som en motstandsressurs. En annen ressurs som barna beskrev som viktig var gruppeledernes funksjon. Funn viste at barna hadde blitt betrygget ettersom de opplevde at barna som delte sine vanskelige erfaringer fikk hjelp til å håndtere situasjonen og ble ivaretatt av gruppelederne. Dette samsvarer med funn i Theisen og Ådnanes (2014) sin evaluering, men avviker fra funn i avhandlingen til Grimsgaard (2019). Grimsgaard (2019) fant at gruppelederne ikke hadde tatt tak i det barna delte av sine vanskelige erfaringer. Her kom det frem at mange barn hadde delt erfaringer fra hendelser som hadde vært skremmende, forvirrende og vanskelig å forstå for barna, men mangelen på kommunikasjon fra gruppelederne rundt det barna formidlet av egenopplevde erfaringer

førte til at alvorlige tilfeller av omsorgssvikt ikke ble tatt tak i. Grimsgaard (2019) stilte derfor spørsmål om deltakelse i barnegrupper kan være skadelig for barn som lever i familier med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet. Min studie viste motstridende funn hvor barna rapporterte at det hadde vært av utelukkende positiv betydning å delta i ei samtalegruppe og dele sine erfaringer, og barna hadde fått det bedre i livene sine etter gruppedeltakelsen. Det at gruppelederne tar ansvar og ivaretar alle barna, både de som forteller og de som hører på de tøffe historiene, ble beskrevet som viktig. Dette hadde ført til at barna som hørte på historiene ikke ble triste lenge etterpå.

Grimsgaard (2019) sine funn som viste at gruppelederne ikke tok tak i det barna formidlet av situasjoner med alvorlige omsorgssvikt, er imøtegått av gruppeledere i SMIL (Skotheim, 2020). De påpekte at det er viktig at gruppeledere tar tak i det barna deler av sine erfaringer og at voksne som ikke tåler å håndtere tøffe historier fra barn ikke egner seg til å være gruppeledere i ei barnegruppe. Funn hos Grimsgaard (2019), Skotheim (2020) og i studien min har vist at gruppelederne sin praksis er avgjørende for hvordan barnas erfaringer blir ivaretatt i gruppa. Ifølge Skotheim (2020) ble gruppeledernes egenskaper og kompetanse fremhevd som viktige når det gjaldt praksisen som ble utøvd, noe mine funn også kan vise. I lys av helsefremmende og salutogen tilnærming har forskning vist at det å stole på en helsearbeider kan føre til trygghet og tillitt til å åpne seg for andre mennesker (Langeland & Vaardal, 2014). Mennesker som har levd i vanskelige livssituasjoner kan få en økt følelse av egnenverdi og mestringsevne i møte med fagfolk som de opplever som trygge. Ifølge Langeland (2007) kan det å delta i ei samtalegruppe være en motstandsressurs og OAS kan bli styrket ved deltakelse. Av den grunn kan det være nærliggende å tro at barna som delte erfaringer i studien min fikk en følelse av økt mestringsevne knyttet til den vanskelige livssituasjonen, noe som kan ha økt motstandsressursene og hatt en helsefremmende betydning for barna. Barna hadde stolt på gruppelederne som hadde ansvar for erfaringsdelingen i gruppen, noe som hadde vært en trygghetsskapende faktor for både de som delte og lyttet til erfaringene.

Den tredje ressursen som hadde ført til at det ble håndterbart for barna å høre på triste livshendelser fra andre, var barnas egne erfaringer på at deling av livshendelser hadde vært positivt. De beskrev at de var glade for at de andre barna endelig hadde turt å fortelle om sine opplevelser til noen. Barna begrunnet det med at de selv, gjennom erfaringsdeling i gruppa, hadde erfart en lettelse og mestring med å dele. I tillegg hadde de tilegnet seg kunnskap og verktøy for å mestre egne livshendelser. Ifølge Antonovsky (2012) er det helsefremmende at mennesker får en etablert erfaring på at man har ressurser til å takle vanskelige situasjoner, og at de vet at det finnes løsninger på opplevelser som kan oppleves forvirrende.

I lys av den salutogene teorien (Antonovsky, 2012) kan resultatene i studien peke i retning av at barna kan ha fått en opplevelse av å ha nødvendige ressurser til å håndtere det å høre på tøffe historier fra andre barn under erfaringsdelingen. Det kan tyde på at tristheten og stressfaktoren til barna ble redusert og håndterbarheten ble styrket, noe som i salutogen teori kan peke i retning av at det kan være helsefremmende å høre på vanskelige livshendelser fra andre.

7.6 Videre forskning

Denne studien har hatt fokus på barnas egne erfaringer, og deres betydning av å dele erfaringer i et gruppetilbud. Innen temaet barn som pårørende til foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet er det mange aktuelle problemstillinger som kan være samfunnsnyttig å forske på. Mine refleksjoner rundt videre forskning i denne studien er allikevel knyttet til gruppetilbudet SMIL, da det eksisterer kun to evalueringer (Bratli, 2010; Theisen & Ådnanes, 2014) av gruppetilbudet i dag. Tiltak som SMIL kan ved innsparinger i helsenorge stå i fare for å ikke bli prioritert dersom det ikke finnes forskning på at tiltaket er virksomt. Som gruppeleder sitter jeg med egne kliniske erfaringer basert på uttalelser fra barn og foreldre som tilsier positive effekter for begge parter, noe også andre gruppeledere i Norge rapporterer i møter vi gruppeledere har med initiativtaker NK LMH. Av den grunn er det behov for flere studier knyttet til effekter og betydninger det kan ha for både barn og foreldre å delta i gruppetilbudet.

Et av hovedfunnene i studien var at barna opplevde å få økt åpenhet og relasjon med sine foreldre, og i videre forskning kunne det vært nyttig å se på andre perspektiv og erfaringer knyttet til foreldre- barn relasjonen. På hvilken måte har det påvirket relasjonen mellom foreldre og barn å delta i SMIL? Hvordan kan et gruppetilbud som SMIL tilrettelegge for foreldreinvolvering som styrker foreldrene og øker deres kompetanse på å inneha et barneperspektiv i sin familiehverdag? Tanken er at ved å styrke foreldrene i sin foreldrerolle kan dette påvirke barnas livssituasjon og helse positivt. Det kunne også vært interessant med studier knyttet til barnets relasjon med forelderen som har helseutfordringer. Hvilken betydning har det for barn å få økt åpenhet og styrket relasjon med den syke foreldren? Hvilken betydning kan det ha for foreldrene og resten av familiemedlemmene? Det å se på virksomme faktorer i et familieperspektiv kunne vært betydningsfullt, ettersom alle i en familie på en eller annen måte blir påvirket når en i familien er syk. Det å ha fokus på hvilken betydning det har hatt for søsken, den syke forelderen og den friske forelderen kunne vært interessant, og hvordan det har påvirket familien som helhet å delta i et gruppetilbud som SMIL.

8 Avslutning

I denne studien har jeg undersøkt hvilken betydning det kan ha for barn å dele erfaringer med andre som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet. Barna deltok i gruppetilbudet SMIL og resultatene gjengir barnas erfaringer fra å delakelsen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen ble diskutert i lys av teorien om salutogenese for å løfte frem faktorer som kan ha bidratt til å fremme og hemme barnas helse. Det ble benyttet støtteteorier som empowerment og narrativ teori for å forsøke å belyse funnene fra flere perspektiv. Med hjelp av disse er det søkt å finne ut om barna opplevde å få ressurser og kraft til å ha autonomi og kontroll i eget liv, og om nye narrativer for barna ble skapt ved at de delte sine historier med andre.

Resultatene kan tyde på at det å delta i ei gruppe og dele sine erfaringer, har ført til at barna i studien har fått flere motstandsressurser i livene sine og vært av helsefremmende betydning. Både det å dele og høre på erfaringer kan ha bidratt til å fremme barnas helse. Det kan tyde på at barna opparbeidet seg flere motstandsressurser i hverdagen og bidro til å gjøre de mer rustet til å håndtere utfordringer i hverdagen sin. En av betydningene var at barna fikk en opplevelse av å få økt begripelighet i livene sine. De erfarte å få økt kunnskap om foreldrenes psykiske helseutfordringer, noe som hadde ført til at barna opplevde å få økt forståelse for både foreldrenes og egen livssituasjon. Av den grunn forsto barna hvordan foreldrenes problemer hadde påvirket dem selv, og de oppdaget at de som barna ikke hadde skyld i foreldrenes helseutfordringer. En annen betydning var at barna ble bevisst at de ikke var alene om å ha foreldre med psykiske vansker og at det var mer vanlig enn de hadde trodd før gruppedeltakelsen. Det å oppdage at andre barn også hadde foreldre med utfordringer hadde ført til at de ikke følte seg annerledes lengre. Opplevelsen av å økt kunnskap og forståelse kan ha ført til at livene og virkeligheten til barna ble mer begripelig og forståelig. Dette kan ha virket inn på at de opplevde å få økte muligheter for autonomi og kontroll i eget liv, og derav mulighet til å påvirke egen tilværelse.

Videre kan det se ut som om barna fikk en opplevelse av økt håndterbarhet i livene sine. Ved å få verktøy og mestringsstrategier utviklet barna ressurser som kunne benyttes til å takle og håndtere ulike situasjoner og følelser. Ressursene barna hadde utviklet førte til at de følte seg mer rustet til å takle og håndtere hverdagslivet, noe som kan ha utviklet barnas egenkraftsmobilisering. Av den grunn kan barna ha ble mer styrket til å takle fremtidig stress og utfordringer. Resultatene viste også at barna hadde fått en opplevelse av økt åpenhet, styrkede relasjoner og sosial støtte i nettverket sitt etter gruppedeltakelsen. Det at barna hadde kjent seg igjen i andres erfaringer og følt seg forstått, hadde ført til åpenhet og erfaringsdeling blant de jevnaldrende barna i gruppa. Dette, sammen med at barna hadde tilegnet seg ferdigheter som trolig bidro til å begripe og håndtere livene sine, hadde vært en døråpner for at barna fikk økt åpenhet med sitt nettverk. Den økte åpenheten med nettverket hadde ført til en opplevelse av styrket relasjon med sine foreldre og sosial støtte fra sine venner.

Studien viste også at det å høre på andre barn sine tøffe historier kan ha vært helsefremmende for barna. Til tross for at var smertefullt for barna å høre på, kan det tyde på at det å ha nødvendige ressurser tilgjengelig som sosialt nettverk, ivaretagende gruppeledere og egne omsorgsegenskaper, kan føre til at det ble en styrke for barna.

Denne studien har forsøkt å bidra til kunnskapsutvikling og et styrket kunnskapsgrunnlag innen gruppetilbud for barn av foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet. Forhåpentligvis har studien gitt kunnskap til fagfeltet «barn som pårørende», ved å vise at det kan være helsefremmende for barn å delta i et gruppetilbud. Det å forebygge at barn utvikler egne helseplager som sine foreldre er viktig for å støtte sunn utvikling og god fungering for barn i en sårbar situasjon. Dette kan i tillegg til å gi disse barna en bedre hverdag og et bedre liv også være samfunnsøkonomisk ved å redusere behov for helsetjenester. I den forbindelse kunne det vært betydningsfullt med studier på langtidsnyttene ved å se på hvilken effekt gruppedeltakelse kan ha når barna blir voksne.

9 Litteraturliste

- Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre: Rapport*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment- ulike tilnærminger. I O. P. Askheim, O. P. & B. Starrin (Red.). *Empowerment i teori og praksis* (s. 21-33). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Aujoulat, I., d`Hoore, W. & Deccahe, A. (2007). Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacaphony? *Patient Education and Counseling*, 66(1), 13-22.
- Baik, S. Y. & Bowers, B. J. (2005). Living with a mother with chronic depression: To tell or not to tell? *The Internet Journal of Mental Health*, 3(1), 1-5.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Beardslee, W. R. (2009). *Out of the darkened room: When a parent is depressed*. New York: Hachette Book Group.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M. & Gladstone, T. R. G. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the american academy of child & adolescent psychiatry*, 37(11), 1134-1141.
- Borge, A. I. H. (2018). *Resiliens: risiko og sunn utvikling* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bratli, S. (2010). *Læring og mestring for barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusproblemer* (Prosjektrapport NK LMS 2). Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for Læring og mestring, Oslo universitetssykehus HF.
- Bratli, S., Lindgren, P. Ø. & Østberg, E. (2015). Styrket mestring i livet (SMIL): Et gruppetilbud. I B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. V. Trondsen & S. Gjesdahl (Red.), *Familier i motbakke: På vei mot bedre støtte til barn som pårørende* (s. 267-277). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Cogan, N., Riddel, S. & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: A qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), 47-66.
<https://doi.org/10.1191/1478088705qp024oa>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode: en kvalitativ tilnærming* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2018, 4. desember). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-humaniora-juss-og-teologi/>
- Fjone, H. H., Ytterhus, B. & Almvik, A. (2009). How children with parents suffering from mental health distress search for `normality` and avoid stigma: To be or not to be is not the question. *Childhood*, 16(4), 461-477.
<https://doi.org/10.1177/0907568209343743>
- Fraser, E. & Pakenham, K. I. (2009). Resilience in children of parents with mental illness; Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, health and medicine*, 14(5), 573-584.
- Freire, P. (1974). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendals Fakkell-bøker.
- Gance-Cleveland, B. (2004). Qualitative evaluation of a school-based support group for adolescents with an addicted parent. *Nursing Research*, 53(6), 379-386.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research: Essays*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gladstone, B. M. (2010). *All in the same boat: An analysis of a support group for children of parents with mental illnesses*. Dalla Lana School of Public Health University, University of Toronto, Toronto.
- Gladstone, B. M., McKeever, P., Boydell, K. & Seeman, M. V. (2014). Analysis of support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1171-1182.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet, har de vondt av: familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Grant, G., Repper, & Nolan, M. (2008). Young people supporting parents with mental health problems: experiences of assessment and support. *National Library of Medicine*, 16(3), 271-281.
- Grimsgaard, C. (2019). *Om å holde noe av et barns liv i sin hand: Samtaler mellom profesjonelle og barn som har psykisk syke eller rusavhengige foreldre: Et etisk og narrativt perspektiv*. Ph. d.- avhandling. Høgskolen i Innlandet. Hentet fra
<https://brage.inn.no/inn-xmlui/handle/11250/2630184>

- Halsa, A. & Aubert, A. M. (2009). *Forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseproblemer: En evaluering av det forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre i Asker og Bærum* (Forskningsrapport 139). Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Haugland, B. S. M. (2012). Familiefungering og psykososiale problemer hos voksne barn av rusmisbrukende foreldre. I B. S. M. Haugland, B. Ytterhus & K. Dyregrov (Red.), *Barn som pårørende* (s. 82-106). Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet- veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Iglebæk, T. (2006). *Hvordan skape mening etter en meningsløs hendelse- Barns meningsdannelse og forståelse i etterkant av flodbølgekatastrofen i Sørøst- Asia*. Universitetet i Oslo.
- Iglebæk, T. & Jensen, T. K. (2008). Barns meningsdannelse under flodbølgekatastrofen i Sørøst- Asia. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(12), 1488-1497.
- Johansson, P. (1996). Miljøterapeutiske tekniker i et salutogent perspektiv. *Fokus i familien* (4), 212-221.
- Killèn, K. (2009). *Sveket: Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkehei, I. & Ormstad, S. S. (2013). Litteratursøk. *Norsk Epidemiologi* 23(2), 141-145.
- Knutsen, M. (2013). *Kan alle historier deles? En studie av barns narrativer etter en traumatisk hendelse*. Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/37004/Knutsen.pdf?sequence=2>
- Kufås, E. (2002). «Du er ikke den eneste»: *Gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har foreldre med psykisk lidelse* (Sluttrapport: prosjektperiode 2001-2002). Asker: Blakstad sjukehus.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvello, Ø. (2010). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. (2007). *Sense of coherence and life satisfaction in people suffering from mental health problems: an intervention study in talk- therapy groups with focus om salutogenesis*. Dissertation for the degree of doctor rerum politicarum. University of Bergen, Norway 2007.

- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper- en arena for økt mestring og velvære. I A. Lerdal. & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208-235). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. & Vaardal, J. (2014). Betydningen av kunnskap om salutogenese for psykisk helsearbeid. I A. Almvik. & L. Borge (Red.), *Å sette farger på livet: Helhetlig psykisk helsearbeid* (s. 45-72). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lauritzen, C., Reedtz, C., Van Doesum, K. T. M. & Martinussen, M. (2014). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research*, 14(58).
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-58>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mayall, B. (2008). Conversations with Children: Working with Generational Issues. I P. Christensen. & A. James (Red.), *Research with Children: Perspectives and Practices* (s. 109-125). Oxon: Routledge.
- Melle, I., & Johansen, R. (2002). De usynlige barna- når mor eller far har schizofreni. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 122(23), 2299-2302.
- Mordoch, E. & Hall, W. A. (2008). Children`s perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127-1144. <https://doi.org/10.1177/1049732308320775>
- Mæland, J. G. (2016). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis* (4.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk Senter for Forskningsdata (NSD). (2019, 23.januar). *Hva må jeg informere om?* Hentet fra https://nsd.no/personvernombud/hjelp/informere_om.html
- Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH). (2020, 21.desember). *SMIL- styrket mestring i livet*. Hentet fra <https://mestring.no/laerings-og-mestringsaktivitet/tilbud-du-kan-ta-i-bruk/smil/>
- Pølkki, P., Ervast, S-A. & Huupponen, M. (2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social work in health care*, 39(1-2), 151-163.

- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., Kallander, E. K., Kufås, E., Løvås, M., Peck, G. C., Skogerbø, Å., Skogøy, B. E., Stavnes, K., Thorsen, E. & Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende: Resultater fra en multisenterstudie* (Helsedirektoratet 11, IS-0522). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/barn-som-paerørende-resultater-fra-en-multisenterstudie/>
- Skotheim, H. (2020). Forsker kritiserer samtalegrupper for barn som er pårørende: Gruppeleder kjenner seg ikke igjen. *Fontene*, 2020. Hentet fra <https://fontene.no/nyheter/forsker-kritiserer-samtalegrupper-for-barn-som-er-paerørende-gruppeleder-kjenner-seg-ikke-igjen-6.47.675548.015c12aab5>
- Solbakken, B. H. & Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer* (SIRUS rapport 1). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Solberg, A. (2003). *Hjelp til barn som har foreldre med psykiske lidelser. Evaluering av prosjektet og virksomheten «Du er ikke den eneste»: Et gruppetilbud med psykopedagogisk tilnærming til barn og unge som har foreldre med psykiske lidelser* (NOVA skriftserie 4). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/>
- Svendsen, A. (2004). *Forebyggende arbeid med barn av foreldre med psykisk sykdom og rusproblemer: En evaluering av BAPP- programmet* (Arbeidsrapport 16). Trondheim: Barnevernets utviklingscenter I Midt- Norge.
- Sølvberg, H. A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende: Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Templeton, L. (2014). Supporting families living with parental substance misuse: the M-PACT (Moving parents and children together) programme. *Child & family social work*, 19(1), 76-88. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2012.00882.x>
- Theisen, O. M. & Ådnanes, M. (2014). *Evaluering av SMIL - Styrket Mestring i Livet: Et gruppetilbud for barn og ungdom som har foreldre med psykiske- og/eller rusrelaterte helseutfordringer* (SINTEF rapport). Hentet fra <https://www.sintef.no/smil/>
- Torvik, F. A. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011: 4). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Trondsen, M. V. (2012b). Risikofokus på barn med psykisk syke foreldre. I A. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 117-133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Trondsen, M. V. & Ytterhus, B. (2017). Først og fremst barn og unge- også når foreldrene er psykisk syke. I S. Tønnesen & B. L. L. Kassah (Red.), *Pårørende i kommunale helse- og omsorgstjenester: Forpliktelser og ansvar i et utydelig landskap* (s. 123-150). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk. Pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Vis, S. A. & Havnen, K. J. S. (2017). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket SMIL– Styrket mestring i livet (2. utg.). *Ungsinn*, 2:1. Hentet fra https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltaket-smil-styrket-mestring-i-livet-2-utg/
- Vågan, A. og Sandvin Olsson, A. B. (2018). *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse*. NK LMH 1/ 2018. Hentet fra https://mestring.no/wp-content/uploads/2019/03/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG_140319-2.pdf
- Waaktaar, T. & Christie, H. J. (2000). *Styrk sterke sider: Håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Werner, A. & Malterud, K. (2016). Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v11.30673>
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Health Education and Health Promotion Unit (HEP). Genève.
- Ytterhus, B. & Almvik, A. (1999). Har kommunene et hjelpetilbud til barn av alvorlig psykisk syke foreldre? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 119(18), 2667-2669.
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness: Investigating their everyday situation. *Nord Journal of Psychiatry*, 62(5), 354–359. <https://doi.org/10.1080/08039480801960065>

10 VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til foreldrene med samtykkeskjema

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til barna med samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguiden

Vedlegg 4: Pico- skjema og litteratursøk

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

Vedlegg 6: Tilbakemelding fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til foreldrene med samtykkeskjema

INFORMASJON OM EN STUDIE

GRUPPETILBUDET SMIL

BAKGRUNN OG FORMÅL

Du får dette brevet fordi din datter/ sønn deltar i gruppetilbudet SMIL høsten 2019. Alle som deltar i denne gruppa får samme brev. Jeg har tidligere vært gruppeleder i SMIL og skal nå skrive en masteroppgave om SMIL-gruppa. Dette er et spørsmål til deg om din datter/ sønn kan delta i studien min.

I SMIL er en av hensiktene at ungdommene skal treffe andre ungdommer som har en mamma eller pappa med psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. De har kanskje delt noen av sine erfaringer og opplevelser, og de har kanskje hørt andre ungdommer fortelle om sine. Formålet med denne oppgaven er å finne ut hvilken betydning det har hatt å treffe andre ungdommer og dele sine erfaringer og opplevelser med hverandre.

HVA INNEBÆRER DELTAKELSE I STUDIEN?

Dersom din sønn/ datter takker ja til å delta i studien innebærer det at han/ hun blir intervjuet av meg. Dette høres kanskje litt seriøst ut, men det er en samtale hvor vi sitter og prater. Spørsmålene vil ikke handle om dere som foreldre eller situasjoner som har oppstått, men om betydningen av å treffe andre som har vært eller er i samme situasjon. Om du ønsker kan du få se intervjuguiden på forhånd. Her er noen av spørsmålene:

Hvordan opplevde du å dele egne erfaringer?

Hva var nyttig med det å dele egne erfaringer med andre i gruppa (altså til hjelp og støtte)?

Tror du det har hjulpet deg? Evt. hvordan/ hvorfor?

Samtalen varer i ca 30 minutter. Det vil kun være meg tilstede, og vi skal være X der SMIL-gruppene foregår. Dato blir i begynnelsen av februar, og vil foregå etter skoletid.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen med å delta er at vi som jobber med SMIL-tiltakene i Norge får mere kunnskap om hvordan det kan påvirke ungdommene som deltar. Mange ungdommer kan også synes det er godt å snakke om SMIL-gruppa etter at den er ferdig.

Jeg har ikke tenkt å spørre spørsmål som kan oppleves vanskelig. Dersom det allikevel oppfattes slik, har deres datter/ sønn fått informasjon om at det er trygt å si fra underveis. Jeg ønsker at dette skal bli en fin opplevelse. Han/ hun vil få et gavekort på 200kr som takk 😊

PERSONVERN- HVA SKJER MED INFORMASJONEN?

Det din datter/ sønn sier under intervjuet vil kun bli brukt til studien min, og alt blir behandlet i samsvar med personvernreglementet. Som deltaker i studien vil din datter/sønn ikke bli gjenkjent. Det er kun jeg som skal jobbe med denne studien og ingen andre skal ha tilgang til opplysningene jeg får. Jeg har taushetsplikt, noe som betyr at jeg ikke kommer til å dele noe av dette med andre. Under intervjuet benytter jeg en lydopptaker mens vi snakker slik at jeg kan skrive ned det som blir sagt etter intervjuet. Det skriftlige materialet blir anonymisert, og lydopptakeren vil bli oppbevart innelåst i et skap på en forsvarlig måte slik at ingen får tak i den. Nedskrevne data blir oppbevart på data som er passord- beskyttet med et eget kort. Dette kortet har kun jeg tilgang til. Lydopptak blir slettet når masteroppgaven min er ferdigstilt og godkjent. Den skal etter planen være ferdig desember 2020.

DELTAKELSE

Det er helt frivillig å delta, og din sønn/ datter kan når som helst si fra om han/hun angrer seg og ikke ønsker å delta videre. Det trengs ikke å oppgis noen grunn, og vil ikke medføre negative konsekvenser for din sønn/ datter å trekke seg. Dette gjelder både før, under og etter samtalen. Dersom han/ hun heller ønsker å si dette til en av gruppelederne i SMIL- gruppa er det helt greit. Leder for SMIL- gruppa er X og hun kan kontaktes på X.

ANSVARLIG

Det er NTNU som er ansvarlig for masteroppgaven.

RETTIGHETER

Så lenge din datter/ sønn kan identifiseres i datamaterialet, har hun/ han rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om han/ henne
- å få rettet personopplysninger om seg
- få slettet personopplysninger om seg
- få utlevert en kopi av sine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av sine personopplysninger.

Jeg har rett til å behandle personopplysninger om han/ henne kun basert på samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Regional etisk komite (REK) vurderer at studien ikke primært fokuserer på sykdom og helse, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning fra REK.

HVOR KAN DU FINNE UT MER?

Hvis du har spørsmål til studien kan jeg kontaktes på X. Veileders navn er Silja Berg Kårstad og kan kontaktes på silja.b.karstad@ntnu.no. Kontaktinformasjon til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) er personverntjenester@nsd.no / 55582117.

Jeg håper du ønsker at din datter/ sønn skal delta. Takk☺

Med vennlig hilsen

Hilde Siraas, 09.12.19

Masterstudent

Silja Berg Kårstad, 09.12.19

Prosjektansvarlig/ Veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om studien «Gruppetilbudet SMIL», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

at min datter/ sønn kan delta på intervju

Jeg samtykker til at opplysningene behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2020.

Navn på datter/ sønn: _____

Sign. prosjektdeltaker

Dato

Navn i blokk-bokstaver

Mobil

E-post

Vedlegg 2: Informasjonsskriv til barna med samtykkeskjema

INFORMASJON OM EN STUDIE

GRUPPETILBUDET SMIL

BAKGRUNN OG FORMÅL

Du får dette brevet fordi du deltar i gruppetilbudet SMIL høsten 2019. Alle som deltar i denne gruppa får samme brev. Jeg har tidligere vært gruppeleder i SMIL og skal nå skrive en masteroppgave om SMIL-gruppa. Dette er et spørsmål til deg om du har lyst å delta i studien min.

I SMIL er en av hensiktene at dere ungdommer skal treffe andre ungdommer som har en mamma eller pappa med psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. Formålet med denne studien er å finne ut hvilken betydning det har hatt å treffe andre ungdommer og dele sine erfaringer og opplevelser med hverandre.

HVA INNEBÆRER DELTAKELSE I STUDIEN?

Dersom du takker ja til å delta i studien innebærer det at du blir intervjuet av meg. Dette høres kanskje litt seriøst ut, men det er en samtale hvor vi sitter og prater. Spørsmålene vil ikke handle om dine foreldre eller situasjoner som har oppstått, men om betydningen av å treffe andre som har vært eller er i samme situasjon. Her er noen av spørsmålene:

Hvordan opplevde du å dele egne erfaringer?

Hva var nyttig med det å dele egne erfaringer med andre i gruppa (altså til hjelp og støtte)?

Tror du det har hjulpet deg? Evt. hvordan/ hvorfor?

Samtalen varer i ca 30 minutter. Det vil kun være meg tilstede, og vi skal være på X der SMIL- gruppene foregår. Dato blir i begynnelsen av februar, og vil foregå etter skoletid.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Fordelen med å delta er at vi som jobber med SMIL-tiltakene i Norge får mere kunnskap om hvordan det kan påvirke ungdommene som deltar. Mange ungdommer kan også synes det er godt å snakke om SMIL-gruppa etter at den er ferdig.

Jeg har ikke tenkt å spørre spørsmål som kan oppleves vanskelig. Dersom det allikevel oppfattes slik, skal du vite at det er trygt å si fra underveis. Jeg ønsker at dette skal bli en fin opplevelse for deg. Som en liten takk vil du få et gavekort på 200kr (fra en valgfri plass) ☺

PERSONVERN- HVA SKJER MED INFORMASJONEN?

Det du sier under intervjuet vil kun bli brukt til masteroppgaven min, og alt blir behandlet i samsvar med personvernreglementet. Som deltaker i studien vil du ikke bli gjenkjent. Det er kun jeg som skal jobbe med denne studien og ingen andre skal ha tilgang til opplysningene jeg får. Jeg har taushetsplikt, noe som betyr at jeg ikke kommer til å dele noe av dette med andre. Under intervjuet benytter jeg en lydopptaker mens vi snakker slik at jeg kan skrive ned det som blir sagt etter intervjuet. Det skriftlige materialet blir anonymisert, og lydopptakeren vil bli oppbevart innelåst i et skap på en forsvarlig måte slik at ingen får tak i den. Nedskrevne data blir oppbevart på data som er passord- beskyttet med et eget kort. Dette kortet har kun jeg tilgang til. Lydopptak blir slettet når masteroppgaven min er ferdigstilt og godkjent. Den skal etter planen være ferdig desember 2020.

DELTAKELSE

Det er helt frivillig å delta, og du kan når som helst si fra om du angrer deg og ikke ønsker å delta videre. Det trengs ikke å oppgis noen grunn, og vil ikke medføre noen negative konsekvenser. Dette gjelder både før, under og etter samtalen. Dersom du heller ønsker å si dette til en av gruppelederne i SMIL- gruppa er det helt greit. Leder for SMIL- gruppa er X og hun kan kontaktes på X.

ANSVARLIG

Det er NTNU som er ansvarlig for masteroppgaven.

RETTIGHETER

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- å få slettet personopplysninger om deg
- å få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Jeg har rett til å behandle personopplysninger om deg kun basert på samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Regional etisk komite (REK) vurderer at studien ikke primært fokuserer på sykdom og helse, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning fra REK.

HVOR KAN DU FINNE UT MER?

Hvis du har spørsmål til studien kan jeg kontaktes på X. Veileders navn er Silja Berg Kårstad og kan kontaktes på silja.b.karstad@ntnu.no. Kontaktinformasjon til Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) er personverntjenester@nsd.no / 55582117.

Jeg håper du ønsker å delta. På forhånd takk 😊

Med vennlig hilsen

Hilde Siraas, 10.12.19

Masterstudent

Silja Berg Kårstad, 10.12.19

Prosjektansvarlig/ Veileder

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om studien «Gruppetilbudet SMIL», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at opplysningene behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. desember 2020.

Sign. prosjektdeltaker

Dato

Navn i blokk-bokstaver

Mobil

E-post

Vedlegg 3: Intervjuguiden

Hovedspørsmål

1. Hvordan opplever barna i gruppetilbudet SMIL å dele egne erfaringer?

Hva synes du om det å ha vært med i SMIL-gruppa?

Jeg vet at dere i SMIL-gruppa har gjort veldig mye forskjellig, og en del av det dere gjør i SMIL er å treffe andre som også har en mamma eller en pappa som sliter med psykiske vansker eller rus. Hvordan synes du det var å treffe og bli kjent med de andre barna i SMIL-gruppa?

Har det noen fordeler å treffe andre som har dette til felles?

Har det noen bakdeler å treffe andre som har dette til felles?

Synes du det er annerledes enn å være med venner eller andre som ikke har en mamma eller pappa med psykiske lidelser eller rus? I så fall hva synes du er annerledes?

Kan du huske i hvilke situasjoner dere delte erfaringer i SMIL- gruppa? Altså hva gjorde dere da dere delte erfaringene? (Evt. hjelpeord: følelsetermometeret? under andre øvelser? uformelt med en eller ei av de andre barna som du fikk ekstra god kontakt med?)

Kan du huske om DU delte noen av dine erfaringer eller opplevelser med de andre i gruppa? (Hvis nei; få barna til å reflektere og tenke seg godt om og gå til tekstboksen merket X. Dersom fortsatt nei: gå til pkt.2).

Hvis ja; - Kan du fortelle litt om den opplevelsen?

Husker du hvordan opplevde du å dele opplevelsen og erfaringen din? Hvordan tenkte du og følte når du delte dine erfaringer?

Hva var nyttig med det å dele egne erfaringer med andre i gruppa (til hjelp og støtte)? Tror du det har hjulpet deg? Evt. hvordan/ hvorfor?

Husker du hvordan de andre tok imot det du sa? Hva de sa eller hvordan de reagerte?

Tenker du at det er noen faktorer som er viktig for at det skal være trygt å dele egne erfaringer sånn som du gjorde? (Evt. hjelpeord: Gruppeleders væremåte? Tid? Lokaler?)

Var det noe som ikke var greit med det å dele egne erfaringer med andre i gruppa? Noe som ikke var ok? Evt. hvorfor?

Hvilken betydning tror du det har hatt for deg å treffe de andre barna i SMIL-gruppa og dele forskjellige erfaringer med de?

2. Hvordan opplever barna i gruppetilbudet SMIL å høre andres erfaringer?

Nå har vi snakka mest om det at du har delt ting fra ditt liv. Nå skal vi snakke mere om det at du hørte på erfaringer og opplevelser andre delte. Historiene deres. Kan du huske en situasjon der en av de fortalte noe og delte med dere andre i gruppa? Kan du fortelle litt om det?

*Hva gjorde det med deg å høre på det som ble fortalt? Hvordan opplevde du det?
Husker du hvordan du reagerte?*

Hva syns du var nyttig med det å høre andres historier og erfaringer? Tror du det har hjulpet deg? Evt. hvordan/ hvorfor? Evt. (hvorfor ikke?)

Var det noe som gjorde spesielt inntrykk på deg? Evt. hvorfor det?

Er det noe du kjente deg igjen i? Evt. hva?

Hvordan følte det å kjenne seg igjen/ ikke kjenne seg igjen? Hvordan påvirka det deg tror du?

Er det noe å lære av å høre på hverandres fortellinger/historier – i så fall hva?

Hva var mindre greit med det å høre andres erfaringer (altså ikke til hjelp og støtte)? Noe som ikke var greit? Noe som ikke var så bra? Evt. hvorfor?

Kan du huske om du ga noen tilbakemeldinger til den som fortalte? Sa du noe? Hvis ja; I så fall – hvilke? Hvordan opplevde du å gi tilbakemeldinger til den som delte sin historie/fortelling? (Evt. hjelpeord: Råd, tips..?)

Hvilken betydning tror du det har hatt for deg å høre på andre? Om deres situasjon og ting de har opplevd?

Og nå er dere ferdig med gruppa. Føler du at du har det bedre i livet ditt nå enn før du startet i SMIL gruppa? Hva er blitt bedre synes du? (Indre faktorer hos deg selv? Ytre faktorer som har blitt bedre (f.eks i familien, skole, venner)?

Tror du noen i nettverket ditt har sett endring hos deg etter du startet i SMIL- gruppa? (Evt. hjelpeord: Familien? Lærere? Venner?)

*Er det noe som har blitt værre eller vanskeligere i livet ditt etter du startet i SMIL gruppa?
Evt. Hva er blitt værre/ vanskeligere synes du? (Indre faktorer hos deg selv? Ytre faktorer
som har blitt vanskeligere (Evt. hjelpeord: Familien? Lærere? Venner?)*

*Da nærmer vi oss slutten, og jeg skal kort oppsummere det du har sagt, så jeg er sikker på at
jeg har oppfatta deg riktig:*

- «Det du har fortalt meg er...»
- «Har jeg oppfattet deg riktig?»
- «Er det noe jeg ikke har spurt deg om, som du forventet å bli spurt om?»
- «Er det noe mer du vil tilføye?»

Slå av lydopptaker.

«Hvordan var dette for deg?»

*«Hvis du kommer på noe i ettertid, er det fint om du tar kontakt. Er det ok om jeg kan
kontakte deg om det er noe jeg lurer på i forbindelse med det du har sagt? (Gruppeleders
navn) har mobilnummeret mitt og ditt, så da kontakter vi bare henne. Ok?»*

- Husk å gi gavekortet ☺

Tekstboks X:

Hvis NEI: «I SMIL gruppa så vet jeg at dere har sittet i ring og snakket sammen. Dere har også hatt en del
øvelser og også vært på aktivitetssamling sammen. Om du tenker tilbake; ... kan du ikke huske om du noen gang
fortalte en eller flere i gruppa om noe du har opplevd eller erfart fra livet ditt?»

Hvis fortsatt NEI: «Vet du hvorfor du ikke delte erfaringene dine i gruppa? Var det noe som påvirket til at du
ikke gjorde det? Hva var det som påvirket? Kan du fortelle om det?»

Huskelapp til meg selv:

- **Forberedelser:** Lage ei uformell og trygg ramme når barnet kommer slik at det oppleves trygt.

Stikkord: Rom med sofa og bord, saft og druer på bordet, smal-talk. Uformell prat i begynnelsen og ikke for lang
intro.

- Ta med skrivebok i tilfelle barnet ikke vil benytte lydopptaker.

- Husk å stille utdypende spm: «Ja, kan du fortelle meg mer om det?» «Er det noe mere du kan si om akkurat
det?»

- Huskå stille oppfølgende og åpne spm.

- Husk å stille bekreftende spm: «Har jeg oppfattet deg riktig?» «Var detdu mente?»

- Husk å ikke bruke ord som «flink» og «reflektert», men andre tillitsord!

- Oppmuntre med å bekrefte at det de sier er interessant og at jeg blir nysgjerrig. Gjerne en gang under hver del.

Vedlegg 4: Pico- skjema og litteratursøk

TEMA: BARN SOM PÅRØRENDE

FORELØPIG PROBLEMSTILLING:

Hvilken betydning har erfaringsdeling for barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet?

Pasienter/ Populasjon/ Problem Hvem?	Pasienter/ Populasjon/ Problem Hvem?	Pasienter/ Populasjon/ Problem Hvem?	Intervensjon/ Eksposisjon Hva?	Outcome Resultat?
Foreldre	Psykisk syke Rusavhengige	Barn	Gruppe-tilbud	Effekt av å dele erfaringer med andre
Parents Parenthood Parent-child relations Parenting	Mental Disorder Mental illnes Drug abuse Substance abuse Alcoholism Alcoholics Substance abusing parents	Child Children Youth Young Adolescent Adolescents Teens Teenagers Adult children Child of impaired parents Children of impaired parents Children caring for parents Caregiving children Children of alcoholics Children of the mentally ill	Group intervention Group therapy Group treatment Group Groups Focus groups Group offers	Exchange of experience Sharing experience Experience Communication

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD)

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilken betydning har erfaringsdeling for ungdommer som deltar i gruppetilbudet SMIL?

Referansenummer

222331

Registrert

31.10.2019 av Hilde Anette Siraas Myran - siraas@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for psykisk helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Silja Berg Kårstad, silja.b.karstad@ntnu.no, tlf: 97752958

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Hilde Siraas, hilde.siraas@stolav.no, tlf: 41211822

Prosjektperiode

07.06.2019 - 01.06.2021

Status

07.01.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

07.01.2021 - Vurdert

Bekreftelse på status NSD har vurdert endringen registrert 05.01.2021. Vi har nå registrert 01.06.2021 som ny sluttdato for behandling av personopplysninger. NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

27.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som

er dokumentert i meldeskjemaet den 27.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er vurdert av REK midt i vedtak av 14.10.2019, (ref. 30772). REK vurderer at studien framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet vil derfor bli gjennomført og publisert uten godkjenning fra REK.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helse og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2020.

LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 6: Tilbakemelding fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)



Region:
REK midt

Saksbehandler:
Ramunas Kazakauskas

Telefon:

Vår dato:
14.10.2019

Vår referanse:
30772

Deres referanse:

Hilde Siraas

30772 Gruppetilbudet SMIL. Om det å dele egne erfaringer med andre

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Hilde Siraas

Søkers beskrivelse av formål:

Masteroppgaven min har tema barn og unge som pårørende og fokus på forebyggende arbeid når mor eller far har psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. Jeg ønsker å gå i dybden på opplevelsene til ungdommer om deltar i et gruppetilbud. En av hensiktene med gruppedeltagelse er å treffe andre og dele erfaringer. Felles for ungdommene i gruppetilbudet SMIL (Styrket mestring i livet) er at de har en mamma og/ eller en pappa som har psykiske helseutfordringer eller rusproblemer. Under gruppeprosessen deler de egne erfaringer og har hørt andre fortelle om sine opplevelser og erfaringer knyttet til å leve med psykiske- og/ eller rus- utfordringer i hverdagen sin. I masteroppgaven skal jeg gå i dybden på dette ved å utforske hvordan ungdommene selv opplever det å delta i SMIL- gruppen. Oppgaven vil ha særlig vekt på hvordan de opplever det å dele egne erfaringer med andre ungdommer i gruppa og hvilken betydning det har hatt å dele disse erfaringene.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 25.09.2019. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Inhabilitet

Komiteens representant for psykologi, Roger Hagen, erklærte seg inhabil og deltok derfor ikke i vurderingen av søknaden.

Vi har vurdert prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Vi oppfatter at studien dreier seg om å undersøke ungdommens opplevelse av å delta i gruppetilbudet SMIL. Det er erfaringer og opplevelser hos ungdommene som står i fokus. Intervjuguiden stiller ingen

direkte spørsmål om helse. Vi vurderer at studien er forskning men ikke forskning som primært fokuserer på sykdom eller helse.

Vi vurderer derfor at prosjektet ikke er omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Prosjektet kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom du gjør endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad eller framleggingsvurdering.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge har funnet at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2.

Vibeke Videm
Dr. med.
Leder, REK midt

Ramunas Kazakauskas
Rådgiver

