



Masteroppgave

"Når man virkelig, virkelig trenger det..."

Ungdoms erfaringer med BUP, når foreldrene også strever

av Lillan Halsaa og Kristin Kommisrud

Forord

Det begynner å bli lenge siden oppstartsseminaret for Masterstudenter hvor vi var enige om å gjøre det litt enkelt og gjennomførbart. En god plan. Plutselig satt vi der med hundrevis av sider med tekst, hodene fulle av sterke historier og et litteratursøk som hadde gitt oss halve biblioteket på pulten. Det hele hadde blitt ganske så omfattende og komplekst.

Lite visste vi om hvor vanskelig det var å analysere tekst. Vi visste derimot heller ikke hvor interessant det var å gjøre forskningsintervju. Vi, behandlere til vanlig, opplevde det som et privilegium å bare kunne lytte og forsøke å forstå, uten ansvar for å endre noe som helst. Om metode og vitenskapsteori går i glemmeboka, vil vi aldri glemme historiene vi fikk i disse intervjuene.

Det er derfor med både ydmykhet, stolthet og en viss lettelse vi nå setter punktum.

TAKK - til ni modige jenter, som delte sine erfaringer rundt følelsesladede temaer med oss.

TAKK - til BUP Lillehammer som ga oss tid, og som våget å la oss forske på dere.

TAKK - til veilederne våre, Astrid Halså og Kerstin Söderström, for at dere lot oss delta i

Mosaikkprosjektet, for at dere delte av deres kunnskap, for at dere hadde troen

og holdt stø kurs for oss, hvor enn dere var i verden.

TAKK - til Hilde Farnen på biblioteket, for at du alltid sa ja.

TAKK - til våre kjære, for at vi fortsatt har noen å komme hjem til.

Kristin & Lillan

Sammendrag

Studiens hovedmål er å frembringe mer kunnskap om ungdom i en dobbel rolle, de som strever psykisk og som samtidig har foreldre med rus/psykisk lidelse. Vi ønsket å få ungdom til å fortelle om det de var opptatt av rundt egne psykiske helseplager og møtet med Poliklinikk for barn og unges psykiske helse (BUP). Både barn som har foreldre som strever og ungdom med psykiske lidelser er grupper det satses på å nå med god hjelp på et tidlig tidspunkt. Samtidig viser vår kunnskapsstatus at det fortsatt er mangelfullt med hensyn til kvalitative studier hvor barn og unge gis en stemme. Særlig er det lite kunnskap om barn og ungdom i den doble kategorien pårørende og pasient, som vår studie retter seg mot. For å kunne utvikle helsetjenesten generelt og BUP spesielt for denne gruppen barn og unge, trenger vi mer kunnskap. Vi har behov for å vite mer om hvordan disse barna forstår sine vansker, og hva de selv opplever som god hjelp i møte med behandlerne.

Med et fenomenologisk og fortolkende utgangspunkt valgte vi et kvalitativt design med semi-strukturert intervju som datainnsamlingsmetode. En del av intervjuet var formet som et livsformsintervju med fokus på hverdagsliv, mens den andre delen besto av åpne spørsmål rundt ulike temaer knyttet til møtet med hjelpere/BUP. Ni jenter i alderen 17-23 år ble intervjuet. I det analytiske arbeidet benyttet vi en fortolkende og fenomenologisk tilnærming, med begrunnelse i vårt mål om å utforske hvordan individer skaper mening i sine livserfaringer.

Funnene presenteres gjennom to artikler som ut fra ulike forskningsspørsmål besvarer den overordnede problemstillingen: Hvilke erfaringer er betydningsfulle for ungdom på BUP som også har foreldre som strever?

Artikkel 1- "Passe push - ungdoms erfaringer med BUP. En kvalitativ studie av ungdom på BUP som også har foreldre som strever". Artikkelen viser at ungdom opplever det som

utfordrende å skulle søke hjelp på BUP, og fremhever tre særlige områder for hva som erfares som god hjelp på BUP. Funnene drøftes i forhold til implikasjoner for praksis og tjenesteutvikling.

Artikkel 2 - ”Jeg er ikke noe offer for mamma. En kvalitativ studie av ungdom på BUP som også har foreldre som strever”. Fokuset er på unge i den doble rollen og deres forståelse av egne vansker. Studien viser at relasjonserfaringer og foreldrenes forklaringer veves inn i ungdommenes forståelse. Mange strever med å forstå og se sammenhenger knyttet til egne psykiske plager. Artikkelen drøfter hvordan ungdommenes selvforståelse påvirkes av normer, verdier og praksiser som igjen får betydning for møtet med de profesjonelle hjelperne.

Samlet viser vår studie at det er en gjensidig sammenheng mellom ungdoms erfaringer av god hjelp, og ungdoms forståelse av egne vansker. Disse faktorene påvirkes igjen av BUPs praksis og av foreldrenes praksis. Det hele rammes inn av kulturelle praksiser knyttet til hvordan barn og barndom posisjoneres, og normer knyttet til barn i den doble rollen.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. INTRODUKSJON.....	11
1.1. BAKGRUNN- VÅR VEI INN I PROSJEKTET	12
1.1.1. Brukerundersøkelser på egen arbeidsplass.....	12
1.1.2. Helsepolitisk satsning overfor pårørende barn	13
1.1.3. Brukermedvirkning, makt og barns stemmer	15
1.1.4. Synet på barn som aktører og barndommen som situert.....	16
1.1.5. Det relasjonelt avhengige barnet.....	17
1.1.6. Pårørende-barn og ulike begreper.....	18
1.2. MÅL OG PROBLEMSTILLINGER.....	19
1.3. BEGREPSAVKLARING.....	20
2. KUNNSKAPSSTATUS.....	22
2.1. LITTERATURSØK	22
2.2. BARN MED PSYKISK SYKE ELLER RUSMISBRUKENDE FORELDRE.....	23
2.2.1. Omfang	24
2.2.2. Avviksperspektivet.....	24
2.2.3. Hverdagslivsperspektivet	27
2.2.4. Oppsummering av kunnskapsfeltet.....	30
2.3. BARN OG UNGDOM PÅ BUP	31
2.3.1. Ungdom og psykisk helse	32
2.3.2. Omfang, årsak og tilgjengelighet.....	33
2.3.3. Behandlingsforskning	35
2.3.4. Studier av barn og unges erfaringer med BUP	36
2.3.5. Oppsummering av kunnskapsfeltet.....	38
2.4. DENNE STUDIENS BIDRAG	38

3. TEORETISK STÅSTED	40
3.1. NARRATIVE PERSPEKTIVER OG FOKUS PÅ MENINGSINNHOLD	40
3.2. SOSIOKULTURELLE PERSPEKTIVER PÅ MENINGSDANNELSE	42
3.3. TRUENDE SUBJEKTPOSISJONER.....	43
3.4. NYERE PSYKODYNAMISKE PERSPEKTIVER PÅ SELVUTVIKLING	44
4. METODE	45
4.1. VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING - VEIEN TIL FORSTÅELSE	45
4.1.1. <i>Kritisk realisme</i>	47
4.2. FORSKNINGSDESIGN.....	48
4.2.1. <i>Utvalg</i>	49
4.2.2. <i>Analyse - IPA som analytisk rettesnor</i>	53
5. FUNN- PRESENTASJON AV ARTIKLENE	63
5.1. ARTIKKEL 1: PASSE PUSH - UNGDOMS ERFARINGER MED BUP. EN KVALITATIV STUDIE AV UNGDOM PÅ BUP SOM OGSÅ HAR FORELDRENE SOM STREVER	63
5.2. ARTIKKEL 2: "JEG ER IKKE NOE OFFER FOR MAMMA. EN KVALITATIV STUDIE AV UNGDOM PÅ BUP SOM OGSÅ HAR FORELDRE SOM STREVER."	64
5.3. DISKUSJON AV SAMLEDE FUNN.....	65
5.3.1. <i>God hjelp gir økt forståelse</i>	66
5.3.2. <i>Forståelse reder grunnen for god hjelp</i>	67
5.3.3. <i>Relasjonelt avhengige og autonome aktører</i>	68
5.3.4. <i>Frisk eller syk - møter med ulike forståelsesmodeller</i>	69
5.4. HVA BETYR VÅRE SAMLEDE FUNN FOR PRAKSIS	70
6. REFLEKSJONER OVER METODE OG ETIKK	73
6.1. STUDIENS TROVERDIGHET	73
6.2. PÅLITELIGHET (RELIABILITET)	73
6.3. GYLDIGHET (VALIDITET).....	74

6.3.1. Utvalget.....	74
6.3.2. Intervjuene.....	76
6.3.3. Analysen.....	77
6.4. OVERFØRBARHET	77
6.5. ETISKE REFLEKSJONER	78
7. KONKLUSJON	80
REFERANSER.....	81
VEDLEGG.....	97
ARTIKKEL 1.....	125
ARTIKKEL 2.....	147

1. Introduksjon

Folkehelseinstituttet anslo i 2011 at nærmere 40% av norske barn og ungdom, har en forelder som strever med enten rus- eller psykiske lidelser (Torvik og Rognmo, 2011). Sammenlignet med andre barn, har de dobbelt så høy risiko for å utvikle egne psykiske lidelser. De har også en fordoblet risiko for å oppleve mishandling, omsorgssvikt og tidlig død. Med bakgrunn i disse tallene har denne gruppen barn fått økende oppmerksomhet både helsepolitisk og i fagfeltet. Fokuset har i hovedsak vært rettet mot tidlig identifisering og hjelpetiltak som kan forebygge at barna ikke utvikler egne vansker eller psykiske lidelser (Kallander, Brodal & Kibsgård, 2012). I denne studien rettes blikket mot den delen av barnegruppen som har utviklet egne vansker, og det i en slik grad at de har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten for barn og unges psykiske helse (BUP).

Hvert år henvises ca 5% av barnebefolkning i Norge til BUP. Hvor mange som har foreldre som strever med rus/psykiske lidelser, finnes det ingen pålitelige tall for. Fordi barn og ungdom henvises på bakgrunn av egne vansker, er det ikke alltid BUP vet at barnet som strever også har foreldre som strever. Det er heller ikke alltid BUP spør om forhold som gjelder foreldre på en slik måte at denne informasjonen kommer frem (Helsetilsynet, 2015).

Vårt prosjekt har vært å gi barn i denne doble rollen en stemme. Vi ønsket å få frem deres erfaringer i en hverdag hvor både egne vansker og foreldres vansker skal håndteres. Og vi ønsket å få høre om deres erfaringer med BUP. Hva hadde de å fortelle? Hva var de opptatt av? Målet er å bidra til å løfte frem sentrale temaer, og drøfte deres betydning for hjelpetjenestene.

Denne innledning er bygd opp på følgende måte: I bakgrunnsdelen gjør vi rede for vår vei inn i dette prosjektet. Engasjement for ulike temaer som ble til en studie av BUP-ungdom i den doble kategorien. Vi redegjør også kort for våre overordnede perspektiver på barn og barndom, og hvordan vi bruker sentrale begreper. Deretter har vi valgt å vie

kunnskapsstatusen plass, da den tar for seg to store kunnskapsfelt; *barn med psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre og barn og unge i BUP*. De teoretiske perspektivene som er benyttet i analyser og drøftinger av funn presenteres i kapittelet Teoretisk ståsted. Videre har vi vektlagt en grundig fremstilling av våre metodiske valg. Vi ønsker på denne måten å være så transparente som mulig, for å styrke kvaliteten i vår studie. Av samme grunn vies etiske og metodiske valg og refleksjoner plass, som innledningens siste kapittel. Artikkene oppsummeres, og i tillegg følger en diskusjon av samlede funn i forhold til studiens overordnede målsetting. Vi viser hvordan funn knyttet til de to ulike artiklene tilsammen gir en virkelighetsbeskrivelse av våre informanter og gir vår tolkning av denne. Aktuelle vedlegg følger etter innledningen, deretter artiklene i sin helhet. Artikkel 1 er skrevet med tanke på publisering i Tidsskriftet Fontene Forskning. Artikkel 2 er skrevet med tanke på publisering i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Forfatterinstruksene ligger vedlagt (se vedlegg 8 og 9).

1.1. Bakgrunn- vår vei inn i prosjektet

Det er flere veier som har ført oss frem til valget av akkurat dette prosjektet. Her kommer en redegjørelse for de tre viktigste; et engasjement knyttet til gjennomføring av brukerundersøkelser ved vår egen arbeidsplass, aktuelle helsepolitiske føringer rettet mot barn som pårørende, samt debatter og perspektiver knyttet til temaet brukermedvirkning og barns erfaringer som gyldig kunnskap.

1.1.1. Brukerundersøkelser på egen arbeidsplass

Interessen for å undersøke barn og ungdoms erfaringer med BUP startet med at vi stilte spørsmålstegn ved brukermedvirkningen på vår egen arbeidsplass. Hvert andre år siden 2008 har BUP Lillehammer, i samarbeid med Kvalitetsnettverket for Sykehuset Innlandet, gjennomført en lokal pasienttilfredshetsundersøkelse rettet mot foresatte og barn over 16 år. Undersøkelsene har vært gjennomført pr telefon av merkantilt ansatte ut fra et standardisert spørreskjema. Spørsmålene har vært knyttet til kvalitetsindikatorer som ventetid, informasjon om rettigheter, medbestemmelse, effekt/nytte og brukertilfredshet mer generelt. Ofte har det vært vanskelig å få inn nok svar, og det har hovedsakelig vært foreldre som har svart. Med

noen få unntak har undersøkelsene gitt samme resultat: både foreldre og ungdom har i hovedsak vært “stort sett fornøyde” med det tilbudet de har fått. Svarene har gitt oss som klinikere lite informasjon om hva våre pasienter faktisk mente var til hjelp, og et dårlig grunnlag for å tenke endring/forbedring i den daglige, kliniske praksisen.

På samme tid lyttet vi til Helseministerens årlige sykehustale (Høie, 2015). Høie snakket om den sittende regjeringens visjon om å skape *Pasientens helsetjeneste*. Han sa at det grunnleggende spørsmålet burde være: Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi da organisert og styrt arbeidet? Han fremhevet viktigheten av å lytte til pasientene og ta deres svar på alvor. Han mente at makt burde flyttes til de som til nå har sittet nederst ved det helsepolitiske bordet (Høie, 2015). Vi tenkte at det høstes bra ut. Samtidig mente vi at det er lite kraft i stemmer som bare er “stort sett fornøyde”. Vi ble opptatt av hvordan våre barn og unge skulle få økt makt gjennom en tydeligere og mer kraftfull stemme.

En vei inni dette prosjektet handlet om at vi stilte spørsmål ved måten vi innhentet brukererfaringer på. Alle disse barna og ungdommene vi har møtt på BUP, alle møtene, tiltakene og forsøk på å hjelpe. Har de virkelig ikke noe mer å fortelle oss enn at de er “stort sett fornøyde”? Kunne det virkelig stemme? Vi mente at det måtte være noe med måten vi spør på og hva vi spør om, som gjør at vi ikke får vite mer. Vårt masterprosjekt skulle bli å forsøke å få andre og mer utfyllende svar. Svar som kunne si oss mer om hva våre ungdommer erfarer. Svar som kanskje kunne få betydning for hvordan vi faktisk jobber på BUP.

1.1.2. Helsepolitisk satsning overfor pårørende barn

I 2005 kom den landsdekkende rapporten *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre* (Aamodt & Aamodt, 2005). Rapporten oppsummerte den gang at tilbudet til barn av psykisk syke var mangelfullt. Tilbudet bar preg av tilfeldigheter og mangel på rutiner, uforutsigbarhet, manglende samarbeid og koordinering mellom de aktuelle tjenestene. Den viste også at

spesialisthelsetjenesten for voksne manglet et nettverks- og familieperspektiv overfor pasientene. Ofte ble ikke barna identifisert og fikk dermed ikke tilbud om hjelp (Aamodt & Aamodt, 2005). Rapporten bidro til at denne gruppen barn har blitt viet oppmerksomhet og prioritet i ulike helsepolitiske dokumenter. I 2006 kom rundskrivet; *Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre* (Helsedirektoratet, 2006). En flerårig satsning på tvers av departementer, tjenester og nivåer skulle igangsettes. Målet var å forebygge problemer hos barna gjennom mer systematisk og samordnet tverrfaglig og tverretattlig hjelp. I 2010 kom et nytt rundskriv; *Barn som pårørende* (Helsedirektoratet, 2010), som erstatter rundskrivet fra 2006, hvor det anbefales at de instanser som har foreldrene til behandling identifiserer barna, støtter både barn og foreldre og henviser videre ved behov.

Samtidig med dette siste rundskrivet, kom også endringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven med mål om å styrke barns rettigheter som pårørende (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009)). Helsepersonellovens §10a gir alt helsepersonell en plikt til å bidra til å ivareta behovet for nødvendig informasjon og oppfølging til barn hvor foreldre mottar behandling for psykiske lidelser, rusproblemer, alvorlig somatisk sykdom eller skade. Videre pålegges helseforetakene og behandlingsinstitusjonene å opprette egne barneansvarlige gjennom Spesialisthelsetjenesteloven §3–7a. De barneansvarlige skal være systemansvarlige og pådrivere, og sikre at mindreårige barns interesser blir ivaretatt.

I 2015, ti år etter rapporten som viste at tilbudet til barn av psykisk syke var mangelfullt, kommer en ny rapport. Rapporten er fra Helsetilsynets landsdekkende tilsyn med BUP (Helsetilsynet, 2015). Rapporten viser til alvorlige mangler og lovbrudd i 20 av 23 poliklinikker for barn og unge. Det vises blant annet til mangelfulle tverrfaglige vurderinger, hvilket vil si at sider ved barnets symptomer eller barnets miljø ikke var tilstrekkelig vurdert før behandling ble iverksatt. En ny norsk studie evaluerer implementeringen av nye rutiner i voksenpsykiatrien, knyttet til lovendringene for barn som pårørende, og målet om identifisering og støtte til disse barna. Studien slår fast at det er langt frem til at alle barn til pårørende blir identifisert og kartlagt, selv etter at målrettede implementeringstiltak er

gjennomført (Reedtz & Lauritzen, 2015). Ti år etter er altså stikkordene fortsatt mangelfullt og tilfeldig.

En annen vei som ledet frem til prosjektet handlet altså om et engasjement for en gruppe barn hvor hjelpeapparatet stadig strever med å finne gode løsninger som sikrer tidlig identifisering og tilstrekkelig hjelp.

1.1.3. Brukermedvirkning, makt og barns stemmer

Både nasjonalt og internasjonalt ser man et økt fokus på barns rett til deltakelse og medvirkning. I Norge er barns rett til deltagelse og medvirkning forankret i Barnekonvensjonens art. 12, som igjen er inkorporert i norsk lov (Menneskerettsloven, 1999). Vår sittende regjering har som slagord for sin helsepolitikk, at de skal utvikle *Pasientens Helsetjeneste*. En helsetjeneste som er i tråd med pasientenes ønsker og behov, der brukerens stemme skal tillegges stor vekt i utformingen av tilbudet. Helseministeren presiserer at også barn er eksperter på eget liv. Vi må bli flinkere til å lytte til hva de har å fortelle og bruke deres pasienterfaringer (Høie, 2014). I Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse, er det et gjennomgående prinsipp å vektlegge klientens og pårørendes forståelse, bidrag og ressurser i utforming av behandlingstiltak. Det fremheves at barn og unge som er i kontakt med psykisk helsevern må få anledning til å formidle sine opplevelser av dette. (Meld. St. 25 (1996-97)).

Både fokuset på barns deltakelse/rettigheter, regjeringens ønske om økt brukermedvirkning og et kunnskapssyn som inkluderer brukernes erfaringer, kan sees i lys av empowerment. Denne tradisjonen har fokus på arbeidsmåter og utvikling av strategier som øker brukeres egen makt, kompetanse og innflytelse over eget liv. Empowerment som begrep kan oversettes til myndiggjøring, selvoppreisning eller maktmobilisering, men brukes ofte i sin engelske form i Norge (Thomassen, 2006). I følge Thomassen (2006) har ulike ideologiske retninger tatt til seg begrepet, men en overordnet forståelse av betegnelsen forklares ut fra *power*, altså makt,

og derved empowerment som et redskap for å øke de maktesløses makt. Det tradisjonelle synet på hjelperollen utfordres ved at brukerne fremheves som de som best kan definere sin situasjon, og selv vet best hva de trenger.

Den helsepolitiske satsningen på brukermedvirkning er kanskje en av de største og mest utfordrende reformene i norsk helsevesen (Källsmyr & Hodne, 2005). Implementeringen av både rettigheter og intensjoner om økt brukermedvirkning har aktualisert utfordringer knyttet til hvorvidt barn får reelle muligheter til innflytelse og medvirkning i sine liv. I denne debatten tematiseres også spørsmålet om makt og maktstrukturer. Sundet (2006) er en av de som har vært opptatt av maktperspektiver innenfor psykisk helsearbeid. Han hevder at det finnes makthierarkier både i forholdet mellom terapeut og bruker, og i forholdet mellom forskningsbasert kunnskap og brukererfaringer. Han mener at brukermedvirkning ikke kan bli reell med mindre slike makthierarkier synliggjøres og sikres ved at brukerens perspektiv vektlegges mer enn terapeutens.

Den tredje veien inn handlet om barns brukermedvirkning og hvordan barns erfaringer kan innhentes og synliggjøres. Denne studien har dermed også en maktdimensjon ved at vi ønsker å gyldiggjøre barns erfaringer som relevant kunnskap. Vi forsøker å synliggjøre hvordan barn og unge opplever møtet med de profesjonelles forståelse og BUP som system.

1.1.4. Synet på barn som aktører og barndommen som situert

Før vi går videre til prosjektets mål og problemstillinger, vil vi gjøre rede for de overordnede perspektiver på barn og barndom som vi har lagt til grunn. Vi argumenterer for et syn på barn som både deltagende aktører og som relasjonelt avhengige og sårbare, på samme tid. Hva barn og ungdom er, utvikler og forandrer seg. Definisjonen vil avhenge av både sosiale, kulturelle og biologiske forhold (Øia & Fauske, 2010). Både barn som individer og barndom som livsfase, kan forstås på flere måter. Innenfor barneforskning generelt finnes det ulike

fagtradisjoner med ulike forståelsesrammer både av hva barn og barndom er, og hvordan vi kan få kunnskap om barns erfaringer og virkelighet.

Nyere barndomssosiologi har et perspektiv på barn som værende eller “beings”. Perspektivet har vokst frem de siste tiårene som en motsats mot det tradisjonelle synet på barn som uferdige, blivende voksne eller “becomings” (Corsaro, 2011; James, Jenks & Prout, 1998). Barn anses nå som mennesker i sin egen rett, som kompetente personer som former sine barndommer og aktivt påvirker og blir påvirket av sine sosiale omgivelser (Corsaro, 2011). Både i barnefaglige miljøer, i offentlig barnepolitikk og i forskningsmiljøer fremheves nå betydningen av å gi barn status som deltakende aktører, hvor barndom som livsfase har en egenverdi. I dette perspektivet ligger også et fokus på barndommen som situert. Barndom forstås som et sosialt og kulturelt fenomen, og kan derfor bare forstås i en bred kulturell kontekst. Søkelyset rettes mot miljøer hvor barn ferdes. For å få kunnskap om barndom, må en undersøke hvordan barn agerer i relasjon til andre barn og voksne, og hvilke forhold som påvirker deres hverdagsliv (Corsaro, 2011). Dette perspektivskiftet på barn og barndom anses som et paradigmeskifte og et nytt barndomsteoretisk fundament. Det gjenkjennes i dag i de fleste samfunnsvitenskapelige fag. Interessen for å lytte til barn og gi dem innflytelse har sitt utgangspunkt i denne tenkningen. Dette perspektivet har preget vårt studie fra begynnelsen av. Vi studerer ungdommers subjektive forståelse av egne vansker, av hjelpen de har fått, og den konteksten deres forståelser og meninger er situert i.

1.1.5. Det relasjonelt avhengige barnet

Samtidig som dette nye perspektivet på barn og barndom har fått stor innflytelse i samfunnsvitenskapen, finnes det også andre perspektiver som har fått stor betydning. Parallelt med at det sosiokulturelle aktørperspektivet vokser frem, har sped- og småbarnsforskning og tilknytningsteori fått økende oppmerksomhet i det psykologfaglige feltet. Nyere psykodynamiske teorier med fokus på tilknytningsstiler, samspill, selvutvikling og mentalisering setter fokus på det relasjonelt avhengige barnet (Johnsen, Sundet og

Torsteinsson, 2000; Fonagy 2001; Stern, 2003). Barns selvutvikling og evne til forstå seg selv og andre anses som relasjonell, og utvikles i interaksjon med en regulerende voksen.

Dette perspektivet på barn og barns utvikling, står i utgangspunktet ikke i kontrast til synet på barn som kompetente og deltakende. Det står heller ikke i kontrast til fokuset på kontekst, og at barn både påvirker og påvirkes av sine omgivelser. Likevel rommer det et avhengighetsaspekt, som fort kan bli borte i aktørperspektivets fokus på det subjektive og autonome. Og nettopp denne motsetningen, i å se barnet som avhengig eller autonomt, er synlig i debatten rundt barns rettigheter.

Kritikerne hevder at en for ensidig fremheving av barns rettigheter, underkommuniserer at barn ikke bare har rett til å bli betraktet som uavhengige individer, men at de også har rett til tilhørighet, til å være avhengige og til å motta omsorg (Sandbæk, 2002). Sandbæk (2002) er opptatt av at et ensidig og individualisert rettighetsfokus kan bidra til å skape et skille mellom barnet og dets familie. Et skille som kan komme i konflikt med barns behov for omsorg, tilknytning og beskyttelse. Det er en utfordring å skape et rettighetsbegrep som rommer både avhengighet, omsorg og respekt. Synet på det kompetente, autonome og deltakende barnet bør derfor suppleres med et fokus på voksnes kompetanse til å gi omsorg og skape utviklingsrom for relasjonelt avhengige barn. Kjørholdt (2010) hevder at det er et behov for mer kunnskap om hvordan barn opplever den retten til innflytelse og medvirkning som de nå tildeles. Hun mener at deres deltagelse ikke kan gis som en rettighet, uten at dette sees i sammenheng med barns mulighet for tilhørighet i inkluderende fellesskap.

1.1.6. Pårørende-barn og ulike begreper

I kunnskapsfeltet som omhandler barn som har foreldre med rus/psykisk lidelse ses mangfold og variasjon i bruk av begreper, avgrensninger og perspektiver. Ulike studier benytter ulike betegnelser for denne gruppen barn og ungdom; barn av rusmisbrukere/ barn av psykisk syke, barn som pårørende, pårørende barn, de usynlige barna, unge omsorgsgivere, skjulte unge

omsorgsgivere, risikoutsatte barn eller kortformen “barn av”. De ulike begrepene gjenspeiler delvis hvilket hovedperspektiv man har. Begreper som skjult eller usynlig bærer i seg en forståelse av at dette er barn som ikke blir oppdaget/ identifisert eller sett ut fra sine behov. Betegnelser knyttet til “barn av” peker på foreldrene og hvordan de påvirker sine barn. I norsk lovverk og helsepolitiske dokumenter, er dette en mye brukt betegnelse. Pårørende-begrepet, gir også et blikk i retning foreldrene. Studier som bruker betegnelsen “barn som pårørende” inkluderer som regel også barn av somatisk syke foreldre, og utgjør dermed en større gruppe barn enn den vårt studie vier oppmerksomhet.

I tillegg til disse ulike perspektivene, kan de ulike begrepene også diskuteres i forhold til hvordan de posisjonerer barn. “Barn av” er et langt mer passiviserende begrep enn hvis man sier “barn som har” eller “barn som lever med”. Rabbe (2010) skriver i en kritisk kommentar at kategoriseringer av typen “barn av” er problematiske. Hun peker på at problemet, som egentlig handler om foreldrene, begrepsmessig heftes til barna. Dette indikerer at det er noe med disse barna, noe de har blitt som et resultat av sine foreldre. På denne måten blir de en forlengelse av sine foreldre, og fratras autonomi. De skilles i tillegg ut som gruppe, og blir annerledes enn andre barn. Rabbe (2010) kommenterer at betegnelsen barn av psykisk syke foreldre/rusmisbrukere, er bygget på en dikotomi mellom det friske og det syke, hvor barnet egentlig representerer “det friske”, og utfordringene med å være disse foreldrene “det syke”. Ordet “av” i betegnelsen smelter imidlertid det hele sammen, og kan bidra til en determinisme i synet på disse barna. Det er med bakgrunn i slike diskusjoner vi har gjort våre valg i forhold til begrepsbruk. Våre begrepsavklaringer følger etter en presentasjon av studiens mål og problemstillinger.

1.2. Mål og problemstillinger

Denne studiens hovedmål er å frembringe mer kunnskap om ungdom som strever psykisk, og som samtidig har foreldre med rus/psykiske lidelser. Vi ønsket å få de unge til å fortelle om det de var opptatt av rundt egne psykiske helseplager og møtet med BUP. Vår overordnede

problemstilling er derfor: Hvilke erfaringer er betydningsfulle for ungdom på BUP som har foreldre som strever?

Studien søker å svare på følgende fem forskningsspørsmål:

- Hvordan erfarer ungdom det å søke hjelp på BUP?
- Hva opplever ungdom som god hjelp i møtet med BUP?

Disse to første forskningsspørsmålene besvares i artikkel 1, med hovedtittel: ”Passe Push-Ungdoms erfaringer med BUP.”

- Hvordan forstår ungdommene egne psykiske vansker?
- I hvilken grad ser de eget strev i sammenheng med foreldrenes psykiske vansker og /eller rusproblemer?
- Hva skjer med ungdommenes selvforståelse i møtet med hjelpernes forståelse?

De øvrige forskningsspørsmålene besvares i artikkel 2 med hovedtittel: ”*Jeg er ikke noe offer for mamma.*”

1.3. Begrepsavklaring

I denne studien har vi valgt å bruke begrepet ”barn med” eller ”barn som har”. Slik understreker vi vårt syn på barnet som noe mer enn, og noe atskilt fra sine foreldres strev, i tråd med Rabbes (2010) kritikk. Vårt fokus på hvilke begreper som benyttes og hvordan de posisjonerer disse barna, har fulgt oss videre inn i våre intervjuer og i drøftingen av funn knyttet til begge artikler.

Forskningslitteraturen differensierer i liten grad med hensyn til både kjønn og alder, og begrepene barn og unge brukes om hverandre. Denne studien omhandler jenter over 17 år. Vi bruker derfor i hovedsak begrepene ungdom og unge i omtalen av jentene.

I omtalen av ungdommenes psykiske helseplager har vi valgt å bruke begrepene psykisk strev og vansker. Det begrunner vi med at vi ikke har kunnskap om hvordan de psykiske helseplagene til ungdommene i studien har blitt vurdert diagnostisk. Vi ønsker også å være åpne i forhold til om ungdommenes plager skal forstås som sykdom/diagnose eller som reaksjoner på livsbelastninger. Når det gjelder foreldrenes psykiske helseplager/rusmisbruk velger vi å forholde oss til ungdommenes benevnelser av disse. Alle ungdommene omtaler foreldrenes strev med diagnoser. Vi bruker derfor begrepene rusproblem/rusmisbruker og psykisk lidelse/ psykisk syk, men også her benyttes betegnelser foreldrenes vansker/strev, for å lette lesbarheten.

I studien er vi opptatt av hvordan ungdommene forstår sine egne vansker, og vi bruker begrepet *selvforståelse* i denne sammenhengen. Begrepet viser til de erfaringer, tanker og opplevelser som omhandler hva ungdommene tenker om seg selv. Hvordan de posisjonerer seg i relasjon til andre og den konteksten de er en del av. Vi bruker dette litt utvidete begrepet fremfor begrep som selvbilde, selvoppfatning, selvopplevelse som i større grad assosieres med personlighet og indre, mer statiske, tilstander.

2. Kunnskapsstatus

Vår studie bygger på kunnskap fra to områder: kunnskap om barn som har foreldre med rus/psykiske lidelser, og kunnskap om barn og ungdom på BUP. Det finnes en stor mengde forskning på begge felt, og vår kunnskapsstatus vil ikke gi en uttømmende oversikt over eksisterende forskning på noen av feltene. Hensikten er imidlertid å presentere et bakteppe for vår studie, ved å synliggjøre sentral kunnskap og ulike perspektiver innen disse to kunnskapsfeltene. Vi oppsummerer kunnskapsgjennomgangen for hvert felt, før vi til slutt gir en begrunnelse for denne studiens fokus og bidrag. Aller først vil vi redegjøre for litteratursøk i denne kunnskapsstatusen.

2.1. Litteratursøk

I litteratursøkingen har vi benyttet en systematisk metode kombinert med kjedesøking. Søkingen har foregått over lengre tid, og søkeord har endret seg noe ettersom prosjektets fokus ble tydeligere. Systematisk søk har fortrinnsvis foregått i SweMed+ og PsycInfo. Det er også brukt Google. Det har vært to hovedutfordringer med å gjennomføre systematiske søk. Informasjonen vi har søkt etter er fordelt på to store kunnskapsfelt, og det finnes ikke enkle, fellesbetegnelser eller søkeord. Med det som utgangspunkt har kjedesøking vært nødvendig for å finne frem til relevant litteratur. Våre kjedesøk har tatt utgangspunkt i anbefalt litteratur fra veiledere knyttet til Mosaikkprosjektet (Halsa & Söderström, 2012). I tillegg er det benyttet kjedesøk ut i fra litteraturlistene i relevante artikler funnet i de systematiske søkene.

I den nordiske databasen Swemed+ har vi søkt på kombinasjoner av emneordene “Child OR Adolescent”, “Adolescent mental health service”, “Child health service”, “Adolescent psychiatry”, “child of impaired parents”, “mental disorder”, “Outpatients”, “child guidance”, “child guidance clinics” og fritekstsøk med tilsvarende ord og “children’s voices” “user experience AND (child OR adolescent)”. Vi fikk flest relevante treff ved kombinasjonen “Child OR Adolescent AND Mental disorder AND Child of impaired parents”. Vi har også fått flere relevante treff ved “Adolescent AND Child guidance”. Vi har benyttet flere inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi har primært forholdt oss til vitenskapelige artikler, på

engelsk eller skandinaviske språk, fra ca. år 2000. Vi har lagt vekt på artikler som omhandler vår tematikk direkte, spesifikt de som har barn/unge som informanter. Vi har avgrenset oss fra studier av konkrete hjelpetiltak og intervensjoner, og studier av pasienter med spesifikke diagnoser eller særskilte grupper. Vi har inkludert grupper som barnevernsbarn og voldsutsatte barn, fordi de har til dels overlappende livssituasjoner med vårt utvalg.

Når det gjelder internasjonale søk vedrørende barn som lever med foreldre som strever, har vi tatt utgangspunkt i et tidligere litteratursøk gjort i Mosaikkprosjektet i 2012 (Halsa & Söderstrom, 2012). Vi har oppdatert dette søket i 2016. Søket er gjort i SweMed+ og PsycInfo (and Sage Journals). Vi har søkt på følgende emneord: “mental disorders OR alcoholism” AND “life experience OR child experience OR child perspective OR adolescent experience OR adolescent perspective OR everyday life”. Vi har inkludert studier med kvalitative metoder, på engelske og skandinaviske språk, med informanter under 20 år, som utforsker førstehåndsfortellinger om oppvekster med psykisk syke/rusmisbrukende foreldre. Vi har utelatt studier som utforsker oppvekster kun fra et profesjonelt/omsorgsgiver-perspektiv eller som baserer seg på retrospektive fortellinger.

I tillegg til dette har vi orientert oss i offentlige dokumenter, som rundskriv og veiledere, samt relevante rapporter vedrørende barns psykiske helse, barn som pårørende og brukermedvirkning for barn i heletjenestene.

2.2. Barn med psykisk syke eller rusmisbrukende foreldre

I den følgende kunnskapsgjennomgangen har vi valgt å se på forskning på barn av foreldre med psykisk lidelse og barn av foreldre med rusproblemer, under ett. Begrunnelsen for dette er at forskning på begge kategorier barn følger en utvikling fra et dominerende perspektiv, ofte referert til som *avviksperspektivet*, mot en økende interesse for disse barnas erfaringer og opplevelser, ofte referert til som *hverdagslivsperspektivet* (Ytterhus, 2012). I feltet beskrives det å være glidende overganger mellom hva som defineres innenfor de to ulike kategoriene.

Selv om noen temaer fremstår som særskilte for de ulike gruppene, fremhever Ytterhus (2012) at mye av den kunnskapen som er gyldig for barn av psykisk syke også er gyldig for foreldre med rusproblemer.

2.2.1. Omfang

Barn og ungdom som lever med foreldre som strever med rus eller psykisk lidelse utgjør antallsmessig en stor gruppe. Med bakgrunn i ulik begrepsbruk, foreligger det ulike resultater knyttet til omfang. I 2011 gjennomførte Folkehelseinstituttet for første gang en systematisk beregning av omfang og konsekvenser for norske forhold. Beregningen anslår at omlag 40% av norske barn har en eller to foreldre med en psykisk lidelse, eller minst en forelder som misbruker alkohol (Torvik & Rognmo, 2011). Dersom man kun inkluderer de klart alvorlige tilstandene handler det om ca. 12% av norske barn. For alvorlig alkoholmisbruk alene er tallet ca. 3%. Disse nye tallene fra Folkehelseinstituttet er langt høyere enn det tidligere tall basert på pasient-tellinger har vist. Beregningen støttes imidlertid av sammenlignbare tall fra internasjonale studier (Maybery & Reupert, 2009).

2.2.2. Avviksperspektivet

Det dominerende perspektivet i forskningen på dette feltet har tatt utgangspunkt i foreldrenes problemer, og på hva barna mister, ikke får eller selv står i fare for å utvikle på grunn av dette (Ytterhus, 2012). Fokuset er altså rettet mot avvik, risiko og konsekvenser for barna med utgangspunkt i foreldrenes vansker. Grunnforståelsen av barna er å se dem som utsatte eller sårbare barn. Man søker etter kunnskap om mistilpasning og patologi hos barna, eller mangler og redusert omsorgsevne hos foreldrene og hvordan det påvirker barna (Ytterhus, 2012).

Forskning utfra et slikt avviksperspektiv har avdekket en rekke psykososiale belastninger forbundet med en oppvekst med foreldre som har rus-/ psykiske lidelser. Vi velger her å presentere sentrale funn knyttet til individuell/psykologisk risiko, familiekontekst og sosiokulturelle forhold, med referanse til typiske og relevante studier i dette perspektivet. I

tillegg redegjøres for forskning med fokus på resiliens og beskyttelsesfaktorer i samme tradisjon.

Individuell/ psykologisk risiko

Folkehelseinstituttet anslår at barn som lever med foreldre som har rusproblemer eller psykiske lidelser, har dobbelt så høy risiko som andre barn for alvorlige følger, definert som mishandling og omsorgssvikt, tidlig død eller psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). De konkluderer med at opp mot 25% av psykiske lidelser blant ungdom henger sammen med foreldrenes psykiske lidelse. Annen forskning viser at risiko har sammenheng med hvor gammelt barnet er når problemene oppstår. Små barn er mer utsatt for samspills- og tilknytningsproblemer, mens skolebarn har høyere risiko for atferdsforstyrrelser (gutter) og angst og tilbaketrekning (jenter) (Halsa, 2012). Forskning på barn som har foreldre med rusproblemer viser i tillegg en økt risiko for at barna selv utvikler rusavhengighet (Bancroft & Wilson, 2007).

Mange studier av foreldrefungering og disse familienes hverdagsliv, utleder kunnskap om hvordan foreldrenes lidelse eller rusmisbruk utgjør en risiko for barna. Sentrale temaer i disse studiene er beskrivelser av emosjonelle belastninger knyttet til foreldrenes vansker, slik som redsel, ensomhet og isolasjon, usikkerhet, skyldfølelse, skam og uforutsigbarhet. Mange føler seg også ansvarlige for foreldrenes problemer (Ahlstrøm, Skärsäter & Danielson, 2009; Aldridge & Becker, 2003; Halså, 2008; Östman, 2007).

En annen type belastning handler om barn som omsorgsgivere. I dette perspektivet har man vært opptatt av hvilke omsorgsbelastninger barna har, hvordan det påvirker deres hverdag og hvilke implikasjoner det burde ha for tjenestetilbudet disse familiene får. Internasjonalt brukes begrepet *young carers* i denne typen forskning (Almvik & Ytterhus, 2004; Kallander, 2010; Källsmyr, 2008; Melle & Johansen, 2002; Rimehaug, Børstad, Helmersberg & Wold, 2006).

At barn inntar foreldrefunksjoner, omtalt som rollereversering, fremheves som et gjentakende tema for barn som pårørende (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Studier viser at slike omsorgsoppgaver gir barn økte bekymringer. Det oppleves som en byrde, fører til slitenhet og det går igjen utover skole og fritidsaktiviteter (Källsmyr, 2008). Både norske og britiske studier viser imidlertid at ikke alle pårørende barn går inn i slike omsorgsroller, og at det å gå inn i slike roller ikke bare har negative konsekvenser. Det å ta ansvar og utføre omsorgsoppgaver er også en mestringsstrategi som kan gi økt kunnskap og omsorgskompetanse, styrking av foreldre-barn relasjon, økt opplevelse av inkludering og kontroll (Aldridge & Becker, 2003; Almvik & Ytterhus, 2004; Haugland, 2006).

Risiko knyttet til familiekontekst og sosiokulturelle forhold

Det er allment kjent at psykososiale faktorer, som boforhold, økonomi, sosialt nettverk og familiesamhold, spiller en vesentlig rolle for barns utvikling og helse. Barn i familier der foreldre strever med rus eller psykisk helse lever under dårligere psykososiale forhold enn andre barn. Foreldre med rus-/psykisk lidelse har lavere inntekt, mindre tilknytning til arbeidslivet, og eier i mindre grad egen bolig (Ruud et al., 2015). Videre er det et høyere konfliktnivå i familier med alkoholmisbruk, både mellom foreldre og barn og foreldre imellom. Det er også høyere forekomst av familieoppløsning. Barn som lever med foreldres alkohol- eller rusmisbruk er i høyere grad utsatt for konflikter, vold, mishandling og seksuelle overgrep enn andre barn (Haugland et al., 2012). I forhold til de fleste av disse faktorene, viser Ruud et al (2015) at barn av rusmisbrukende skiller seg ut som en gruppe som kommer dårligere ut på de fleste forhold knyttet til levekår.

Resiliens og beskyttelsesfaktorer

Som en motsats til fokuset på avvik, risiko og sårbarhet, finnes det også forskning på resiliens og beskyttelsesfaktorer, både hos barnet og i miljøet (Rutter, 1985). Fokuset er fortsatt på

risiko, ved studier av hva som gjør at noen ikke opplever en negativ utvikling til tross for at de er utsatt for risiko (Waaktaar, 2004). Studiene har hatt fokus på beskyttelsesfaktorer i barnas liv, slik som fritidsaktiviteter, nettverk, andre tilgjengelig omsorgsgivere. De har også hatt fokus på egenskaper ved barna, slik som evne til å distansere seg fra foreldrenes vansker, og viktigheten av å ha kunnskap om foreldrenes vansker. Denne typen forskning har de senere årene fått kritikk fordi den ikke tar høyde for verken barnas opplevelser, relasjonelle eller strukturelle forhold (Mordoch & Hall, 2002).

Nyere forskning på barns håndtering av egen hverdag, viser at det er store individuelle forskjeller i hvordan individer takler tilsynelatende like situasjoner. Denne forskningen viser at utvikling av resiliens like mye er avhengig av strukturelle forhold, som nettverk, økonomi og materielle forhold (Mordoch & Hall, 2002). Det vises også til at en del av den atferden og kompetansen som tilskrives individuelle egenskaper og ferdigheter, er atferd som like gjerne kan vitne om tilpasnings- og overlevelsessevne med store personlige kostnader for barna (Mordoch & Hall, 2002). Det påpekes derfor at den videre forskningen bør utgå fra et perspektiv på barn som deltagende aktører, mer enn som bærere av risiko (Gladstone, Boydell & McKeever, 2006).

2.2.3. Hverdagslivsperspektivet

Det finnes etter hvert en del studier både nasjonalt og internasjonalt med fokus på barnas erfaringer, opplevelser og håndtering av egen hverdag. Store deler av denne forskningen er retrospektiv, det vil si studier hvor voksne forteller om sin barndom og hvordan det var å vokse opp med foreldre som hadde enten rus- eller psykiske lidelser. Disse studiene viser at opplevelser som skam, skyldfølelse, ensomhet, uforutsigbarhet og usikkerhet står sentralt i beskrivelsene av en oppvekst med foreldre som strever (Ahlgreen 1998, 2001; Dunn, 1993; Mordoch & Hall, 2008). I det følgende vil vi fokusere på perspektive hverdagsstudier. I disse studiene er barn og unge informanter og forteller om sin hverdag her og nå, og sine opplevelser knyttet til en hverdag med foreldre som strever med psykiske lidelser eller rusproblemer (Almvik & Ytterhus, 2004).

Dette perspektivet integrerer et fokus på belastning og sårbarhet, med et fokus på barnas deltakelse, mestring og kompetanse (Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2009; Fjone, Ytterhus & Almvik, 2009; Mordoch & Hall, 2008; Trondsen, 2012; Östman, 2008). Man er opptatt av hva barna selv erfarer og opplever som belastende og/eller støttende, og hvilke strategier de har for å mestre utfordringene de opplever. Ulike kvalitative studier beskriver forskjellige sider ved disse barnas hverdag, og vi redegjør kort for sentrale temaer.

Mange studier viser at barn opplever stigma knyttet til det å vokse opp med en forelder som er psykisk syk (Fjone, et al, 2009; Östman & Kjellin, 2002; Östman, 2007; Östman 2008). Barnas fortellinger viser at de bruker mye tid på å fremstille seg selv som så normale som mulig, for å unngå stigmatisering. De forteller om både stigmatiserende sosiale kontekster, og om selv-stigmatisering. Barna forteller at dette ofte fører til opplevelser av skam. De velger sjelden å være åpne om foreldrenes strev. De løser det ved å tilpasse seg forventninger på ulike arenaer i livet, slik at de unngår stigmatisering (Fjone et al., 2009). Studiene viser på ulike måter at psykiske lidelser fortsatt er et individualisert og devaluert fenomen i vår kultur, og at barn ofte bærer stigmaenes byrder alene. Gladstone et al. (2006) fremhever hvordan disse barna stemples som risikoutsatte barn, og at denne statusen følger dem uten at de tilbys nevneverdig hjelp som unge voksne.

Et annet sentralt tema i disse studiene er barns manglende informasjon om, og forståelse for, foreldrenes psykiske vansker. Studiene viser at barna ønsker mer informasjon om foreldrenes lidelse (Garley, Gallop, Johnston & Pipitone, 1997; Mordoch, 2010; Reupert, Goodyear & Maybery, 2012; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004; Trondsen, 2012). Flere studier påpeker en sammenheng mellom hvordan barn forstår foreldrene/situasjonen hjemme og i hvilken grad de påvirkes av foreldrenes lidelse (Beardslee & Podorefsky, 1988; Garley et al. 1997; Haugland et al., 2012, Stallard et al., 2004). Funnene viser at manglende

informasjon og kunnskap om foreldrenes psykiske lidelse, fører til vansker med å skape mening i det som skjer hjemme, og dermed gir barna økte bekymringer.

Studiene er opptatt av barnas egne opplevelser av de belastninger tidligere forskning har påpekt. De viser at barn opplever både positive og negative sider ved økte arbeids- og omsorgsbelastninger knyttet til foreldrenes sykdom (Backett-Milburn, Wilson, Bancroft & Cunningham-Burley, 2008; Bolas, Wersch & Flynn, 2007; Östman, 2008). Noen barn beskriver at de også opplever å få erfaringer de vokser på gjennom økt modenhet og ansvar, og at de utvikler nære og varme relasjoner til foreldrene gjennom disse oppgavene (Östman, 2008). Erfaringer viser at barn håndterer disse belastningene ulikt, og at de strever med å integrere omsorgsgivning overfor foreldre i en identitet som tåler samfunnets blikk. De holder derfor disse oppgavene hemmelige for omverdenen, for å beskytte både seg selv og foreldrene (Rose & Cohen, 2010). Flere studier påpeker barnas ønske om hjelp og avlastning i hjemmet. Det påpekes at hjelpetjenestene i større grad bør rettes mot familiene, og ta utgangspunkt i barnas og familienes egne behov og mestringsstrategier (Almvik & Ytterhus, 2004; Fjone et al., 2009; Garley et al., 1997; Mordoch & Hall, 2008; Mordoch, 2010; Reupert et al., 2012). Almvik & Ytterhus (2004) viser at barn opplever at de får den beste støtten i sitt sosiale nettverk. De mener at profesjonelle hjelpetjenester i for liten grad bidrar med støtte til disse nettverkene. Barn og barns erfaringer bør derfor i større grad inkluderes i planlegging av hjelpetiltak (Ahlström et al., 2009)

Mange studier som er opptatt av barns erfaringer, vitner om at de både er sårbare og aktivt deltagende i forhold til å håndtere hverdagen i en utfordrende barndom (Fjone et al., 2009; Mordoch & Hall, 2008; Trondsen, 2012). I en hverdag preget av manglende åpenhet og forståelse for foreldrene vansker, uforutsigbarhet, redsel, ensomhet, sorg og skam, har disse barna mange strategier for å bidra til opprettholdelse av stabilitet og omsorgsrammer i sine familier (Mordoch & Hall, 2008). De holder fast i idealet om familien (Reupert et al., 2012), samtidig som de forsøker å beskytte seg selv fra å bli oppslukt av foreldrenes lidelse

(Mordoch & Hall, 2008). De er altså både relasjonelt avhengige og autonome i sine hverdagslivspraksiser.

To nye og omfattende norske studier, gir også et innblikk i hverdagsliv gjennom barns erfaringer. Det ene er *Den kvalitative levekårsstudien av barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer* (Kufås, Faugli & Weimand, 2015). Studien omhandler barn og unges helse og trygghet/risiko, skolesituasjon, venner og hjelpebehov. I tillegg omtales deres materielle situasjon, boforhold og nærmiljø. En viktig konklusjon er at disse barna opplever en mangel på hjelp og støtte, og at det å motta hjelp til å forstå og bearbeide egen pårørendeproblematikk har betydning for egen helse. Barnas beskrivelser av hjelpebehov oppsummeres som et overordnet ønske om hjelp til at foreldrenes rusproblem stoppes. Mange gjentar et behov for informasjon om egen og familiens situasjon. De ønsker både praktisk og emosjonell støtte. De uttrykker også et behov for en styrket samhandling mellom ulike hjelpetjenester og familie, slekt og venner (Kufås et al., 2015).

Det andre er multisenterstudien *Barn som pårørende* (Ruud et al., 2015) som retter seg mot barn som har foreldre som er pasienter i spesialisthelsetjenesten. Studien viser at barn er overveiende fornøyd med den hjelpen de får, særlig fra sine nærmeste i nettverket. Studien oppsummerer barnas erfaringer som hovedutfordringer knyttet til temaer som å se deres syke forelder lide, tap av sosiale aktiviteter og foreldrenes manglende kapasitet, å måtte klare seg selv og måtte hjelpe den som er syk, å oppleve foreldrenes skiftende humør, manglende tilstedeværelse i forbindelse med foreldrenes innleggelse og det å selv måtte håndtere egne følelser.

2.2.4. Oppsummering av kunnskapsfeltet

Gjennom den store mengden forskning som finnes i det vi har kalt et avviksperspektiv, er belastninger og risiko knyttet til å vokse opp med psykisk syke/ rusmisbrukende foreldre godt

dokumentert. Nye, norske studier bekrefter mange av disse funnene. Studiene viser også at gruppen barn er antallsmessig større enn tidligere antatt.

Forskning på barns hverdagsliv, med barn som informanter, gir ny kunnskap om hvordan disse belastningene oppleves for barn og unge, og hvilke strategier de selv har for å håndtere en oppvekst med foreldre som strever. Deres erfaringer viser at ikke alt som er beskrevet som belastende er bare belastende, og ikke alt som har blitt ansett som resiliens er helsefremmende på lang sikt. Denne delen av forskningen er imidlertid fortsatt mangelfull, og preges av enkeltstudier med fokus på spesifikke temaer.

Det etterlyses flere hverdagslivsstudier der barnas kontekst, som kultur og klasse, i større grad tas med (Mordoch & Hall, 2002). Det etterlyses også studier som i større grad tar hensyn til kjønnsforskjeller i denne gruppen barn, da mange av studiene kritiseres for å ha et for stort aldersspenn i sine utvalg (Mordoch & Hall, 2002).

2.3. Barn og ungdom på BUP

Internasjonalt finnes mye forskning på ungdom og psykiske helsetjenester. Sammenligning vanskeliggjøres imidlertid av ulike lands velferdssystemer og organisering av psykisk helsevern. Generelt sett finnes det lite forskning nasjonalt der barn og unge selv blir spurt om sine erfaringer med BUP (Westbye, 2015). Vi har også funnet få internasjonale studier av unges opplevelser og erfaringer med BUP. De studier som er publisert har varierende fokus og målsetting. Innledningsvis i denne kunnskapsgjennomgangen redegjør vi kort for grunnleggende fakta om ungdom og psykisk helse generelt: omfang, årsaker og tilgjengelighet på BUP som tjeneste. Deretter redegjøres for sentrale tema innenfor behandlingsforskning, da dette er tema som gjenfinnes i våre funn. Til slutt gjennomgår vi forskning på BUP-feltet med vekt på studier hvor barn og ungdom er informanter.

2.3.1. Ungdom og psykisk helse

Ungdom flest er fornøyd med livet sitt, de er aktive og har gode relasjoner til sine foreldre og venner, og har et positivt syn på livet (Bakken, 2016). Samtidig er ungdomstiden en sårbar periode som byr på store omveltninger – både kroppslig og mentalt. Mange unge sliter psykisk i perioder. For de fleste er symptomer på psykiske lidelser forbigående. Risikoen for utvikling av varige lidelser øker med alderen (Bakken, 2016). Økende individualisering og et sterkere press om å lykkes i skolen, har skapt bekymring for ungdoms psykiske helse. Forskningen gir ingen tydelige svar på om psykiske problemer øker blant unge. Noen norske studier viser stabilt omfang over tid, mens andre viser økning i depressive symptomer (Sletten, 2015).

Generelt er depresjon og angst de vanligste plagene blant ungdom. Jenter er mer plaget, og oppsøker oftere hjelp, enn gutter. Omlag 25% av jentene fra 15-16 års alder sliter med depressive symptomer. Uavhengig av kjønn er det dårlige relasjoner til foreldre, få venner og mobbing, som bidrar til økte psykiske plager. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte øker også risikoen (Bakken, 2016).

Det finnes få studier om hvordan ungdom opplever psykisk sykdom. Samfunnets syn på psykisk sykdom har gjennom tidene vært preget av flere negativt ladede holdninger. Historisk sett har psykisk sykdom blitt betraktet som skambelagte og uhelbredelige tilstander (Meld. St. 25 (1996-97)). I følge Blåka (2012) har folk i dag jevnt over liten grad av stigmatiserende holdninger overfor mennesker med psykiske problemer, imidlertid sees en liten økning i antall som opplever det som flaut å ha psykiske problemer. Blåka (2012) finner at det er de yngste som er minst åpne om psykisk sykdom. Trondsen (2014) finner at ungdom i hennes studie opplevde nedsettende kommentarer og negative holdninger til psykiske helseproblemer. De lot derfor bevisst være å fortelle andre om foreldres sykdom for å unngå stigmatisering.

En stor debatt innen psykisk helsevern er knyttet til forståelsen og omtalen av psykiske lidelser. Den biomedisinske forståelsesmodellen, hvor psykisk lidelse forstås som sykdom, settes opp i mot en psykososial forståelsesmodell, der psykisk lidelse i hovedsak sees som reaksjoner på livserfaringer (Kinderman, 2014; Ekeland, 2011; Aarre, 2010). Debatten springer ut fra forskning på biologiske avvik. Til tross for mange års forskning på genetik og biologiske avvik, finnes det ikke bevis for genetik som årsak til hverken alvorlige psykiske lidelser, eller psykiske helseproblemer generelt (Ekeland, 2014). Kritikerne av den biomedisinske sykdomsmodellen hevder derfor at de diagnostiske kodeverkene bør forkastes og erstattes med en psykososial forståelsesmodell, som inkluderer pasientenes egen forståelse av sine vansker (Aarre, 2010; Ekeland, 2014; Kinderman, 2014). Disse temaene berøres i vår studie gjennom ungdommenes beskrivelser av eget strev, og hvordan deres forståelse møtes av BUP som system.

2.3.2. Omfang, årsak og tilgjengelighet

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for barn og unge med alvorlige psykiske helseproblemer. Tall fra Helsedirektoratet viser at 5% av befolkningen under 18 år, eller 56 000 barn og unge, ble behandlet i psykisk helsevern i 2015. 95% av disse ble behandlet poliklinisk. Gutter fra 7-12 år, og jenter over 16 år, er de største pasientgruppene. I 2015 var den vanligste henvisningsgrunnen for barn over 13 år mistanke om depresjon. For de eldste jentene var mistanke om angstlidelse også en gjentagende henvisningsgrunn. For gutter utgjør mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) en stor andel av henvisningene (Krogh, 2016).

Vår studie er rettet mot ungdom som har foreldre som strever, og vi har søkt å finne ut hvor mange av BUPs pasienter som tilhører denne kategorien. Det finnes derimot ingen enkel statistikk som gir en oversikt over dette. TOPP-studien (Mathiesen et al., 2007) viser at man finner den høyeste andelen barn og unge med psykiske plager og normbrytende atferd i familier hvor foreldrene selv har psykisk sykdom, er rusmisbrukere, er voldelige eller har visse typer minoritetsbakgrunn. BUP koder avvikende psykososiale forhold som del av diagnostiseringen av barn/unge (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

Aktivitetstallene fra BUP viser at koden *psykisk sykdom, avvik eller funksjonshemning i barnets nærmeste familie* omfattet mange pasienter, selv om den største gruppen utgjorde *ingen påvist tilstand* (Krogh, 2016). Samlet viser derimot kodingen seg som mangelfull, da kun 66% av pasientene er kodet på denne aksen (Helsetilsynet, 2015). Vi må derfor nøye oss med å slå fast at omfanget av barn og unge på BUP som samtidig har foreldre som strever, er uklart. På bakgrunn av de nye tallene på hvor mange barn som antas å leve med en forelder som har rus/psykiske vansker, må vi forvente at et betydelig antall barn som henvises til BUP tilhører denne kategorien barn.

En vesentlig andel barn og unge får ikke hjelp av spesialisthelsetjenesten, til tross for uttalte vansker. Mange ungdom søker ikke hjelp, og noen ungdom får i liten grad tilgang til tjenesten. Forskning viser at bare et sted mellom 17 og 34% prosent av ungdommene med betydelige psykiske plager søker hjelp (Helland & Mathiesen, 2009; Zachrisson, Rödje & Mykletun, 2006). En ny studie av ungdom plassert i barnevernsinstitusjoner, har fått mye oppmerksomhet (Kayed et al., 2015). Den viser at 76% av ungdom plassert i barnevernsinstitusjoner fyller kriteriene for minst en psykisk lidelse, men at bare 38% av dem følges opp av spesialisthelsetjenesten.

Stigma, vansker med å gjenkjenne egne symptomer og et ønske om å klare seg selv, fremheves som barrierer som hindrer ungdom i å søke hjelp. Sosial støtte og hjelp fra andre er derimot faktorer som bidrar positivt til å søke hjelp (Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010). Studien understreker betydningen av at alle som jobber med ungdom i sitt daglige arbeid må dyktiggjøres i forhold til hvordan man fanger opp ungdom med psykiske plager.

Rickwood, Mazzer & Telford (2015) viser også at selv om eldre ungdom/unge voksne i økende grad søker hjelp for seg selv, har familien fremdeles en avgjørende innflytelse. De understreker derfor viktigheten av å øke foreldres kunnskap om psykisk helse, særlig gjennom

å øke deres evne til å gjenkjenne psykisk helseproblemer og å være psykologisk tilgjengelige for sine barn.

2.3.3. Behandlingsforskning

Vi har i denne studien stilt spørsmål om hva ungdom har opplevd som god hjelp på BUP. En kort redegjørelse for kunnskap om vesentlige faktorer for resultatet av terapi (behandlingsforskning) er derfor relevant. Denne forskningen har en lang tradisjon, og de første resultat-prosess studiene startet for 50 år siden (Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007). Det er enighet om fire virksomme faktorer i terapi, som spiller en prosentvis ulik rolle for resultatet: metode og teknikk (15%), placebo, håp og forventninger (15%), relasjoner (30%) og klient/utenomterapeutiske faktorer (40%) (Lambert, 1992). Klienten har altså mye av æren for de endringene som skjer i terapien, og kvaliteten på relasjonen mellom klient og terapeut er mye viktigere enn metoden eller teknikken terapeuten bruker. Når det gjelder terapi med barn og unge, fremhever terapiforskningen at relasjonen og terapeuten personlighet er særlig viktig, og klientenes vurdering (både barn og foreldre) av den terapeutiske alliansen har vesentlig betydning for terapieresultatet (Ulvestad et al, 2007). Den terapeutiske alliansen, refererer til kvaliteten og styrken i relasjonen (det følelsesmessige båndet) mellom klient og terapeut, i tillegg til enighet om terapiens mål og de metodene som brukes for å nå målene (Bordin & Kovacs, 1979). I behandling av barn og unge er det flere kompliserende faktorer knyttet til det å etablere en god terapeutisk relasjon. For å kunne hjelpe barn og ungdom vises det til at et likeverdig samarbeid med foreldrene er avgjørende og nødvendig (Ulvestad et al., 2007). Barns behandlere skal altså ikke bare etablere en relasjon til barnet, men også til dets omsorgspersoner. Oppgaver og behandlingsmål skal forhandles frem med både barnet og viktige voksne rundt barnet. Barn og unge søker sjelden hjelp på eget initiativ, de har begrenset forhåndskunnskap om behandling, og har ofte ingen eller en annen problemforståelse enn foreldrene/de som tar initiativ til behandlingen (Fjermestad, 2011; Stafford, Hutchby, Karim & O'Reilly, 2016). Til tross for at det foreligger forskning på hvilke faktorer som bidrar til et positivt utfall i terapi, hevder Donald & Rickwood & Carey (2014) at man fortsatt vet lite om hvordan forandring oppstår i terapi, og

de argumenterer for et behov for særlig kvalitative studier om unges erfaringer med forandring og terapi.

2.3.4. Studier av barn og unges erfaringer med BUP

Mange av studiene har fokus på brukertilfredshet, og har foreldre som informanter. De største norske undersøkelsene er Kunnskapscenterets rapport; *Foresattes vurdering av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006* (Holmboe & Dahle, 2008), og Sintef Helses rapport; *Psykisk helsevern for barn og unge- Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet* (Andersson, Ose & Sitter, 2005). Disse undersøkelsene fant at foreldre med små barn (0-6) var mer fornøyde enn foreldre med større barn. Barnas problematikk påvirket også foreldres fornøydhets, der foreldre til barn med internaliserende vansker (angst, depresjon) var mer fornøyd enn foreldre til barn med eksternaliserende vansker (for eksempel atferdsvansker, oppmerksomhetsvansker).

En norsk studie viser at den viktigste indikatoren for om ungdom er fornøyde, er om de blir bedre av behandlingen. Bedret funksjonsevne og bedret livskvalitet øker fornøydhetsen. God relasjon til behandleren virker også positivt. Fornøyde ungdommer vektlegger den gode relasjonen, mens fornøyde foreldre i større grad vektlegger samarbeid mellom BUP og andre (Westbye, Drugli, Lydersen & Indredavik, 2015). Internasjonale studier viser midlertidig at det er ungdoms erfaring med behandlingen underveis, som er viktig for hvor fornøyde de er (Bredel, Brunner, Haffner & Resch, 2004). Studier viser også at de fleste som deltar i brukerundersøkelser er fornøyde med behandlingen (Garland, Haine & Lewczyk Boxmeyer, 2007; Kitts et al., 2013).

De kvalitative studiene av unges erfaringer tar for seg ulike sider ved deres møte med hjelpeapparatet. De har ulike inklusjonskriterier for informantene og ulike fokus. Noen har innhentet barns erfaringer, andre ungdoms og noen både foreldre og barn/unge. Flere studier er opptatt av barn og foreldres målsettinger eller forventninger til BUP og det første møtet

med tjenesten (Hartzell, Seikkula & Knorrning, 2009; Ronzoni & Dogra, 2011; Ross & Egan, 2004; Stafford, Hutchby, Karim & O'Reilly, 2016). Andre fokuserer på ungdoms forståelse av vellykkede behandlingsløp og nyttig hjelp eller virksomme møter (Anvik & Gustavsén, 2012; Bjønness, 2015; Fauske, 2014; Follesø, Halås & Anvik, 2016; Gibson, Cartwright, Kerrisk, Campbell & Seymor, 2016; Henriksen, 2014;). Noen søker barn og foreldres oppfatninger og erfaringer av møter med/hjelp fra BUP mer generelt (Binder, Moltu, Hummelsund, Sagen & Holgersen, 2011; Bone, O'Reilly, Karim & Vostanis, 2015; Day, Carey & Surgenor, 2006; Høiseth, Kvisle, Kildal & Bjørgen, 2015; Westbye, 2015).

Det er vanskelig å gi en god oppsummering av så vidt ulike enkeltstudier, men vi velger å gjengi noen av de temaene som vi oppfatter at går igjen i flere av studiene. De aller fleste av de ovennevnte studiene trekker frem sider ved relasjonen mellom behandler og barn/ungdom som vesentlig for god, nyttig eller virksom hjelp. I beskrivelsene av gode møter med hjelpeapparatet vektlegges opplevelse av nok tid til å bli kjent, å bli tatt på alvor, bli lyttet til, stilt krav til og få riktig støtte og hjelp. I noen studier er det behandlerens uformelle stil, eller en vennskapslignende relasjon som vektlegges (Gibson et al., 2016). Beskrivelsene av dårlige møter preges på sin side av opplevelse av manglende medvirkning, manglende informasjon og oversikt og følelsen av å stå alene (Høiseth et al, 2015, Anvik & Gustavsén, 2012). Flere av studiene omtaler et behov for økt informasjon om psykisk helse generelt og behandling/BUP spesielt, i forkant av behandlingsstart. Økt informasjon foreslås for å redusere stigma og frykten for det ukjente. Det vises også til behov for økt informasjon for å redusere utfordringer knyttet til at barnas forventninger og målsettinger for behandling ofte er uklare og kan avvike fra foreldrenes (Stafford et al., 2016; Ross & Egan, 2004; Ronzoni & Dogra, 2011; Day et al, 2006; Henriksen, 2014). Et tredje tema som omtales i flere av studiene er foreldreinvolvering. Det kan synes å være viktig for ungdom å ha innflytelse/kontroll over foreldres deltagelse, og de har behov for nok tid og rom til å snakke alene (Bjønness, 2015; Day et al., 2006; Gibson et al, 2016; Ross & Egan, 2004; Stafford et al., 2016). Et fjerde tema omhandler muligheten for å få kontakt med behandler. Ungdom savner en direkte, fortrolig kommunikasjonskanal med behandler mellom terapitimene. Noen studier omtaler også ønske

om e-tjenester/sms/telefon som supplement eller erstatning for direkte møter (Bjønness, 2015; Høiseth et al., 2015; Gibson et al., 2016)

Annen relevant erfaringskunnskap som bør nevnes er resultatmagasinet *Unge med råd til psykisk helsevern*. En gruppe ungdom med brukererfaring, kalt PsykiskhelseProffene, har utarbeidet et hefte med råd. De mener at fremtidens psykiske helsevern bør bygge på verdiene åpenhet og ærlighet, varme og medmenneskelighet, normalitet og likeverd, tro på og ta på alvor (Forandringsfabrikken, 2014).

2.3.5. Oppsummering av kunnskapsfeltet

Samlet viser kunnskapsgjennomgangen at mange barn og unge strever med psykiske lidelser, og at bare et mindretall av dem oppsøker og mottar hjelp fra psykisk helsevern.

Gjennomgangen viser også at barn og unge som får et tilbud fra BUP gruer seg i forkant, og de har gjerne andre målsettinger/forventninger til tjenesten enn foreldrene. Samtidig er de fleste fornøyd med tilbudet de får, når de først har kommet til BUP. Barn og unges vektlegging av en god relasjonen til behandleren finnes igjen i terapiforskningen. Ulike målsettinger mellom barn og foreldre løftes frem som en av flere utfordringer i å lykkes med behandlingsalliansen. Studiene av barn og unges erfaringer med BUP har økt de siste par årene, men det er fremdeles behov for mer forskning på dette feltet.

2.4. Denne studiens bidrag

Det finnes som vist omfattende forskning som omhandler barn som har en forelder med rus/psykiske lidelser. Kunnskap om mangler ved foreldrenes fungering og hvordan barna påvirkes av dette, er godt dokumentert. Til tross for en sterk offentlig satsning for å imøtekomme denne gruppen barns udekte behov, finnes det for lite forskning både på hvordan barna opplever sine hverdagsliv, og hvordan de opplever og erfarer seg selv, foreldrene og den hjelpen de får i en større sosial kontekst.

Når det gjelder ungdom, psykiske lidelser og BUP, finnes mye forskning på hva som er virksomt i behandling av psykiske lidelser, men lite forskning på hvordan barn og unge selv erfarer det å få hjelp, eller bruke spesialisthelsetjenesten. Kvalitative studier som etterspør erfaringer fra disse barnas hverdagsliv og erfaringer i møte med hjelpeapparatet, finnes det fremdeles lite av.

Vår kunnskapsgjennomgang har ikke funnet noen studier som retter seg spesifikt mot barn og unge i den doble kategorien som vårt prosjekt retter seg mot; barn som har kontakt med BUP på grunn av egne psykiske vansker og som samtidig har foreldre som strever med rus/psykiske lidelser. I forskningslitteraturen kan det synes som om de behandles som to ulike populasjoner, pasienter eller pårørende. Denne studien søker derfor å bidra til å fylle dette kunnskapshullet med erfaringer fra ungdom i denne doble rollen.

3. Teoretisk ståsted

Vi har innledningsvis redegjort for et overordnet perspektiv på barn og barndom, hvor vi både anser barn som kompetente og aktivt deltagende, og samtidig som relasjonelt avhengige og sårbare. Med dette synet på barn og barndom har vi valgt ulike teoretiske perspektiver og begreper for å belyse våre funn og analyser. I dette kapitlet redegjør vi for perspektivene, med fokus på de begrepene vi har brukt, og hvordan de ulike teoriene bidrar til vår samlede forståelse av materialet.

I det følgende gjør vi rede for et narrativt perspektiv med fokus på meningsinnhold, et sosiokulturelt perspektiv med fokus på meningssystemer og posisjoner og et utviklingspsykologisk perspektiv med fokus på selvutvikling. Vårt utgangspunkt er at kombinasjonen av sosiokulturell teori, utviklingspsykologi, samt det narrative blikket på hvordan historier og posisjoner blir til, gir oss et teoretisk fundament som kan belyse både indre prosesser, relasjonelle erfaringer og den kulturelle kontekst som tilsammen påvirker våre ungdommers erfaringer og opplevelser.

3.1. Narrative perspektiver og fokus på meningsinnhold

Vår studie retter seg mot fortellinger som grunnlag for kunnskap. Gjennom samtaler med ungdom om deres hverdagsliv og møter med hjelpere, er vårt analytiske blikk rettet mot fortellingene som mekanisme for å forstå livserfaringer (Smith, Larkin & Flowers, 2009). Narrativ teori har vid utbredelse som modell for både forskning og praktisk-metodiske tilnærminger i helse- og sosialfag. Teorien knytter seg til postmoderne perspektiver, der også makt og språklig undertrykkelse har en sentral plass (Thomassen, 2006). Vårt mål er å løfte fram ungdommens erfaringer, og gi makt til deres kunnskap, gjennom en spørrende og åpen tilnærming. I denne studien brukes ikke narrativ tekstanalyse med vekt på struktur, tidsdimensjoner eller plot. Vi har likevel et narrativt perspektiv i vår søken etter meningsinnhold i ungdommenes fortellinger. Vi benytter narrative perspektiver og begreper for å analysere mening i fortellingene, for å forstå hva som påvirker hva de forteller og for å

forstå hvordan fortellingene påvirker dem og deres muligheter for handling. I det følgende redegjøres det for begreper knyttet til meningsinnhold og mulighetsrom.

Ungdommene i vår studie forteller historier om seg selv. I narrativ teori kalles dette for selv-narrativer. En selvnarrativ kan defineres som et individs fortelling om forholdet mellom relevante hendelser over tid (Gergen, 2001). Slike selv-narrativer, formidler vår språklige fortolkning av den virkeligheten vi opplever (White & Lindegård Henriksen, 2006).

Historiene formidler et bilde av hvem man er, og hvorfor man er blitt slik. På den måten representerer slike historier en form for selvkonstruksjon, og bidrar til å skape mening i vår forståelse av det vi erfarer (Fossland & Thorsen, 2010).

Ungdommenes fortellinger om hvem de er, sier også noe om hvem de kan bli. Hvordan selv-narrativer organiseres (narrativkonfigurering), har ikke bare betydning for hvordan man opplever og forstår seg selv, men gir også ulike framtidsutsikter (Jansen, 2013).

Tilsynelatende like livserfaringer kan organiseres ulikt, gi ulike selvforståelser som igjen gir ulike muligheter for handling. Begrepet mulighetsdomener brukes om disse ulikhetene (Jansen, 2013). Jansen (2013) definerer et mulighetsdomene som en utviklingsvei som ikke bare finnes som en mulighet i en kultur, men som også oppleves som en utviklingsvei for den det gjelder.

Narrativer har også en funksjon utover det å være et meningsskapende verktøy for enkeltindividet, ved at de posisjonerer individer i forhold til ulike diskurser i en gitt kontekst (Jansen, 2013). Bruner (2003) påpeker at selv om vi fremstiller oss som unike, autonome individer, er disse selv-narrativene uløselig knyttet til avhengigheten av andre. Man er seg selv i verden. Det vil alltid være mulig å fremstille virkeligheten på mer enn en måte (Hårtveit & Jensen, 1999). Å fortelle om seg selv blir slik sett en handling, noe man "gjør". Denne innfallsvinkelen beskrives av Jansen (2013) som den performative vendingen i narrativ psykologi. Hva andre mener eller hva vi tror andre mener om hvordan vi burde være, påvirker

hva vi forteller og hvordan vi forteller det. På denne måten blir narrativer noe som vokser frem i relasjon til andre. Den som lytter til en annens fortelling om seg selv, blir en medskapende part i historien.

Narrativ forskning har ofte en fenomenologisk tilnærming hvor man er opptatt av det subjektive, det erfarte og opplevde, og blir derfor kritisert for å ikke se betydningen av sosiale strukturer (Jansen, 2013). Men også innenfor narrativ teori, er noen opptatt av at det finnes kollektive narrativer. Slike fortellinger fungerer som kulturelle standarder som våre personlige fortellinger forholder seg til og fortolkes ut fra (Jansen, 2013). Slik synliggjøres det at noen fortellinger mer mulige enn andre innenfor den kulturen vi lever i (Hårtveit & Jensen, 1999). Vi har valgt å bruke sosiokulturelle perspektiver og posisjoneringsteori, som supplement for å bedre forstå hvilke forhold som påvirker våre ungdommers fortellinger om seg selv.

3.2. Sosiokulturelle perspektiver på meningsdannelse

I sosiokulturell utviklingspsykologi anses sosial interaksjon som en forutsetningen for utvikling (Ulvik, 2009). Barn utvikles ved at de deltar i sosialt organiserte hverdagslivspraksiser. De formes av interaksjon med andre mennesker, som igjen er forankret i kulturens meningssystemer (Ulvik, 2009; Vygotsky, 2012). Også i dette perspektivet anses vår selvforståelse, og våre meninger om hvordan ting henger sammen, som noe man forhandler frem i relasjon til andre. Det sosiokulturelle perspektivet på barn bidrar med et utvidet fokus på barns hverdagsliv og livsverden (Vygotsky, Kozulin, Hanfmann & Vakar, 2012). Hvordan de deltar i ulike aktiviteter, i ulike praksiser, på ulike arenaer, og hvordan de beveger seg mellom disse ulike meningssystemene, er av interesse for å forstå hvordan barn danner seg meninger og en forståelse av seg selv.

I debatten om barns medvirkning og deltakelse, har det sosiokulturelle perspektivet bidratt med kunnskap om hvordan man kan sikre at utsatte barn og unge blir hørt (Gulbrandsen, 2014; Ulvik, 2009). Ulvik (2009) mener at man gjennom å betrakte barns meninger som

ytringer i kontekst, mer enn som statiske synspunkt, vil vi kunne få kunnskap om hvilke muligheter og begrensninger de erfarer i sine liv. Hennes forskning på barnevernsbarn viser at barns fortellinger ofte er preget av både flertydighet og ambivalens, og inneholder komplekse relasjonelle vurderinger knyttet til deres kontekst. De kan eksempelvis både mene at de vil bo hjemme, og samtidig si at de er glade for at de ikke gjør det. Hun fremhever viktigheten av at hjelpere utvikler det hun kaller en lytteberedskap for flertydighet. På denne måten vil man kunne få kunnskap om barns hverdagsliv og kontekst, som gjør oss bedre i stand til å bidra til å skape forandringer i deres liv.

3.3. Truende subjektposisjoner

Vårt utgangspunkt er å studere barn som både blir kategorisert som psykisk syke og som pårørende. Vi har vært opptatt av hva slike kategorier gjør med dem og deres forståelse av seg selv. Vi har derfor hentet begrepet subjektposisjon og perspektiver knyttet til dette fra posisjoneringsteori (Harré & Moghaddam, 2012). Vi mener dette bidrar til forståelse av ungdommenes fortellinger om hvordan det er å bli definert som avvikende og hva det gjør med dem. Det supplerer narrativ teori (kollektive narrativer) og sosiokulturell teori (kulturelle meningssystemer), med et tydeligere fokus på hvordan posisjoner tildeles innenfor en kultur.

Innenfor posisjoneringsteori er man opptatt av de normative rammene mennesker lever sine liv i, og hvordan de normer som omgir oss produserer ulike subjektposisjoner som vi tilbys, søker, forhandler om eller tar avstand fra (Harré & Moghaddam, 2012). Subjektposisjoner kan beskrives som mulige og umulige eksistenser innenfor en gitt kultur (Jansen, 2013). Noen slike subjektposisjoner er overordnede og allmenne, slik som 'mann' og 'kvinne'. Andre representerer mindre grupper, og kanskje til og med avvikskategorier, slik som 'psykisk syk' eller 'barn av'. Noen subjektposisjoner fremstår som ønskelige, andre som truende. Uansett påvirker de både hvordan vi tenker og forstår oss selv, og hvilke handlingsmuligheter vi opplever å ha. Hva vi gjør, og hva vi kan gjøre, i de sosiale sammenhengene våre hverdagsliv består av, påvirkes av kulturelle normer og verdier knyttet til slike posisjoner.

3.4. Nyere psykodynamiske perspektiver på selvutvikling

Samtidig er de fenomener som denne studien er interessert i, forståelse av egne og foreldres problemer, situert i den nære relasjonelle sfære. Psykodynamisk utviklingsteori bidrar med et teoretisk fundament for å forstå betydningen av relasjonserfaringene mellom barn og foreldre (Fonagy, 2001, Stern, 2003). Sentralt står betydningen av regulerende voksne for barns selvutvikling, og hvordan ulike samspillserfaringer påvirker barns muligheter for å forstå både seg selv og andre. Samtidig bidrar teorien til forståelsen av hvordan hjelpere bidrar til meningsdannelse. Som vi har vist innledningsvis bidrar nyere psykodynamiske teorier om selvutvikling med et perspektiv som både posisjonerer barnet som sårbart og relasjonelt avhengig og som kompetent og deltakende. Våre funn diskuteres i lys av Sterns teori om selvutvikling, som en anerkjent teori innen utviklingspsykologien (Stern, 2003).

Sterns teori vektlegger hvordan barnets opplevelse og forståelse av seg selv, vokser frem gjennom samspill med andre. Teorien beskriver spedbarnets selvutvikling ved at selvopplevelser deles og erfares sammen med nære omsorgspersoner. Dette samspillet, beskrevet som intersubjektive møter, er avgjørende for at barn utvikler en forståelse av seg selv (Stern, 2003). Også denne teorien anser dermed selvforståelse som et relasjonelt begrep, som ikke brukes for å beskrive et menneskes indre verden alene. Selvforståelse er noe som oppstår mellom mennesker.

Evnen til å skape mening og sammenheng gjennom å fortelle om seg selv, utgjør det narrative selvet. Barns evne til å lage slike selvbiografiske fortellinger om hvem de er, var og skal bli, vokser frem i tidlig samspill med foreldrenes fortellinger om virkeligheten (Stern, 2003). Stern (2003) beskriver foreldrenes evne til å tone seg inn på barnets følelsesuttrykk (affektinntoning), til å dele (imitere) og reflektere (speile), beskrives som en premiss for barns selvutvikling. Teorien er bygd opp som en kontinuerlig konstruksjonsmodell hvor selvopplevelser og erfaringer i samspill med andre, forblir viktige måter å være i relasjon på gjennom hele livet. Forståelsen av hvordan disse selv-narrativene blir til, gir dermed også implikasjoner for klinisk praksis. Menneskers behov for å kunne fortelle om seg selv og sine

opplevelser til en annen, gir muligheter for terapeutiske intervensjoner som kan gi nye samspillserfaringer og utvikling av ny eller endret selvforståelse (Johnsen, Sundet & Torsteinsson, 2000).

Med denne gjennomgangen har vi plassert studien teoretisk som forankret i en kombinasjon av sosiokulturell teori, utviklingspsykologi og med et narrativt blikk på hvordan historier og posisjoner skapes.

4. Metode

Studiens problemstilling er utforskende, i det den søker å få tak i unges erfaringer og forståelser knyttet til eget strev og møte med hjelpeapparatet. Vi har forsøkt å få vite mer om deres holdninger, tanker, opplevelser og meninger. Studien har et nedenfra-perspektiv på kunnskapsproduksjon med utgangspunkt i ungdommenes historier og ikke i forhåndsbestemte teorier (Thomassen, 2006). Vi har en empirisk tilnærming med kvalitative intervjuer som metode for datainnsamling.

Vi har valgt å strukturere kapittelet med en gjennomgang av vår vitenskapsteoretiske forankring som utgangspunkt for valg av forskningsdesign og metode. Deretter følger en grundig presentasjon av den metodiske gjennomføringen av studien. I de påfølgende kapitlene rapporterer og diskuterer vi våre funn. Avslutningsvis presenteres refleksjoner over etikk og metode.

4.1. Vitenskapsteoretisk forankring - veien til forståelse

Når vi studerer menneskelige fenomener innebærer innhenting av data fortolkning av meningsbærende materiale. Hva som defineres som kunnskap og hvordan vi kommer frem til denne kunnskapen er sentrale epistemologiske (erkjennelsesteoretiske) spørsmål. Hvordan vi

har plassert oss i dette landskapet gir retning til metodiske valg og forskningsdesign. Her følger en redegjørelse for vårt ontologiske og erkjennelsesteoretiske ståsted som en bevegelse fra fenomenologi til kritisk realisme.

Vårt mål har vært å få kunnskap om ungdoms egne opplevelser slik de beskrives av dem selv, et mål som kan synes å være fenomenologisk i sitt utgangspunkt. Fenomenologien tar utgangspunkt i subjektive opplevelser og søker forståelse for den dypere mening i enkeltpersoners erfaringer. Interessen sentreres rundt fenomenverdenen slik de personer som studeres opplever den, og søker å beskrive verdenen slik den erfares av dem (Thagaard, 2013). Når forskeren søker å tre inn i andre menneskers livsverdener for å forstå hvordan fenomener erfares av dem, forutsettes det at forskeren ser bort fra sammenhengen disse fenomenene erfares innenfor (Thomassen, 2006). I møte med andre mennesker mener vi derimot at det ikke er hverken mulig eller ønskelig å sette egne forforståelser til side på denne måten. Vi bygger snarere på en forståelse av at vi både former og formes av hverandre i en felles forståelse av virkeligheten. Vår viten om den andre, og om verden, fremkommer slik gjennom hermeneutisk fortolkning. Hermeneutikk, eller “kunsten å forstå”, kan i følge Thomassen (2006) ansees som en allmenn teori om fortolkning og forståelse. Teorien kjennetegnes ved at forståelse utdypes og endres, og ny mening oppstår i en pendelbevegelse mellom fortolker og det som fortolkes, mellom del og helhet, i det som omtales som den hermeneutiske spiral (Thomassen, 2006)

Samtidig som vårt utgangspunkt er at den viten vi kan få om verden vil være teoriladet og feilbarlig, fordi den fremkommer gjennom hermeneutisk fortolkning, er det viktig for vår forståelse av ungdommenes erfaringer at erfaringene springer ut fra en faktisk virkelighet. Ungdommene vi møter i denne studien lever sine liv i en konkret og virkelig verden, med ulike betingelser som økonomi, boforhold, vennenettverk osv. Denne virkeligheten er som den er. Den finnes med sine fysiske, biologiske, psykologiske, sosiale, økonomiske, og kulturelle strukturer som påvirker hvordan liv kan leves og erfares. Gjennom sine fortellinger om syke, uføre foreldre som står utenfor arbeidsmarkedet, eller om økonomiske

begrensninger og fattigdom som hindrer sosial deltagelse, antyder ungdommene hvordan underliggende strukturer kan generere visse fenomener. Denne virkelighetsforståelsen oppfatter vi at kan ha mye til felles med Kritisk Realisme som vitenskapsteoretisk posisjon (Bhaskar, 1998).

4.1.1. Kritisk realisme

Kritisk realisme kan, i følge Andersen (2007) forstås som en vitenskapsteoretisk posisjon, som utgjør et alternativ til positivismen og hermeneutikken. Solem (2015) mener at Kritisk Realisme har stor betydning for sosialt arbeids praksis og forskning i Europa. Hun mener tekningen er relevant i forståelsen av familiers vanskeligheter, da Kritisk Realisme også tar hensyn til levekårs betydning for familiefungering. Et sentralt premiss i kritisk realisme er at det eksisterer en virkelighet der ute, uavhengig av våre tanker og forestillinger, og at denne virkeligheten kan deles inn i tre nivåer: det empiriske nivå som omfatter våre erfaringer og observasjoner, det aktuelle nivå som omfatter alle hendelser som skjer enten de er erfart eller ikke, og det virkelige/kausale nivå som omfatter underliggende strukturer og mekanismer som under visse betingelser støtter aktuelle fenomen og hendelser eller får dem til å skje (Bhaskar, 1998).

I vårt møte med ungdoms erfaringer har denne forståelsen vært viktig. Ungdommene formidler sine erfaringer og gjenforteller sine historier med sine begreper (empirisk nivå). Hva som faktisk har hendt dem, hvilke hendelser som har funnet sted rundt dem (aktuelt nivå), har vi ikke noen fullstendig oversikt over- men deres gjenfortalte erfaringer formidler deres fortolkninger av dette. Samtidig er det, slik vi ser det, ikke slik at ungdom står fritt til å skape en hvilken som helst historie om sitt liv, eller at deres erfaringer er helt tilfeldig konstruert. I tråd med kritisk realistisk tenkning oppfatter vi at det finnes noen underliggende strukturer og mekanismer, på det virkelige/kausale nivå. Disse strukturene, som vi ikke kan se eller erfare, vil støtte aktuelle fenomen og hendelser eller få dem til å skje. Oppmerksomheten er altså ikke bare rettet mot hendelsene i seg selv, men også mot det som produserer hendelsene.

Denne vitenskapsteoretiske posisjonen sees i vår studie i det vi ikke bare søker å presentere hvilke erfaringer ungdommene har gjort seg. Vi har samtidig sett etter tendenser som kan belyse noen underliggende mekanismer som kan forklare at det er disse erfaringene ungdommene forteller om. Som et eksempel har vi i denne studien vært opptatt av hvordan ungdom forstår sine egne vansker. Gjennom presentasjon og fortolkning av ungdommens beskrivelser, søker vi å se etter hva det er som påvirker de ulike forståelsene/forståelsesprosessene. Vi belyser hvordan foreldrenes forståelsesrammer, og møter med hjelpere/hjelpesystemers forståelse på ulike måter former ungdoms forståelse av egne vansker. På samme måte belyser artikkelen hvordan forskjellige forståelsesmodeller påvirkes av ulike sosiokulturelle normer, og gir ungdommenes selv-narrativer ulike handlingsrom.

4.2. Forskningsdesign

Med utgangspunkt i ønsket om å lytte til de individuelle erfaringene, ble det valgt en kvalitativ tilnærming til datainnsamlingen. Vi valgte å gjennomføre semi-strukturerte intervjuer med den enkelte ungdom, da intervjuer gir “et særlig godt grunnlag for å få innsikt i personers erfaringer, tanker og følelser” (Thagaard, 2013, s 95) og beskrives som den dominerende metoden innen kvalitativ forskning. Vi mente i tillegg at vår kliniske erfaring med sensitive samtaler med barn og unge, utgjorde et godt utgangspunkt for et slikt metodevalg. Refleksjoner over metodiske svakheter og studiens kvalitet følger som siste kapittel av innledningen.

Studien utgjør en del av Mosaikkprosjektet ved Høgskolen i Lillehammer (Halsa & Söderström, 2012). Mosaikkprosjektet er et samarbeid mellom Høgskolen i Lillehammer (HiL) og Sykehuset Innlandet (SIHF), og det er godkjent av Regional Etisk Komite (REK). Det ble søkt om endringsgodkjenning fra REK for vår delstudie (Se vedlegg nr. 1a og 1b).

4.2.1. Utvalg

Inklusjonskriterier

Intervjupersonene skulle være barn/unge som hadde hatt et tilbud fra BUP Oppland. De skulle ha vært i alderen 12 til 18 år, da de var i behandling ved BUP. Nedre aldersgrense ble valgt ut fra et ønske om et visst modenhetsnivå, og ut fra antagelsen om at intervjuguiden måtte tilpasses hvis den skulle egne seg for yngre barn. Behandlingen skulle være avsluttet, og det skulle ikke ha gått mer en to år siden siste kontakt. De skulle ha minst en forelder som strevde/hadde strevd med rusproblemer eller psykisk helse. I kriteriene ble det påpekt at det ikke forelå noen krav om diagnoser i forhold til foreldrenes strev. Foreldrene trengte heller ikke å ha vært innlagt, men vanskene måtte være kjent for både intervjupersonen og foreldrene ut fra kontakten med BUP

Vi satte også som kriterie at vi ikke skulle rekruttere intervjupersoner som vi selv hadde hatt et behandlerforhold til. Der vi av ulike grunner likevel hadde noe kjennskap til de rekrutterte ungdommene eller deres omgangskrets, løste vi det ved at den andre av oss gjennomførte intervjuene med dem.

Rekruttering

Intervjupersonene ble rekruttert fra avsluttede pasienter ved BUP Oppland. Dette valget ble gjort av praktiske hensyn for å lette rekrutteringsprosessen. Som ansatte i samme organisasjon ville vi ha større muligheter for gjentagende etterspørring og oppfølging av behandlerne i deres del av rekrutteringsprosessen.

Behandlerne ved begge avdelinger (BUP Lillehammer og BUP Gjøvik) fikk informasjon om prosjektet. De ble bedt om å gjøre en innledende henvendelse til aktuelle pasienter.

Behandlerne ga en kort informasjon om prosjektet, og ba om tillatelse til at vi som forskere

tok kontakt med ungdommene med ytterligere informasjon. Vi hadde utarbeidet en informasjonsbrosjyre om prosjektet som behandlerne kunne lese fra eller gi ut, og et informasjonskriv som ungdommene fikk i forbindelse med deltagelsen (se vedlegg 2 og 3). Der pasientene var 16 år eller eldre kunne behandler henvende seg direkte til pasient, mens der pasienten var under 16 år gikk henvendelsen via foreldre/foresatte. Det ble innhentet skriftlig samtykke i forkant av intervjuene (se vedlegg 4). 3 av intervjupersonene var under 18 år og for disse ble det også innhentet skriftlig samtykke fra foreldre. Alle som samtykket fikk i tillegg muntlig informasjon om muligheten for å trekke seg underveis og i etterkant av intervjuet.

Tilbakemeldingen fra behandlerne viste at kun to aktuelle ungdommer takket nei, før vi fikk kontakt med dem. Ungdommene som viste interesse ble kontaktet direkte av oss via telefon/mail. Etter ytterligere informasjon om hva deltakelse ville innebære, sa alle disse ja til å delta. Tidspunkt for intervju ble avtalt umiddelbart. Rekrutteringsprosessen ble igangsatt etter påske 2015, og varte frem til etter høstferien samme år.

Utvalget

Studiens utvalg består av 9 jenter i alderen 17-23 år. Informasjonen vi har om jentene baserer seg utelukkende på deres fortellinger. Vi har ikke innhentet data fra andre kilder, som for eksempel journal. Varigheten på behandlingskontakten var svært ulik, fra 1 til ca 8 år. Alle hadde avsluttet sin kontakt med BUP i løpet av 2013-2015. To av jentene beskrev to ulike behandlingsforløp ved BUP, et fra de var barn (10-12 år) og et noe senere (16-18 år). Det er ulikt hvor mange behandlere de har vært i kontakt med i løpet av behandlingsperioden ved BUP. De fleste har møtt flere behandlere og flere profesjonsgrupper. Begge kjønn er representert blant behandlerne som omtales. Informantene beskriver hovedsakelig symptombelastninger i angst-/depresjonsspekteret, med selvskading, suicidforsøk, skolevegring og sosial tilbaketrekning. En av ungdommene har gjennomgått ADHD-

utredning. Flere av ungdommene har fått medisiner som del av behandlingen. Det har også vært kontakt mellom BUP og skole som del av hjelpen til de fleste jentene.

Av de ni informantene har fem foreldre med bipolar lidelse, to foreldre med alkoholmisbruk, en har forelder med både rusproblemer og bipolar lidelse, en har forelder med sosial angst. Konflikter mellom foreldrene, skilsmisse, vold og andre traumatiske erfaringer knyttet til hjemmeforhold, beskrives i tillegg av flere. Alle informantene har primært vokst opp hos biologiske foreldre, men en forteller om lengre perioder med døgnopphold i henholdsvis spesialisthelsetjenesten (BUP Døgn) og barneverntjenesten (institusjoner og fosterhjem). To informanter bor i intakte familier, mens de øvrige har ulike varianter av familiekonstellasjoner med og uten steforeldre. 5 av ungdommene forteller om ulike former for kontakt med barneverntjenesten i løpet av oppveksten. 4 bodde i egen bolig på intervjutidspunktet, med varierende besøk/kontakt med foreldrene. Vi har ikke innhentet systematiske data knyttet til sosioøkonomisk status, som foreldrenes inntekt, utdanningsnivå eller yrkesstatus. Gjennom ungdommenes beskrivelser av hverdagsliv sitter vi likevel med informasjon som tyder på varierte bakgrunner. Her er både informanter som gir uttrykk for godt fungerende/alminnelige/uproblematiske forhold og ungdommer som omtaler vanskelige økonomiske rammer og foreldre utenfor alminnelig arbeidsliv. På intervjutidspunktet forteller alle ungdommene om hverdagsliv som fungerer godt. De er enten under utdanning eller i arbeid. En forteller om fortsatt behandling i spesialisthelsetjenesten for voksne (DPS).

Intervjuer

En semi-strukturert intervjuguide kan ha ulik grad av åpenhet i form av strukturingsgrad (Jacobsen 2015). Vårt mål var å utforme en guide med høy grad av åpenhet som ville frembringe informasjon om ungdoms erfaringer og opplevelser i møte med BUP.

Innledningsvis utformet vi 6 intervjutema: 1) opplevelser av å være ungdom på BUP, 2) deltakelse og medbestemmelse, 3) forståelse av egne vansker og opplevelse av sammenheng med foreldrenes vansker, 4) god hjelp, 5) råd til BUP, 6) opplevelse av deltakelse i forskning.

Imidlertid tilsa våre overordnede perspektiver på barn og barndom, at vi også måtte innhente informasjon om den livsverden og konteksten som rammer inn ungdommenes fortellinger. Vårt arbeid med intervjuguiden handlet derfor om hvordan vi skulle få informasjon om både de konkrete erfaringene og opplevelsene i møte med BUP, og samtidig om deres hverdagsliv og livserfaringer forøvrig. Vi drøftet hvordan oppbyggingen av guiden kunne bidra til rike fortellinger, og hvor direkte vi skulle angripe kjerneproblematikken. I forarbeidet utarbeidet vi et forslag til guide, som gjennom utprøving i to pilotintervjuer viste seg å være for omfattende. Den bidro ikke til den åpenheten og frie fortellingen som vi ønsket.

Den endelige intervjuguiden ble derfor revidert ned til 4 hovedtemaer. For hvert tema ble det formulert en introduksjon, slik at inngangen til temaene skulle være lik for alle. Det ble videre formulert 1- 4 spørsmål under hvert tema som vi ønsket at intervjuet skulle besvare. I tillegg utformet vi forslag til underspørsmål/hjelpespørsmål om informantene strevde med å fortelle ut fra tema/spørsmål til temaet. Denne intervjuguiden ble utformet i to ulike versjoner ut fra våre ulike behov som forskere, en utformet som et skjema med hovedpunkter og underpunkter, og en mer visuell guide med vekt på nøkkelord (se vedlegg 5 og 6). I løpet av intervjuene fylte vi sammen med ungdommene ut et nettverksdiagram med de personene som ble omtalt (se vedlegg 7).

Vi startet intervjuene med temaet hverdagsliv og spørsmål utformet etter prinsipper fra livsformsintervju som metode (Haavind, 1987). I livsformsintervjuet spør man om en detaljert gjennomgang av gårsdagen. Helt konkret, hendelse for hendelse, knyttes informantens forståelse og begrunnelse for det de har gjort opp mot deres beskrivelser. Vårt valg var inspirert av Mosaikkprosjektet (Halsa & Söderström, 2012), og utgangspunktet i teori om hverdagslivsperspektivet, slik det beskrives av Gullestad (1989). Målet var å gi ungdommen anledning til å presentere seg som agenter i eget liv, og bidra til trygghet og en bedre ramme for å gå inn i mer sårbare temaer.

Intervjuene ble gjennomført over en periode på 4 måneder. Vi fordelte intervjuene fortløpende mellom oss, slik at kun en intervjuer var til stede. Ungdommene fikk selv velge hvor intervjuene skulle foregå, og om de ville ha med seg noen. De fleste ønsket at intervjuet skulle foregå på BUP. Tre ble intervjuet hjemme. Alle ble intervjuet alene. Intervjuene ble tatt opp på lydfil og hadde hver for seg en varighet på cirka 90 minutter. Intervjuene ble transkribert og anonymisert fortløpende av intervjueren. Vi transkriberte så nært inntil talt språk som mulig med både dialekt og uttrykk, for best å bevare ungdommenes beskrivelser. Av anonymitetshensyn er likevel sitater omskrevet til standard bokmål, og biografisk informasjon som bidro til identifikasjon er endret eller utelatt. Datamaterialet endte på 375 sider transkribert tekst (enkel linjeavstand).

4.2.2. Analyse - IPA som analytisk rettesnor

For å kunne forstå og formidle den kunnskapen som lå i det rike materialet, falt valget på Interpretativ Phenomenological Analysis (IPA) som analytisk metode (Smith et al., 2009). IPA er en kvalitativ forskningsmetode som nettopp har som mål å utforske hvordan mennesker skaper mening i sine viktige livserfaringer. Metoden er dermed godt egnet for vår problemstilling. IPA fokuserer på menneskers erfaringer eller forståelser av et bestemt fenomen. Den har sin opprinnelse i moderne psykologisk forskning på 1990-tallet, og har sine røtter i hermeneutiske (fortolkende) og fenomenologiske tradisjoner. Samtidig tar IPA sikte på å fremheve den enkeltes unike opplevelse, og regnes derfor som ideografisk forskning. IPAs eksplisitte målsetting er i følge Smith et al. (2009) å utføre forskning slik at erfaringer, så langt mulig, kan presenteres i sitt eget språk, fremfor i forhåndsdefinerte kategorier.

Analyseprosessen består tradisjonelt av 6 ledd (Smith et al., 2009):

- Trinn 1: lesing og re-lesing av det enkelte intervju
- Trinn 2: innledende notering av interessante temaer og forståelser
- Trinn 3: utvikling av fremtredende tema (*emergent themes*)
- Trinn 4: søk etter sammenhenger mellom de fremkommende temaene

- Trinn 5: neste intervju
- Trinn 6: søk etter mønstre på tvers av intervjuene

Denne fremgangsmåten beskrives først og fremst for forskningsprosjekt med et lite antall informanter. For prosjekter som omfatter flere enn seks informanter, slik som vårt, legges noe mindre vekt på den detaljerte lesingen av hvert enkelt intervju (Smith et al., 2009). Her beveges fokus over mot å få tak i fremtredende temaer for hele gruppen informanter. Det søkes etter fremtredende tema i hvert enkelt intervju, for så å søke etter mønstre og sammenhenger på tvers av samtlige intervjuer. Dersom IPA-analysen primært holdes på gruppenivå er det sentralt at gruppetemaer fortsatt illustreres med eksempler fra den enkelte informant. Smith et al. (2009) påpeker at det i slike større studier er viktig at forskeren måler gjentakelse av tema (recurrence) og at forskere kan vise hvilke beslutninger som er tatt med hensyn til dette.

Den analytiske prosessen vil bli beskrevet som tre-delt. Vi gjorde først en innledende tematisk analyse av alle intervjuer i fellesskap (Del 1). Ut i fra denne analysen gikk vi videre med en dybdeanalyse av hvert vårt sentrale tema, som utgangspunkt for de to artiklene (Del 2 og 3). Vi samarbeidet i hele prosessen og vekslet mellom å søke og forstå deler og helhet.

Del 1- Innledende analyse av hele materialet

Som trinn 1 leste vi først gjennom våre egne intervjuer og transkriberinger, og noterte ned hovedinntrykk. Deretter gjennomgikk vi de to første intervjuene sammen, og noterte i margin hvilke tema det ble snakket om i disse intervjuene. På den måten fikk vi et felles språk for de beskrivelsene som gikk igjen. Vi gjennomgikk videre to intervjuer hver, noterte temaene i margin, før vi sammenlignet disse notatene. Vi hadde svært sammenfallende oppfatning av hvordan vi markerte og hvilke tema vi merket oss. Vi valgte derfor å fordele de øvrige intervjuene og markerte disse hver for oss. For å sikre at begge hadde god oversikt over hele materialet, markerte vi hverandres intervjuer.

Parallelt med at vi noterte temaer i hvert intervju, merket vi oss sentrale temaer som kunne gjenfinnes på tvers av intervjuene (fremtredende tema). Som et ledd i den analytiske prosessen gikk vi i fellesskap gjennom samtlige intervjuer, hvor vi noterte ned korte fakta om intervjupersonen, hovedlinjer i BUP-historien (alder, henvisningsgrunn, og tiltak på BUP), rådene ungdommene ga, og hva den enkelte oppga som nyttig i kontakten. Dette innledende analytiske arbeidet harmonerer med trinn 2 og 3 i IPA-prosessen.

Deretter løftet vi blikket og sammenholdt alle notater med kjernespørsmål/intervjuguider. Dette førte oss frem til følgende ti temakoder for hele materialet: Andre hjelpere, Eget strev, Foreldres strev, Sammenheng eget strev-foreldres strev, BUP-erfaringer, Deltagelse i forskning, Medbestemmelse, Hverdagsliv og nettverk, Råd, Gode sitater - gullkorn. På dette tidspunktet i analyseprosessen besluttet vi å benytte databehandlingsprogrammet Nvivo (2012) som kodeverktøy for å holde oversikt over tekstmaterialet. Tabellen under viser en oversikt over denne kodingen. De tre kodene som på ulike måter omhandlet strev ble samlet i en felles kode, *Beskrivelser av strev*. Dette valget vil bli nærmere begrunnet i del 3. Vi endte derfor med 8 temakoder, med underkoder, som vist i Tabell 1.

Tabell 1: Oversikt over temakoder, med kilder og referanser

Name	Sources	References	Created On
● Andre hjelpere	9	55	6. des. 2015 :
▼ ● beskrivelser av strev	9	462	Today, 11:29
▶ ● Eget strev	9	414	6. des. 2015 :
● foreldres strev	9	30	6. des. 2015 :
● Sammenheng eget str...	7	18	6. des. 2015 :
▼ ● BUPerfaringer	9	602	6. des. 2015 :
● etterpå-erfaringer	9	51	12. jan. 2016
▶ ● Førforståelse-erfarin...	9	65	12. jan. 2016
▶ ● Underveis-erfaringer	9	347	12. jan. 2016
● Deltagelse i forskning	8	14	6. des. 2015 :
● gode sitater gullkorn	7	16	6. des. 2015 :
● Hverdagsliv og nettverk	9	33	6. des. 2015 :
● Medbestemmelse	9	20	6. des. 2015 :
● Råd	9	31	6. des. 2015 :

Tabellen viser navn på temakoder (Name), noen av underkodene, antall kilder (Sources) og antall referanser (References), samt dato for opprettelse av koden (Created on)

Ut fra temakodingen vurderte vi gjentakelse (Recurrence). For å sikre at temaene er godt dekket i materialet har vi sett på gjentakelse på ulike måter. Tabell 1 viser antall informanter (Sources) per temakode (Name); seks av temakodene er omtalt i alle intervju/kilder. Syv intervjuer inneholdt 6 av 8 temakoder. Tabellen viser at det varierer hvor mange ganger informantene omtaler temaene, målt i antall referanser (References). Temakodene *BUP-erfaringer* og *Beskrivelser av strev* har flest referanser, mens koden *Deltakelse i forskning* har færrest referanser (se Tabell 1).

Temakodene fordeler seg imidlertid ulikt med tanke på prosentvis dekning av tekstmaterialet, altså hvor mye den enkelte snakket om temaet. Som eksempel på dette viser Tabell 2 at koden *BUP-erfaringer* har en dekningsgrad (Coverage) som varierer fra 26,36% - 51,49%, regnet ut fra antall tegn transkribert tekst i de ulike intervjuene (Source Name). Tabell 3 viser at koden *Beskrivelser av strev* har en dekningsgrad (Coverage) som varierer fra 14,25 - 36,06%

Tabell 2 : Koden *BUPerfaringer*- antall referanser og Coverage/dekning

BUPerfaringer				
Summary		Reference		
Source Name	In Folder	References	Coverage	
K02	Internals	31	26.36%	
K04	Internals	48	26.49%	
K03	Internals	68	36.15%	
K05	Internals	55	40.28%	
K01	Internals	70	43.76%	
K08	Internals	57	47.19%	
K09	Internals	98	49.97%	
K06	Internals	55	51.30%	
K07	Internals	120	51.49%	

Tabell 3 : Kodene *Beskrivelser av strev*- antall referanser og Coverage/dekning

beskrivelser av strev				
Summary		Reference		
Source Name	In Folder	References	Coverage	
K01	Internals	56	26.17%	
K02	Internals	49	28.36%	
K03	Internals	55	24.93%	
K04	Internals	77	36.06%	
K05	Internals	41	19.24%	
K06	Internals	40	14.25%	
K07	Internals	39	27.24%	
K08	Internals	41	14.73%	
K09	Internals	64	25.90%	

Det å vurdere frekvens, antall referanser og dekningsgrad innebærer å benytte et kvantitativt blikk inn i en kvalitativ analyse. Som ledd i en IPA-analyse er opptelling (Numeration) likevel å anse som en relevant fremgangsmåte i det å se mønstre i temaene. Særlig i åpne intervjuer mener Smith et al. (2009) at det gir mening å se på temaenes frekvens som en mulig indikasjon på relativ viktighet for intervjupersonen. Ut fra vurdering av både fremtredende tema og dekningsgrad, valgte vi å gå videre med nærmere analyser av temaene *BUP-erfaringer* (del 2) og *Beskrivelser av strev* (del 3), som det nå vil redegjøres for.

Del 2 - analyse av temaet BUP-erfaringer

Temaet *BUP-erfaringer* ble analysert primært med fokus på søk etter fellestemaer på tvers av informantenes erfaringer, i tråd med IPAs trinn 2, 3 og 6. Tekstene som sorterte under koden ble gjenlest flere ganger. Materialet ble strukturert i en tidsdimensjon. Erfaringer *før*, *underveis* og *etter møtet med BUP* ble sortert i egne underkoder. Underveis-erfaringene var rike og omfattende. De ble kodet videre ut i fra en intuitiv opplevelse av sentrale tema som ble omtalt. Det ble raskt klart at ungdommene snakket mye om opplevelse av god og dårlig hjelp. Det ble gjort flere ulike forsøke på å sortere innholdet i tekstene, og se sammenhenger mellom temaene, og se om temaene kunne forstås i lys av enkelte begreper. BUP-erfaringer endte opp i følgende sortering:

Tabell 4: Temakoden *BUP-erfaringer* med underkoder

Name	Sources
▼ ● BUPerfaringer	9
● etterpå-erfaringer	9
▶ ● Førforståelse-erfaringer	9
▼ ● Underveis-erfaringer	9
▶ ● dårlig hjelp & dårlige møter	5
● deltagelse og medbestmmelse	7
▼ ● god hjelp & hjelpere	9
▶ ● å regulere meg selv	8
▶ ● en trygg relasjon	9
▶ ● hjelp med foreldra mine	9
● hjelp med skole	2
● opplevelse god hjelp	9
● medisiner	5

I kodene ligger ulik mengde tekst. Noen har lange sitater og uttalelser som gir sammenheng. Andre er korte og presist kuttet for å ta ut sentrale ideer i ungdommenes fortalte historier. Tabell 5 viser et eksempel på slike korte tekstutsnitt fra en informant, samlet i koden *gode hjelpere*.

Tabell 5 – Eksempel på tekst kodet under koden *gode hjelpere*

gode hjelpere	
Summary	Reference
	Internals\K06
	6 references coded, 0.38% coverage
	Reference 1: 0.06% coverage
hon gikk ordentlig i dybden på det,	Reference 2: 0.06% coverage
ventet på at eg skulle fortelle	Reference 3: 0.07% coverage
hon var veldig flink til å forklare ting	Reference 4: 0.02% coverage
at de bryr seg	Reference 5: 0.03% coverage
er gode lyttere	Reference 6: 0.13% coverage
at man kan stole på de selvfølgelig, at du merker at du kan ha tillitt til de,	

Det ble sett etter sammenhenger mellom temaene, både innen det enkelte intervju og på tvers av intervjuene. Her ble det ikke benyttet Nvivo-drevne analyser. Temaene ble lest opp mot hverandre, og ulike spørsmål ble stilt teksten. Eksempler på slike spørsmål er: Hva er innholdet i god hjelp? Hva gjør en hjelper når hjelpen oppleves som god? Påvirket førforståelsen, eller erfaringene på vei inn til BUP hvordan møtet med BUP ble, eller hvordan hjelpen ble oppfattet? Påvirket dette hvordan ungdommene vektla innholdet i hjelpen? Det ble ikke gjort stringente opptellende sammenligninger, men mer en fortolkende lesning med forsøk på å forstå meningsinnholdet.

Resultatene fra den endelige analysen presenteres i artikkel 1, der funnene samles under to hovedtema knyttet til *Å søke hjelp på BUP* og *God hjelp på BUP*.

Del 3- analyse av temaet: Forståelse - av eget strev, foreldrenes strev og av sammenheng

Innledningsvis vil vi redegjøre for hvorfor de tre opprinnelige temakodene, eget strev, foreldrenes strev og sammenheng mellom eget strev og foreldrenes strev, ble slått sammen til koden *Beskrivelser av strev*. Ut fra forskningslitteratur og fokuset på risikoutsatte barn, undret vi oss innledningsvis på hva ungdommene tenkte om sammenheng mellom eget strev og foreldrenes strev. Allerede ved første gjennomlesning merket vi oss flere fremtredende temaer knyttet til dette spørsmålet. Et fremtredende tema var eksempelvis at samtidig som mange fortalte om belastninger knyttet til foreldrenes strev, var det få som mente at det var en sammenheng mellom egne vansker og foreldrenes strev. Et annet fremtredende tema, var at det så ut til å være en sammenheng mellom hvilken informasjon ungdommene hadde om foreldrenes vansker og hva de tenkte om egne vansker. Med bakgrunn i dette ble de tre kodene slått sammen til en hovedkode, som ble analysert videre med fokus på nøkkeltemaet *forståelse*; av egne vansker, foreldrenes vansker og sammenhengen mellom disse.

I den videre analysen søkte vi etter mulige sammenhenger på tvers av disse kodene. I dette arbeidet benyttet vi ikke Nvivo, men forholdt oss til utskrifter av både koder, underkoder og hvert enkelt intervju. Slik vekslet analysen mellom helhet og deler. Det ble utarbeidet matriser for mange ulike temaer, for å se etter mulige sammenhenger. Et eksempel er tabell 6. Den viser en kategorisering av ulike type belastninger ungdommene beskrev som årsak til egne plager.

Tabell 6 – Matrise for beskrivelser av belastninger i oppvekst

Type belastninger	Informant
Ingen belastninger	K07
Belastninger knyttet til praktisk gjennomføring av hverdagen	K01, K03, K05, K06, K08
Emosjonelle belastninger	K01, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K09
Økte omsorgsoppgaver	K03, K04, K05

På samme måte som i eksemplet ovenfor ble det utarbeidet matriser for: i hvilken grad informantene opplevde å ha fått informasjon om foreldrenes strev/lidelser, hvilke typer strev/diagnostiske forklaringer de oppga for foreldrenes strev, hvilken alvorlighetsgrad beskrivelsene av foreldrenes strev hadde, i hvilken grad de vokste opp med en eller to foreldre, og med eller uten en syk forelder. Det ble også laget matriser for i hvilken grad de beskrev åpenhet i forhold til venner, og i hvilken grad de opplevde støtte i sine uformelle nettverk.

På dette tidspunktet i analysen, ble vi opptatt av å undersøke om det var en sammenheng mellom hva ungdommene tenkte om egne vansker, og hvilke forklaringsmodeller foreldrene hadde brukt både i forhold til sine vansker og barnas vansker. Analyseprosessen gikk således tilbake til Trinn1 i IPAs analytiske steg. Alle intervjuer ble lest på nytt og kodet for alle setninger med beskrivelser av foreldrenes forståelse og forklaringer både av eget strev og barnas vansker. Sitater ble samlet for hvert intervju og kategorisert ut fra en tolkning av hovedbudskap. Som eksempel vises i Tabell 7 et lite utsnitt av en matrise i forhold til foreldrenes forklaringer av sine barns strev.

Tabell 7 – Matrise for foreldreforklaringer og forståelse av barnets vansker

<p>”Det er noe feil med deg”</p>	<p>K01:</p> <p>-”Og hun (mor) ville ha meg på tabletter. Jeg skulle utredes for alt mulig og det var sånn; hadde jeg adhd, hadde jeg det og det?</p> <p>- ”Det husker jeg jeg sa til mamma mye, litt sånn, mens hun andre (terapeuten) satt der; ”Er jeg en problemunge siden jeg går her? Og dem bare sånn; Nei, nei, nei. Mamma var litt sånn Hah (lyd for usikker).</p> <p>-Og mamma sa til meg atte hvis du tenker sånn så kommer du til å havne på sinnsykehus. Hun sa det ofte. Hun sa at hvis du ikke slutter å bekymre deg så mye, så havner du der.”</p>
----------------------------------	---

Tabellen viser kategorisering av sitater som omhandler forklaringer informantene fikk/ikke fikk på sine egne vansker, av sine foreldre.

Da flere informanter ga uttrykk for å ha endret sin forståelse av sitt eget strev, ble intervjuene også gjenlest for beskrivelser av forståelsesprosesser i møte med profesjonelle hjelpere. Et fremtredende tema handlet om det å bli forstått/ikke forstått. Det ble derfor utarbeidet matriser med funn knyttet til møter hvor informantene følte seg forstått og ikke forstått, og hva de beskrev at disse hjelperne hadde sagt og gjort.

I denne fasen begynte vi å søke etter teoretiske perspektiver og begreper som kunne forklare funnene. Hva kunne forklare sammenhengene mellom beskrivelser av egne vansker og foreldrenes forståelsespraksis? Hva kunne belyse flertydigheten i svarene på spørsmålet om sammenheng mellom eget strev og foreldrenes strev? På dette stadiet i analysen, ble mulige fortolkninger utviklet i et dialektisk forhold til teori. I kvalitativ metode vil dette kunne beskrives som abduksjon (Thagaard, 2013). En abduktiv tilnærming, beskrives av Thagaard (2013), som å innta en posisjon mellom induksjon og deduksjon, hvor teoretiske perspektiver påvirker hvordan vi fortolker meningsinnholdet i funn, samtidig som analysene er forankret i de empiriske enkeltfunnene.

Analysen av koden *Beskrivelser av strev* rettet seg mot å forsøke å forstå hva de forsto. Vi så etter meningsinnholdet i beskrivelser av hvordan de forsto seg selv, og hva som påvirket deres meningskonstruksjon. Hvordan flertydigheten i meningsinnholdet knyttet til spørsmål om sammenheng kunne forstås, og hvilke mekanismene som lå bak det å føle seg forstått/ikke forstått av hjelpere. En presentasjon av funn og analyser knyttet til dette temaet, presenteres i artikkel 2.

5. Funn- presentasjon av artiklene

5.1. Artikkel 1: Passe Push - ungdoms erfaringer med BUP. En kvalitativ studie av ungdom på BUP som også har foreldrene som strever

Artikkelen tar sikte på å bidra med økt kunnskap om hva ungdom i den doble kategorien pasient og pårørende, mener er til hjelp i møte med BUP. To temaer i ungdommenes erfaringer blir belyst. Det første handler om ungdommenes erfaringer med det å søke hjelp på BUP. Ungdommene fryktet sosial stempling fordi det knyttes sterke stigma til det å være psykisk syk. De hadde liten kunnskap om psykisk helse generelt og om BUP spesielt. De opplevde BUP som en tjeneste som er både ukjent og skremmende. De manglet et språk for det de opplevde, -det som skjedde med dem. Det gjorde at de i stor grad var avhengige av voksne som kunne oversette plagene, og som viste vei til BUP.

Alle jentene har opplevd å få god hjelp på BUP, og det andre temaet handler om nettopp dette. Det er særlig tre områder som ble betydningsfulle for ungdommene. En trygg relasjon til behandler ble beskrevet som avgjørende for god hjelp. Nok tid, passe push og voksne som tok ledelsen sto sentralt for at ungdommene skulle få tillit. For det andre opplevde jentene god hjelp som det å få hjelp til å regulere seg. Det å skape sammenheng, gjennom historiefortelling eller via en økt forståelse for egne reaksjoner, hjalp jentene til slik regulering. Hjelp med relasjonen til foreldrene var det tredje området for god hjelp. Både det å knytte seg til og å avgrense seg fra foreldre sto i fokus. Samtidig vektla ungdommene betydningen av å ha et rom for seg selv på BUP. De hadde behov for å skjerme foreldrene og beskytte seg selv.

Artikkelen viser at det hverken er enkelt å søke hjelp, eller å ha tillit til at hjelpere faktisk kan hjelpe, når foreldrestøtten er sviktende. Artikkelen diskuterer hvordan disse erfaringene kan gi retning til en videre utvikling av BUP i møte med ungdom i den doble kategorien pasient og pårørende.

5.2. Artikkel 2: "Jeg er ikke noe offer for mamma. En kvalitativ studie av ungdom på BUP som også har foreldre som strever."

Artikkelen presenterer funn knyttet til ungdommenes forståelse av egne psykiske vansker, og i hvilken grad de ser sine vansker i sammenheng med foreldrenes vansker. Den viser også funn knyttet til hva som skjer med ungdommenes selvforståelse i møte med hjelpernes forståelse.

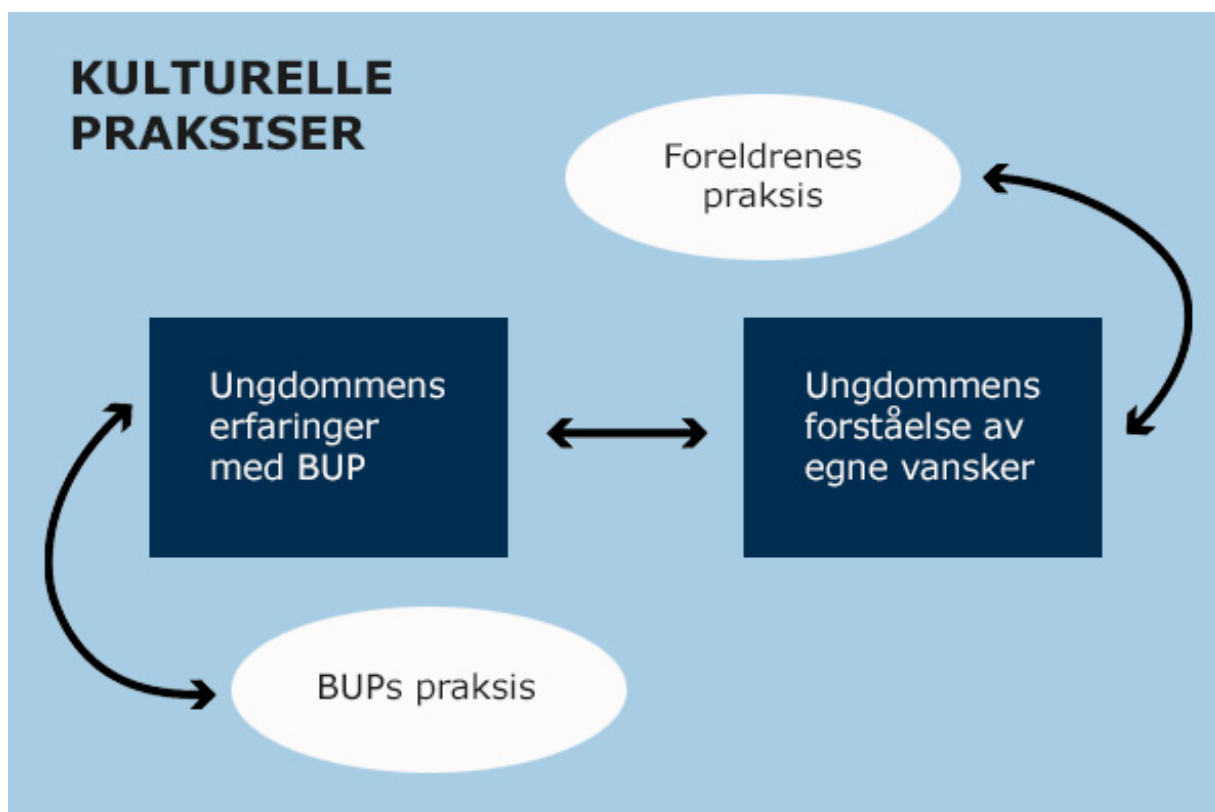
Studien viser at ungdommene i all hovedsak ser sine vansker som reaksjoner på livsbelastninger. Videre viser den at ungdommenes relasjonserfaringer og foreldrenes forklaringer er tett forbundet med hvordan de selv forstår. Foreldrenes forklaringer, mangelfulle, gode eller dårlige, veves inn i ungdommenes selv-narrativer og gjenkjennes i deres egne fortellinger om sammenhenger og årsaker. Forståelse av egne vansker, gjennom prosesser som samskaper mening, står sentralt i beskrivelsene av god hjelp og møter med de gode hjelperne. For å kunne ta imot hjelp trenger ungdommene å oppleve seg forstått. De beskriver at det å få fortelle, bli bekreftet og få hjelp til å utvide sin forståelse, er viktige elementer i denne meningsskapende prosessen.

Artikkelen viser i tillegg at møtene med BUP og andre hjelpere er situerte. De finner sted i en verden av kulturelle normer og verdier som på ulike måter posisjonerer ungdommene, som truer, hemmer eller fremmer handlingsrommet. Ungdom vil ikke se på seg selv som psykisk syke, og de strever med å se på seg selv som barn av foreldre med rus/psykiske lidelser.

Med bakgrunn i temaet forståelse av egne vansker, drøftes funnene i lys av ulike teoretiske perspektiver. Fokuset er på hvordan vi bedre kan forstå og legge til rette for hjelp til ungdom i den doble rollen pasient og pårørende.

5.3. Diskusjon av samlede funn

Studiens problemstilling er: Hvilke erfaringer er betydningsfulle for ungdom som har foreldre som strever? Målsettingen har vært å frembringe mer kunnskap om ungdoms erfaringer med BUP som hjelpesystem, når de samtidig har foreldre med rus-/psykiske lidelser. Våre funn er presentert i de to artiklene, men for å kunne besvare studiens problemstilling må de også forstås i sammenheng med hverandre. For å vise hvordan vi tenker at funnene kan forstås samlet og i relasjon til hverandre, har vi laget en illustrasjon. Den viser en gjensidig påvirkning mellom artiklenes hovedtema: erfaring med BUP og forståelse av egne vansker. I den følgende diskusjonen viser vi hvordan god hjelp, implisitt BUPs praksis, gir ungdommene økt forståelse. Deretter viser vi hvordan deres forståelse, implisitt foreldrenes praksis, reder grunnen for god hjelp. Vi løfter deretter blikket og ser på kulturelle praksiser forstått som normer, verdier og meningssystemer. Her diskutere vi funn i lys av perspektiver som relasjonelt avhengig eller autonom, syk eller frisk.



5.3.1. God hjelp gir økt forståelse

Vi mener at det foreligger en gjensidig påvirkning mellom de to sentrale forskningstemaene, forståelse av egne vansker og erfaring med BUP, slik illustrasjonen viser. Våre funn viser at hva som konkret oppleves som god hjelp for den enkelte er ulikt, men at alle ungdommene gir uttrykk for at god hjelp innebærer å få økt forståelse. De fleste av jentene manglet gode begrep eller strevde med å sette ord på hva de opplevde som vanskelig da de kom til BUP. De forsto ikke hva som skjedde med dem, og de visste ikke hva som kunne være til hjelp. De beskriver hvordan det å få forklaringer ga dem ord på egne opplevelser og en forståelse av seg selv. Det ga en økt opplevelse av å kunne regulere seg. Noen beskriver også metoder eller teknikker de lærte for å regulere seg, som igjen ga dem økt forståelse for vanskene. Mange beskriver at det var god hjelp i å lære om foreldrenes vansker. Det gjorde at de kunne håndtere situasjoner hjemme annerledes. De fleste beskriver god hjelp som muligheten for å skape en sammenheng i sine erfaringer gjennom å få fortelle. God hjelp har gitt økt forståelse for hva det er med dem, hva det er med foreldrene, hvordan det henger sammen med deres livserfaringer og hvordan de kan mestre sin egen hverdag.

Ungdommene beskriver forståelsesprosesser illustrert som en sammenheng mellom BUPs praksis og ungdommenes erfaringer med BUP. Sentralt står fortellingene om de gode hjelperne som forsto, som lyttet og som lot ungdommene fortelle. Ungdommene beskriver det å få rom til å fortelle, og samtidig om å få åpnet øynene, få innvendinger eller hjelp til å se nye sammenhenger. Det som opplevdes godt, handlet om både å få dele sin egen forståelse og om å få den bekreftet og speilet. Vi mener at disse funnene knyttet til god hjelp, tilsvarer de helt enkle trinnene i nyere psykodynamiske teorier om selvutvikling. De gode hjelperne toner seg inn på ungdommenes opplevelser og forståelse (affektinntoning), bekrefter disse gjennom å vise at de forstår (imitering) og gir dem tilbake med en utvidet forståelse (speiling) (Stern, 2003). Det er dette Stern (2003) kaller intersubjektive møter, og det helt avgjørende relasjonelle samspillet for barns selvutvikling. Beskrivelsene av de gode hjelperne som vendepunkter og som den ene som utgjorde en forskjell, viser at god hjelp gitt gjennom samskapning av mening gir økt forståelse.

5.3.2. Forståelse reder grunnen for god hjelp

På samme måte som at god hjelp gir økt forståelse, viser illustrasjonen at ungdommenes forståelse av egne vansker påvirker erfaringene med hjelp. For å kunne få god hjelp må man både ha en forståelse og få den formidlet til de som skal hjelpe.

I hvilken grad ungdommene har en forståelse av eget strev, påvirker muligheten for at hjelpen på BUP oppleves som god. Det å ha en forståelse av hva det vonde handler om, og se sammenhenger mellom hva man har opplevd og hvordan livet leves, gjør det lettere både å ta i mot den hjelpen som tilbys og bruke den på eget strev i eget liv. De som kan fortelle en historie om seg selv, og som har en forståelse av hva som har skjedd med dem, finner lettere mening i den forståelsen de møter og den hjelpen de tilbys. De som strever med å forstå hva som skjer med dem og mangler sammenheng i sin historie, har større utfordringer med å se hva som kan føre til hjelp. De har vansker både med å ta imot og ta i bruk hjelpen som tilbys. Det ser ut til at hvilken forståelse ungdommene har henger sammen med hva slags forståelse de har møtt hjemme.

Ungdommenes forståelse av eget strev er forbundet med foreldrenes praksis, forstått som hvordan ungdommene formidler at foreldrene har forklart og bidratt til forståelsesprosesser. Foreldrenes forklaringer, gode, dårlige, mangelfulle eller feilaktige, veves inn i barnas selvforståelse og egne forklaringer på hvordan ting henger sammen. Manglede utviklingsstøtte i form av få eller dårlige forklaringer, lite oppmerksomhet og affektregulering, farger ungdommenes selvnarrativer. Ungdom med flertydige og til dels motstridende selvnarrativer er vanskelige å nå med god hjelp. Våre funn samsvarer også her med nyere psykodynamisk utviklingsteori i vektleggingen av tilknytning og samspill for utvikling av barns selvforståelse (Stern, 2003). De samsvarer også med funn fra andre studier som viser at i hvilken grad disse barna utvikler psykiske lidelser må sees i sammenheng med deres forståelse av foreldrene og situasjonen hjemme (Beardslee & Poderefsky, 1998; Garley et al., 1997; Haugland et al., 2012; Stallard et al., 2004).

Funnene viser også at hvordan man forstår egne vansker skaper ulike mulighetsrom. Narrativ teori viser hvordan forskjellige måter å fortelle sin historie på (narrativ konfigurering) gir individet ulike mulighetsdomener (Jansen, 2013). Mens noen måter å forstå seg selv på åpner opp for endring og dermed hjelp, gjør andre det vanskelig å tenke at man kan få det bedre og at hjelp kan nytte. Hvilket språk ungdommene har for hva de strever med påvirker hva de tenker, og hva det kan være mulig å forandre på.

For å kunne få hjelp, må også den forståelsen man har formidles til de som skal hjelpe. Når foreldre og barn hadde den samme forståelse av vanskene, var sjansene for å få god hjelp bedre, for som oftest er det foreldre som definerer barns vansker. Når ungdommens forståelse ikke samsvarer med foreldrenes, har vi flere beskrivelser av krenkende opplevelser og umyndiggjørende møter med BUP.

Alle funnene knyttet til sammenhenger mellom ungdommenes forståelse og erfaringer med god hjelp viser hvor utfordrende det er å lage gode hjelpetjenester. Ungdommene både påvirker og påvirkes av relasjonelle prosesser. Prosessene rammes igjen inn av en videre kontekst.

5.3.3. Relasjonelt avhengige og autonome aktører

Vår illustrasjon plasserer ungdommene i et komplekst samspill mellom foreldre, hjelpere, hjelpesystemer og kulturell kontekst. Mange av våre funn viser sårbarheten og den relasjonelle avhengigheten disse barna har, både til sine foreldre og til hjelperne og hjelpesystemet. De er i stor grad avhengige av voksne både for å forstå seg selv, og for å oppsøke hjelp for alvorlige plager. Vi ser også ungdommenes relasjonelle avhengighet i måten de beskytter foreldrene og søker å opprettholde relasjonen og troen på dem. Ungdommene fremstår som sårbare i forhold til å tenke på foreldrenes vansker som årsak til eget strev. Den relasjonelle avhengigheten medfører kanskje at det ikke går an å forstå seg

selv som et barn av, så lenge man er et barn med. Samtidig er ungdommene tydelige på sitt behov for å bli sett som selvstendige personer i møte med BUP.

Behovet for autonomi ser ut til å ha en ekstra dimensjon knyttet til beskyttelse, for vårt utvalg ungdom. Funnene viser at det ikke bare handler om et generelt ønske om å ha et rom for seg selv for å utforske egen identitet, avgrensning eller selvstendighet. Ungdommene har i tillegg et uttalt behov for å skjerme foreldrene sine, og de trenger å beskytte seg selv. Foreldrene må skjermes for ungdommens lidelser, fordi foreldrene har nok med seg selv. Ungdommene må beskytte seg mot foreldrenes "ubrukelige" definisjoner av dem, mot deres uregulerte eller skremmende atferd og reaksjoner. Ungdommene er tydelige på at de trenger et rom alene, og et handlingsrom til å skape en forståelse med et meningsinnhold de kan leve videre med. Samtidig er de tydelige på at de ønsker og har behov for hjelp med forholdet til foreldrene sine. De vil både ha hjelp til å avgrense seg fra og til å knytte seg til. Vi mener disse funnene viser hvordan barn som lever med foreldre som har psykiske vansker eller rusproblemer, aktivt forsøker å skape en hverdag de kan håndtere og samtidig bevare en legitim familiehistorie. I dette henseende fremstår de som autonome aktører og "beings" i tråd med nyere barndomssosiologiske perspektiver på barn og barndom (Corsaro, 2005; James et al., 1998).

Oppsummert plasserer våre funn seg slik sett inn i den pågående diskusjonen om barns autonomi og avhengighet i forhold til deltagelse og brukermedvirkning. Ut fra våre funn fremstår det som sentralt å holde disse perspektivene samlet, som utfyllende til hverandre og ikke som motsetninger.

5.3.4. Frisk eller syk - møter med ulike forståelsesmodeller

Funnene i denne studien kan ikke bare forstås ut fra ungdommenes forståelsesarbeid eller deres relasjoner til foreldre og behandlere. Som vist i illustrasjonen rammes de inn av en kulturell praksis. De må altså ses i en større sammenheng, der kulturelle og kontekstuelle

forhold spiller inn. Ungdommenes beskrivelser antyder at meningssystemer/normer knyttet til det å være psykisk syk vs. normal har stor betydning for ungdommenes opplevelse av psykiske helseplager og møtet med psykisk helsevern. Kulturelle normer knyttet til posisjoner som frisk, syk, normal og unormal påvirker hvordan ungdommene forstår seg selv.

Ungdommenes beskrivelser vitner om at de har en psykososial forståelsemodell for sine plager. En manglende forståelse av egne vansker som psykiske vansker, gjør at BUP for mange ikke oppleves å være en riktig hjelpeinstans. De tenker på seg selv som normale. De må imidlertid forholde seg til en mer biomedisinsk forklaringsmodell for å få tilgang til BUP. Det synes å være denne sykdomsmodellen ungdommene referer til når de frykter stigma. Deres beskrivelser av å posisjoneres av både foreldre og hjelpere viser at posisjonen som psykisk syk utgjør en begrensning (Harré & Moghaddam, 2012). Beskrivelsene av hva det betyr å gå på BUP og være psykisk syk reflekterer samfunnets individualiserende og devaluerende syn på psykiske plager. Det ligger mye makt i forklaringsmodeller som kan bidra til mindre handlingsrom. Både fordi forklaringene flytter problemene inn i ungdommene, de blir problemet, men også fordi det knyttes begrensende normer og verdier til posisjonen.

Vår studie viser at ungdom skulle ønske de hadde mer kunnskap om psykiske helseplager tidligere, både for å forstå sine foreldres vansker, men også for å kunne forstå sine egne reaksjoner. Frykten for stigma og behovet for hemmeligholdelse utgjør tilleggsbelastninger for unge som allerede strever. De mener at det er behov for en større åpenhet og økt kunnskap om temaet i samfunnet generelt.

5.4. Hva betyr våre samlede funn for praksis

Innledningsvis viste vi til regjeringens visjon om å skape pasientens helsetjenesten, og helse- og omsorgsministerens henstilling om å lytte til pasientene. Hvis vi med bakgrunn i de samlede funnene skal ta ungdom i denne doble kategorien på alvor, ut fra deres behov for helsetjenester, peker ungdommene på forbedringsområder på ulike nivåer.

De forteller oss noe generelt om et behov for støtte til å forstå. Barn som vokser opp med foreldre med rus-/psykiske lidelser har erfaringer og opplevelser som gjør det ekstra vanskelig å skape mening og sammenheng. Ofte får de også for lite støtte til forståelsesprosesser fra sine foreldre. Ungdom i denne doble kategorien har derfor behov for noen andre å samskape mening med. De er ikke så opptatt av hvem det er. Forskningslitteraturen har fokus på at disse barna ikke blir sett, men våre ungdommer snakker mer om å bli forstått. De forteller om mange som har sett, men få som har forstått. Alle voksne som omgås barn og unge i sin hverdag trenger kompetanse på hvordan de skal snakke med barn på en måte som gir mening til forståelsesprosesser.

I tillegg til behovet for å bli forstått, forteller ungdommene om viktigheten av en god relasjon til sin behandler. De trenger at behandlerne gir dem tid; tid til å snakke, tid til å ta ting i deres tempo, tid til å få tillit. De vil at behandleren skal pushe passe mye og ta styringen på det som skal skje. Det hjelper hvis behandleren er glad og også kan snakke om noe annet enn problemer. De ber behandlerne om en balansekunst som krever gode relasjonelle ferdigheter og kunnskap om hvordan man etablerer en terapeutisk allianse. Skal vi ta dem på alvor må BUP sikre at alle behandlerne er gode på dette. De må øve på det som ungdommene synes er det viktigste. Når trykket på standardisering øker og politikerne ber om pakkeforløp, kan man undre seg over om noen virkelig lytter til det de sier.

Ungdommene forteller at de har strevd med å forstå sine foreldre, og at informasjonen om hva foreldrene strever med kommer for sent. De viser oss hvor vanskelig det er forstå seg selv, når man ikke en gang forstår sine foreldre og det som skjer hjemme. Slik hjelpesystemet er bygget opp er all hjelp individualisert, og behovene skal dekkes av ulike tjenester. DPS kan gi informasjon om foreldre, BUP kan gi hjelp med eget psykisk strev, mens støtte og hjelp for øvrig er kommunens ansvar. I møte med disse ungdommene og deres historier om eget strev, er det åpenbart at denne organiseringen ikke representerer deres helsetjeneste.

De forteller oss noe om hvor skummelt det er å bli sett på som psykisk syk. Hvis du går på BUP er det noe galt med deg og man risikerer å bli devaluert av andre. For barn som allerede bærer stigmaene knyttet til foreldre som ikke er slik de burde være, er dette en ekstra stor tilleggsbelastning. De skulle ønske at det var annerledes, at både de selv og alle andre visste bedre. De ber oss om å bidra til alminneliggjøring av psykiske lidelser, spesielt blant ungdom, slik at det blir lettere å ta imot hjelp.

Den erfaringskunnskapen denne studien har bidratt med, viser at det er mye som kan gjøres for at barn i den doble kategorien skal få bedre hjelp på et tidligere tidspunkt. Den viser også at barn og unge som lever med foreldre som strever, har mange og komplekse utfordringer og at de har ulike behov for hjelp. Vi mener derfor at det fortsatt trengs mer erfaringskunnskap og et bredere blikk på en stor og heterogen gruppe barn.

6. Refleksjoner over metode og etikk

6.1. Studiens troverdighet

For at det skal være mulig å vurdere om vår studie er troverdig (Thagaard, 2013), har vi valgt å gi en grundig redegjørelse for vårt arbeid. Vi har beskrevet vår kunnskap om feltet, vårt teoretisk ståsted, som representerer grunnlaget for våre tolkinger, og vi har redegjort for den metodiske gjennomføringen av studien. Vi har forstøkt å være så transparente som mulig for å synliggjøre hva som kan ha påvirket vår innhenting og fortolkning av ungdommenes erfaringer. Vi har redegjort for hvordan informasjonen er blitt samlet inn, registret og analysert. Vi har argumentert for studiens metodiske valg. Vi har redegjort og argumentert for studiens utvalg. Funnene er drøftet opp mot eksisterende kunnskap, og det er forsøkt å skille tydelig mellom ungdommenes egne utsagn og våre tolkninger av disse. I det følgende presenterer vi refleksjoner over pålitelighet, gyldighet og overførbarhet. For å ytterligere styrke studiens troverdighet forsøker vi på denne måten å gjøre eksplisitt våre tanker om hvordan arbeidet vårt kan ha påvirket funnene våre. Avslutningsvis løfter vi også frem noen etiske refleksjoner over studien i sin helhet.

6.2. Pålitelighet (reliabilitet)

Studiens pålitelighet handler i utgangspunktet om en annen forsker som bruker de samme metodene ville ha kommet frem til samme resultat. Viktige spørsmål er om det kan være trekk ved selve undersøkelsen som har skapt resultatene (Thagaard, 2013). Hvilke sider ved intervjukonteksten og vår relasjon til ungdommene har påvirket den informasjonen vi fikk? (Thagaard, 2013; Jacobsen, 2015). Vi har forsøkt å styrke studiens pålitelighet gjennom en høy grad av transparens i beskrivelser av forskningsstrategi, vårt teoretiske utgangspunkt og i metode- og analysebeskrivelsene. Det at vi benyttet digital lydopptaker, transkriberte alle intervju ordrett, og benyttet NVivo som verktøy i analyseprosessen, mener vi har bidratt til å sikre en pålitelighet i fremstilling av forskningen. At vi har vært to forskere som har jobbet sammen, diskutert og utfordret hverandre i analyseprosessen, samt at metoder og resultat har vært løpende drøftet med veilederne våre, mener vi bidrar til å øke studiens pålitelighet.

Ungdommene i vår studie takket selv ja til å delta. Flere ga uttrykk for at de ønsket å dele sine erfaringer slik at andre barn og unge i tilsvarende situasjoner kan få god hjelp. Alle hadde avsluttet sin behandling, og sto derfor ikke lenger i et avhengighetsforhold til BUP som kunne hindre dem i å snakke fritt. Samtidig vurderer vi at informasjonen de har delt vil kunne være påvirket av at vi som forskere også er kollegaer med deres tidligere behandlere, og ansatte på den BUP de snakket om. Det er derfor grunn til å anta at ungdommene har vært noe tilbakeholdne med kritikk. Med vår innenfor-kunnskap fra BUP kan vi også ha vært til dels blinde for noen av ungdommenes opplevelser og erfaringer. Det kan ha påvirket hvordan vi har fulgt opp, åpnet eller lukket tema i intervju situasjonen. Samtidig tenker vi at vår kompetanse som terapeuter har vært sentral i forhold til å kunne skape trygge rom for samtaler om sensitive tema, samt tåle sterke følelser som kom. Vi har særlig brukt tid på å diskutere og reflektere over hvordan rollen som forsker skiller seg fra terapeut-rollen. Vi har forsøkt å redusere påvirkningen gjennom å være tydelige på vår rolle, be om utdypende og grundige beskrivelser av hendelser/erfaringer og informere om taushetsplikt/informasjonsflyt. Flere av ungdommene har fortalt om kritikkverdige forhold ved behandlingen de har fått og ved systemet, noe som tyder på at vi tildels har lyktes i å få ungdommene til å snakke fritt.

6.3. Gyldighet (validitet)

Studiens gyldighet handler om grunnlaget for de tolkningene vi har kommet frem til (Thagaard, 2013). Representerer resultatene den virkeligheten vi har studert? Vårt forsøk på åpen og tydelig metodisk redegjørelse for analyse og tolkning i metodekapittelet er ment å styrke gyldigheten. Vi velger her å reflektere over styrker og svakheter knyttet til utvalget, gjennomføringen av intervjuene og analysen.

6.3.1. Utvalget

Et sentralt spørsmål er i følge Jacobsen (2015) om vi har fått tak i de ungdommene som kunne gi riktig informasjon i forhold til studiens målsetting. Vi mener at vi har innhentet informasjon fra ungdom med svært relevant erfaringskunnskap. Alle har hovedsakelig vokst opp hos foreldre som strever, og alle har erfaring med BUP over tid. Når vi ser på utvalget er

det grunn til å tro at behandlere har vært restriktive i sin definisjon av foreldrenes vansker, og kun har kontaktet pasienter der det har vært åpenbart alvorlig strev. Slik sett representerer vårt utvalg ungdom som lever med foreldre med moderat/ høy alvorlighetsgrad av psykisk sykdom/rusproblemer (Torvik & Rognmo, 2011).

I utgangspunktet hadde studien en nedre aldersgrense på 12 år. I ettertid ser vi at vi ikke fikk rekruttert deltagere yngre enn 17 år. Ungdommene utgjør altså en mer homogen gruppe med hensyn til alder enn det vi i utgangspunktet søkte etter. Vi har også rekruttert en relativt homogen gruppe med tanke på hvilke symptomer/vansker de beskriver, selv om dette ikke var et utvalgs-kriterie. Dette utgjør en begrensning ved studien. Vi kan i liten grad si noe om yngre barns opplevelser og erfaringer med BUP, og heller ikke noe om hva andre unge med andre problemer vil erfare som god hjelp. Fordelen med en relativt homogen gruppe er derimot at det forenkler sammenligninger. Tidligere kritikk av forskningen på barn av psykisk syke har påpekt en svakhet i at barn drøftes som gruppe, og at det i for liten grad legges vekt på ulikhet i alder i forhold til erfaringer (Mordoch & Hall, 2002). I så måte er vår studie mer spisset.

Den viktigste begrensningen i vårt utvalg, er imidlertid knyttet til kjønn. Vi fikk kun rekruttert jenter. Studier av barn som har foreldre med rus/psykiske lidelser viser til kjønnsforskjeller, eksempelvis vises at jenter oftere utfører omsorgsoppgaver overfor sin syke forelder enn gutter (Becker, 2007). Det er også klare kjønnsforskjeller i forhold til psykisk lidelse, og bruk av hjelpetiltak mellom kjønnene (Krogh, 2016). Vi kan derfor anta at et utvalg med annen kjønnsfordeling, ville gitt andre resultater.

Vi vurderer at vi har rekruttert unge jenter med relevant kunnskap og evne til å formidle seg om denne. Funnene viser imidlertid at ungdommene er overveiende positive til BUP. Det kan være påvirket av at behandlere har rekruttert pasienter som de har hatt vellykkede behandlingsløp med. Både fordi det kan være enklere å spørre en fornøyd ungdom om å delta,

og fordi behandlere også kan ha ønsket å ikke bli stilt i et dårlig lys overfor oss som kollegaer. Det er mulig vi ville fått flere kritiske/negative erfaringer dersom rekruttering hadde skjedd av andre enn behandlerne selv, om vi hadde rekruttert fra en annen BUP, eller om vi som forskere ikke samtidig var ansatte ved rekrutterings BUP'en. På den annen side har vår relasjon til behandlerne vært avgjørende for å lykkes i å rekruttere ungdommene.

6.3.2. Intervjuene

I intervjuprosessen erfarte vi at ungdommen var lette å få i tale og delte mye. Vi fikk raskt rike og sterke historier om liv med foreldre som strever og om eget strev. Vi fikk også mange historier om hva som er hjelpsomt, og hva som ikke var til hjelp for den enkelte. Noen ungdommer snakket mye, andre trengte mer direkte spørsmål og oppfølging for å komme med sine fortellinger. Det er derfor noe variasjon i hvor stor grad samtalene har blitt styrt av oss.

Vi erfarte at ungdommene opplevde at det var positivt å delta i forskning. Noen ga uttrykk for at de opplevde spørsmålene som vanskelige, og omhandlet tema de tidligere ikke hadde reflektert over. Vi opplevde at en informant eksplisitt ga uttrykk for at intervjuet ga henne ny forståelse av sin egen historie. Mange ble sterkt berørt når de fortalte om sine erfaringer, og flere gråt underveis. Vi erfarte at vår kompetanse som behandlere var viktige for å ramme inn og regulere de følelsene som ble delt.

En svakhet ved studien er at den kun baserer seg på samtale med ungdommene og at det kun er gjennomført en runde med intervju. Gjentatt intervjuing kunne sikret og utdypet forståelse. Samtidig ble forståelse utviklet gjennom hvert intervju, og umiddelbar transkribering av disse. Slik hadde vi i møte med neste ungdom opparbeidet mer kunnskap, hypoteser og undringer som kunne utforskes med neste informant der det passet seg. For å få et sammenlignende perspektiv på ungdommenes fortellinger vurderte vi også fokusgruppeintervju (Kvale & Brinkmann, 2009) med behandlere ved BUP, eller representanter fra ledelsen ved BUP. Ved å innhente kunnskap fra enten journal, samtaler med behandlere og eller foreldre, kunne vi i

tillegg triangulert ungdommenes fortellinger og slik belyst deres erfaringer på en bredere måte.

6.3.3. Analysen

Som beskrevet utførlig i metodekapittelet ble det jobbet systematisk og kritisk med å finne relevante tema i intervjuene og sammenhenger mellom disse. Dels analyserte vi hver for oss for så å sammenligne kategorier, dels diskuterte vi kategoriseringen med våre erfarne veiledere.

Verktøyet NVivo (2012) har vært nyttig for å orientere seg i tekstene. Samtidig ga sortering og oppdeling av tekstene utfordringer i forhold til sammenhengen i den enkeltes historie. En utfordring i det analytiske arbeidet har vært å bevare den enkelte ungdoms historie og samtidig søke etter felles tema og mønstre på tvers av erfaringene. I dette ligger en fare for å generalisere, eller forstørre enkelte tema på bekostning av andre tema som for den enkelte kan ha større betydning. Vi har vekslet mellom papirversjoner og NVivo- transkripter for å prøve å ivareta både del og helhet.

Denne vekslingen har imidlertid ført til at analyseprosessen ikke kan dokumenteres ensidig gjennom NVivo (2012). Dermed kan vi ikke på en enkel måte vise analysen vi har gjort, og vi har derfor valgt å gi en grundig beskrivelse av de ulike delene i den analytiske prosessen.

6.4. Overførbarhet

Spørsmålet om overførbarhet handler i følge Thagaard (2013) om den tolkningen vi har utviklet kan være relevant i andre sammenhenger. Kan det trekkes slutninger fra vår studie til andre lignende situasjoner, gitt tilsvarende betingelser? Vår studie med en kvalitativ, fortolkende tilnærming, bygger på ideen om at historiene til ungdommene og forståelsen av erfaringene deres fremkommer som en prosess i møtet mellom oss og ungdommene. Grunnlaget baserer seg følgelig på fortolkning av meningsinnhold (Thagaard, 2013). Vi mener derfor at studiens funn først og fremst må anses som bidrag til erfaringskunnskapen om

unge i den doble kategorien, mer spesifikt om deres forståelse av egne vansker og erfaringer med BUP.

Vi mener at vår studie, gitt sammenlignbare rammer, kan ha overføringsverdi og gyldighet for andre unge jenters erfaringer med BUP når foreldrene også strever. Trolig kan studien også ha overføringsverdi i forhold til noen ungdoms møter med profesjonelle hjelpere i en videre kontekst enn BUP, både når det gjelder utfordringer med det å søke hjelp og hva slags hjelp som kan være nyttig. Vi mener videre at studiens funn vedrørende det å skape sammenheng og mening i forståelsen av seg selv, trolig vil kunne ha overføringsverdi til unge i tilsvarende utsatte livssituasjoner.

6.5. Etske refleksjoner

Et viktig premiss i kvalitativ forskning er at forskningen skal utøves til beste for dem det gjelder, for vitenskapen og for samfunnet for øvrig (Kvale & Brinkmann, 2009). I den forbindelse har vi både oss i mellom, og som en del av Mosaikkprosjektet, drøftet den potensielle skade vi kan påføre ungdommene som har deltatt. Risikoen for å skade en deltaker bør være lavest mulig. Ungdommene har fått informasjon om studiet og de har gitt sitt samtykke, men de har ikke fått detaljert kunnskap om akkurat de temaer vi har valgt å skrive om. Selv om materialet er anonymisert og ingen kan gjenkjennes, og selv om historiene de forteller er slik at de kan gjelde for mange unge i deres situasjon, er det ikke til å unngå at de selv vil kunne kjenne seg igjen (Widerberg, 2002). Det er heller ikke sikkert de vil være enige i våre fortolkninger og forsøk på å forstå. Vi tenker at denne studien presenterer funn på en slik måte at den vil kunne ha innvirkning på deres forståelse av seg selv. Derfor er det viktig å presisere at våre tolkninger og drøftinger av deres erfaringer ikke er uttømmende, men mulige forklaringer blant mange.

Det hadde vært en styrke for dennes studien om vi hadde mulighet for å presentere innholdet for de som har deltatt i studien, slik at de kunne komme med sine refleksjoner og reaksjoner

overfor oss som forskere. Rammen for denne studien har ikke gjort det mulig. Det bør derimot overveies før ytterligere publisering av funnene.

7. Konklusjon

Med denne innledningen har vi nå forsøkt å ramme inn de to artiklene våre, og drøfte funnene våre samlet sett. Vi har vektlagt å gi en utfyllende kunnskapsstatus, utdype vårt teoretiske ståsted, og beskrive den metodiske gjennomføringen på en transparent måte.

Vi begynte innledningen med å stille det overordnede spørsmålet om hvilke erfaringer som er betydningsfulle for ungdom på BUP som også har foreldre som strever. Vi håper at leseren har fått svar på spørsmålet gjennom presentasjonen av sentrale funn knyttet til ungdommens erfaringer med å søke hjelp, hvor sentralt forståelsesarbeid er og hva de opplever som god hjelp på BUP. Våre artikler følger etter referanser og vedlegg, og vil utdype disse funnene ytterligere.

Studien bidrar med erfaringskunnskap om ungdom i den doble rollen pasient og pårørende. De utfordringene som disse unge står i har, gjennom tidligere forskning, i liten grad blitt sett i sammenheng. Vi mener derfor at det fortsatt er et behov for mer kunnskap om hvordan unge i den doble rollen erfarer sine vansker, møtet med profesjonelle hjelpere og behov for støtte i sine hverdager.

Referanser

- Ahlgreen, B. (1998). *Jeg var bange for selv at blive syg*. Avsluttende evalueringsrapport. Århus: Center for evaluering i Århus Amt.
- Ahlgreen, B. (2001). *Usynlige unge: Børn og unge med psykisk syke forældre*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ahlström, B., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). Living with major depression: Experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 309-316.
- Aldridge, J., & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: Policy.
- Almvik, A., & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet: Barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker* (Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap nr.50). Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Andersen, S. Aa. (2007). *Kritisk realisme som perspektiv i sosialt arbeid – en introduktion og forskningsoversigt* (Arbejdsnotat nr 8/2007). Aarhus: Den Sociale Højskole.
- Andersson, H. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (NIS-rapport nr. 03/05). Trondheim: SINTEF Helse.
- Andersson, H. W., Ose, S. & Sitter, M. (2005). *Psykisk helsevern for barn og unge – Behandlernes og brukernes vurderinger av behandlingstilbudet* (Sintef Rapport STF78 A055009). Trondheim: Sintef Helse.
- Anvik, C., & Gustavsen, A. (2012). *Ikke slipp meg! Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid* (NF-rapport nr. 13/2012). Bodø: Nordlandsforskning.

- Backett-Milburn, K., Wilson, S., Bancroft, A., & Cunningham-Burley, S. (2008). Challenging Childhoods: Young People's Accounts of "Getting By" in Families with Substance Use Problems. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 15(4), 461-479.
- Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016: Nasjonale resultater* (NOVA Rapport 8/16). Oslo: NOVA.
- Bancroft, A., & Wilson, S. (2007). The 'risk gradient' in policy on children of drug and alcohol users: Framing young people as risky. *Health, Risk & Society*, 9(3), 311-322.
- Beardslee, W., & Podorefsky, D. (1988). Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-9.
- Becker, S. (2007). Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family: Research and Policy on 'Young Carers' in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7(1), 23-50.
- Bhaskar, R. (1998). General Introduction. I M.S. Archer (red.). *Critical realism: Essential readings*. London: Routledge.
- Bhaskar, R. (2011). *Reclaiming reality: A critical introduction to contemporary philosophy* (Classical texts in critical realism). London: Routledge.
- Binder, P.-E., Moltu, C., Hummelsund, D., Sagen, S. H., & Holgersen, H. (2011). Meeting an adult ally on the way out into the world: Adolescent patients' experiences of useful psychotherapeutic ways of working at an age when independence really matters. *Psychotherapy Research*, 21(5), 554-566. doi: 10.1080/10503307.2011.587471
- Bjønness, S. (2015). *Ungdoms erfaringer med poliklinisk behandling i psykisk helsevern: En kvalitativ studie med fokus på oppmøte og behandlingsfrfall*. Masteroppgave i helsevitenskap. Universitetet i Stavanger.

- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: [status etter Opptrappingsplanen]* (NIBR-rapport 2012:9). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Bolas, H., Wersch, A. V., & Flynn, D. (2007). The well-being of young people who care for a dependent relative: An interpretative phenomenological analysis. *Psychology and health, 22*(7), 829-850.
- Bone, C., O'Reilly, M., Karim, K., & Vostanis, P. (2015). 'They're not witches. ...' Young children and their parents' perceptions and experiences of Child and Adolescent Mental Health Services. *Child: Care, Health and Development, 41*(3), 450-458.
- Bordin, E., & Kovacs, A. L. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 16*(3), 252-260.
- Bredell, S., Brunner, R, Haffner, J., & Resch, F. (2004). Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, therapists- Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53*(4), 256-76.
- Bruner, J. (2003). *Making stories: Law, literature, life*. Cambridge-Massachusetts: Harvard University Press.
- Corsaro, W. (2011). *The sociology of childhood* (3 utg.). Los Angeles, Calif: Sage.
- Day, C., Carey, M., & Surgenor, T. (2006). Children's key concerns: Piloting a qualitative approach to understanding their experience of mental health care. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 11*(1), 139-55.

- Donald, I., Rickwood, D., & Carey, T. (2014). Understanding therapeutic change in young people—A pressing research agenda. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 313-322.
- Dunn, B. (1993). Growing up with a psychotic mother. *American Journal of orthopsychiatry*, 63 (2), 177-189.
- Ekeland, T. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no, 2011:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Ekeland, T. (2014). Psykiatridiagnoser - ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 715-722.
- Fauske, U. (2014). Hva mener barn er nyttig hjelp i familieterapi? *Fokus på familien*, 42(3), 226-244.
- Fjermestad, K.W. (2011). Terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 12-15.
- Fjone, H. H., Ytterhus, B., & Almvik, A. (2009). How Children with Parents Suffering from Mental Health Distress Search for 'Normality' and Avoid Stigma. *Childhood*, 16(4), 461-477.
- Follesø, R., Halås, C., & Anvik, C. (2016). *Sett, hørt og forstått? Om profesjonelle møter med unge i sårbare livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. (2003). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. London: Karnac Books.

- Forandringsfabrikken (2014). *PsykiskHelseProffene- Unge med råd til psykisk helsevern*. Resultatmagasin. Forandringsfabrikken forlag.
- Fossland, T., & Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Garland, A.F., Haine, R.A., & Lewczyk Boxmeyer, C.. (2007). Determinates of youth and parent satisfaction in usual care psychotherapy. *Evaluation and Program Planning*, 30(1), 45-54.
- Garley, D., Gallop, R., Johnston, N. & Pipitone, J. (1997). Children of the mentally ill: a qualitative focus group approach. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (4) 97–103. doi: 10.1046/j.1365-2850.1997.00036.x
- Gergen, K. (2001). *Social Construction in Context*. London: SAGE Publications.
- Gibson, K, Catwright, C, Kerrisk, K, Campell, J & Seymor, F. (2016). *What young people want: a qualitative study of adolescents' priorities for engagement across psychological services*. *Child Fam Stud* (2016) 25:1057-1065. doi: 10.1007/s10826-015-0292-6
- Gladstone, B.M., Boydell, K.M., & Mckeever, P. (2006). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine*, 62(10), 2540-2550.
- Gulbrandsen, L. (2014). *Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis: En utforskende tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv: På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.

- Halsa, A. (2012). Foreldre som velferdsaktører- Forebyggende arbeid for barn i risiko. I Haugland, B, Ytterhus, B, & Dyregrov, K. (red.). *Barn som pårørende (s. 150-170)*. Oslo: Abstrakt.
- Halsa, A. & Aubert, A-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien*, 43(1), 67-88.
- Halsa, A. og Söderström, K. (2012). Children living in families with parental mental illness and/or substance abuse: Early intervention, participation and competence development. Prosjektbeskrivelse- Mosaikkprosjektet.
- Halsa, A. (2008). "*Mamma Med Nerver*": En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager, Doktoravhandling, NTNU.
- Hartzell, M., Seikkula, J., & Knorrning, A. (2009). What Children Feel About Their First Encounter with Child and Adolescent Psychiatry. *Contemporary Family Therapy*, 31(3), 177-192.
- Haugland, B. (2006). Barn som omsorgsgivere; adaptiv versus destruktiv parentifisering. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(3), 211-220.
- Haugland, B., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Helgesen, M. (2006). *Organisering: For samarbeid og samordning?* (NIBR-notat 2006:129). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helland, M., & Mathiesen, K. (2009). *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge: Hverdagsliv og psykisk helse* (Rapport 2009:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Helsedirektoratet (2006). *Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre* (IS-5/2006). Oslo: Helsedirektoratet.

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

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v.* (sist endret 2016).

Helsetilsynet (2015). *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker* (Rapport 3/2015). Oslo: Helsetilsynet

Henriksen, A. (2014). Adolescents' Reflections on Successful Outpatient Treatment and How They May Inform Therapeutic Decision Making—A Holistic Approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24(4), 284-297.

Hofgaard, T. (2011). Langsiktig engasjement - ikke aksjonisme. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(4), 378-379.

Holmboe, O. & Dahle, K. Aa. (2008). *Foresattes vurderinger av tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006: Resultater fra en nasjonal undersøkelse* (PasOpp-rapport nr 2-2008). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Holmboe, O., Iversen, H. H., & Hanssen-Bauer, K. (2011). Determinants of parents' experiences with outpatient child and adolescent mental health services. *International Journal of Mental Health Systems*, 5, 22.

Høie, B. (2014). Innlegg på konferansen "Barn som pårørende". Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Satsningen-pa-barn-som...i.../id761041/>

Høie, B. (2015). Sykehustalen 2015. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2015/id2357828/>

- Høiseth, J.R., Kvisle, I.M., Kildal, C. & Bjørgen, D. (2015). *Min stemme teller: Evaluering av Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, St Olavs Hospital*. Rapport fra Stiftelsen KBT Midt-Norge. Hentet fra: www.kbtmidt.no
- Hårtveit, H., & Jensen, P. (1999). *Familien - pluss én : Innføring i familierapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Haavind, H. (1987). *Liten og stor: Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jacobsen, D. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- James, A., Jenks, C., & Prout, A. (1998). *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- Jansen, A. (2013). *Narrative kraftfelt: Utvikling hos barn og unge i et narrativt psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnsen, A., Sundet, R., & Torsteinsson, V. (2000). *Samspill og selvopplevelse: Nye veier i relasjonsorienterte terapier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Kallander, E. K. (2010). Skjulte unge omsorgsgivere: Helsepolitiske perspektiver. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* 7(3) 206-216.
- Kallander, E.K., Brodal, L. & Kibsgård, H. (2012). *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsning for barn som pårørende 2007-2010*. (IS 2011). Oslo: Helsedirektoratet
- Kapland, S., Busner, J., Chibnall, J., & Kang, G. (2001). Consumer satisfaction at a child and adolescent hospital. *Psychiatr Serv.* 52(2), 202-6. doi: 10.1176/appi.ps.52.2.202

- Kayed, N., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A., & Wichstrøm, L. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/2392635>
- Kinderman, P. (2014). *A Prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Kitts, P.L., Gallagher, K., Ibeziako, P., Bujoreanu, S., Garcia, G., & Demaso, D.R.. (2013). Parent and Young Adult Satisfaction with Psychiatry Consultation Services in a Children's Hospital. *Psychosomatics*, 54(6), 575-584.
- Kjørholt, A. (2010). *Barn som samfunnsborgere: Til barnets beste?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Krogh, F. (2016). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015 (Rapport 03/2016)*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Kufås, E., Faugli, A., & Weimand, B. (2015). *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer- en kvalitativ levekårsstudie- "når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet..."*. (Rapport IS-2398). Oslo: Helsedirektoratet.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Källsmyr, K. (2008). *Skriv for livet. Når mamma eller pappa er psykisk syk/ruser seg – Tekster fra og for barn og unge*. Oslo: Organisasjonen Voksne for barn.
- Källsmyr, K., & Hodne, I. (2005). Som man spør, får man svar : - Brukermedvirkning fra barn og unge. I *Se meg! Årsrapport om barn og unges psykiske helse* (53-65). Oslo: Voksne for barn.
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 utg.). New York: Wiley.

- Lambert, M.J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration. I: Norcross, J.C. & Goldfield, M. R. (red.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic
- Mathiesen, K., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og oppvekst - barndom og ungdomstid* (Rapport nr. 2007:5). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 784-791.
- Meld. St. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Melle, I., & Johansen, R. (2002). De usynlige barna - når mor eller far har schizofreni. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 122(23), 2299-2302.
- Menneskerettsloven. *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (sist endret 2014).
- Mordoch, E., & Hall, W.A. (2002). Children living with a parent who has a mental illness: A critical analysis of the literature and research implications. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(5), 208-216.
- Mordoch, E. (2010). How Children Understand Parental Mental Illness: “You don’t get life insurance. What’s life insurance?” *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19(1), 19–25.
- Mordoch, E., & Hall, W. (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.

NVivo (2012), NVivo qualitative data analysis software (Version 10): QRS International Pty Ltd.

Ot.prp. nr. 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m (oppfølging av born som pårørande)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Rabbe, A. (2010). Usynlige barn? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid*, 7(3), 260-262.

Reupert, A., Goodyear, M. & Maybery, D. (2012). Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(3), 153-160.

Rickwood, D., Mazzer, K., & Telford, N. (2015). Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry*, 15, 40.

Rimehaug, T., Børstad, J., Helmersberg, I., & Wold, J. (2006). De "usynlige" barna. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 126(11), 1493-1494.

Ronzoni, P., & Dogra, N. (2011). Children, adolescents and their carers' expectations of child and adolescent mental health services (CAMHS). *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 328-336.

Rose, H., & Cohen, K. (2010). The experiences of young carers: A meta-synthesis of qualitative findings. *Journal of Youth Studies*, 13(4), 473-487.

Ross, N., & Egan, B. (2004). 'What Do I Have to Come Here for, I'm Not Mad?' Children's Perceptions of a Child Guidance Clinic. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 107-115.

- Rutter, M. (2000) Resilience Reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I Shonkoff, J.P. & Meisels S.J.(Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2. utg., 651-682). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruud, T., Birkeland B., Faugli A., Hagen, K.A., Hellman A., Hilsen M., ... & Weimand, B.M. (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. (Rapport IS-0522), Akershus universitetssykehus HF: Lørenskog
- Sandbæk, M. (2002). *Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester* (NOVA-rapport nr. 14/02). Oslo: NOVA
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 118(9), 1066-1069.
- Sletten, Mira Aa., Psykiske plager blant ungdom. I: *Barn i Norge 2015: Ungdom og psykisk helse*. Oslo: Organisasjonen voksne for barn.
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Solem, M-B. (2015). Å ta empirien med et situert blikk: Et hverdagslivsperspektiv i familierapi. *Fokus på familien*, 43(3), 235-257.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Akse 5. Avvikende psykososiale forhold*. (Rapport). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjensteloven. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (sist endret 2016)
- Stafford, V., Hutchby, I., Karim, K., & O'Reilly, M. (2016). "Why are you here?" Seeking children's accounts of their presentation to Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 3-18

Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52.

Staubæs, D. (2003). Where have all the subjects gone? Bringing together the concepts of intersectionality and subjectification. *Nora*, 11(2), 101-110.

Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Sundet, R. (2006). Tør vi tro på det pasientene sier? -om kunnskap og makt i psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 3(2), 197-200.

Sverdrup, S., Myrvold, T., & Kristofersen, L. (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: Idealer og realiteter* (NIBR-rapport 2007:2). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Sverdrup, S., Kristofersen, L., & Myrvold, T. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse* (NIBR-rapport 2005-6). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialarbeidere*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Torvik, F., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport nr. 2011:4). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Trondsen, M.V. (2012). Living With a Mentally Ill Parent. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188.

- Trondsen, M.V. (2014). *"Vi er ikke syke mennesker - vi har bare et behov for å snakke": en kvalitativ studie av en internettbasert selvhjelpsgruppe for ungdom med en psykisk syk forelder*. PhD-avhandling, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.
- Ulvestad, A., Henriksen, A.K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (2007). *Klienten - den glemte terapeut: Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulvik, O. (2009). Barns rett til deltakelse - teoretiske og praktiske utfordringer i profesjonelle hjelperes samarbeid med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12), 1148-1154.
- Vygotskij, L., Kozulin, A., Hanfmann, E., & Vakar, G. (2012). *Thought and language* (Rev. and expanded ed.). Cambridge, Mass: MIT Press.
- Westbye, O. (2015). Ungdom og foreldres rapporterte erfaringer med tilbudet ved BUP-klinikk, St.Olavs hospital, Intern skriftserie 2-2015
- Westbye, O., Drugli MB, Lydersen, S & Indredavik, MS. (2015). Brukernes erfaringer med BUP-klinikk, St.Olavs hospital, Intern skriftserie 1-2015
- White, M., & Lindegård Henriksen, O. (2006). *Narrativ teori*. København: Hans Reitzel.
- Widerberg, K. (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Waaktaar, T. (2004) *Stability and change in youths' behaviour*. PhD-avhandling. Universitetet i Oslo, Oslo.
- Zachrisson, H., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, (6), 34-.

Øia, T., & Fauske, H. (2010). *Oppvekst i Norge* (2. utg.). Oslo: Abstrakt.

Östman, M. (2007). The burden experienced by relatives of those with a severe mental illness differences between those living with and those living apart from the patient. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 3(1), 35-43.

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness; investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359.

Östman, M., & Kjellin, L. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *British Journal Of Psychiatry*, 181(6), 494-498.

Aamodt, L.G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Hentet fra [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Rapport.pdf/\\$file/Rapport.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Rapport.pdf/$file/Rapport.pdf)

Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

VEDLEGG

1a - REK-godkjenning Barn som pårørende: deltagelse, utvikling og kompetanse

1b – REK- endringsmelding

2- Infoskriv ift forskningsstudien

3- Informasjonsbrosjyre ift forskningsstudien

4- Samtykkeskjema

5- Intervjuguide 1

6- Intervjuguide 2

7- Nettverksdiagram

8- Forfatterinstruks Fontene Forskning

9- Forfatterinstruks Tidsskrift for norsk Psykologforening



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Tor Even Svanes	Telefon: 22845521	Vår dato: 01.10.2012	Vår referanse: 2012/1370 REK sør-øst C
			Deres dato: 21.08.2012	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Finn Skårderud
Høgskolen i Lillehammer

2012/1370 Barn som pårørende: Deltakelse, utvikling og kompetanse

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Lillehammer
Prosjektleder: Finn Skårderud

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møte 13.09.2012. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Prosjektomtale

Den overordnede hensikten med prosjektet er å utvikle kunnskap om hvilke type støtte som fremmer barns livskvalitet, sosiale kompetanse og deltakelse når de vokser opp i familier hvor forelder(e) har rusproblemer eller psykiske helseproblemer. Barnas perspektiv og egne erfaringer står sentralt i prosjektet. Prosjektet er delt i tre delprosjekter med følgende delmål: 1. Økt forståelse for barns hverdagsliv på tvers av ulike kontekster 2) økt forståelse/kunnskap om samarbeidet mellom familiemedlemmer og tjenesteytere og hvilke erfaringer familiemedlemmene og de profesjonelle har med ulike former for profesjonelle intervensjoner. 3) Økt kunnskap og forståelse om hvordan spe- og småbarn håndterer foreldrenes stress pga rus eller psykiske helseproblemer og hvordan mor/barn interaksjonen er påvirket av barnets utvikling og symptomer på stress.

Vurdering

Komiteen har vurdert hvorvidt prosjektet faller inn under helseforskningslovens virkeområde og dermed skal behandles av REK. I henhold til helseforskningslovens § 4 første ledd, forstås medisinsk og helsefaglig forskning som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom. Det er formålet med en studie som angir hvorvidt studien skal behandles med hjemmel i helseforskningsloven, og hovedspørsmålet for komiteen som vurderer prosjektet vil derfor være potensialet studien har for å gi ny kunnskap om helse og sykdom.

Komiteen mener dette er en velformulert og godt forberedt søknad. Det omsøkte prosjektet består i realiteten av tre ulike delstudier, med ulikt siktemål, og hvor formålet med delstudiene varierer noe. Komiteen leser søknaden dit hen at man særlig vil undersøke støtteapparat rundt- og mestringsfølelse hos de barna som vil inkluderes. Imidlertid er det også aspekter ved søknaden som klart må kunne sies å falle innenfor lovens virkeområde; spesielt der man vil undersøke utvikling av symptomer knyttet til stress. På grunn av de nære koblingene mellom de ulike delprosjektene, anser dermed komiteen at prosjektet i sin helhet faller inn under helseforskningslovens virkeområde.

Pasientene som skal rekrutteres utgjør en sårbar gruppe og kan oppfatte et press om å delta. Komiteen anmoder derfor prosjektleder om å utvise særskilt aktsomhet i rekrutteringen av deltagerne og å understreke

Besøksadresse: Nydalens allé 37 B, 0484 Oslo	Telefon: 22845511 E-post: helseforskning.etikk@kom.no Web: http://helseforskning.etikk.com.no/	All post og e-post som inngår i saksbehandling, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer	Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff
---	--	--	--

at deltagelse er frivillige.

Komiteen savner en refleksjon om problemstillinger knyttet til foreldrenes rett til innsyn i informasjon om sine barn. Det vises til det alderstilpassede informasjonsskrivet, hvor det anføres under deloverskriften **Hva skjer med det du sier**: Vi har heller ikke lov til å fortelle videre hva du har sagt.

Komiteen mener dette utsagnet er problematisk, fordi foreldre som samtykker på vegne av sine barn som en hovedregel har rett til innsyn i opplysningene som er registrert om barna. Helseforskningslovens § 17 åpner for et unntak fra denne hovedregelen for barn mellom 12 og 16 år: Dersom barn mellom 12 og 16 år av grunner som bør respekteres, ikke ønsker at foreldrene, andre med foreldreansvar eller barneverntjenesten gjøres kjent med opplysninger om barnet, skal dette ivaretas.

I det aktuelle prosjektet, skal det imidlertid delta barn mellom 8 og 16 år. For deler av denne gruppen vil man altså ikke kunne hevde at opplysningene ikke vil utleveres til for eksempel foreldre, da disse i utgangspunktet har krav på en slik utlevering. I en studie som tematisk forholder seg til foreldre med rus- og/eller psykisk problematikk kan dette naturlig nok by på utfordringer.

I helseforskningslovens § 42 er det satt opp et sett av unntakskriterier i forhold til innsyn. Blant disse unntakskriteriene finner en forhold som det må anses utilrådelig at forskningsdeltakeren får kjennskap til, av hensyn til vedkommendes helse eller forholdet til personer som står vedkommende nær. Komiteen antar at en slik situasjon vil kunne oppstå i forhold til opplysninger et barn har avgitt i forhold til mor eller far.

Unntaksbestemmelsen i § 42 bokstav c) er imidlertid ikke av en slik art at man kan påberope seg denne på generelt grunnlag. Dette er en vurdering som må gjøres av prosjektleder i hvert enkelt tilfelle. Avslag betyr samtidig at en oppnevnt representant for forskningsdeltakeren (forelderens) kan gis tilgang til opplysningene, og at avslag på innsyn kan påklages REK.

Komiteen foreslår derfor at man omformulerer seg noe i det alderstilpassede skrevet. Det bør lages to ulike informasjonsskriv, ett for barn mellom 8 og 12 år, og ett for barn mellom 12 og 16 år (se nedenfor). I det førstnevnte kan det for eksempel stå at man ikke har lov til å fortelle videre til andre enn foreldrene hva barna har sagt, og at også mor eller far må spørre forskerne om lov til å få se hva barnet har sagt. I det andre skrevet, kan det stå at barnet kan selv bestemme om det er greit at foreldrene får vite hva barnet har sagt, og at de ikke får lov til det hvis foreldrene ikke vil det. Informasjonsskrivet til foreldrene bør også inneholde informasjon om retten til innsyn i opplysninger om barna og om eventuelle begrensninger i denne.

Komiteen gjør oppmerksom på at der både far og mor har foreldreansvar, skal begge foreldrene samtykke til barnets deltagelse.

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Komiteen kunne ikke finne informasjonsskriv til helsearbeidere vedlagt søknaden. Det bes om at disse ettersendes til orientering.

Komiteen viser til de første to setningene under deloverskrift **Hva skjer med informasjonen om deg**: Høgskolen i Lillehammer er ansvarlig for opplysninger som er samlet inn i studien. Alle opplysninger du gir fra deg, utleveres til høgskolen. Det bes om at siste setning strykes, da den lett kan virke litt forvirrende. Meningsinnholdet i resten av avsnittet vil ikke endres ved å ta bort setningen.

Det kreves at mødrene som deltar må snakke flytende norsk. Komiteen ser ingen begrunnelse for dette kravet og anbefaler at det justeres til et krav om at mødrene snakker godt norsk.

Informasjonsskrivet for barn er for vanskelig for de yngste barna. Komiteen anbefaler at det foreliggende informasjonsskrivet brukes for barn fra 12-16 år, og at det utarbeides et enklere skriv for barn fra 8-11 år.

Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:

1. Informasjonsskriv revideres i tråd med det ovennevnte, og sendes komiteen til orientering.

Vedtak

Prosjektet godkjennes under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles, jf. helseforskningslovens §§ 9 og 33.

I tillegg til vilkår som fremgår av dette vedtaket, er tillatelsen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2016. Av dokumentasjons- og oppfølgingshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 31.12.2027. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, jf. helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Prosjektleder skal sende sluttmelding til REK sør-øst på eget skjema senest 31.05.2017. Prosjektleder skal sende søknad om prosjektendring til REK sør-øst dersom det skal gjøres vesentlige endringer i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, jf. helseforskningsloven § 11.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Arvid Heiberg
prof. dr.med
leder REK sør-øst C

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Kopi til: kari.kjennalden@hil.no



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Henriette Snilsberg	Telefon: 22845531	Vår dato: 24.04.2015	Vår referanse: 2012/1370/REK sør-øst C
			Deres dato: 16.04.2015	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Astrid Halså
Høgskolen i Lillehammer

2012/1370 Barn som pårørende: Deltakelse, utvikling og kompetanse

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Lillehammer
Prosjektleder: Astrid Halså

Vi viser til søknad om prosjektendring datert 16.04.2015 for ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden er behandlet av leder for REK sør-øst C på fullmakt, med hjemmel i helseforskningsloven § 11.

Vurdering

Endringen gjelder to nye prosjektmedarbeidere, som skal intervju ungdom som har vært pasienter i BUP - Oppland og undersøke ungdommenes erfaring med å ha vært pasienter i BUP.

Det er vedlagt et nytt/revidert samtykkeskriv tilpasset ungdommene.

Komiteén har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet slik det nå foreligger.

Vedtak

Komiteén har vurdert endringsmeldingen og godkjenner prosjektet slik det nå foreligger med hjemmel i helseforskningslovens § 11. Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektendringen gjennomføres slik det er beskrevet i prosjektendringsmeldingen og endringsprotokoll, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse og omsorgssektoren.

Komiteens vedtak kan påklages, jf. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst C. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jf. forvaltningsloven § 29. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Britt-Ingjerd Nesheim
prof.dr.med
leder REK sør-øst C

Henriette Snilsberg
førstekonsulent

Besøksadresse: Gulhaugveien 1-3, 0484 Oslo
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no

Telefon: 22845511
E-post: post@helseforskning.etikkom.no
Web: http://helseforskning.etikkom.no

All post og e-post som inngår i sakbehandlingen, bes adressert til REK sør-øst og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to the Regional Ethics Committee, REK sør-øst, not to individual staff

Kopi til:

geir.bergkastet@hil.no

Høgskolen i Lillehammer ved øverste administrative ledelse: *post@hil.no*

Til barn og unge i alderen 12- 18år

Vil du delta i forskningsprosjektet: Barn som pårørende – deltakelse, utvikling, kompetanse

Hva handler forskningsprosjektet om?

Mange barn har foreldre som strever med psykiske vansker eller rusproblemer. Noen barn merker lite til foreldrenes problemer, mens andre synes at det er vanskelig. Mye av kunnskapen vi har om barn som vokser opp med foreldre som strever, kommer fra voksne som forteller om sin barndom. I dette forskningsprosjektet ønsker vi at barn og ungdom selv skal få anledning til å fortelle om hvordan de har det. Vi tror at når dere selv forteller er det lettere å skjønne hva som er viktig for å ha det bra. Derfor ønsker vi å komme i kontakt med barn/ungdom i alderen 12 til 18 år som har lyst til å delta i samtaler/intervju med en forsker.

Hva betyr det å delta?

Samtalene vil handle om hvordan det var å komme til BUP eller andre hjelpere. De vil handle om dine opplevelser og hva du tenker om det nå. Det vil også handle litt om hverdagen din, om hva du liker å gjøre og hva du ikke liker, om hvem du ser på som støtte og hjelpere, og hvem du har kontakt med når noe er vanskelig. Du kan ha med en voksen eller en venn til samtalen, hvis du ønsker. Vi som skal snakke med deg er to masterstudenter ved Høgskolen i Lillehammer og heter Lillian Halsaa og Kristin Kommisrud. Samtalene kan foregå hjemme hos deg eller på et kontor i nærheten av der du bor. Hvis du har lyst til å delta må du og foreldrene dine skrive under nederst på dette arket.

Hva skjer med det du sier?

Vi vil samle mange barne- og ungdomssamtaler og se hva vi kan lære om hverdagslivet til barn i denne situasjonen. Samtalene tas opp på lydbånd, for å huske alt du sier, men når vi skriver ut forskningen, vil det ikke være mulig å vite hvem som har sagt hva. Du kan selv bestemme om det er greit at foreldrene dine får vite hva du har sagt, men de får bare lov til det dersom du vil det. Det du forteller til oss, skal formidles videre til andre forskere som er opptatt av det samme som oss, og til de som jobber med å hjelpe foreldre som har psykiske vansker eller rusproblemer og barna deres. Vi vil derfor skrive fagartikler, lærebøker og formidle forskningsfunnene i blader, TV og radio og i foredrag.

Det er frivillig å delta!

DU bestemmer selv om du vil delta. Hvis du først sier ja, kan du likevel ombestemme deg. Da gir du bare beskjed om at du ikke vil delta lenger. Du trenger ikke å gi noen grunn for det. Dersom noe er uklart eller du ønsker å vite mer kan du ta kontakt med en av oss:

Lillian 95031343 eller på mail: lillanha@hotmail.com
Kristin 97652037 eller på mail: kommis@online.no

Vi vil høre hva barn og ungdom selv har erfart og hva de tenker og mener.

MOSAIKKPROSJEKTET har som mål å øke kunnskapen om barn av foreldre med rus- og/eller psykiske problemer. Vi ønsker å vite mer om barns hverdagsliv og deres erfaringer med hjelpeapparatet. Prosjektet er støttet av Norges forskningsråd og Høgskolen i Lillehammer, og gjennomføres i samarbeid med Sykehuset Innlandet. Alle nødvendige godkjenninger er gitt.

VIL DU VITE MER? Send en epost, sms eller ring oss.




Vennlig hilsen

Kristin Kommisrud og
Lillian Halsaa - medforskere
Telefon: 97652037/95031343
E-post: kommis@online.no



Høgskolen
i Lillehammer
Lillehammer University College • hii.no



Hva mener barn og ungdom om BUP og andre hjelpetjenester?

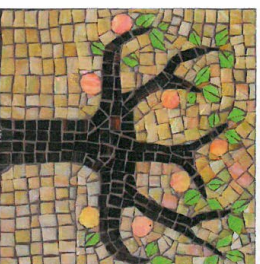
En del av MOSAIKKPROSJEKTET, et forskningsprosjekt om barn og ungdom som har foreldre med psykiske lidelser og/eller rusproblemer

Hvorfor forske på dette?

En god del barn og ungdom som kommer til BUP har foreldre som også strever. De har rett til hjelp, men det er ikke alltid hjelpen passer. Noen ganger kommer den for sent, andre ganger virker det som om hjelpen gjør livet enda vanskeligere. Noen ganger klaffer det bra.

De voksne har bestemt det meste. Vi trenger å vite mer om barns egne erfaringer for å utvikle og forbedre hjelpeapparatet slik at det passer bedre for de unge.

Derfor vil vi høre hva barn og unge mener om hjelpen de har fått fra BUP og andre hjelpetjenester, og hva som kanskje kunne vært gjort annerledes.



Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a:

De som jobber i helsevesenet har ansvar for følge opp barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre.

Vil du være med?

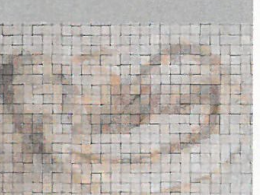
Vi ønsker å snakke med barn og ungdom mellom 12 og 18 år som har hatt kontakt med BUP, og har en mor eller far som har/har hatt psykiske plager eller rusproblemer.

Samtalen foregår alene sammen med forskeren. Den varer ca 1 time. Du kan ha med deg en voksen eller en venn i samtalen, og du kan være med og bestemme hvor praten skal foregå.

Hvis du vil være med eller vite mer om prosjektet, send en sms til Kristin (mob. 97652037) eller Lillian (mob. 95031343) eller send en mail til kommis@online.no

Barnekonvensjonen, artikkel 12:

”Alle barn har rett til å si sin mening, og deres mening skal bli tatt på alvor”





Samtykkeerklæring

Studiens tittel: Barn som pårørende – deltakelse, utvikling og kompetanse

Jeg sier ja til å delta i forskningsprosjektet.

Sted/dato.....

Din underskrift

Ditt telefonnr:

Jeg sier ja til at barnet mitt deltar i forskningsprosjektet.

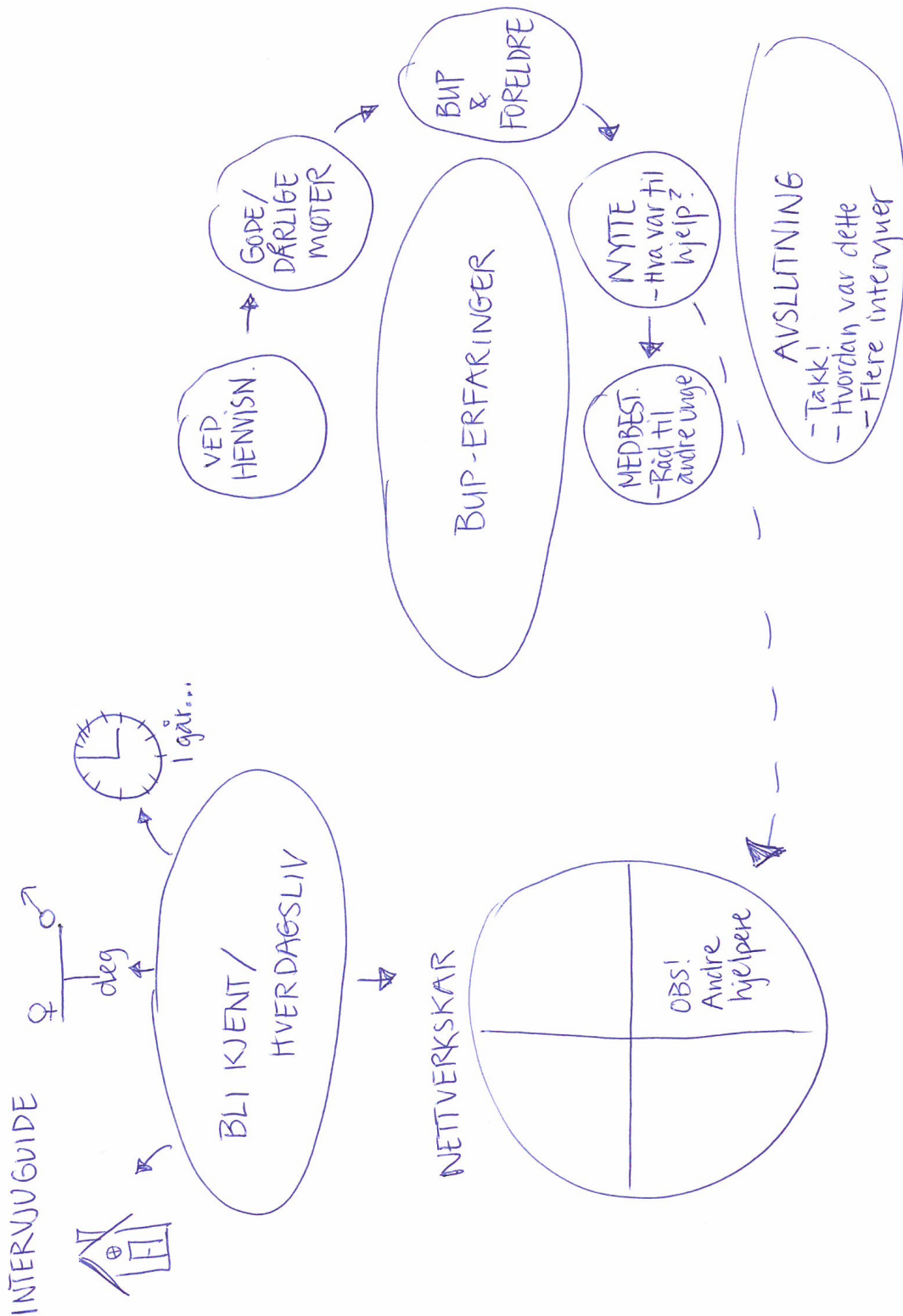
Sted/dato:

Forelder/foreldres underskrift:
.....

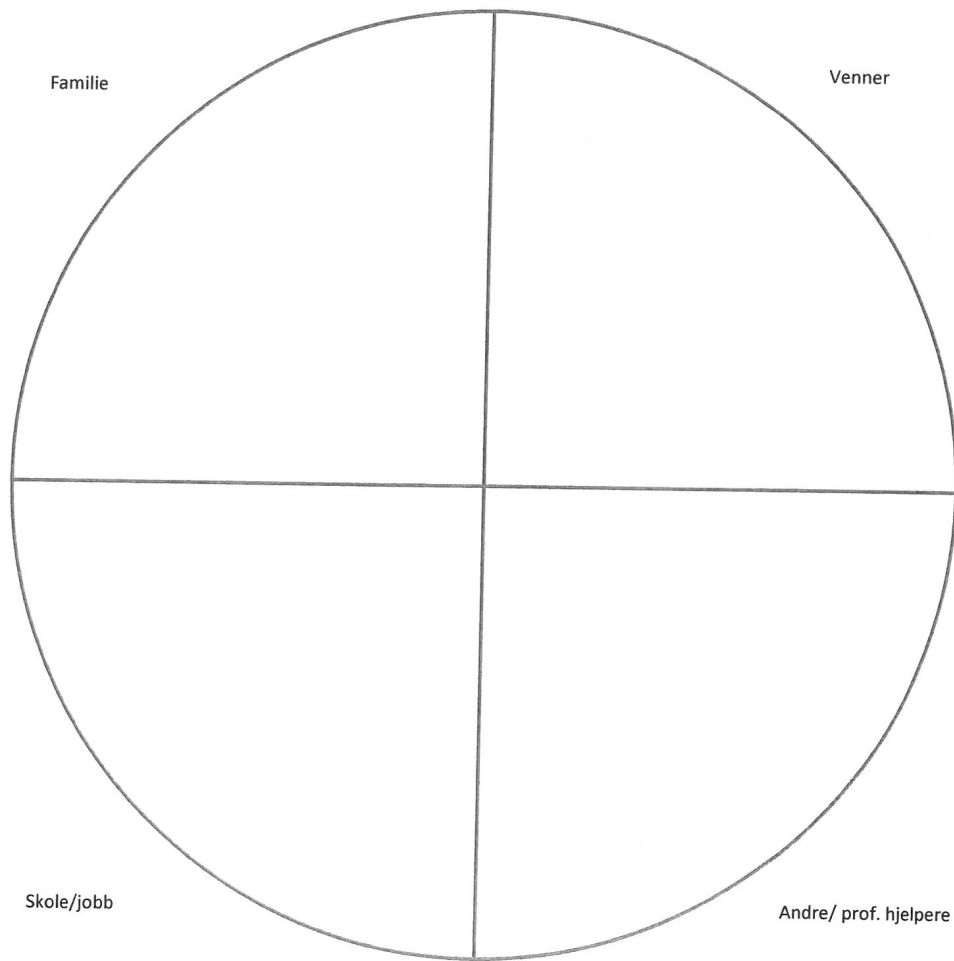
Forelder/foreldres telefonnr:

1- bli kjent -	
vi skal først snakke litt om hverdagen din i dag, familien din og få en liten oversikt .	
Intro- hvem er du?	
sosial støtte kontakt m fam mestring/strev	<ul style="list-style-type: none"> • hvem bor du sammen med? • hva du gjør du på en vanlig dag? • foreldre som strever (hvem, hvordan, åpent/skjult, hjelpere) • eget strev • nettverkskart
2 -erfaringer med BUP	
Nå vil vi høre litt mer om hvordan det har vært for deg å være på BUP...	
Hvordan havna du på BUP?	
forforståelse	<ul style="list-style-type: none"> • hvem foreslo/ bestemte at du skulle dit? • Hvem fortalte du det til? Hva sa du? Ulikt til ulike? • hva tenkte du skulle skje/foregå på BUP? • hva skulle du få hjelp med?
Kan du fortelle om en gang eller et møte på BUP som du husker godt, som betydde noe for deg?	
	<ul style="list-style-type: none"> • typisk? • hvis jeg var fra en annen planet...
Vi vil høre litt om det å ha foreldre som strever- og om det har vært et tema på BUP - fortell litt om det....	
Kan du huske en gang dere snakka om det på BUP? Hvordan var det? Var det til hjelp?	
	<ul style="list-style-type: none"> • tenker du at mor/fars vansker har påvirket/påvirker din hverdag- hvordan du har det? • tenker du på deg selv som en "pårørende"?
Hva er det som har vært til hjelp for deg?	
	<ul style="list-style-type: none"> • hva er det ved det tilbudet du har fått som har vært til hjelp? • hvordan hjelper det? • god/dårlig hjelper-beskriv • er det andre som har vært til hjelp?

	<ul style="list-style-type: none"> • noe/noen du husker spesielt godt? • hvem er du nå- hvem var du da?
3- medbestemmelse- pasientens helsetjeneste-	
politikere ønsker at ungdom skal være med å bestemme- hva tenker du om det?	
opplevde du at du fikk bestemme på BUP? fortell....	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan kom dere fram til hva dere skulle gjøre sammen/snakke om? • opplevde du at noen hadde mer de skulle ha sagt enn andre? (at noen bestemte mest?) • var det noen gang du var uenig med terapeuten/bup om behandlingen du fikk?
Hvis du fikk bestemme- hva ville du si eller gjøre? Har du noen råd?	
	<ul style="list-style-type: none"> • noe som var bra/dårlig for deg...som kunne gjøres om til et råd?
4- avslutning	
Avslutning- hvordan har det vært å være med?	
	<ul style="list-style-type: none"> • Noe vi ikke har spurt om? • Hvordan har det vært å snakke med meg i dag?



Nettverksdiagram



FONTENE forskning

Forskningsartikler Aktuelt Debatt Bøker Forfatterveiledning Om Fontene forskning Fontene FO

Forfatterveiledning

Søk



Fontene forskning er Norges ledende vitenskapelige tidsskrift for sosialt arbeid, barnevern og vernepleie. Vitenskapelige artikler bedømmes (peer review) anonymt av to uavhengige fagfeller med høy vitenskapelig kompetanse. Fontene forskning inneholder i tillegg følgende typer fagstoff: debattartikler, bokanmeldelser og nytt om forskning, blant annet presentasjoner av doktorgradsavhandlinger.

Papirutgaven kommer ut med to nummer per år, vanligvis i juni og desember. Heftene blir deretter publisert åpent tilgjengelig på tidsskriftets nettsted: <http://www.fonteneforskning.no>. Vitenskapelige artikler som er godkjent for publisering kan publiseres på nettet i påvente av plass i papirutgaven. Debattartikler og omtaler av bøker og tidsskrifter kan også publiseres bare på nett.

Tidsskriftet utgis av FO, Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det sendes til medlemmer og abonnenter og har et opplag på 27 000.

Redaksjonen tar gjerne mot manuskripter fra alle områder innen de forskningsfeltene som er relevante for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere. Det er ingen betingelse at forfatteren selv tilhører en av disse yrkesgruppene, bare at artiklene er av interesse for fagfeltet. Det dreier seg om tema med relevans for sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitikk, det sivile samfunn, eller for utdanning og forskning på disse områdene.

INSTRUKS TIL FORFATTERE

Vitenskapelige artikler:

Vitenskapelige artikler skal være teoretiske eller empiriske originalartikler eller oversiktsartikler innenfor det samfunnsvitenskapelige forskningsfeltet og sosialpolitikk.

Artiklene skal ikke overskride 7000 ord, inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturreferanser.

Artiklene skal inneholde et sammendrag på 100-120 ord som trykkes som ingress før artikkelen. Dersom artikkelen antas til publisering, skal sammendraget oversettes til engelsk og trykkes etter artikkelen.

Debatt:

Debattartikler og kommentarer kan ta opp teoretiske og metodiske spørsmål, behandle motsetninger i fagfeltet, samt spørsmål knyttet til utdanningspolitikk, utdanning, velferdspolitikk og forskningspolitikk (maksimum 3000 ord).

Anmeldelser og informasjon/omtale av nye bøker og tidsskrifter:

Anmeldelser av bøker og tidsskrifter avtales med redaksjonen.

Ta kontakt med bokredaktør

[Jorunn Gjedrem](mailto:jorunn.gjedrem@uia.no)

om du ønsker å anmelde en bok (maksimum 2000 ord).

Nytt om forskning:

Tidsskriftet tar gjerne imot sammendrag av forskningsrapporter, doktoravhandlinger og andre nyheter, for eksempel informasjon om konferanser.

Spørsmål om innsending av materiale kan rettes til fagredaktør eller til redaksjonsutvalget:

• Sissel Seim (fagredaktør):
sissel.seim@hioa.no

• Jorunn Gjedrem:
jorunn.gjedrem@uia.no

• Line Melbøe:
line.melboe@hih.no

• Steinar Kristiansen:
steinar.kristiansen@outlook.com

• Ingunn Studsrød:
ingunn.studsrod@uis.no

• Randi Juul:
randi.juul@hist.no

• Anita Gjermestad:
anita.gjermestad@diakonhjemmet.no

INNSEDELSE AV BIDRAG

Manus til vitenskapelige artikler, debattartikler og kommentarer, bokanmeldelser og nyheter sendes som vedlegg til epost til fagredaktøren: sissel.seim@hioa.no. Hvis det er flere enn en forfatter skal en av forfatterne være kontaktperson. Alt materiale skal sendes i en fil som skal ha forfatterens eller kontaktpersonens navn og dato for innsendelse som navn på dokumentet.

Samme eller lignende manuskript må ikke sendes til andre tidsskrifter eller forlag når det er aktuelt for publisering i Fontene forskning.

TEKNISKE KRAV

Vitenskapelig artikler og debattartikler skal sendes i redigerbar elektronisk form (Word-format). Artikler skal være skrevet med 1,5 linjeavstand og marg på 2,5 cm på hver side og oppe og nede, det skal brukes font Times New Roman 12 punkt. Sidene skal være fortløpende paginert, og skal ikke inneholde topptekst eller bunntekst med forfatterens navn eller andre informasjoner. Det godtas opp til to nivåer av underoverskrifter for å dele opp artikkelen. Underoverskriftene skal gi leserne veiledning og bør være korte og informative. Noter bør unngås, innholdet bør innarbeides i teksten. Hvis det er nødvendig med noter skal de settes inn som sluttnoter og nummereres fortløpende. Eventuelle tabeller eller figurer skal leveres på egen side, med henvisning i teksten til hvor de skal settes inn. Innsending av vitenskapelige artikler og debattartikler skal sendes i et dokument og inneholde:

A. Eget oversiktsark:

- Artikkels tittel
- Forfatteren/forfatterens navn, tittel og arbeidssted, dersom flere forfattere skal de oppgis i riktig rekkefølge.
- Opplysninger for den forfatteren som skal være kontaktperson: postadresse, telefon og e-post
- Artikkels lengde (antall ord) inkludert sammendrag, litteraturreferanser og nøkkelbegreper.
- Erklæring om at artikkelen ikke har vært publisert eller levert til publisering annet sted.

B. Ark med tittel og sammendrag

På neste side skrives artikkels tittel, et sammendrag på maksimum 120 ord og maksimum seks nøkkelbegreper.

C. Artikkelen

Tittel, tekst, litteraturreferanser og eventuelle figurer og tabeller på separate sider.

ANONYMISERT ARTIKKEL

For vitenskapelige artikler skal det sendes inn en anonymisert versjon av artikkelen som eventuelt kan sendes til fagfelleevaluering. I denne versjonen skal det ikke kunne gjenkjennes hvem som er forfatter, navn på institusjon, sted, tekst og litteraturreferanser til forfatter må anonymiseres. Litteraturreferanser til forfatter skrives slik: Forfatter (årstall) og ikke navn på referansen og plasseres på F i litteraturlisten. Dette dokumentet skal også ha forfatterens navn og dato for innsendelse som dokumentnavn, dette fjernes av redaksjon før eventuell videresending til fagfeller.

MAL FOR REFERANSER

Mal for referanser:

Referanser skal følge mal APA 6, merk at det skal brukes fullt navn. Det skal ikke brukes (ibid) eller (op.cit). Informasjon om denne stilen finnes på følgende linker:

<http://www.hioa.no/LSB/Oppgaveskriving/APA-stilen>

<http://www.hioa.no/LSB/Oppgaveskriving/Referanseteknikk/EndNote/Stiler>

Referanser i teksten

I løpende tekst oppgis forfatternavn, årstall og sidehenvisning.

Med 1-2 forfattere: (Malterud, 2003) (Holloway & Valentine, 2006)

Med 3-5 forfattere: Første gang oppgis alle forfatterne: ... (Eikeseth, Smith, Jahr & Eldevik, 2007), deretter kun første forfatter et al.: (Eikeseth et al., 2007)

Med 6 eller flere forfattere: Kun første forfatter et al.: (Gilbert et al., 2002)

Fullstendig litteraturliste plasseres sist i artikkelen, APA6, Norsk med fullt navn

Eksempler

Bok: Malterud, Kirsti. (2003). Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring. Oslo: Universitetsforlaget.

Antologi: Holloway, Sarah L., & Valentine, Gill (Red). (2006). Children's geographies. Playing, living, learning. (Vol. 8). London and New York: Routledge.

Kapittel i bok/antologi: Oppedal, Mons. (2007). Barns og foreldres brukermedvirkning i et juridisk perspektiv. I Sissel Seim & Tor Slettebø (Red.), Brukermedvirkning i barnevernet (s. 46-67). Oslo: Universitetsforlaget.

Tidsskrift: O'Brien, Michael, & Salonen, Tapio. (2011). Child poverty and child rights meet active citizenship: A New Zealand and Sweden case study. *Childhood*, 18(2), 211-226.

VURDERING AV ARTIKLER

Redaksjonen vurderer først om vitenskapelige artikler skal sendes til fagfellevurdering, debattartikler vurderes endelig av redaksjonen. Manuskripter som går til fagfellevurdering sendes i anonymisert form til to uavhengige fagfeller som vurderer dem på basis av malen nedenfor. Dersom artikkelen antas skal forfatteren bearbeide den på bakgrunn av eventuelle kommentarer fra fagfeller og redaksjon, og sende artikkelen tilbake til fagredaktør. Avhengig av refererevurderingen kan forfatteren også bli invitert til å sende inn en omarbeidet versjon av artikkelen til ny vurdering.

Hvis artikkelen antas for publisering skal det i tillegg leveres tittel, sammendrag og nøkkelbegreper på engelsk, samt bilde av forfatter/forfattere.

Redaksjonen for Fontene har ansvar for språkvask, korrektur og trykking av antatte artikler. I produksjonsprosessen vil derfor Fontene redaksjonen kommunisere direkte med forfatter, eller eventuelt den forfatter som er kontaktperson.

ETIKK

Alle forfattere har ansvar for at fagetiske og forskningsetiske prinsipper er ivarettatt i manuskriptet. Det forventes at forfattere følger anerkjente regler for sitering og nøyaktig bruk av referanser med sidetall for sitering både av eget og andres arbeider. Redaksjonen ser alvorlig på forsøk eller gjennomføring av plagiering, kopiering av tekst fra andres arbeid uten oppgitt referanse, og vil ta skritt for å følge opp dersom dette oppdages. I Norge ble det i 2006 vedtatt Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning – forskningsetikkloven – som ble iverksatt i juli 2007.

For nærmere informasjon om etikk og definisjoner av plagiering og fusk etc., se Torkild Vinters artikkel Fusk og plagiering (Vinther, Torkild: "Fusk og plagiering" (Sist oppdatert: 19. august 2011). De nasjonale forskningsetiske komiteer:
<http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/>

Se også informasjon på nettsidene til forskningsetiske komiteer:

http://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Redelighet-og-kollegialitet/Fusk-og-plagiering/#_Toc226282412

www.publicationethics.com
(Committee on Publication Ethics, COPE)

COPYRIGHT

Det er en betingelse for publisering at forfatterne gir publiseringsrettigheter til Fontene forskning. Dette gir tidsskriftet rett til å formidle artikkelen i trykket form og elektronisk etter at den er trykket. Forfatterne kan bruke artikkelen andre steder etter publisering i Fontene forskning, men det skal da sendes melding til redaktøren om hvor den trykkes, og det skal fremgå at artikkelen opprinnelig er trykket i Fontene forskning.

ANDRE FORHOLD

Behandling og vurdering av manuskripter krever både tid og oppmerksomhet fra redaksjon og fagfeller som skal vurdere artiklene. For å sikre best mulig vurdering må manuskripter som sendes inn være vitenskapelig og språklig bearbeidet, og de må nøye følge de tekniske kravene til oppsett og referanser som er satt opp i denne forfatterveiledningen. Sjekklisten nederst i dette dokumentet skal vedlegges ved innsending.

Tidsskriftets redaksjon har ikke kapasitet til å vurdere uferdige manuskripter. Uferdige eller teknisk ufullstendige manuskripter blir returnert til forfatter. Innsendte manuskripter returneres vanligvis ikke, og redaksjonen påtar seg ikke ansvar for dem.

KRITERIER FOR FAGFELLE VURDERING

Vitenskapelige artikler vil bli bedømt anonymt av to uavhengige fagfeller med høy kompetanse. Kriteriene for fagfellevurdering kan også være en veiledning til forfatterne.

- 1) Er innholdet i artikkelen relevant og interessant for det området Fontene forskning skal dekke? Sosialt arbeid, barnevern, sosialpedagogikk, funksjonsnedsettelse, sosialpolitikk, velferdspolitikk, det sivile samfunn; eller for utdanning og forskning på disse områdene?
- 2) Er formål med artikkelen og problemstillinger klart formulert? Oppfyller artikkelen de formål og problemstillinger den har presentert?
- 3) Er artikkelen godt bygget opp? Har den godt språk og begrepsbruk?
- 4) Er artikkelen funderet på relevant og oppdatert norsk og internasjonal faglitteratur?
- 5) Hvis artikkelen er basert på kvalitativ eller kvantitativ forskning, er den metodologisk velfunderet?
- 6) Er litteraturlisten fullstendig? Følger den angitt mal for tidsskriftet?
- 7) Har forfatteren sendt med et godt sammendrag og nøkkelbegreper?
- 8) Er artikkelen innenfor tillatt lengde (7000 ord inkludert sammendrag, nøkkelbegreper og litteraturliste)

SJEKKLISTE SOM SENDES INN SAMMEN MED MANUSKRIFTET

Har artikkelen forfatternavn og dato for innsending?

Har artikkelen nummer (hvis tildelt)?

Er innsending i overensstemmelse med instruksen?

Er artikkelen innenfor maksimal lengde (vitenskapelig artikkel 7000 ord, debattartikkel 3000 ord, anmeldelser 2000 ord)?

Inneholder manus tilstrekkelige forfatteropplysninger (navn, tittel, institusjon, mailadresse)?

Legges det ved en erklæring om at artikkelen bare er sendt Fontene forskning?

Er manuset paginert og skrevet med fonten Times New Roman 12 pkt og 1,5 linjeavstand?

Inneholder artikkelen sammendrag og nøkkelord?

Er det redegjort for etikk (i metodeavsnitt)?

Har artikkelen riktige referanser (husk norsk APA stil med fullt fornavn)?

Er det vedlagt en anonymisert versjon av artikkelen?

Er det redegjort for forandringer (etter forslag fra redaksjon eller fagfeller)?

Har artikkelen engelsk tittel, sammendrag og nøkkelord (bare for antatte artikler)?

Legges det ved bilde av forfatter(e) (bare for antatte artikler)?

UTGIVER

Fellesorganisasjonen (FO)
Fontene forskning har 2 utgaver i året, mens hovedmagasinet Fontene kommer ut 12 ganger hvert år.
Fontene redigeres etter Redaktørplakaten.
Synspunkter og holdninger som kommer fram er ikke nødvendigvis samsvarende med FOs politikk.
ISSN: 1890-9868

REDAKSJONEN

Ansvarlig redaktør:
Solveig Rød
Telefon: 994 66 565
Epost:
solveig.roed@lomeia.no
Fagredaktør:
Sissel Seim
Telefon: 913 19 329
Epost:
sissel.seim@hioa.no

KONTAKT

Besøksadresse:
LO Media
Storgata 33A
0184 Oslo
Postadresse:
Fontene
Postboks 8964 Youngstorget
0028 Oslo



Retningslinjer for vitenskapelige artikler

I Tidsskrift for Norsk psykologforening publiserer vi artikler i flere vitenskapelige sjangre og med et bredt tilfang av temaer. De vitenskapelige artiklene skal gi et originalt kunnskapsbidrag til fagfeltet. Artikkelen skal ha en tydelig problemstilling, en klart formulert strategi for å besvare problemstillingen og et logisk resonnement som klargjør forskningsprosessen og funnenes betydning. Teksten bør ikke overskride 28 000 tegn (inkludert mellomrom, engelsk sammendrag, referanser, tabeller etc.). Maks lengden kan bare fravikes etter spesiell avtale.

Innsending

Faglige bidrag skal sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format), med navn på førsteforfatter i filnavnet, til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Bare ferdigstilte manuskripter blir vurdert.

Ved oversending skal manuskriptet være i overensstemmelse med retningslinjene. Sjekkliste ved innsending:

- Sett «Vitenskapelig artikkel» som tittel på e-posten.
- E-postens hoveddel skal inneholde navn på artikkelen og forfatterne, forslag til minst tre fagfeller, og abstract på engelsk (maks 130 ord).
- Oppgi det totale antall tegn i bidraget (inkludert mellomrom).
- Vær oppmerksom på at automatisk formatering, for eksempel fra programmer som EndNote, må deaktiveres før innsending.
- Oppgi om manuskriptet har vært publisert tidligere, eller om det bygger på en spesialist- eller studentoppgave.

Den redaksjonelle prosessen

Etter at manuskriptet er registrert mottatt blir det foretatt en innledende vurdering av en av fagredaktørene. Fagredaktøren tar stilling til hvorvidt manuskriptet oppfyller kravene vi stiller for publisering av vitenskapelige artikler. Her kan du lese om de vanligste årsakene til refusjon. Dersom manuskriptet ikke oppfyller kravene, men vurderes som interessant, kan fagredaktøren be forfatteren om revisjon. Vær oppmerksom på at artikler kan refuseres i alle faser av den redaksjonelle prosessen. Grunnet et stort stofftilfang må Tidsskriftet refusere en betydelig andel manuskripter. Manuskripter som går til fagfellevurdering («peer review»), vurderes av flere uavhengige konsulenter. Både forfattere og fagfeller er anonyme for hverandre i fagfelleprosessen, med mindre noe annet er avtalt ("double blind review"). Forfatteren vil få tilbake en begrunnet vurdering innen tre til fire måneder. Hvis du ikke har mottatt svar innen denne tidsfristen, bør du kontakte redaktøren per e-post.

Ulike typer vitenskapelige artikler:

Empiriske artikler

Empiriske artikler er som hovedregel rapporter av original forskning. Artikkelen skal følge en tradisjonell "IMRaD"-struktur (Innledning, Metode, Resultater [and] Diskusjon).

Innledning: En god innledning skal vise hvorfor studien ble gjennomført og hvorfor den er viktig. Det skal komme frem hva som mangler i det aktuelle forskningsfeltet og hvordan denne studien bidrar til å fylle dette kunnskapshullet. Innledning skal på en logisk måte munne ut i problemstillingen for artikkelen.

Metode: I denne delen beskrives prosedyren som ble fulgt under studien. Her begrunnes valg av forskningsmateriale eller utvalg samt analysestrategi. Spørsmål knyttet til reliabilitet og validitet gjøres rede for her.

Resultater: Her gjengis funn og analyser.

Diskusjon: Hensikten med diskusjonen er å få frem betydningen av funnene. Oppsummer de meste sentrale funnene, og beskriv hvordan disse står i forhold til forventninger og tidligere forskning i feltet. Gi en tolkning av funnene, og beskriv implikasjoner for praksis og videre forskning. Diskuter styrker og svakheter ved studien. Avslutt med en kort konklusjon.

Oversiktsartikler

Oversiktsartikler ("literature reviews") inneholder en drøfting av annen, tidligere publisert forskning. Hovedmålet er å gi leseren en oversikt over litteraturen på et område. Det finnes mange måter å gjøre dette på, men artikkelen styrkes med en presentasjon av kriterier for inklusjon av arbeidene som presenteres (søkeord, databaser), og eventuelt eksklusjonskriterier. Som for empiriske artikler er det viktig å ha en tydelig problemstilling.

Disponer artikkelen slik:

- Definer og klargjør problemstillingen
- Oppsummer tidligere forskning for på den måten gi leseren et bilde av status presens på feltet
- Identifiser assosiasjoner, selvmotsettelser, huller og inkonsistensheter i litteraturen
- Gi en refleksjon over hva som trengs av videre forskning for å løse problemstillingen

Testartikler

Testartikler skal i kortfattet form bidra til at tester og instrumenter som er oversatt til norsk og som har tilfredsstillende psykometriske egenskaper, blir synlige og tilgjengelige for psykologer. Fagfeller av testartikler skal følge [EFPAs retningslinjer](#) og forfattere bør derfor gjøre seg kjent med disse. Sørg for at artikkelen svarer til kravene som stilles til artikler som tar for seg nevropsykologiske kartleggingsverktøy/-tester.

Kasusstudier

Kasusstudien er en tradisjonsrik forskningsmetode og formidlingsform i psykologien. Godt gjennomført kasusforskning gir viktige bidrag til forståelsen av komplekse problemer og spørsmål.

Kasusstudier er bearbeidelse og gjengivelse av arbeid med individer, grupper, miljøer eller organisasjoner. Kasusstudier har ulike formål: De illustrerer et sakskompleks, indikerer måter å løse problemene på, og bidrar til hypotese- og teoriutvikling. Denne typen forskning formidler erfaring på en måte som egner seg godt for overføring til eget klinisk arbeid.

Når du skriver en kasusstudie, vær bevisst bruken av konfidensielt materiale. Ta kontakt med redaksjonen om du er usikker på spørsmål om konfidensialitet.

Se forøvrig:

APA (2013). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6. utg, s. 11). Washington DC: APA.

Flyvbjerg, B. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12, 219-245.

McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counseling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications.

Fagbulletin

En fagbulletin er en kort variant av den vitenskapelige artikkelen. Sjangeren tilsvarer det man internasjonalt kaller "brief report". Denne formen kan være aktuell hvis du ønsker å skrive om enkeltfunn, kort presentere en ny metode, et nytt forskningsfokus eller lignende. Fagbulletiner blir fagfellevurdert.

Maksimal lengde: 15 000 tegn inkludert mellomrom og referanser.

Språk og stil

Sett av god tid til å bearbeide språket.

Skriv så kort som artikkelens innhold tillater; det er en god regel å stryke alt som ikke behøver å være med for å få frem poenget. Bidraget må ha en klar disposisjon. En godt skrevet tekst formidler budskapet på en tydelig og forståelig måte. Overskriften skal være kort, klar og dekkende. Undertitler kan benyttes. Bruk et direkte språk og en aktiv form (f.eks. vi startet undersøkelsen, ikke: undersøkelsen ble startet). Velg det korte ordet (f.eks. mål, ikke målsetting, og problem, ikke problematikk). Unngå engelske ord. Skriv kjønnsnøytralt (f.eks. han/hun/hen). Vær varsom med bruk av forkortinger. Etter forkortinger benyttes punktum. Unntak her er kr, kl og angivelse av mål og vekt (f.eks. cm). Navn på tidsskrifter skrives fullt ut, unntak her er Tidsskriftet (Tidsskrift for Norsk psykologforening).

Som et norskspråklig fagorgan ser Tidsskriftet det som en viktig oppgave å utvikle et norsk psykologisk fagspråk. Når særlige grunner foreligger kan manuskripter publiseres på andre språk.

Referanser

Referansene skal være i tråd med APA 6. Husk å få med DOI-nummer og sjekk i den forbindelse alltid om lenkene er aktive.

[Gå tilbake til Skriv for oss](#)

Passe Push – ungdoms erfaringer med BUP

– en kvalitativ studie av ungdom på BUP som også har foreldre som strever

Sammendrag

Artikkelen bygger på en intervjustudie, der 9 jenter forteller om sine erfaringer med BUP. Ungdommene var pasienter på BUP og samtidig pårørende til psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre. Målsettingen med studien er å frembringe mer kunnskap om ungdom i denne doble kategorien, og gi unge i en sårbar posisjon en stemme som kan lyttes til. Artikkelen argumenterer for at ungdom opplever utfordringer i det å søke hjelp på BUP, og at BUP har et omdømmeproblem. Når ungdom derimot først er kommet inn på BUP, opplever de mye god hjelp. Det er særlig tre forhold ved hjelpen som ungdommene opplever som viktig.

Nøkkelord: ungdom i BUP, barn som pårørende, brukerstemmer, pasientens helsetjeneste.

Innledning

Det siste ti-året har hjelpebehovene til barn som vokser opp med foreldre med psykiske helseplager eller rusproblemer blitt viet mye oppmerksomhet. Det har vært en stor politisk satsning for å forebygge at barn og ungdom utvikler problemer (Kallander, Brodal & Kibsgård, 2012). Til tross for denne satsningen utvikler noen egne vansker av en slik karakter at de har rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten. Her tildeles barna rollen som pasienter, for utredning og behandling. Samtidig har de også en rolle som pårørende til foreldre som strever. Barn og ungdom henvises poliklinikk for barn og unges psykisk helse (BUP) på bakgrunn av egne symptomer. Det er ikke alltid foreldrenes vansker fremkommer i henvisningen. Opplever disse unge at helsetjenesten er tilpasset deres behov?

Artikkelen tar sikte på å bidra med økt kunnskap om hva ungdom som har foreldre som også strever mener er til hjelp i møte med BUP. Gjennom å løfte frem de unges egne opplevelser og erfaringer med å være både pasient og pårørende samtidig på BUP, belyser artikkelen to tema: -hvordan ungdommene opplever det å skulle søke hjelp, -og hva de opplever som god hjelp på BUP.

Bakgrunn

BUP tilhører spesialisthelsetjenesten, og yter tjenester til barn og unge opptil 18 (23) år. Sykdomsbildet hos barn er ofte komplekst, og samarbeid med pårørende og andre i barnets miljø er derfor viktig. Generelt er angst og depresjon de vanligste plagene blant ungdom. Dårlige relasjoner til foreldre, få venner og mobbing øker psykiske plager. Konfliktfylte forhold i hjemmet og liten grad av sosial støtte øker risikoen for psykiske lidelser (Bakken, 2016).

Barn og ungdom berøres når foreldre strever med rus/psykisk helse. Samtidig utgjør barna en heterogen gruppe, med varierende ressurser og sårbarheter i omgivelsene og hos barnet. Folkehelseinstituttet anslår at barna har dobbelt så høy risiko som andre barn for alvorlige

følger som mishandling og omsorgssvikt, tidlig død eller psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011; Kufås, Faugli & Weimand, 2015). Det er kjent at disse barna strever med å forstå foreldrenes atferd. Lojalitet overfor foreldrene gjør at de helst ikke forteller andre om hvordan de har det. De har hverdager preget av utrygghet og uforutsigbarhet. Mange opplever konflikter, manglende omsorg og omvendte roller. De har store behov for informasjon og tilpasset hjelp. Til tross for innsats over tid er behovene i stor grad udekket (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012; Ruud et al., 2015).

56 000 barn og unge ble behandlet i psykisk helsevern i 2015 (Krogh, 2016). Studiene av barn og unges erfaringer med BUP har økt de siste par årene, men de er fremdeles få. I 2005 ble det påpekt at ungdom stort sett var fornøyd med BUP, men at de ønsket seg mer informasjon (Sverdrup, Kristofersen & Myrvold, 2005). Noen nye studier får tydelig frem at ulike relasjonelle kvaliteter i det profesjonelle møtet er viktig for ungdom som søker hjelp på BUP (Anvik & Gustavsen, 2012; Westbye, 2015; Bjønness, 2015). To engelske studier om barns erfaringer med BUP får frem at barn frykter det ukjente i forkant av oppstart, og at de legger stor vekt på relasjonen til behandler. Det fremkommer også at omtrent halvparten av barn/ungdom ikke blir spurt av sine behandlere om deres forståelse av hvorfor de er henvist BUP (Bone, O'Reilly, Karim & Vosantis, 2015; Stafford, Hutchby, Karim & O'Reilly, 2016). Henriksen (2014), som har undersøkt ungdoms tanker om suksessfaktorer i BUP-behandling, anbefaler at det legges økt vekt på å få tak i ungdoms forventninger, opplevelse av stigma og forberedelser til behandling. I tillegg påpekes et behov for økt kunnskap om psykisk helse.

Vi har ikke funnet studier som omhandler BUPs rolle i møte med barn/ungdom i den doble kategorien pasient og pårørende. I forskningslitteraturen kan det synes som om de behandles som to ulike populasjoner, pasienter eller pårørende. Denne artikkelen søker dermed å bidra med ny kunnskap om en lite undersøkt gruppe. Artikkelen er et resultat av BUP Opplands ambisjon om å ta pasientens erfaringer på alvor. Målet med samtalene har vært å få ungdommene til å fortelle om det de var opptatt av.

Metode

Studien er gjennomført som en mastergrad ved Høgskolen i Lillehammer, og utgjør en del av Mosaikk-prosjektet (Halsa & Söderström, 2013). Den er godkjent av Regional Etisk Komite. Artikkelen har et nedenfra-perspektiv på kunnskapsproduksjon med fokus på barns brukerstemmer. Den benytter en kvalitativ tilnærming til datainnsamling for å få frem ungdommenes opplevelser (Thagaard, 2013). Funnene diskuteres med utgangspunkt i foreliggende forskning om barns erfaringer med BUP, samt teori om relasjonens betydning for terapi med barn/unge.

Utvalg og intervju

Deltagelse forutsatte at ungdommene hadde minst en forelder med rus- eller psykisk helseproblematikk, og at de hadde avsluttet sin kontakt med BUP i løpet av 2013-2015. Intervjuene ble gjennomført sommer/høst 2015. Ni jenter (17-23 år) ble rekruttert via behandlere i BUP Oppland, hvor artikkelforfatterne er ansatt. Behandlere ble bedt om å kontakte avsluttede pasienter med informasjon om deltagelse. Det ble utarbeidet informasjonsskriv med samtykkeskjema til ungdommene. Det ble også innhentet skriftlig samtykke fra foreldre når ungdommen var under 18 år.

Det er varierte grunner til at jentene har fått hjelp fra BUP, og de har hatt ulike behandlingsløp. Kontakten med BUP varierer fra 1 - 8 års varighet. Ungdommene beskrev hovedsakelig symptombelastninger i angst-/depresjons-spekteret, med selvskading, selvmordsforsøk, skolevegring og sosial tilbaketrekning. Fem av dem hadde foreldre med bipolar lidelse, to hadde foreldre med alkoholmisbruk. En hadde forelder med både rusproblemer og bipolar lidelse, og en hadde forelder med sosial angst. I tillegg fortalte flere om konflikt mellom foreldre, sinne og vold. 8 av 9 ungdommer har hovedsakelig bodd sammen med sin syke forelder i oppveksten.

Intervjuguiden var tematisk opptatt av hverdagsliv, nettverk og erfaringer med BUP. Intervjuene, som varte i ca 90 minutter, fant sted hjemme hos ungdommene eller i BUPs lokaler. De ble registrert på lydfil, transkribert i sin helhet, og anonymisert. Det skriftlige materialet utgjør totalt 375 sider tekst, enkel linjeavstand. Tekstene ble kodet i NVivo (2012) for å holde oversikt over materialet. Ingen av ungdommenes beskrivelser ble sammenholdt med journaler eller annen type dokumentasjon.

Analyse

Analysen er inspirert av Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). Metoden har som mål å utforske hvordan folk skaper mening i sine viktige livserfaringer (Smith, Larkin & Flowers, 2009). En innledende tematisk analyse av alle intervjuene munnet ut i ti deskriptive tema. Denne artikkelen bygger på en dybdeanalyse av det ene temaet, BUP-erfaringer, som utgjorde en vesentlig del av tekstmaterialet. Temaet ble sortert i tids-kronologiske kategorier, før-, underveis-, og etter- erfaringer. Tekstene ble lest og gjenlest flere ganger i tråd med IPAs prinsipper, slik at sentrale tema i erfaringene kunne defineres. I denne prosessen ble det lagt vekt på de tema som ble gjentatt i de fleste intervjuene og som vi oppfattet som viktige for ungdommene.

Empiriske funn:

For å presentere funnene gjengis først to korte historier i jeg-form. De representerer komprimerte gjenfortellinger av to intervju med fokus på BUP-erfaringene. De fungerer som referansehistorier gjennom artikkelen. Deretter presenteres to sentrale temaer i ungdommenes fortellinger. Det første temaet omhandler ungdommenes erfaringer med det å søke hjelp på BUP. Det andre temaet omhandler hva ungdommene har erfart som god hjelp på BUP. Dette temaet vies mest plass, da det er her datamaterialet gir de rikeste fortellingene.

To referanse-fortellinger

Ella (17) - mamma er alkoholiker og jeg ble deprimert på grunn av det.

Jeg har vokst opp med mamma som har hatt rusproblemer siden jeg var bitte liten. Jeg sa ingenting til noen, selv om jeg forsto at ting ikke var som de skulle hjemme hos oss. I 9.klasse hadde jeg det så vondt, så jeg skjønnte at jeg måtte gjøre noe. Jeg hadde en lærer som jeg følte meg veldig trygg på, så jeg fortalte alt til henne. Hun hjalp meg å komme til legen som henviste videre til BUP. Legen sa at jeg hadde klare depresjonssymptomer. Jeg hadde veldig lav selvtillit og skøyv folk unna meg. Jeg har gått til BUP i to år, og det har hjulpet meg masse. Jeg synes jo det var litt skummelt i starten. Når du hører om folk som går til psykolog så tenker du jo at de er veldig psykisk syke, og jeg følte jo ikke at jeg var det. Før jeg kom dit så tenkte jeg litt på om jeg skulle holde noe hemmelig. Men Ida (terapeuten) var veldig grei, og jeg stolte bare mer og mer på henne. Det gjorde det lett å åpne seg, for jeg visste det var trygt, trygt hos henne. For meg er en god hjelper en som tar seg tid til faktisk å høre på deg, og tankene dine og som du føler forstår deg. En du føler deg veldig trygg på og kan stole på. Det er en fordel hvis de er blide og har litt humor.

Det som hjalp meg på BUP var at jeg har lært at jeg ikke skal legge på meg mamma sine problemer. Jeg lærte meg at jeg kunne dra til pappa og glemme henne og si okei dette er henne sine problemer. Hun må klare seg selv. Og så fikk jeg råd om at jeg måtte begynne å åpne meg om jeg skulle få venner – og for meg har det funka bra. Jeg fikk også hjelp til å få et bedre forhold til mamma, gjennom at BUP inviterte mamma og legen hennes til et møte der vi fikk snakka sammen.

Ane (18) - mamma har bipolar lidelse - jeg ble mobba, og fikk ikke hjelp av BUP

Mamma har bipolar lidelse, og det fikk jeg vite i 10.klasse. Når hun er dårlig blir hun fryktelig sint, og sur, og vi har krangla mye. Jeg tenkte aldri på henne som syk når jeg var liten, og jeg har ikke vært noe offer for sykdommen hennes liksom. Mamma tok meg med til BUP i 4.klasse, fordi jeg ble mobba på skolen og falt inn i sånne depresjonsgreier og hadde

lyst til å ta livet mitt. Mamma hadde ofte sagt at hvis jeg fortsatte å bekymre meg så kom jeg til å havne på sinnssykehus, så jeg tenkte jo det om BUP, at det var et sinnssykehus.

Jeg var den i familien som gikk mest på BUP, og det fikk meg til å føle meg som familiens sorte får. Jeg synes ikke det hjalp, det ble bare sånn prat om hvordan jeg hadde hatt det den uka. Mamma var ikke med på alle møtene mine, men når hun var med var det superubehagelig. Jeg følte at hun satt meg i en boks. Hun ville ha meg utredet for alt mulig, hadde jeg ADHD, hadde jeg det eller det? Så satte hun meg på tabletter, og det hata jeg! På BUP var det frustrerende, det var bare tester på tester, som om de gravde etter en sykdom. Jeg følte meg som en lab-rotte! Jeg synes de burde gitt meg noen råd eller øvelser, noe konkret, hvis det finnes? Ting jeg sa til behandlerne mine visste plutselig mamma om, så det var ikke særlig trygt der. Jeg kjedet meg, og mamma styrte alt på BUP. De hadde til og med mange møter om meg som jeg ikke fikk lov til å være med på. Det var urettferdig og jeg følte meg ekskludert, utelatt og baksnakka. Til slutt fikk jeg en behandler som kom hjem til oss, og tok meg med på kjøretur og sånn. Det ble mer personlig. Hun snakka nesten ikke med mamma. Hun kunne jeg stole på. Det var veldig godt å ha en som jeg bare kunne tømme meg til, bare si alt jeg følte. Men det som egentlig har vært til hjelp for meg, var ikke BUP, det var å få nye venner!

Om å søke hjelp for seg selv:

Våre funn indikerer at ungdom opplevde at veien til BUP var vanskelig. Først og fremst var det høyst uklart om veien ville føre til hjelp som passet dem. De fleste av ungdommene var, som Ane, redd for at BUP var et sinnssykehus for de gale. Usikkerhet knyttet til om deres problemer hørte hjemme der, var noe nesten alle snakket om. ”Jeg hadde aldri hørt om BUP før- så jeg visste ikke om det var noe for meg” er et typisk utsagn. Til tross for at ungdommene fortalte om symptomer som alvorlig selvskading, omfattende sosial isolasjon, eller langvarig skolevegring, uttalte de fleste, som Ella, at de ikke så på seg selv som psykisk syke. De brukte beskrivelser som at ”Jeg følte meg dårlig...”. De hadde det vondt, og mange synes det var vanskelig hjemme. For å kunne søke hjelp trengte de voksne som kunne oversette denne smerten til psykiske problemer.

Fem av ungdommene fikk hjelp av sine foreldre til å komme i kontakt med BUP. Når foreldrene hjalp til var det med ett unntak ungdommens egne symptomer som stod i fokus, slik vi så i eksempelet med Ane. Unntaket var en mor som knyttet datterens behov for hjelp direkte til fars alkoholisme. Noen ganger samsvarte foreldrenes problemforståelse med barnets opplevelse, og ungdommene opplevde det som en lettelse. En fortalte om da mor sa at hun trodde jenta hadde en depresjon: *”så var det veldig deilig at hun sa hva det var, fordi at jeg kjente jo ikke meg selv igjen i det hele tatt”*. Andre ganger var ungdommene uenige i foreldrenes problembeskrivelser. For Ane bidro det til at det ble vanskelig å nyttiggjøre seg kontakten med BUP.

Tre av jentene har, som Ella, blitt fanget opp av en våken kontaktlærer eller miljøarbeider på skolen, som fulgte med dem til en lege som kunne henvise. Disse jentene manglet tydelig foreldrestøtte, eller var i stor konflikt med sine foreldre. De fleste hadde båret på vanskene alene i lang tid før de fortalte. De hadde små forventninger til å få hjelp, og ideen om å prate var både fremmed og skummel. *”Jeg trodde jo først at jeg ble verre av å snakke om ting”*, forteller en av dem. De var også usikre på om det de opplevde var ”ille nok” til å trenge hjelp. Disse ungdommene kom til BUP med mer uklare problembeskrivelser, og deres eget ønske om hjelp var fraværende eller utydelig.

To av de eldste jentene kontaktet lege selv for å få hjelp på BUP. Men der den ene av jentene fikk time på dagen, måtte den andre jenta kjempe mot sin fastleges vurdering. Han mente hun ikke trengte BUP. Hun mente at behovet var akutt. Hennes største frustrasjon har vært hvor ekstremt vanskelig det var å få hjelp. Som hun sier: *”Ja, fordi når man virkelig, virkelig trenger det, så vet man det selv. Og da skal ikke en lege kunne vurderer det, ehm, om man blir hørt”*. To av jentene er tydelige på at når man er på sitt dårligste, og klarer å si i fra, da trenger også ungdom å få hjelp – uten videre vurderinger!

Flere av jentene formidler at det er en risiko for at man blir sett på som ”gal” hvis man går på BUP. Det er altså sterke sosiale føringer som også hindrer ungdom i å oppsøke hjelp. De yngste ungdommene var særlig redde for at klassekamerater skulle oppdage det. De eldre ungdommene (videregående) hadde en større erkjennelse av eget strev, og de visste om flere som gikk på BUP. Frykten for stigma fremsto dermed som mindre for dem. De eldre ungdommene uttaler imidlertid at de også kunne grue seg og ikke fortalte det til alle, ”*Det er jo flaut enda, så det er bare mine nærmeste som vet det*”. Ungdommene kommer med råd til helsetjenesten om mer informasjon og åpenhet for å redusere stigma.

Oppsummert viser vår analyse at jentene erfarte det som vanskelig å søke hjelp på BUP. Manglende kjennskap til BUP og få ord for egen psykisk helse, utgjorde sammen med frykten for stigma viktige hindre på veien til hjelp. For noen utgjorde selve vurderingen hos fastlege et vesentlig hinder.

Erfaringer på BUP - hva er til hjelp?

Samtlige ungdommer har opplevd å få god hjelp på BUP. Fem av ungdommene fortalte også om unyttige og/eller krenkende erfaringer, som kontrasterer de gode møtene. Det er særlig tre områder som ble betydningsfulle for ungdommene: For det første en trygg og god relasjon til terapeuten. For det andre hjelp til selvregulering, og for det tredje hjelp med relasjonen til foreldrene.

En trygg relasjon og passe push

Når vi ba ungdommene beskrive god hjelp, blandet de beskrivelser av egenskaper ved behandleren som person sammen med hva behandleren gjorde, og følelsene som oppsto i disse møtene. Alle vektla trygghet og tillitt som grunnleggende for god hjelp. Noen opplevde god kjemi eller at det klaffet med behandleren umiddelbart. For enkelte tok det flere år å etablere en tillitsfull relasjon. De som opplevde tillitt mer som en prosess, slik som Ella, la vekt på at tillitt ble etablert når behandlerne virket genuint interesserte i å være til hjelp. At de

”*virkelig, virkelig mener det*”, som en av jentene uttalte. De beskriver behandlerne som stilte åpne spørsmål og lyttet aktivt, som engasjerte seg i historien og ikke dømte. Behandlerne som viste en interesse for, og tok seg tid til å bli kjent med hele ungdommen, ikke bare problemene. ”*Hun lot meg være sånn jeg var og hun lot meg ta ting i mitt tempo*”, sier en av dem. Jentene formidler at behandlerne som var glade, eller som hadde humor, fikk dem til å føle seg bedre. Behandlerne som fortalte noe personlig, ga ut sitt private telefonnummer, eller kom hjem til dem økte også opplevelsen av ekte engasjement og personlig interesse.

For noen av ungdommene var det dette relasjonelle møtet som ble bærende i behandlingen. En ungdom beskriver det slik: ”*ved at hun lærte å kjenne meg, så lærte jeg også å kjenne meg selv, så etter det så fikk jeg liksom kontroll over meg selv igjen*”. Historien til Ane vitner om at ikke alle behandlerne klarer å etablere tillitsfulle relasjoner. Ane ble en ”*lab-rotte*” i møte med de voksnes granskende blikk. At behandlerne kan opptre direkte krenkende, forteller også en av de andre jentene om. Hun møtte gjentatte ganger en behandler som fikk henne til å føle seg som ”*en oppmerksomhets-søkende drittunge*”. Begge disse jentene erfarte at deres egen opplevelse av seg selv i verden ikke fikk plass i behandlernes møte med dem.

Flere beskriver at det er en hårfin balanse mellom å presse passe mye, og bli for nærgående. ”*Jeg tror hun var veldig redd for at jeg skulle begynne å grine så [...] Ja, eller hun, ville ikke presse meg da*”, forteller en jente, som etter hvert får en ny behandler som ”*gikk ordentlig i dybden*”. Selv om det ”*føles som å få en kniv i magen*”, opplever hun det som god hjelp at behandleren ikke gir seg før hun forteller om selvskadningen sin. En av de andre jentene sier tvert imot at det var helt avgjørende å føle seg sikker på at hun ikke ville bli presset til å snakke om det vanskeligste, ”*Fordi at hvis ikke hun hadde kjent meg da, så hadde hun kanskje bare gått videre [...] det hadde ødelagt resten av min terapi*”. Når jenta fikk tatt ting i sitt tempo, kunne også hun etterhvert snakke om det som var vanskeligst.

Flere av jentene har opplevd både for mye og for lite push i møte med hjelpere. Ble det for mye push, trakk de seg og avsluttet behandlingen. Ble det for lite push opplevde de hjelpen som unyttig, og ungdommene ble stille. De sa ikke i fra. De klaget ikke. De ble tause deltagere. Og de tok gjerne ansvaret for at det ble sånn, *”det var jo ikke så lett å hjelpe meg heller, når jeg ikke sa noe”*. Ungdommene kommer med råd til andre barn om å åpne seg så tidlig som mulig, og til voksne om å ikke gi seg - men bruke tid på å skape tillitt.

I tillegg beskriver ungdommene at tillitt ble etablert ved at behandleren visste noe om hva som skulle til for at de skulle få det bedre. Når den voksne aktivt foreslo tiltak og styrte samtale, opplevde ungdommene gradvis at de kunne åpne seg mer. Når vi undret oss over hvem som bestemte form og innhold i samtaler eller møter, svarte mange *”det var psykologen det”*. Ungdommene svarte også at de synes de fikk bestemme *”passe mye”*, når vi senere spurte direkte om medbestemmelse. Når ungdommene var trygge, og stolte på behandleren sin, virker de lite opptatt av å bestemme.

Alt i alt vektlegger ungdommene en tillitsfull relasjon til behandleren som helt grunnleggende for god hjelp. Ekte engasjement og nok tid, passe push og voksne som tar ledelse står sentralt i etablering av en slik relasjon.

Om forståelse og hjelp til selvregulering

En ungdom forteller om hvordan psykologen på BUP hjalp henne å se ting i sammenheng, og ga henne teknikker for å snu tankene når de gikk i negative spiraler. Flere forteller om tegninger og grafer som har gitt dem forklaringer på hva som skjer i kroppene deres, som gjør det lettere å kjenne igjen og forebygge at det blir vanskelig: *”De metodene som hun lærte meg de har hjulpet meg veldig mye nå også”*. De forteller om det å finne gode ting å si til seg selv, støttende bilder eller setninger som kan snu tankerekker eller virke beroligende. *”Så, den første metoden vi brukte var at jeg skulle tenke på rommet mitt, for det var på en måte, [...] det var sånn det trygge stedet mitt”*, forteller en ungdom. Felles for de ulike metodene eller

teknikkene som nevnes er at de gir ungdommene økt forståelse for egne symptomer. En forståelse de opplever at de kan bruke til å regulere seg.

Ved siden av de mer uttalte teknikkene, legger ungdommene vekt på nytten i det å få fortelle sine historier. Jentene gir mange eksempler fra hverdager med uoversiktlige, følelsesmessig overveldende eller truende situasjoner i relasjon til foreldrene sine. De forteller at de ikke har hatt noen å snakke med dette om tidligere. Det er to ulike aspekter ved det å få fortelle som oppleves godt. For Ella handlet det om å skape sammenheng, knytte fortid til nåtid og fremtid. For Ane handlet det mest om å bare få tømt ut og lagt noe fra seg. Den opplevelsen det gir beskrives slik: *”da var jeg sånn letta når jeg gikk ut etterpå, [...], nå har jeg sagt det til noen og trenger ikke bekymre meg så mye lenger”*.

Det å skape sammenheng, enten i form av historiefortelling eller i form av økt forståelse for egne reaksjoner, utgjør viktige elementer i god hjelp til disse ungdommene.

Om hjelp med relasjonen til foreldre

Flere av ungdommene understreker hvor viktig det har vært å få et rom for seg selv på BUP. Samtidig formidler alle ungdommene at de på ulikt vis har fått god hjelp med sin relasjon til foreldrene: *”Vi pratet mye om familie, mye om mamma og pappa og sånt”*. Mange har fått hjelp til å forstå foreldrenes sykdom/strev. Flere har også fått hjelp til både å gjenopprette og/eller avgrense kontakt med foreldrene sine.

Ungdommene ønsker konkret informasjon om foreldrenes strev så tidlig som mulig. Ingen har opplevd det som negativt å få slik informasjon. Minst like viktig som informasjon om selve sykdommen/rusproblemet er det å få ord for hvordan foreldrenes strev påvirker dem. Ane reflekterer over behovet for informasjon på denne måten:

Jeg tenker at det kanskje hadde vært lettere for meg å godta at mamma var sånn og sånn noen ganger, sånn hvordan hun reagerte og sånn. [...]kanskje jeg hadde forstått bedre og kanskje jeg hadde...ikke vært så hard alltid da, for atte hvis jeg følte meg urettferdig behandla av mamma, så sa jeg veldig ifra. Det var ikke måte på.

Informasjonen bør både gi åpninger for å forstå seg selv bedre (at mitt strev henger sammen med det jeg har opplevd), og gi muligheter for å tenke på nye handlingsalternativer overfor foreldrene.

For noen av ungdommene har den viktigste hjelpen de har fått på BUP vært å møte foreldrene i en ramme som var trygg for både dem og foreldrene. To har opplevd at et enkeltstående møte var nok for å gjenopprette relasjonen til en forelder. *"Det var jo BUP som hjalp meg med å få kontakt med pappa"*, forklarer en jente. Det å forstå at faren nå ville stille opp for henne var det viktigste BUP bidro med.

Jentenes erfaringer viser at det kan være like viktig å få hjelp til å avgrense seg fra foreldrene sine. Det er spesielt utfordrende for de som fortsatt bor sammen med foreldre som strever. Ungdommene forteller om hvordan foreldrenes skiftende humør eller væremåte påvirker dem følelsesmessig. Det har vært til god hjelp å få råd om hvordan de kan avgrense seg fra foreldrenes strev og gi seg tillatelse til å ha det bra, både gjennom fysisk avstand (stikke til pappa) og mentale grep (tillate meg å ikke tenke). Ella forteller at hun fikk hjelp av BUP til ikke å legge sånn på seg det som var mammas problemer. *"Det var veldig vanskelig i starten. Men, nå har det egentlig blitt en vane. Så nå er det mye lettere"*, forklarer hun.

Ungdommene er opptatt av både å skjerme foreldrene sine, og beskytte seg selv. Derfor er det viktig å få et rom for seg selv på BUP. En sier det slik: *"for det må jo være mye verre å*

snakke om, om ting og liksom skulle kritisere, ja foreldrene sine litt da, hvis de er der, tenker jeg da". Flere har erfaring med at rus og sykdom gjør foreldrene uforutsigbare. En av jentene forklarer: *"vi må på en måte passe på hva vi sier når han er frisk, for han kan bruke det mot oss når han blir syk"*. Et rom for seg selv er likevel ikke alltid nok, for taushetsplikten har en begrensning før ungdommene fyller 16 år. Det gjøres ikke alltid kjent. Noen av jentene har, som Ane, opplevd tillitsbrudd gjennom at historier de delte i fortrolighet, ble gjort kjent for foreldrene.

Oppsummert formidler ungdommene at det er nødvendig at det etableres en tillitsfull relasjon, med passe push. Det kan noen ganger ta lang tid. Videre trenger ungdom et trygt rom. Et rom hvor de kan skape sammenheng og lære selvregulering. I tillegg trenger de hjelp til å forstå og finne ut av relasjonene til foreldrene sine, enten alene eller sammen med dem.

Diskusjon

Studiens formål var å få mer kunnskap om hvordan ungdom opplever møtet med BUP, når foreldrene også strever. Alle jentene har opplevd god hjelp. Mange forteller at de har fått økt sosial støtte rundt seg etter kontakten med BUP. De har åpnet opp, og det har gitt bedre kontakt med foreldre, familie og venner. Flere av jentene formidler at de konkrete teknikkene de lærte på BUP er nyttige når de støter på nye utfordringer. Alle jentene er enten under utdanning eller i jobb, og beskriver hverdager som fungerer. Alle problemer er likevel ikke løst. Diskusjonen som følger springer ut fra vår fortolkning av hvordan ungdommenes erfaringer kan gi retning til en videre utvikling av BUP i møte med ungdom i den doble kategorien pasient og pårørende.

BUP- ungdommens helsetjeneste?

Våre intervjuer med 9 unge jenter indikerer at BUP har et omdømmeproblem som hindrer ungdom på veien til hjelp. Stigma og negativ stempling blant jevnaldrende utgjør en del av dette. Ungdommene i vår studie gir svært tydelig uttrykk for et ønske om at BUP må ufarliggjøres gjennom mer informasjon, åpenhet og normalisering av psykiske lidelser. Dette

funnet samsvarer med forskning som viser at ungdom som strever med psykisk helse i liten grad søker profesjonell hjelp for sine plager (Zachrisson, Rödje & Mykletun, 2006; Gulliver, Griffiths & Christensen, 2010; Rickwood, Mazzer & Telford, 2015). Denne forskningen hevder at en av de vanligste hindrene mot å søke hjelp er ungdoms opplevelse av stigma og flauhet. En annen sentral hindring er vansker med å gjenkjenne egne symptomer.

Ønsket om økt informasjon, for å redusere stigma, bringer oss over i spørsmålet om hvilken forståelse slik informasjon skal ta utgangspunkt i. Ungdommene i vår studie vurderte ikke seg selv som psykisk syke. De visste ikke hvilke ord de skulle bruke, men de hadde følelser som gjorde vondt. Mange satte det i sammenheng med livsbelastningene de opplevde. Flere fagfolk mener at nettopp en slik forståelse av psykiske plager bør erstatte den dominerende biomedisinske modellen innenfor psykisk helsevern (Aarre, 2010; Kinderman, 2014; Ekeland, 2014). Valla (2014) argumenterer for at en slik psykososial forståelse av psykisk lidelse er nødvendig for å lykkes i å redusere frykt, avstand og diskriminering. Vi mener at det er grunn til å tro at valg av forståelsesramme og språk vil kunne ha stor betydning for om ungdom vil relatere informasjon om BUP og psykisk lidelse til seg, og dermed om de tar i bruk hjelpetilbudet.

I tillegg til ønsket om å redusere stigma ved psykiske plager, ønsker ungdommene å kunne vurdere selv om de trenger hjelp. Dette funnet samsvarer godt med ungdommene i PsykiskhelseProffene sine ønsker om et Friskhus, med differensiert hjelp uten henvisningshinder (Forandringsfabrikken, 2014). På den annen side viser vår studie at nettopp det å vurdere om man trenger psykisk helsehjelp er vanskelig for mange unge. De mangler et språk for sin lidelse. Det gjør dem avhengige av voksne som ser, forstår, forklarer og som gir passe push for at de skal ta i mot hjelp. En studie viser at foreldrene har sentral innflytelse på om ungdom søker hjelp (Rickwood et al., 2015). Det hevdes at det viktigste tiltaket derfor vil være å øke foreldres kunnskap om psykisk helse. For vårt utvalg ungdom, som tidvis mangler foreldrestøtte, vil det derimot være av ekstra betydning at andre viktige voksne har denne kunnskapen og kan støtte dem til å søke hjelp.

Skal vi ta ungdommene på alvor bør døra til BUP stå åpen for barn og unge som ønsker kontakt. Når ungdom mangler språk, og foreldrene har redusert kapasitet, er det trolig ikke nok hverken med åpen dør eller foreldre-informasjon. Vi mener at det i tillegg er behov for å sikre at andre viktige voksne, som omgås ungdom i det daglige, har god kompetanse i å møte ungdom på måter som gir mening for dem. Tilsvarende funn vedrørende ungdom i sårbare livssituasjoner, er gjort av Føllesø, Halås & Anvik (2016).

Ungdommene i vår studie formidler på en tydelig måte at det gjenstår viktig arbeid knyttet til åpenhet og informasjon før de kan se på BUP som en tjeneste de trygt kan oppsøke når livet gjør vondt. Samtidig er det mye som tyder på at den tjenesten de møter når de først er kommet dit, i all hovedsak mestrer å møte deres behov.

Passe push? Dilemmaer knyttet til å finne takten til ungdommen og følge den

Det er godt kjent i feltet at en god terapeutisk allianse er sentralt for all behandling (Norcross, 2002). En terapeutisk allianse består både av relasjonen til behandler og av enighet om mål og metode (Bordin & Kovacs, 1979). Det er dermed ikke et overraskende funn at våre ungdommer også legger stor vekt på relasjonen til behandleren. To andre norske undersøkelser finner også at ungdom vektlegger relasjonen til behandleren, og det i større grad enn voksne og foreldre (Bjønness, 2015; Westbye, 2015). Det er også kjente utfordringer knyttet til det å komme frem til felles mål i arbeid med barn og unge, da behandlere må forholde seg til både foreldre og barns ofte ulike mål (Norcross, 2010). Imidlertid viser en engelsk studie at bare halvparten av barn på BUP overhodet ble spurt om sin egen forståelse av hvorfor de var på BUP (Stafford et al, 2016). De påpeker et behov for at det brukes mer tid på å snakke med de unge om deres forståelse av egne vansker og forventninger til BUP både før henvisning og i første konsultasjon. Disse funnene knytter seg til barn og unge på BUP generelt. Vi mener at det i møtet med ungdom som har foreldre som strever fremstår som

ekstra viktig å vie den terapeutiske alliansen oppmerksomhet, både hva gjelder relasjon og felles mål.

Jentene i vår studie har hatt flere negative relasjonserfaringer med sine nærmeste enn ungdom flest. Også i lys av en slik forståelse er det naturlig å tenke at behandlere bør vie ekstra oppmerksomhet til det å etablere en trygg relasjon. Det kan ta lang tid, og det fordrer tålmodige behandlere med en ekstra sensitivitet i forhold til tillits-spørsmålet. Miller har over lengre tid lagt vekt på nødvendigheten av at terapeuter trener spesifikt på ferdigheter knyttet til relasjon og allianse (Duncan, Miller, & Hubble, 2007). Våre ungdommers erfaringer peker muligvis på det samme behovet. Å lykkes i relasjons-arbeidet med sårbare unge betinger i tillegg et system som gir behandlere tid og rom til å være tålmodige. Rammene behandlerne jobber innenfor må fremme en slik holdning. Behandlerne må gis tillatelse til å inngå i langvarige relasjoner ved behov, og ikke presses til korte behandlingsløp. Muligheten for tid, i form av rammer, synes å være under stadig press i et helsevesen som styres etter økonomiske effektivitetsmodeller (Johannessen,2004)

Ungdommene i denne studien formidler at de setter pris på at terapeuten styrer timene. Når terapeuten forstår dem, kan det synes trygt å hvile i dennes ledelse. Et dilemma for behandlere blir da hvordan de kan sikre at de utøver passe push, at de styrer på en måte som gjør ungdom trygge, at de verken overkjører eller blir for overflatiske. Lambert (2013) er en av mange som over tid har hevdet at systematisk feedback fra pasienten er avgjørende for å lykkes i endringsprosesser. Vår studie gir ingen svar på om dette er løsningen, men indikerer at ungdom ikke uoppfordret sier i fra om hvordan de opplever behandlingen og behandleren.

Å søke hjelp når foreldrestøtten svikter? Dilemmaer rundt ivaretagelse av ungdommenes behov for trygghet og støtte

I BUP-feltet er det en klar holdning at foreldre er sentrale i all behandling av barn og unge. Foreldrene ansees som eksperter på sine barn. De er de avgjørende aktørene i barns

endringsarbeid (Halleraker & Uchermann, 1998). Det foreligger både en entydig praksis og en lovpålagt informasjonsplikt, som legger opp til utstrakt samarbeid med foreldre på BUP. Vår studie indikerer noen utfordringer knyttet til denne praksisen, da BUP kan bli en utrygg helsetjeneste for unge i vårt utvalg. Ungdommene er tydelige på at de trenger hjelp i forhold til foreldrene sine. De er samtidig opptatt av å få et rom alene. De ønsker å skjerme foreldrene og beskytte seg selv. Denne studien viser at ”god hjelp” kan bety at behandlere ikke lener seg passivt til en etablert praksis om foreldresamarbeid, men tar aktivt stilling til foreldreinvolvering sammen med ungdommene. I balansen mellom behov for autonomi, tilknytning og beskyttelse må ungdoms mening om foreldredeltagelse tas på alvor. Tilsvarende våre funn finner Henriksen (2014) at ungdom som har foreldre som er kritiske eller fraværende, trenger avstand til foreldrene sine. PsykiskhelseProffene mener i tillegg at det er behov for å sikre barn og ungdom gjennom ny lovgivning i forhold til taushetsplikt overfor foreldre (Forandringsfabrikken, 2014). Noen av ungdommene i vår studie mener det samme.

Avslutning

Vi har intervjuet ungdom, som hovedsakelig fikk kontakt med BUP i ungdomsskolealder. De hadde mye på hjertet. De ønsket å bidra til at flere barn og unge også kan få god hjelp. Artikkelen viser at det hverken er enkelt å skulle søke hjelp, eller å ha tillitt til at hjelpere faktisk kan hjelpe, når man er ung og foreldrestøtten svikter. Studien bidrar med erfaringskunnskap fra en gruppe unge med doble utfordringer. Utfordringer som tidligere forskning i liten grad har sett i sammenheng. I den videre utviklingen av BUP som tjeneste synes det å være sentralt å ta tak i BUPs omdømmeproblem, gjennom å finne både et språk og en form for informasjon som kan nå frem til de unge og deres viktige voksne. Videre fremstår det som sentralt å legge til rette for rammer som gir behandlere anledning til å praktisere den hårfine balansekunsten det er å skulle utøve passe push i møte med sårbar ungdom. For å sikre god hjelp for denne gruppen unge må deres behov for å både skjerme seg selv og beskytte foreldrene løftes frem og forankres tydeligere i lovverk og rammer.

Studien baserer seg på rike beskrivelser av erfaringer fra møter med profesjonelle hjelpere, og fra hverdagsliv med foreldre som strever. Erfaringene tilhører likevel et lite antall unge jenter over 17 år, med foreldre med betydelig belastning. Det er behov for mer kunnskap om denne gruppen ungdom. Det er også behov for mer kunnskap om hva yngre barn, og gutter i særdeleshet, mener om god hjelp og BUP i tilsvarende sårbare livssituasjoner.

Referanser:

Anvik, C. & Gustavsen, A. (2012). *Ikke slipp meg! : Unge, psykiske helseproblemer, utdanning og arbeid* (NF-rapport nr. 13/2012). Bodø: Nordlandsforskning. -

Bakken, A. (2016). *Ungdata 2016. Nasjonale resultater*. (NOVA Rapport 8/16). Oslo: NOVA

Bjønness, S. (2015). *Ungdoms erfaringer med poliklinisk behandling i psykisk helsevern: En kvalitativ studie med fokus på oppmøte og behandlingsfrfall*. Masteroppgave i helsevitenskap. Universitetet i Stavanger.

Bone, C., O'Reilly, M., Karim, K. & Vosantis, P. (2015). "They're not witches..." Young children and their parents' perceptions and experiences of Child and Adolescent Mental Health Services. *Child: Care, Health and Development*, 41(3), 450-458

Bordin, E.S. & Kovacs, A.L. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, Vol16(3), 252- 260. Hentet fra: <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

Duncan, B., Miller, S., & Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, November/December, 36-45, 57.

Ekeland, T. (2014). Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(9), 715-722

Follesø, R., Halås, C., & Anvik, C. (2016). *Sett, hørt og forstått?: Om profesjonelle møter med unge i sårbare livssituasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

Forandringsfabrikken (2014). *Psykisk helseProffene- Unge med råd til psykisk helsevern*. Resultatmagasin. Forandringsfabrikken forlag.

Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10, 113.

Halleraker, S., & Uchermann, E. (1998). *Foreldrene - barnets nærmeste hjelpere og barne- og ungdomspsykiatriens viktigste samarbeidspartnere* (Vol. Nr 6, Skriftserie fra Nic Waals institutt (trykt utg.)). Oslo: Kommuneforlaget

Halsa, A & Söderström, K. (2013). Mosaikk - Nyhetsbrev nr 1/2013 Hentet fra: http://www.hil.no/forskning/forskningsnyheter/nyheter_2013/foerste_nyhetsbrev_fra_mosaikk_prosjektet

Haugland, B., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.

Henriksen, A. (2014). Adolescent's reflections on successful outpatient treatment and how they may inform therapeutic decision making- a holistic approach. *Journal of psychotherapy integration*. 24(4), 284-297

Johannessen, B. (2004) Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet, konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Stein Rokkan Centre for Social Studies. Hentet fra: <http://hdl.handle.net/1956/1345>

Kallander, EK., Brodal, L. & Kibsgård, H. (2012) *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007–2010*. IS-2011. Oslo: Helsedirektoratet.

- Kinderman, P. (2014). *A prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. Baingstoke: Palgrave Macmillan
- Krogh, F. (2016). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015* (Rapport 03/2016). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no>
- Kufås, E., Faugli, A., & Weimand, B. (2015). *Barn og ungdom som har foreldre med rusmiddelproblemer- en kvalitativ levekårsstudie- "når jeg ser han, får jeg sånn stikk i hjertet..."*. (Rapport IS-2398). Helsedirektoratet: Oslo
- Lambert, M. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed.). Somerset: John Wiley & Sons.
- NVivo (2012). *NVivo qualitative data analysis software (Version 10)*: QRS International Pty Ltd.
- Norcross, J. C. (2002), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Cary: Oxford University Press, USA
- Norcross, J.C. (2010). Evidence-Based Therapy Relationships. Hentet fra: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?>
- Rickwood, D., Mazzer, K. & Telford, N. (2015). Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry* 15,40.
- Ruud, T, Birkeland B., Faugli A., Hagen, K.A., Hellman A., Hilsen M.,...& Weimand, B.M, (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. (Rapport IS-0522), Akershus universitetssykehus HF: Lørenskog
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.

Stafford, V., Hutchby, I., Karim, K. & O'Reilly, M. (2016). "Why are you here?" Seeking children's accounts of their presentation to Child and Adolescent Mental Health Service (CAMHS). *Clinical child psychology and psychiatry*, 21(1) 3-18.

Sverdrup, S., Kristofersen, L. & Myrvold, T. (2005). *Brukermedvirkning og psykisk helse* (NIBR-rapport nr 2005-6,). Oslo: Norsk institutt for by- og regionsforskning.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Torvik, F. & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport nr 2011:4). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Valla, B. (2014). *Videre : Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Westbye, O. (2015) Ungdom og foreldres rapporterte erfaringer med tilbudet ved BUP-klinikk, St.Olavs hospital, Intern skriftserie 2-2015

Zachrisson, H., Rödje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: A population based survey. *BMC Public Health*, (6), 34-.

Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Univeristetsforlaget.

”Jeg er ikke noe offer for mamma”

En kvalitativ studie av ungdom på BUP som også har foreldre som strever

Abstract

This paper is based on qualitative interviews with nine teenage girls, patients with a local child and adolescent mental health clinic (BUP) in Norway. Their parents have either/or both mental health problems/drug abuse. The paper focuses on the dual role of these adolescents, and their ways of making sense of their own problems. These girls regard their problems as reactions to adverse life events. At the same time they struggle with how to understand their own mental health problems in light of their parent's illness. Their relational experiences and their parents's explanations are woven into their personal sense-of-self. Both sociocultural factors and complexed relational challenges make it hard for them to create a meaningful and bearable sense-of-self. The paper focuses their need for help in processes of meaning-making.

Innledning

Mange barn som henvises til BUP, har foreldre som også strever. På standardiserte henvisningsskjemaer krysses det av for hvilke symptomer på psykiske lidelser barnet viser. Av og til er det også krysset av for ”belastninger i familien”, og en sjelden gang følger en kort beskrivelse av foreldrenes vansker, slik som rusproblemer eller psykiske vansker. Hvis barnet har rett til helsehjelp, får det en pasientrolle med påfølgende utredning, diagnostisering og behandling. Etter dagens helselovgivning (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009)), har denne gruppen BUP-pasienter også en annen rolle, rollen som pårørende. I begge roller vurderes barnet som sårbart med spesifikke behov og rettigheter. Hjelpeapparatet vil vel, og rigger hjelpen innenfor etablerte strukturer og rutiner. Som regel uten at barn eller unge blir spurt om hva de trenger, eller hvordan de selv forstår sine problemer.

Denne artikkelen handler om å være i denne doble rollen som både pasient og pårørende. Vi undersøker hvordan de unge forstår egne vansker i lys av foreldrenes vansker, og hvordan de opplever seg forstått av viktige voksne, inklusive BUP-terapeuten. Fokus er på forståelsesarbeidet, hvordan de forklarer årsaker, sammenhenger og skaper mening i det de har opplevd og den de har blitt. Profesjonelle hjelpere kan mye om disse sammenhengene, hvilke avvik og risiko de utsettes for, hva som beskytter og hva som kan gi psykiske lidelser. Men hva tenker ungdommene selv?

Vi stiller tre forskningsspørsmål: Hvordan forstår ungdommene sine egne psykiske vansker? I hvilken grad ser de eget strev i sammenheng med foreldrenes psykiske vansker og/eller rusproblemer? Og hva skjer med ungdommenes selvforståelse i møte med hjelpernes forståelse?

Bakgrunn

Folkehelseinstituttet anslår at nærmere 40 prosent av norske barn har en forelder som strever med rus eller psykiske vansker, og ca 10 prosent av dem i alvorlig grad (Torvik & Rognmo, 2011). Det er godt dokumentert at foreldres psykiske lidelser og/eller rusmisbruk påvirker

barns oppvekst og utvikling, og øker risikoen for å få egne problemer (Mordoch & Hall, 2008; Rossow, Lambert, Keating & McCambridge, 2016; Ruud et al., 2015;). Det anslås at barn av foreldre med rus/psykiske lidelser har dobbelt så høy risiko som andre barn for alvorlige følger, deriblant utvikling av egne psykiske lidelser (Torvik & Rognmo, 2011). På bakgrunn av dette kom det i 2010 nye lovbestemmelser for å sikre en bedre ivaretagelse, og styrke rettsstillingen til barn som pårørende. Alt helsepersonell plikter nå å gi disse barna informasjon om foreldrenes lidelse, kartlegge deres hjelpebehov og sikre at de får nødvendig hjelp (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009)).

Når så mange har foreldre som strever, vil trolig en stor andel av barn og unge på BUP, være i denne doble kategorien. Disse vet vi lite om, da forskningslitteraturen behandler *barn som pårørende* og *barn i BUP* som adskilte kategorier. Det vi vet er at barn i BUP sjeldent blir spurt om vold og konflikter i familien (Ormhaug, Jensen, Hukkelberg & Egeland, 2012). I tillegg viser tilsyn med BUP til mangelfulle tverrfaglige vurderinger, hvor sider ved barnets symptomer eller miljø, ikke ble tilstrekkelig vurdert før behandling ble iverksatt (Helsetilsynet, 2015). Denne studien har derfor som mål å synliggjøre barn i denne doble kategorien ved å løfte frem deres tanker og erfaringer.

Teoretisk bakgrunn

Studien er forankret i sosiokulturell teori som ser barndommens erfaringer som situerte i en sosial og kulturell kontekst, hvor barn posisjoneres som *deltagende aktører* (James, Jenks & Prout, 1998). Familieliv og profesjonell virksomhet befinner seg alltid i et større meningsskapende rom, i kulturen og dens fortellinger om rett og galt, friskt og sykt, barn og foreldre, pasienter og hjelpere, og om hvordan deres roller, posisjoner og relasjoner bør være. Barn i den doble rollen er deltakere i tatt for gitt og ofte ureflekterte kulturelle praksiser, inkludert det å være BUP-pasient. Vi forsøker å se deres ytringer i lys av konteksten som rammer inn deres fortellinger (Ulvik, 2009).

Med utgangspunkt i deres personlige fortellinger har vi søkt etter meningsinnhold og hva som påvirker meningsdannelse. I tråd med narrativ psykologi, har vi vært opptatt av hvilke utviklingsmuligheter og begrensninger som ligger i fortellingene (Jansen, 2013). Vi bruker begrepet *subjektposisjon* fra posisjoneringsteori, som viser hvordan vi forteller oss inn i, og tildeles ulike normative posisjoner. Et begrep som ofte brukes i narrativt inspirerte analyser (Harré & Moghaddam, 2012; Jansen, 2013). Våre ungdommer posisjoneres både som *pårørende* og *psykisk syke*. Vi ønsket å finne ut hvordan de opplever kategoriene, og hva det gjør med selvforståelsen.

Med fokus på utvikling av selvforståelse, og hvordan denne påvirkes av relasjoner og erfaringer med foreldre og hjelpere, bruker vi også begreper fra Sterns (2003) selvutviklingsteori som *affektinntoning*, *imitering* og *speiling*. Teorien vektlegger det som foregår i individet og i foreldre-barn relasjonen, og hvordan foreldres forståelser skrives inn og blandes med barnets selvforståelse. I Sterns teori posisjoneres barnet både som kompetent og handlende, og som avhengig og sårbart.

Kombinasjonen av sosiokulturell teori, utviklingspsykologi, samt ulike perspektiver på hvordan historier og posisjoner blir til, gir oss tilfang på teoretiske begreper som kan belyse både indre prosesser, erfaringer i nære relasjoner, og den kulturelle konteksten, som tilsammen påvirker ungdommenes forståelsesarbeid.

Metode

Med et fenomenologisk og fortolkende utgangspunkt har vi valgt et kvalitativ design med semi-strukturerte intervjuer som metode. Intervjuet var todelt. En del var formet som et livsformsintervju med fokus på hverdagsliv og det å være ”barn av” en syk forelder, den andre med åpne spørsmål knyttet til møte med BUP og andre profesjonelle hjelpere.

Deltakelse forutsatte at ungdommen hadde minst en forelder med rus- eller psykiske helseproblemer, og at de hadde avsluttet sin kontakt med BUP i løpet av 2013-2015. Intervjuene ble gjort sommeren/ høsten 2015. Ni jenter i alderen 17-23 år ble rekruttert via behandlere i BUP. Ungdommene beskriver hovedsakelig symptombelastning i angst-/depresjons-spekteret, med selvskading, suicidforsøk, skolevegring og sosial tilbaketrekning. Fem av dem har foreldre med bipolar lidelse, to med alkoholmisbruk, en med både rusproblem og bipolar lidelse, og én forelder har sosial angst. Konflikter mellom foreldrene, sinne og vold beskrives i tillegg av flere. 8 av 9 informanter har hovedsakelig bodd sammen med sin syke forelder i oppveksten.

Intervjuene, som varte i cirka 1,5 timer, fant sted hjemme hos ungdommene eller i BUPs lokaler. De ble tatt opp på lydfil, transkribert i sin helhet og anonymisert. Ungdommenes beskrivelser er ikke sammenholdt med journaler eller annen dokumentasjon. Materialet ble kodet i NVivo (2012), både for å holde oversikt over materialet og for å øke analysens transparens.

Analysen er inspirert av Interpretative phenomenological analysis (IPA), en metode som vektlegger individens forståelse og erfaring av bestemte fenomener (Smith, Larkin & Flowers, 2009). Studien er en del av Mosaikkprosjektet på Høgskolen i Lillehammer (Halsa & Söderstöm, 2013), og er godkjent av Regional Etisk Komite.

Resultater

Presentasjonen av funn og analyser er tredelt og følger forskningsspørsmålene.

1. Hvordan forstår de egne vansker?

Når ungdommene ble spurt om egne vansker, fortalte 8 av 9 om symptomer knyttet til belastninger ved det å vokse opp med en forelder som strever med rus-/psykiske vansker. Selv om noen også har andre forklaringer, som at de har «arvet» sin psykiske lidelse, er likevel hovedfunnet at egne psykiske plager forstås som ytre belastninger som har blitt til indre strev.

To historier presenteres som ytterpunkter i vårt materiale. Historiene fokuserer på hva ungdommene forteller om sin forståelse av foreldrenes vansker, og foreldrenes forståelse av dem.

Å få en forklaring og bli sett

Hedda vokste opp med en pappa som drakk i perioder. Hun husket best feriene, da drakk han mye. På starten av ungdomsskolen forsto hun at noe var galt. Hun så at pappa skjulte at han drakk. Hedda syntes det var ekkelt å være alene med pappa. Hun ville helst ikke være hjemme. Hun sa ikke det til mamma, og ingen venner visste. Det hele kulminerte når pappa brøt sammen og ble innlagt. Hedda var 14 år. Heddas mamma valgte å være åpen om pappas vansker og belastningene de hadde som familie. Det var til stor hjelp å snakke med mamma, på en måte godt at det ikke bare var hun som syntes det var vondt. Mamma mente at hun også burde snakke med noen utenfor familien, noen med erfaring i hvordan det var å ha en pappa som var alkoholiker. Hedda tenkte at hun kom til BUP fordi hun strevde med å takle pappas alkoholmisbruk.

Ensomhet og uvitenhet

Ella vokste opp med en mamma som drakk. Pappa flyttet da Ella var 3 år. Ella fortalte om ensomhet, manglende omsorg og mange arbeidsoppgaver hjemme for en liten jente. Hun tenkte at det var normalt at foreldre drakk alkohol. Utover barneskolen forsto hun at dette ikke var riktig. Det var ikke slik hjemme hos vennene. I 5. klasse sa hun fra til mamma og ba henne pent om å begrense seg litt. Mamma bli veldig sint, og sa at hun hadde ingen problemer. Det Ella snakket om var bare tull. Ella sa ikke mer, men merket at det skjedde noe innvendig hver gang mamma var full. Først i 9. klasse åpnet hun seg for en lærer, og for første gang hørte hun mamma omtales som alkoholiker. Skolen mente Ella var trist og ensom. Det føltes ukjent. Hun tenkte ikke det om seg selv. Hun ble henvist BUP, og husker at det sto "klare depresjonssymptomer" i papirene.

Hedda har en forståelse av seg selv som samsvarer med mammas. Hun har tatt opp i seg mammas forklaring om at hennes vansker henger sammen med pappas vansker. Hedda har et forklarende og fortolkende speil i mamma, og kan se seg selv og egne symptomer relativt klart. Ella derimot vokser opp uten å vite hva hun skal tenke om seg selv eller hvordan hun skal forstå mammas vansker. I Ellas verden av nære voksne er det ingen som fanger opp og bekrefter hennes reaksjoner. De forblir ”innvendige”, udelte og prisgitt Ellas eget regulerings- og forståelsesarbeid.

Begge fortellingene viser at ungdommenes forståelse for egne vansker har sammenheng med hvilke forståelsesrammer de har hatt tilgjengelig. Forståelsesrammer brukes her som tilgjengelig informasjon og utviklingsstøtte i forståelsen av seg selv og andre. Forklaringene våre 9 jenter har fått er av ulik kvalitet, og mange har ikke fått bekreftet egne reaksjoner og behov. Kun et fåtall har fått hjelp til å se sammenhenger mellom eget strev og foreldres vansker. Slik sett er de fleste historiene mest lik Ellas.

Flere av informantene har, i tillegg til oppfatningen om at ytre belastning blir til indre strev, også andre, parallelle forklaringer på egne vansker. To av dem forstår også egne vansker som noe de har arvet. De har fått forklart at det er noe som ligger i genene. Etter å ha fortalt historien om en voldelig far, og om frykt og engstelse gjennom oppveksten, sier en av dem dette:

Jeg tror jeg har hatt det hele tiden, men at jeg ikke har merket det eller ikke tenkt over det før [...] jeg fikk vite det av mamma at: du har sosial angst ... Det ligger i slekta. Bestemor har det, og mamma har det, og jeg har det.

Andre tenkte at deres problemer var mye av årsaken til problemene hjemme, og noen trodde de var grunnen til den syke forelderens strev. Gjennom mange små fortellinger om hva som ble sagt hjemme, hva foreldrene mente og gjorde, dannes ulike selvforståelser, som alle er tydelig farget av foreldrenes bidrag. På den ene siden handlet fortellingene om sammenhenger mellom eget og foreldrenes strev, men på den andre siden er ungdommenes eksplisitte

forklaringer gjerne en annen. Hva tenker de egentlig om hva foreldrenes vansker, og de belastninger det har påført dem, har gjort med dem?

2. I hvilken grad ser de sammenheng med foreldrenes vansker?

Det som for mange fagfolk vil fremstå som åpenbare sammenhenger i fortellingene, er ikke nødvendigvis det for ungdommene selv. Kun tre av deltakerne ga uttrykk for at de mente det var en slik sammenheng. De fleste svarte nei eller vet ikke, og ble nølende, uklare eller ga flertydige svar.

Flere forteller om en prosess, hvor de gjennom venner og hjelpere gradvis har fått en forståelse av at belastningene hjemme har gjort noe med dem. De peker på hvor vanskelig det er å forstå, når man ikke har tanker og ord for det som skjer.

Når jeg var liten så visste jeg ikke om detta der. Jeg visste ikke om, jeg visste ikke om angst i det hele tatt. Åssen kunne jeg da tenke noe om angst, når jeg ikke visste.

Jentene skulle ønske at de som yngre hadde fått mer hjelp i denne prosessen.

...kanskje noen kunne åpnet øynene mine litt for at jeg kanskje oppførte meg sånn som jeg gjorde på grunn av noen av disse tingene da. [...] Ja, satt det i sammenheng.

De tre som så en klar sammenheng mellom egne og forelderens vansker, hadde alle fått en avstand til forelderens. De hadde flyttet på hybel, de hadde gjenopprettet kontakt med den andre forelderens eller fått en kjæreste inn i livet. De beskriver både fysisk og emosjonell avstand til den syke forelderens. Det ser ut til at det å erkjenne en slik sammenheng er noe som både krever en viss emosjonell distanse og selvstendighet.

De som nøler med å forklare sine problemer som resultat av foreldrenes, velger å fremheve positive konsekvenser ved det å vokse opp slik de har gjort. Flere trekker også frem temaer som skyld og skam når vi spør om disse sammenhengene.

Jeg bestemte meg for noen år siden at jeg, jeg synes ikke det er noe skamfullt å ha en far som er syk. Fordi jeg har ikke valgt det, pappa har ikke valgt det, ingen har valgt det. Så det er jo ikke noe det er skam over.

Noen reagerer kraftig på begrepet ”å være barn av”:

Jeg føler meg ikke som et offer for mamma i det hele tatt, hvis det er det du tenker på. Nei... Nei, det er ikke sånn. Jeg er barn av en syk person? Nei. Mamma er mamma. Jeg er veldig glad i henne.

For enkelte er spørsmålet om sammenheng noe de ikke har tenkt på før. Selv om de nettopp har fortalt oss om hva foreldrenes vansker gjorde med dem, kobler de det ikke til forståelsen av egne vansker og en sammenheng.

... det har jeg faktisk ikke helt tenkt over. Eh..., men...kanskje. Jeg vet ikke...

Ungdommene svarte ulikt, men følelsesladd på spørsmålet om hvordan de forstår egne vansker i sammenheng med foreldres vansker. Mens alle forteller om hvordan de ble påvirket, eller om konkrete episoder knyttet til foreldrenes vansker som har satt varige spor i dem, var det for mange vanskelig å tenke på dette som årsak til egne vansker. Så hva skjer når disse ungdommene, som både har og ikke har en forståelse av slike sammenhenger, møter BUP og andre profesjonelle hjelpere?

3.Hva skjer i møte med hjelperne og BUP?

Det skjer noe med selvforståelsen allerede ved henvisning til BUP. Alle forteller om tanker de hadde i forkant av møtet med BUP. Ord som *skummelt* og *rart* går igjen. De var redde for å bli analysert, stemplet og dømt. De forteller at de ikke tenkte på seg selv som psykisk syke, eller i hvert fall ikke så syke som de som gikk på BUP. De tenkte at BUP var til for de som selv hadde problemer, og ikke for de som hadde problemer med foreldrene sine.

*...klart det er litt rart, fordi du tenker ... at ja, er det noe galt med meg på en måte?
Liksom, siden det er jeg som skal hit da...*

Til tross for at de fleste sa at de ikke visste noe særlig om BUP, gjorde henvisningen noe med dem. Problemene som de tidligere hadde antatt at lå utenfor dem selv, ble flyttet inn og de ble selv problemet. Det opplevdes skremmende og de vaktet seg for hvem som fikk vite at de skulle til BUP.

De fleste av våre informanter hadde møtt flere hjelpere og ulike hjelpesystemer, og de beskrev både gode og dårlige møter. De fortalte om viktigheten av hjelpere som forsto. Og de fortalte om den ene hjelperen som hadde forstått, og som ble et vendepunkt i fortellingen om eget strev.

...hun hjalp meg med de tingene hun sa til meg, men hun hjalp meg også litt sånn indirekte ved at hun lærte å kjenne meg, så lærte jeg også å kjenne meg selv. Så etter det så fikk jeg liksom kontroll over meg selv igjen.

Flere beskrev at det å forstå handler om noe mer enn bare å lytte.

Hun forsto meg på en måte som ikke andre gjør. Hun ville høre på meg, men hun stilte også spørsmål og kom med innvendinger.

Beskrivelsene av å føle seg forstått forteller om prosesser som gir en utvidet forståelse. Møtene med de dårlige hjelperne forteller noe helt annet. Beskrivelsene av å ikke oppleve seg forstått fremstår som en slags krenkelse, som ofte fører til avvisning av hjelpen de tilbys. Her fra møtet mellom helsesøster og en ungdom som ønsket pappa innlagt:

... jeg forteller at jeg har gjort ting, at jeg har prøvd å gjøre noe med det, at jeg har sagt ifra til fastlegen min og sånne ting. Hvor jeg får beskjed om at det er ikke ditt ansvar. Det er ikke det du skal gjøre. [...] Og... det å bli fortalt at jeg ikke gjorde det riktige, når jeg gjorde det eneste jeg kunne gjøre, for å på en måte redde meg ut av situasjonen...

Denne jenta gikk aldri tilbake til helsesøster. Disse hjelperne, som både visste og ville hjelpe, tilbød en forståelse som var ubrukelig. Den ga ikke mening til det de selv tenkte om hva de strevde med.

Diskusjon

Med bakgrunn i temaet *forståelse av egne vansker* diskuteres tre temaer som sentrale i det ungdom i denne doble rollen beskriver. Vi drøfter hva det betyr for hvordan vi bedre kan forstå og legge til rette for hjelp.

Å trenge et menneskelig speil

Våre funn viser, i likhet med andre studier, at forståelsen av egne vansker har sammenheng med forståelsen av foreldrenes vansker. I hvilken grad ungdom utvikler psykiske lidelser må sees i sammenheng med deres forståelse av foreldrene og situasjonen hjemme (Beardslee & Podorefsky, 1998; Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004). I tråd med denne forskningen viser også våre funn at ungdommene ønsker mer informasjon om foreldrenes vansker.

Men våre funn viser i tillegg hvordan relasjonserfaringer risser spor i selvforståelsen, i tråd med Sterns (2003) beskrivelse av det narrative selvet som en ko-konstruksjon av barnet og omsorgspersonene. Foreldrenes forklaringsmodeller, gode, dårlige, mangelfulle eller feilaktige, veves inn i deres bilder av seg selv. Noen har mange tråder, og har funnet et mønster i sin vev. Noen har fått mønstre som gir dem lite handlingsrom. Andre står med mange løse tråder, og lite erfaring med kunsten å veve, eller leve. I tråd med både sosiokulturell teori og utviklingspsykologi, må ungdommenes fortellinger om egne vansker, forstås i lys av de relasjonserfaringer og den kontekst de har hatt for sitt forståelsesarbeid (Ulvik, 2009).

Ungdommene har fortalt oss om de gode hjelperne, de som forsto på en måte som ingen andre gjorde. Hjelperne som både lot dem snakke, viste at de forsto, men også kom med innvendinger. Små historier som tatt ut av en lærebok i Sterns selvutviklingsteori, hvor affektiv inntoning, imitering og speiling beskrives som elementer i den intersubjektive prosessen hvor forståelse utvikles (Stern, 2003). De trenger hjelpere som sørger for utviklingsstøtte til meningsdannelse. De ber om et relasjonelt spill.

Nye rettigheter til barn som pårørende og opprettelse av barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten for voksne, skal sikre disse barna informasjon (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009)). Denne studien viser imidlertid at det skal mer til enn informasjon om forelderens plager for at barn skal utvikle en selvforståelse med sammenhenger som gir mening. De trenger noen å skape mening sammen med.

Ikke psykisk syk – ikke et offer

Når ungdommene forteller om egne vansker på den tida de ble henvist til BUP, forteller de om psykiske vansker som reaksjoner på belastninger. De tenkte ikke at det var noe galt med dem, eller at de var psykisk syke. Å bli henvist til BUP med mistanke om psykisk lidelse, var skremmende. Våre funn støtter slik sett kritikerne i det som omtales som *Den store psykiatridebatten*. De hevder nettopp at folk flest har en psykososial forståelse av emosjonelle

plager, og at den biomedisinske sykdomsmodellen som dominerer psykisk helsevern bidrar til fremmedgjøring og sykeliggjøring (Aarre, 2010; Ekeland, 2011; Kinderman, 2014).

Våre funn viser at det å forstå seg selv som psykisk syk, fremstår som en truende subjektposisjon (Harré & Moghaddam, 2012). Det ligger normative føringer for det ”å gå til BUP” som tilsier at noe er galt med dem, og truer deres forståelse av seg selv som normale. For å få hjelp må de godta å posisjoneres i en avvikskategori.

På samme måte kan det å bli definert som ”barn av” fremstå som nok en avvikskategori. Rabbe (2010) påpeker at begrepet hefter foreldrenes vansker til barnet, og posisjonerer dem som passive bærere av risiko. Våre funn viser at mange ikke ønsker å bli sett på som ofre for sine foreldre. Samtidig forteller svarene at dette ikke bare berører normer knyttet til avvik, men at denne årsaksforklaringen også utfordrer relasjonen mellom barn og foreldre.

Umulige årsaksforklaringer

Det å tenke at mor eller far har bidratt til egne vansker, er svært utfordrende for mange, noe flere andre studier også har funnet. Barn forsøker å forstå sine reaksjoner og bevare seg selv, samtidig som de forsøker å opprettholde stabilitet og tro på egne foreldre (Mordoch & Hall, 2008; Reupert, Goodyear & Maybery, 2012). De er autonome, men samtidig relasjonelt avhengige av dem som forårsaker deres strev. Ulvik (2009) viser til det samme i sine studier av barnevernsbarn og påpeker de komplekse relasjonelle vurderingene som ligger bak barnas flertydige svar.

For kanskje er det slik, at det ikke er mulig å være ”et barn av”, så lenge man først og fremst er ”et barn med”? I så fall er det et tankekors at fagfeltet bruker et begrep som ser ut til å være i utakt med dem det er ment for. Kanskje burde vi finne et begrep som bedre tar vare på både det relasjonelt avhengige og det autonome barnet? Et begrep som er til å leve med for barn som strever, og lever med foreldre med rus-/psykisk lidelse.

Studiens styrker og svakheter

Studien viktigste begrensning ligger i utvalget som kun består av jenter. Det er grunn til å anta at funnene ville vært annerledes om også gutter hadde deltatt. I tillegg er intervjupersonene rekruttert via tidligere behandlere, og det er grunn til å mistenke at utvalget består av et knippe tilfredse brukere av BUP. Studien kunne vært styrket ved å benytte flere datakilder, eksempelvis supplerende intervjuer med foreldre og behandlere.

Studiens styrke ligger i det rike materialet vi fikk om både hverdagsliv og BUP-erfaringer. Metodisk er den et eksempel på hvordan man kan sikre reelle tilbakemeldinger fra pasienter.

Konklusjon

Jentene i denne studien strever med å finne meningsfulle sammenhenger i sin forståelse av egne vansker. De både forstår og ikke forstår. De forteller oss at deres forståelse av egne vansker rommer foreldre de både skylder på og bryr seg om. Den rommer også hverdagsliv som tilbyr både forståelse og fordømmelse. De trenger en forståelse av egne vansker som gir mening, men som også er til å bære.

Kanskje kan ikke deres behov for hjelp sikres gjennom rett til informasjon et sted, og behandling av psykiske plager et annet? Kanskje bidrar systemet til å opprettholde mangel på sammenheng og gode forståelsesmodeller? Kanskje tvinges de inn i negative kategorier og posisjoner som øker kompleksiteten og fordømmelsen, og gjør livet enda vanskeligere?

Ungdommene i denne doble kategorien ber om hjelp som rommer deres utfordringer. Kloke hjelpere som nennsomt bidrar til økt forståelse i takt med hva de kan tåle og håndtere. For når livet fortsatt skal leves med psykiske plager og foreldre som strever, finnes det ingen enkel løsning.

Referanser

- Beardslee, W., & Podorefsky, D. (1988). Resilient Adolescents Whose Parents Have Serious Affective and Other Psychiatric Disorders: Importance of Self-Understanding and Relationships. *The American Journal of Psychiatry*, 145(1), 63-9.
- Ekeland, T. (2011). *Ny kunnskap - ny praksis: Et nytt psykisk helsevern* (Erfaringskompetanse.no, 2011:1). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Halsa, A. & Söderström, K. (2013). *Mosaikk – Nyhetsbrev nr 1/2013*. Hentet fra http://www.hil.no/forskning/forskningsnyheter/nyheter_2013/foerste_nyhetsbrev_fra_mosaikk_prosjektet
- Harré, R., & Moghaddam, F.M. (2012). *Psychology for the Third Millennium: Integrating Cultural and Neuroscience Perspectives*. Hentet fra <https://www.amazon.com>
- Haugland, B., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Helsetilsynet (2015). *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker* (Rapport 3/2015). Oslo: Helsetilsynet
- James, A., Jenks, C., & Prout, A. (1998). *Theorizing childhood*. Cambridge: Polity Press.
- Jansen, A. (2013). *Narrative kraftfelt: Utvikling hos barn og unge i et narrativt psykologisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kinderman, P. (2014). *A Prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Mordoch, E. & Hall, W. (2008). Children's Perspective of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rythm and Maintaining the Frame. *Qualitative Health research*, 18(8), 1127.

- NVivo (2012). *NVivo qualitative data analysis software (Version 10)*: QRS International Pty Ltd.
- Ormhaug, S.M., Jensen, T.K., Hukkelberg, S.S. & Egeland, K. (2012). Traumer hos Barn: Blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49/3, 234-240.
- Ot.prp. nr. 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m (oppfølging av born som pårørende)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rabbe, A. (2010). Usynlige barn? *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid.*, 7(3). 260-262
- Reupert, A., Goodyear, M. & Maybery, D. (2012). Engaging with, and understanding children whose parents have a dual diagnosis. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(3), 153-160
- Rossow, I., Lambert, F., Keating, P. & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohorts studies. *Drug and Alcohol Review* 35(4), 397-405
- Ruud, T, Birkeland B., Faugli A., Hagen, K.A., Hellman A., Hilsen M., ... & Weimand, B.M, (2015). *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. (Rapport IS-0522), Lørenskog: Akershus universitetssykehus HF
- Smith, J., Larkin, M., & Flowers, P. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Los Angeles: SAGE.
- Stallard, P., Norman, P., Huline-Dickens, S., Salter, E. & Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness upon Children: A Descriptiv Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(1), 39-52
- Stern, D. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Torvik, F., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser* (Rapport nr. 2011:4) Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.

Ulvik, O. (2009). Barns rett til deltakelse - teoretiske og praktiske utfordringer i profesjonelle hjelperes samarbeid med barn. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46(12), 1148-1154.

Aarre, T. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.