

Anna Bjørnstad

I morgen kan bli den beste dagen

**Et salutogent blikk på foreldrepraksiser når mor eller far
opplever angst og/eller depresjon**

Masteroppgave i Familiebehandling 2015

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for Samfunnsfag

Sammendrag

Denne masteroppgaven i familiebehandling bygger på en kvalitativ intervjuundersøkelse. Syv foreldre har fortalt om sine erfaringer knyttet til familieperspektivet når en av foreldrene har angst og/eller depresjon. Tre av intervjuene er med foreldrepar og et intervju er med en enslig mor. Jeg ønsket å utforske hvordan hverdagslivet til familiene fremtonet seg og hvordan hjelp på et tidlig tidspunkt kunne bidra til å fremme helse for familien.

Problemstillingen for prosjektet var:

«Hvordan konstituerer foreldre seg innenfor hverdagslivets kontekst, når mor eller far opplever angst og/eller depresjon, og hvilke muligheter til mestring og hjelp forteller de om?»

Sosiokulturell teori og den salutogene modellen, sammen med elementer fra narrativ praksis utgjorde oppgavens teoretiske ramme. Situerte foreldrepraksiser og opplevelse av sammenheng (OAS) ble brukt som analytisk enhet og begreper. Tematisk analyse ga inspirasjon til analysen i denne oppgaven. Foreldreteam ble utviklet som et induktivt begrep. Som en måte å forstå hvordan foreldrene konstituerte seg på i utfordrende hverdager. Det å ha noen å oppdra barnet sammen med, var av stor betydning. Stressorer omhandlet i stor grad forventningspress, relatert til normalitetsdiskurser. Hjelp til mestring omhandlet muligheter til å ta i bruk generelle motstandsressurser, og å oppleve situasjoner som begripelige, håndterbare og meningsfulle.

Resultatene av undersøkelsen må betraktes som et bidrag til refleksjon for klinisk praksis, på grunn av et lite utvalg. Det pekes på et behov for mer forskning knyttet opp mot familieperspektivet ved angst og/eller depresjon hos foreldre.

Abstract

This master's thesis in family therapy is a qualitative interview study. Seven parents told about their experiences related to the family perspective when a parent has anxiety and/or depression. Three of the interviews are with both parents as a couple and one interview is a conversation with a single mother. I wanted to explore how everyday life for families were presented and how assistance at an early stage could be health promoting for the family.

The main research-question was:

"How do parents constitute themselves within the context of everyday life, when the mother or father experiences anxiety and/or depression, and which opportunities do they relate to coping and support?"

Sociocultural theory and the salutogenic model, together with elements from narrative practice are the theoretical frame of the master's thesis. Situated parenting practices and sense of coherence (SOC) were used as an analytical unit and concepts. Thematic analysis gives the inspiration for the analysis in this thesis. As an inductive term, Parent's Team was developed. As a way to understand how parents constituted themselves in challenging weekdays. Raising the child together with someone was of great importance. Stressors were largely related to pressure of expectation due to discourses of normality. Coping support were about possibilities to take in use general resources of resistance, and to experience situations as comprehensible, manageable and meaningful.

The results of the study must, be considered as a contribution for reflection for clinical practice, due to the small sample. It points out to a need for more research related to the family perspective when parents experience anxiety and/or depression.

Forord

Denne masteroppgaven markerer en viktig milepæl i en lang reise. Jeg kan godt huske den dagen for snart fem år siden da jeg tok beslutningen om å bli familieterapeut. Jeg satt på mitt helsesøsterkontor på en skole med telefonen i hånden og tenkte. Ut døren hadde en nydelig jente med langt lyst hår nettopp passert, vi møttes jevnlig og jeg hadde ydmykt fått lov til å lytte til hennes historier og hjelpe henne gjennom en litt vanskelig tid på vei inn i puberteten. Historiene handlet om savn og tristhet og om voksne som hadde sviktet, uten at de hadde ønsket det. Den dagen, ble jeg sikker på at denne jenta og hennes familie kunne ha fått en bedre start på livet sammen, dersom noen hadde hjulpet dem tidligere. Den innsikten var det jeg trengte for å på nytt gå i gang med krevende studier. Jeg ønsket å få mere kunnskap knyttet til familiers behov og hvordan forstå og hjelpe, for å kunne bidra til mestring. I mangt og mye er det denne jenta og mange andre barn, ungdommer og familier som har inspirert meg til denne masteroppgaven, og jeg ønsker å takke dem alle sammen!

Så vil jeg rette en stor takk til foreldrene som har deltatt i intervjuundersøkelsen! Tusen takk for at dere tok meg imot i deres hjem og lot meg få ta del av fortellinger om hverdagsliv og behandling. Jeg føler stor takknemlighet for at dere ønsket å dele dette med meg for å bidra med viktig kunnskap, som vil kunne være med å videreutvikle forståelsen for familier som er i lignende situasjoner. Slik kunnskap som kan bidra til at barn, ungdommer og deres familier kan få en litt bedre fellesstart på livet.

En stor takk rettes også til May-Britt Solem, min veileder i løpet av en lang prosess.

Så vil jeg også takke min sjef, barne- og ungdomspsykiater Betty Van Roy, som støttet meg og lot meg avsette tid til å slutføre arbeidet. Samt gode kollegaer i gammel og ny jobb.

Familie og venner har vært en uvurderlig trygghet i en til tider utfordrende periode av mitt liv, der jeg med varierende hell har forsøkt å kombinere rollen som mastergradsstudent, mor og familieterapeut. Så hjertelig takk til dere som betyr aller mest og som alltid har hatt «trua» også når kreftene mine har sviktet. Spesielt takk til mannen i mitt liv, Øyvind og verdens skjønneste gutter, Isak og Benjamin!

Hakadal, 16.mai 2015

Anna Bjørnstad

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	2
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	3
1.2 Formål og problemstilling.....	3
1.3 Avgrensninger	4
1.4 Definisjon av sentrale begreper.....	4
1.4.1 Familie og familieperspektivet i denne oppgaven.....	4
1.4.2 Angst og depresjon	5
1.4.3 Hjelpere og hjelpeapparatet	5
1.5 Oppgavens oppbygging.....	5
2. Aktuell forskning innenfor tema.....	6
2.1 «Mamma med nerver»	6
2.2 Fars rolle når mor har psykiske utfordringer.....	7
2.3 Fedre med psykiske lidelser	7
2.4 Familieperspektivet i hjelpetilbud og tidlig intervensjon.....	7
2.5 Pågående forskningsarbeid i Norge.....	8
2.6 Aktuell forsknings betydning for dette mastergradsprosjekt	9
3. Teoretiske perspektiver	9
3.1 Sosiokulturell teori	9
3.1.1 Situerte foreldrepraksiser.....	10
3.1.2 Bronfenbrenners bioøkologiske modell.....	10
3.2 Den salutogene modellen	11
3.2.1 Kontinuumet mellom helse og uhelse	12
3.2.2 Stressorer	13
3.2.3 Opplevelse av sammenheng (OAS).....	13
3.3 Narrativ praksis og ny-formulerende samtaler.....	14
3.4 Oppgavens analytiske begreper.....	15
4. Metode - En kvalitativ intervjuundersøkelse.....	15
4.1 Epistemologisk ståsted	16
4.2 Forskerens førforståelse	16
4.3 En svært utfordrende rekrutteringsprosess	17

4.4 Endelig utvalg	19
4.5 Gjennomføring av intervjuer	20
4.5.1 Semistrukturert intervjuguide	21
4.5.2 Lydfiler og transkribering.....	21
4.6 Ethiske overveielser	22
4.6.1 Krav til konfidensialitet	22
4.6.2 Forskerens rolle og konsekvenser.....	23
4.7 Prosjektets kvalitet	23
4.8 Tematisk analyse som inspirasjonskilde	24
4.8.1 Fase 1: Bli kjent fasen	25
4.8.2 Fase 2: Initial koding	25
4.8.3 Fase 3: Koder samles til temaer.....	26
4.8.4 Fase 4: Gjennomgang av temaer	27
4.8.5 Fase 5: Teoretisk analyse og ferdigstilling av rapporten.....	27
5. Resultater – presentasjon og drøfting	27
5.1 Foreldreteam som begrep for måter foreldrene konstituerer seg på.....	28
5.1.1 «Vi er et team, og vi har egentlig alltid vært det.»	28
5.1.2 «Vi henter inn noen ekstra krefter et eller annet sted»	34
5.2 Hjelp som bidrar til mestring	39
5.2.1 Patogenese versus salutogenese – hvordan unngå å falle i en grøft?	39
5.2.2 «Ikke avslutt hjelpen når jeg blir bedre – de må jobbe forebyggende med meg»	46
5.2.3 «Kutt ned på hvem som har ansvar for hva, det kunne ha vært noe det!»	48
6. I morgen kan bli den beste dagen	51
6.1 Oppgavens budskap.....	51
6.2 Svakheter ved metoden	54
6.3 Konklusjoner	54
6.4 Implikasjoner for praksis og behov for videre forskning.....	55
Litteraturliste.....	56
Vedlegg	
Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	
Vedlegg 2 – Intervjuguide	
Vedlegg 3 – Tilbakemelding fra REK	
Vedlegg 4 – Tilbakemelding fra NSD	

Kjære lytt til mørkret når vår dag er gått,
Natten nynner over fjerne åser,
Mangt har dagen skjenket oss av stort og smått,
Mer, kan hende enn vi har forstått,
Månen over tun og tak er like ny,
Men tier stille om vårt neste morgengry.
Mangt skal vi møte – og mangt skal vi mestre
Dagen i morgen skal bli vår beste dag.

Erik Bye (2003)

1. Innledning

Jeg velger å innlede denne masteroppgave i familiebehandling, som omhandler familieperspektivet når foreldre opplever angst og/eller depresjon, med følgende tekst:

Ny forskning fra TOPP-studien¹ ved folkehelseinstituttet viser dette:

Angst og depresjonssymptomer hos mor ga økt risiko for utagerende og emosjonelle plager hos barna allerede fra de var 1,5 år. Risikoen vedvarte inn i ungdomsårene og ga også økt risiko for symptomer på depresjon (Folkehelseinstituttet 2013).

Hvorfor innlede med dette sitat? Som helsesøster og familierapeut har jeg møtt barn og ungdom og deres familier når hverdagene er blitt vanskelige og de har ønsket hjelp til å få det bedre. Foreldrene har jeg som oftest møtt først når deres egne barn og ungdommer har utviklet symptomer. Det har blitt et vanlig spørsmål for meg å stille, om foreldrene kan kjenne seg igjen i barnas symptomer. Svært ofte er svaret ja, og mange ganger har jeg undret meg over hvorfor de ikke har fått oppfølging tidligere. Da med familieperspektivet i fokus.

TOPP-studien viser også at høye angst- og depresjonssymptomer hos mor under barnas to første leveår, samsvarer med høyere risiko for alvorlig depresjon i ungdomsårene (Nilsen mfl. 2013, 309). Hvilket ytterligere viser på et behov for tidlig innsats. Studien har ikke publisert noen resultater knyttet til fedre med angst og depresjon. Hvilket kan tyde på at far- barn interaksjonen ved psykiske lidelser hos far, fremdeles har fått lite fokus både i forskningssammenheng og i klinisk praksis.

Hvor rettes da min interesse som forsker i denne sammenheng? Jo, mot familien og hverdagslivet som kontekst for barns oppvekst. Denne oppgaven er basert på en intervjuundersøkelse med foreldre. I 2010, tredje lovendringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven i kraft for å sikre barns rett til informasjon og oppfølging når foreldre er syke. Det har vært stor interesse knyttet til disse endringene og spesielt til følgende; Helsepersonelloven kapittel 2 §10a: «Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende» (Helsepersonelloven 1999) og spesialisthelsetjenesteloven kapittel 3, § 3-7a om «barneansvarlig personell» (Spesialisthelsetjenesteloven 1999).

Forhåpentligvis medfører disse endringene i loven et økt fokus på barns behov, noe som er svært viktig. Likevel knytter jeg en viss bekymring til begrepet barn som pårørende.

Bekymringen omhandler flere aspekter. Pårørende er et begrep som tilhører en medisinsk

¹ TOPP-studien «Trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid» har i åtte runder samlet inn data om barn og unge og familiene deres. Studien undersøker utviklingsveier til trivsel, god psykisk helse og psykiske plager.

tradisjon og som ofte henger sammen med begrepet syk. Det er derfor nærliggende å spørre om helsefremmende prosesser for barn, ungdom og familier vil komme i stand også før barnet defineres som pårørende og når det vil skje?

I denne oppgaven har jeg valgt å ikke definere barn som pårørende, men utforske foreldrepraksiser når mor eller far har angst og/eller depresjon. Intervjuundersøkelsen omhandler foreldrenes tanker om familielivet og hjelp som de har fått, med vekt på hva som kan gi mestring. Et sitat fra Erik Byes (2003) vers, får illustrere kjernen i det jeg ønsker å formidle innledningsvis «Mangt skal vi møte – og mangt skal vi mestre. Dagen i morgen skal bli vår beste dag». Slik jeg ser det er det behov for et bredt blikk, hvor vi søker forståelse knyttet til familier innenfor en større sosiokulturell kontekst. Oppgaven ønsker å rette blikket mot hva som fremmer helse og livskvalitet, det vil si salutogenese (Antonovsky 2012).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Bakgrunn for valg av tema er et brennende engasjement for tidlig innsats for barn, ungdom og familier. I dag arbeider jeg som familieterapeut innenfor en barnepsykiatrisk kontekst, og jeg er opptatt av å formidle et behov for en helhetlig tilnærming når det gjelder psykisk helse.

Masterutdanningen i familiebehandling har gitt meg stor inspirasjon til å stoppe opp og reflektere over hvilke valg jeg gjør som terapeut. En behandling er ikke den andre lik, hver familie må forstås ut ifra sin spesielle situasjon og ut ifra en større sosiokulturell kontekst. Når jeg skulle velge tema var jeg aldri i tvil, jeg ønsket å se nærmere på familieperspektivet i tilknytning til angst og/eller depresjon hos foreldre. Dette da jeg som tidligere nevnt opplever å møte foreldrene først når barna deres har fått egne symptomer. Jeg ønsket å utforske mer grundig hvordan hverdagslivet fremtonet seg og hvordan hjelp på et tidlig tidspunkt kan bidra til å fremme helse.

1.2 Formål og problemstilling

Med bakgrunn i det jeg innledningsvis har skissert, vil masteroppgavens formål være å rette fokus mot situerte foreldrepraksiser, når en av foreldrene opplever angst og/eller depresjon. Dette for å bidra med økt kunnskap og forståelse knyttet til barn og foreldres behov, for hjelp på et tidlig tidspunkt før barna selv eventuelt har utviklet egne symptomer. I analysen vil jeg forsøke å forstå hvordan foreldre tenker og samhandler i hverdagslige situasjoner. Med en forståelse av at familien ikke er en isolert enhet, men en del av et større bioøkologisk system (Bronfenbrenner 1979). Oppgavens fokus rettes mot foreldrekapasitet, ressurser og prosesser. Jeg vil utforske hvilke faktorer foreldrene opplever som stressende og hvordan de mestrer

utfordringer. Et viktig fokus vil være hvilken hjelp de har fått og på hvilke måter de opplever at hjelpen har vært et bidrag til mestring.

Jeg har formulert følgende problemstilling:

«Hvordan konstituerer foreldre seg innenfor hverdagslivets kontekst, når mor eller far opplever angst og/eller depresjon, og hvilke muligheter til mestring og hjelp forteller de om?»

For å presisere problemstillingen ytterligere har jeg formulert tre forskningsspørsmål:

1. Hvordan opplever og forteller foreldre om familienes hverdagsliv?
2. På hvilke måter håndterer foreldrene utfordringer som de møter og kan dette virke helsefremmende?
3. Hvilke roller får helsetjenesten og andre instanser som familiene møter?

1.3 Avgrensninger

Denne oppgaven vil ikke komme inn på diagnostiske kriterier, individuell behandling i særlig grad eller barns opplevelser og reaksjoner på det å leve i en familie hvor mor og/eller far har angst og/eller depresjon. Den vil fokusere på situerte foreldrepraksiser, samhandling mellom foreldre og deres forståelser av hverdagslivet ut ifra familiens situasjon. Et salutogent (Antonovsky 2012) og sosiokulturelt perspektiv (Rogoff 2003) er fremtredende.

Familiene i intervjuundersøkelsen har barn i barnehage og barneskolealder. Oppgaven vil derfor omhandle tidlig intervensjon, og ikke komme inn på tilbud til familier med eldre barn.

1.4 Definisjon av sentrale begreper

I dette kapittel vil jeg definere noen av oppgavens sentrale begreper. Øvrige definisjoner vil bli gjort fortløpende i teksten.

1.4.1 Familie og familieperspektivet i denne oppgaven

Et meget sentralt begrep i denne oppgaven er familie og familieperspektivet. Det finnes ikke noen entydig definisjon på hva familie eller familieliv er i år 2015. Hva vi oppfatter som en familie, influeres av rådende ideologier og diskurser i det samfunn som vi lever i, på et bestemt historisk tidspunkt (Dallos og Draper 2010). I denne oppgaven ligger en forståelse av at familier er hva de gjør, det vil si familiepraksiser hvor barn vokser opp og utvikler seg sammen med nære omsorgspersoner (Ellingsæter og Leira 2004, 16). Med familieperspektivet menes en helhetlig forståelse av familiers hjelpebehov. Med fokus på utfordringer knyttet til

en hverdagslivskontekst og ut ifra en økologisk forståelse (Bronfenbrenner 1979).

1.4.2 Angst og depresjon

Jeg vil meget kort beskrive vanlig forekommende symptomer på angst og depresjon her, da det ikke vil bli gjort spesifikt videre i oppgaven. Angstlidelser er en samlebenevnelse for ulike psykiske tilstander med angst/frykt som hovedsymptom. Felles for angstlidelser er at symptomene genererer unngåelsesadferd. Frykten for situasjonene eller objektene kan bli så stor at personen velger å ikke utsette seg for dette ubehag. Dette i sin tur opprettholder angsten og kan påvirke dagliglivet i ulik grad (Folkehelseinstituttet 2009, 17).

Hovedsymptomene ved depressive lidelser er ofte nedsatt stemningsleie, mindre interesse for andre mennesker og dagligdagse gjøremål, tap av opplevelse av mening i livet og mangel på energi. I tillegg ofte også svekket selvfølelse, selvbebreidelse og skyldfølelse. Både angstlidelser og depressive lidelser varierer i intensitet, varighet og omfang (Folkehelseinstituttet 2009, 17). Likevel synes det som om det ofte er et mønster av bedring og tilbakefall.

Internasjonal og nasjonal forskning viser ganske entydig at forekomsten av angst og depresjon er vesentlig høyere hos kvinner enn hos menn (Folkehelseinstituttet 2009, 21). Det er høy komorbiditet mellom angst og depresjon, faktisk så stor at det diskuteres om det egentlig er ulike uttrykk for den samme lidelsen (Folkehelseinstituttet 2009, 21). I denne oppgaven har jeg derfor valgt å ha lite fokus på hvorvidt foreldrene har den ene eller andre diagnosen, men har heller hatt fokus på angst og/eller depresjon som en felles benevnelse. En kort introduksjon var nødvendig, men denne oppgaven vil i første hånd fokusere på psykisk helse. Forståelse, mestring og mening, er tre viktige faktorer som sammen skaper et godt grunnlag for psykisk helse og sammenheng i livet. Noe som er viktig å ha med i forståelsen av psykiske reaksjoner hos foreldre, spesielt knyttet til svangerskap, fødsel og barseltid (Brudal 2000, 18), men også generelt. Dette skal vi komme mer inn på i de ulike delene av oppgaven.

1.4.3 Hjelpere og hjelpeapparatet

For enkelhetens skyld blir fagpersoner innenfor ulike hjelpetilbud kalt for hjelpere dersom det ikke er behov for en mer spesifikk benevnelse og en mer generell omtalelse knyttet til flere hjelpetilbud blir omtalt som hjelpeapparatet.

1.5 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er inndelt i seks hovedkapitler. Det første kapitlet omhandler innledning og bakgrunn for tema, problemstilling, avgrensninger og begrepsavklaringer. Jeg har valgt å

presentere aktuell forskning i et eget kapittel, i kapittel to. I kapittel tre presenteres den teoretiske referanserammen, for så å etterfølges av et metodekapittel i kapittel fire, hvor jeg redegjør for prosessen fra oppstart av intervjuundersøkelsen til ferdig fremstilling av oppgaven. Jeg har lagt særlig vekt på å prøve å vise min posisjon i forskningsfeltet, valg som er tatt underveis og etiske overveielser slik at leseren selv kan vurdere kvalitet på håndverket. I kapittel fem, som er oppgavens resultatdel presenteres, og drøftes oppgavens resultater i samme kapittel. Til sist kommer kapittel seks, hvor trådene samles og munner ut i en konklusjon, samt noen implikasjoner for praksis og videre forskning.

2. Aktuell forskning innenfor tema

I tråd med oppgavens formål, og avgrensninger som er beskrevet i kapittel 1.3, vil jeg presentere et utdrag av aktuell forskning som omhandler familieperspektivet ved psykiske lidelser hos foreldre med mindreårige barn. Angst og depresjon hos foreldre nevnes spesifikt i enkelte undersøkelser, men oftest er det foreldre med ulike psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon.

Jeg har søkt i databaser, gått igjennom aktuell litteratur og sett på referanser for så å gjøre et utvalg. Litteraturgjennomgangen er på ingen måte uttømmende. Det har skjedd en gradvis endring i forskningsfokus i de senere år, fra fokus på individ, patologi og risiko til å også inkludere et mer mestringsorientert fokus (Ytterhus 2012, 25). Enkelte undersøkelser har også lagt vekt på familieperspektivet og familieintervensjoner. Da denne oppgaven ønsker et slikt fokus, er det naturlig å presentere den type forskning i dette kapitlet.

2.1 «Mamma med nerver»

Astrid Halså (2008) har i sin doktorgrad «Mamma med nerver» intervjuet mødre med psykiske lidelser, deres partnere og fagpersoner innenfor voksenpsykiatrisk døgnbehandling. Et uttalt familieperspektiv er gjennomgående i avhandlingen. Hverdagslivets kontekst og samfunnets betingelser for disse familiene drøftes (Halså 2008, 6). Skam og tabu knyttet til foreldreskap og psykisk helse leder til taushet både innad i familiene og utad i nettverk og på sosiale arenaer. Hvilket også medfører vanskeligheter med å nå frem med hjelpetilbud til familier på et tidlig tidspunkt (Halså 2008, 103). Det å fremstå som en normal familie i tråd med dagens familie- og hverdagsidealer, var av stor betydning. Derfor må de som møter foreldre med psykiske lidelser ha mot til å ta opp temaer som omhandler foreldreroller og hverdagsliv. Fagpersoner må ha kunnskap og kjennskap til hvem om kan hjelpe, dersom det er behov for annen type hjelp enn den de selv kan tilby. Halså (2011, 190) peker på behov for

videre forskning knyttet til familieperspektivet og tidlig intervensjon.

2.2 Fars rolle når mor har psykiske utfordringer

Inger Stene (2012) har skrevet en artikkel knyttet til fars rolle når mor får psykiske utfordringer i forbindelse med fødsel. Artikkelen tematiserer farsrollen og hvordan samfunnsmessige føringer påvirker hans rolle i en slik situasjon. For flere av fedrene i undersøkelsen medførte mors sykdom et mer deltagende farskap. For noen av fedrene var endringen varig, mens for andre var den kun midlertidig. I alle familiene var det slik at mor igjen overtok hovedomsorgen for barnet, når hun hadde muligheter for det (Stene 2012, 319). Det påpekes at det er et alt for stor kvinne- og barnefokus i hjelpeapparatet og et alt for lite fokus på farsrollen og på familieperspektivet. Fokus rettes mot sykdom, diagnose og mindre mot kontekst og hverdagens utfordringer for familien. Det er behov for videre forskning knyttet til hjelpeapparatets holdninger og praksis i forbindelse med psykiske reaksjoner i tilknytning til fødsel (Stene 2012, 324).

2.3 Fedre med psykiske lidelser

Reupert og Maybery (2009a) har intervjuet 11 menn med psykiske lidelser. Undersøkelsen omhandler foreldreerfaringer og hvilke behov de opplevde i rollen som far. De fleste bodde ikke sammen med barna, men det å være pappa ble sett på som en stor del av deres eget selvbilde. Grunnet stigma assosiert med psykiatriske lidelser og deres redsel for å miste samværsretten, led de i stillhet. Mange beskrev en overfokusering på patologi i samfunnet og at deres lidelse ble brukt mot dem og hindret dem i å ha kontakt med sine barn (Reupert og Maybery 2009a, 65). Fedrene ønsket familiebasert oppfølging, og ikke et ensidig individuelt fokus. Det er behov for hjelpetiltak som anerkjenner fedrenes forelderrolle og som støtter og oppmuntrer dem i den. Liten tid og manglende kunnskap hos fagpersoner opplevdes som utfordringer i forhold til å få hjelp og støtte i farsrollen. Forfatterne uttrykker behov for mer forskning knyttet til fedre med psykiske lidelser sett ut ifra et familieperspektiv hvor mødre og barns stemmer også inkluderes (Reupert og Maybery 2009a, 67).

2.4 Familieperspektivet i hjelpetilbud og tidlig intervensjon

Maybery og Reupert (2009b) har publisert en artikkel basert på en metaanalyse. Den omhandler hva som skal til for at psykiatriske tilbud skal inkludere et familieperspektiv i større grad enn det som gjøres. Undersøkelsen viser at det er behov for familierettede intervensjoner og tilbud om psykoedukasjon til barn og foreldre. For at flere slike tilbud skal bli tilgjengelige, må flere voksenpsykiatriske tjenester ha kjennskap til om pasientene har

barn. Det trengs mer kunnskap om barn, familier og foreldreskap ved psykiske lidelser hos voksne (Maybery og Reupert 2009b, 784).

Pihkala, Sandlund og Cederström (2011) har intervjuet ni familier, både barn og foreldre, om deres opplevelse av å ha deltatt i et familiebasert intervensjonsprogram, Beardslee's family intervention (FI). Programmet er i hovedsak utarbeidet i forhold til familier, hvor en av foreldrene lider av depresjon. Hovedpoenget med denne manualbaserte intervensjonen er å igangsette kommunikasjon i familien, som omhandler foreldrenes psykiske lidelser. Fremme beskyttende faktorer knyttet til barna og styrke foreldrene i foreldrerollen. Dette for å skape gode muligheter for mestring. (Pihkala, Sandlund og Cederström 2011, 624). Hovedresultatet fra studien viser at det ble større åpenhet i familien, barna opplevde lettelse, tok mindre ansvar og bekymret seg mindre. Foreldrene opplevde også lettelse, mindre skam og skyldfølelse. Prosessen i familien og samtalene ledde frem til en større åpenhet i familiens nettverk. Foreldrene følte seg sterkere i sine roller som foreldre.

Lindboe, Kufås og Karlsson (2013) har skrevet en artikkel om forebyggende arbeid og tidlig intervensjon til gravide og småbarnsfamilier. Artikkelen bygger på en evaluering av et forebyggende familieteam med fokus på samhandling med andre tjenester rundt familier, hvor foreldre har psykiske utfordringer. De skriver at det i tråd med samhandlingsreformen anbefales å opprette tiltaksnettverk rundt sårbare barn og familier (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013, 207). Det som kjennetegner slike nettverk fremfor behandlingsskjeder, er at tiltak i kommunen ikke avsluttes når spesialisthelsetjenesten kobles inn. Det er viktig med et samarbeid rundt disse familiene og at de har tilbud om hjelp over lenger tid (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013, 308). Tilgjengelighet og lavterskel kjennetegner slike tilbud som forebyggende familieteam (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013, 310). De ser et behov for videre forskning knyttet til familiers opplevelse av tjenester som fungerer og ikke fungerer (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013, 314).

2.5 Pågående forskningsarbeid i Norge

I programplan for psykisk helse 2011-2015 er forskning om psykisk helse knyttet til barn og unge et spesifikt satsningsområde (Forskningsrådet 2015). Det pågår omfattende forskning i forhold til barn som pårørende. Blant annet et stort prosjekt ved fem sykehus i Norge. «Fra politikk til praksis for barn som pårørende – får barna den oppfølgingen de har krav på etter loven?» (Nordlandssykehuset 2014a). Et annet omfattende prosjekt, er Mosaikkprosjektet, tilknyttet Høgskolen i Lillehammer og Sykehuset Innlandet. Det omhandler barn som vokser

opp i familier med rusmisbruk og/eller psykiske helseproblemer (Høgskolen i Lillehammer 2013).

Stort nasjonalt pårørende prosjekt pågår også for å lage en ny veileder for pårørende i helse og omsorgstjenesten, det vektlegges spesielt å fange opp barn og unge som pårørende tidlig og sørge for et godt tilbud for barn og foreldre (Nordlandssykehuset 2014b).

2.6 Aktuell forsknings betydning for dette mastergradsprosjekt

Aktuell forskning innenfor tema, peker på et stort behov for å videreutvikle forståelsen for familieperspektivet ved psykiske lidelser. Samt undersøke hvordan hjelpeapparatet kan møte disse familiene med hjelp så tidlig som mulig. Dette er i tråd med prosjektets intensjoner.

3. Teoretiske perspektiver

I dette kapittelet vil jeg gjøre rede for oppgavens teoretiske rammeverk. Først vil jeg introdusere oppgavens to sentrale teoretiske perspektiver:

- Sosiokulturell teori (Bronfenbrenner 1986; Rogoff 2003; Solem 2013).
- Den salutogene modellen (Gassne 2008; Antonovsky 2012).

Deretter vil jeg kort gjøre rede for narrativ praksis, som en familierapeutisk tilnærming og fremheve narrativer som kulturelle verktøy og ny-formulering av historier (Lundby 1998; Lundby 2009; White 2009).

Til slutt vil jeg oppsummere og tydeliggjøre oppgavens analytiske begreper.

3.1 Sosiokulturell teori

Familierapeuter og andre hjelpere som kommer i kontakt med familier må anerkjenne kompleksiteten i interaksjonen mellom foreldre og barn og hvordan faktorer utenfor familien virker inn på foreldrepraksiser (Solem 2013, 63). Jeg har valgt å bruke en sosiokulturell forståelse i møte med det empiriske materialet. En slik teoretisk forståelse omhandler økologiske og interaksjonelle perspektiver knyttet til utvikling (Bronfenbrenner 1986, 723; Rogoff 2003, 50; Bruner og Haste 2010, 1; Solem 2013, 63). I forhold til oppgavens formål betyr en slik teoretisk innfallsvinkel at søkelyset rettes mot familiers hverdagsliv og hvordan faktorer i og utenfor familien påvirker familiesystemet. Oppgavens fokus rettes mot prosesser som bidrar til økt foreldrekapasitet, og muligheter for å ta i bruk ressurser som kan bidra til en opplevelse av mestring og god livskvalitet.

3.1.1 Situerte foreldrepraksiser

Videre i oppgaven vil jeg ta i bruk begrepet situerte foreldrepraksiser (Solem 2013, 64). Det er en kontekstuell forståelse av foreldres handlinger i bestemte situasjoner. Jeg tenker at det også kan beskrives som å «gjøre» foreldreskap. Når foreldre gjør noe er de i aktivitet som aktører. Aktører utfører handlinger med et felles prosjekt om å skape mening. Situerte foreldrepraksiser kan således forstås som sosiale prosesser, situert i en kulturell og historisk kontekst, i stadig utvikling (Bruner og Haste 2010, 1).

3.1.2 Bronfenbrenners bioøkologiske modell

Begrepet situerte foreldrepraksiser, er direkte relatert til Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner 1979). Modellen har utviklet seg i ulike faser. Fra en økologisk modell til en bioøkologisk modell (Gulbrandsen 2006a, 50; Rosa og Tudge 2013, 243). Den bioøkologiske modellen består av fire grunnstrukturer som er i gjensidig påvirkning med hverandre, mikrosystem, mesosystem (to mikrosystemer i interaksjon), eksosystem (eksternt miljø som indirekte påvirker) og makrosystem (en større sosiokulturell kontekst) (Gulbrandsen 2006a, 53; Solem 2013, 64).

For å kunne forstå en families livssituasjon, må alle systemene i modellen tas med i betraktningen. Jeg vil kort gjøre rede for de ulike systemene, satt i relasjon til min intervjuundersøkelse.

1. *Mikrosystemet* karakteriseres av de personer som er i direkte kontakt med hverandre. Mikromiljøene representerer både en bestemt kontekst samt personer, relasjoner og handlinger som foregår der (Gulbrandsen 2006a, 54). Familien utgjør et mikrosystem, som inkluderer hvem barnet og foreldrene er, for eksempel faktorer som kjønn, alder, personlighet og helse. Samt hvordan familiekonstellasjonen er. Er det en eller to foreldre, hvor mange barn osv. (Solem 2013, 64). Foreldreroller er viktige deler av mikrosystemet. Mødre- og fedreroller innehar bestemte posisjoner i samfunnet og det er knyttet forventninger til aktiviteter og handlinger (Wetlesen 2010, 447). Innenfor mikromiljøet, forhandler foreldre seg imellom om hvem som skal gjøre hva og hvordan det skal gjøres. Foreldrene skaper en felles idé om hvordan de sammen kan oppdra barna ut ifra de muligheter de har sett i lys av økonomi, helse, nettverk osv.

2. *Mesosystemet* er forbindelsene mellom en persons ulike mikrosystemer. Det kan for eksempel være foreldre som henter i barnehagen barnet går i, eller at far ringer til barnets lærer på skolen (Gulbrandsen 2006a, 60).

3. *Eksosystemet* er systemer hvor man selv ikke er i direkte kontakt, men en annen i ens mikrosystem er det, og den kontakten påvirker prosesser i ens eget mikromiljø. For barnet kan det for eksempel være foreldrenes arbeidsplass (Gulbrandsen 2006a, 60). Familiepraksiser påvirkes av foreldrenes tidsbruk og engasjement knyttet til deres arbeid. Interaksjonen mellom foreldrenes arbeidsliv og familiens hverdagsliv kan gi utslag både i form av positive og negative prosesser. Spesielt mødre kan oppleve en utilstrekkelighet knyttet til å leve opp til forventninger både hjemme og på arbeid (Bø 2006, 123). Dette er faktorer som kan lede til stress.

4. *Makrosystemet* gjennomsyrrer de andre systemene, og kan beskrives som ideologier, kulturelle og historiske forestillinger om bestemte roller, aktiviteter og situasjoner (Solem 2013, 64). Familiepolitikk ilegges stor betydning for situerte foreldre- og familiepraksiser. Samfunnet er i stadig endring og i Norden har denne utviklingen gått raskt. En aktiv familie- og likestillingspolitikk har medført en bevegelse i omsorgspraksiser gjennom nye føringer og muligheter. Likevel så tar det tid for en kulturell forståelse av foreldrepraksiser å forandres. Kultur kan defineres som delte meningssammenhenger som utvikles i et sosialt samspill (Gulbrandsen 2006b, 251). Det kan derfor tenkes at det oppstår et forventningspress knyttet til foreldrerollen, på grunn av diskrepans mellom kulturelle forventninger og familiepolitiske føringer. Tone Schou Wetlesen (2010) har gjort en interessant oppfølgingsstudie knyttet til dagens foreldregenerasjon. Deres foreldre ble på 70-tallet intervjuet i forhold til foreldreroller. Undersøkelsen omhandlet hvordan de balanserte arbeid, barneomsorg og ansvar for hus og hjem. Studien viser at generasjonsoverføringen har vært liten. Samfunnsstrukturer og velferdsstrukturer har større innvirkning på familiepraksiser (Wetlesen 2010, 447). Det er også knyttet kjønnete forventninger til fedre- og mødrepraksiser. Sosiale kategorier i form av klasse, etnisitet og økonomi påvirker familiers valgmuligheter (Ellingsæter og Leira 2004, 28; Stene 2010, 324).

3.2 Den salutogene modellen

Den salutogene modellen er utviklet av Aaron Antonovsky (Antonovsky 2012). Salutogenese kan ses på som et alternativ til et dikotomt syn på helse og sykdom (Gassne 2008, 13; Hansson og Cederblad 2012, 247).

Hvordan kan man da forstå forskjellene mellom salutogenese og patogenese? På mange måter handler det om hva man som forsker eller hjelper er opptatt av å utforske. Hvilke faktorer og prosesser som man retter søkelyset mot. For å vise leseren forskjellene mellom de to

perspektivene, har jeg med inspirasjon fra Gassne (2008, 14) prøvd å illustrere dette med en tabell (Tabell 1). Den kan kun ses på som en forenklet beskrivelse og som en skjematisk oversikt.

Tabell 1. *Beskrivelse av Salutogenese og Patogenese*

Salutogenese karakteriseres av å:	Patogenese karakteriseres av å:
1. Forstå helse og helsefremmende prosesser	1. Forklare sykdom og sykdomsprosesser
2. Oppdage mestringsfaktorer	2. Identifisere risikofaktorer
3. Se på kompetanser og ressurser	3. Se på negative årsakssammenheng
4. Stille spørsmål om hva som gjør at familien håndterer situasjonen.	4. Stille spørsmål som bekrefter eller avkrefter sykdom.

Antonovsky peker på et gjensidig avhengighetsforhold mellom salutogenese og patogenese. Det er behov for en helhetlig forståelse av helse, hvor vi kartlegger personens, og i dette tilfelle familiens historie (Antonovsky 2012, 36). Et salutogent perspektiv fokuserer på, hvordan foreldre og familier kan mestre sin livssituasjon slik at utfordringer oppleves som mulige å håndtere (Gassne 2008, 15). Et slikt perspektiv innenfor forskning, kan bidra til kunnskap om motstandsressurser, som i sin tur kan bidra til utvikling av kliniske intervensjoner innenfor virksomheter som møter barn, foreldre og familier.

Salutogenese retter oppmerksomheten spesielt mot faktorer og prosesser som er helsefremmende. Hvordan vi mennesker kan forholde oss til stress på en slik måte at vi opprettholder eller øker vår opplevelse av helse og velvære. Helsefremmende faktorer sett ut ifra et familieperspektiv, kan for eksempel være lek, kjærlighet, fantasi og en forståelse av at det man gjør har en mening. Faktorer som er knyttet opp mot sosialt fellesskap, kultur og historie (Antonovsky 2012, 33). Hvilket viser på et fellesskap mellom sosiokulturell teori og den salutogene modellen. Bronfenbrenner og Antonovsky var begge opptatt av å fremme kunnskap om positiv utvikling sett i lys av sosiokulturelle og historiske prosesser (Gassne 2008, 16).

3.2.1 Kontinuumet mellom helse og uhelse

Ut ifra en salutogen modell, er det avgjørende å se på helse som et kontinuum mellom helse

og uhelse. Antonovsky fremholdt et holistisk syn på helse, hvor han vektla både biologiske, psykologiske og sosiale prosesser i modellen om salutogenese (Antonovsky 2012, 17). Dette til forskjell fra patogenese, hvor det forekommer en dikotomisering mellom normalt og avvikende (Gassne 2008, 17). I denne oppgaven handler salutogenese om å forstå hvordan foreldre i vanskelige livssituasjoner har klart å bevare god helse, eller på hvilke måter de har fått hjelp til å oppnå en større opplevelse av helse og livskvalitet for hele familien.

3.2.2 Stressorer

I tråd med en forståelse om at livet byr på utfordringer i ulik grad for alle, kommer vi inn på begrepet stressorer og hvordan man kan forstå stress innenfor salutogenese. Stress trenger ikke å bety noe negativt, det kan faktisk også bidra til å fremme utvikling. Avhengig av hvordan vi forholder oss til og håndterer stressorer (Gassne 2008, 18). Å oppleve angst og depresjon som forelder eller som familie, kan ses på som en anledning til å forandre livsstil og til å ta aktive valg for å oppnå bedre helse. Å se stressorer som utfordringer, og å ta i bruk fleksible og kreative løsninger står i direkte relasjon til en helsefremmende utvikling.

3.2.3 Opplevelse av sammenheng (OAS)

Opplevelse av sammenheng (OAS), er kjernen i den salutogene modellen. Det kan ses på som Antonovskys svar på spørsmålet om hva som skal til for å opprettholde eller fremme helse (Antonovsky 2012, 38). Hva betyr nå egentlig dette? Jo, tanken er at det oppstår en spenning når vi møter stressorer, noe som må håndteres. Vi må ta i bruk generelle motstandsressurser (GMR), som for eksempel kan være personlige, materielle, sosiale og kulturelle ressurser. Motstandsressursene hjelper oss å gjøre stressorene begripelige, og til å håndtere dem samt til å oppleve prosessene som mer eller mindre meningsfulle. Dette leder oss inn på de tre kjernekomponentene i OAS; *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet* (Gassne 2008, 22; Antonovsky 2012, 38).

1. *Begripelighet*, omhandler personens opplevelse av de stimuli og de stressfaktorer som vedkommende utsettes for. Om de er kognitivt forståelige, sammenhengende og med en klar struktur og informasjon, eller om de oppleves som kaotiske og uforståelige. En person som opplever høy grad av begripelighet forventer at fremtidige stressfaktorer enten er forutsigbare eller at de kan plasseres i en sammenheng og forklares. Det betyr ikke at det som skjer er ønskelig, men at det er noe som kan forstås (Antonovsky 2012, 40).

2. *Håndterbarhet*, omhandler personens opplevelse av og kapasitet til å kunne håndtere stressende livshendelser, eller om å holde ut i svært vanskelige situasjoner. Det vil si hvorvidt

man opplever å ha tilgjengelige ressurser til å håndtere spenningen som oppstår. At man selv har kontroll over disse ressursene eller at andre personer man stoler på har det. Det kan være tillit til partner, barn, venner, kollegaer eller en tiltro til religion, historie eller til andre kulturelle fenomener. Personer som opplever høy grad av håndterbarhet, opplever seg som aktører og ikke som ofre. Vedkommende tenker at livet har motbakker som vi må bevege oss oppover, for så komme oss videre (Antonovsky 2012, 40).

3. *Meningsfullhet*, omhandler både et kognitivt og et emosjonelt element. Det vil si i hvilken grad personer opplever at livet er forståelig og om de har motivasjon til å engasjere seg og gjøre en innsats. Samt på hvilke måter personer opplever mening i prosesser som de deltar i sammen med andre (Antonovsky 2012, 41).

I OAS er alle komponentene viktige, men i ulik grad. Det å ha en sterk motivasjon, som er en del av kjernekomponenten meningsfullhet, anses for å være spesielt viktig. En engasjert, motivert og interessert holdning leder til et ønske om å forstå situasjonen man er i og til å ta i bruk tilgjengelige ressurser. Hvis man har sterk motivasjon, men ikke har tilstrekkelige ressurser til rådighet, kan dette svekke den samlede opplevelsen av sammenheng. Alle komponentene er derfor viktige (Antonovsky 2012, 44). Antonovsky peker også på at en sterk OAS ikke er en bestemt mestringsstil, men en kapasitet til å ta i bruk passende ressurser i en bestemt situasjon. Det betyr å ha en fleksibel holdning til de utfordringer som man møter (Antonovsky 2012, 148).

3.3 Narrativ praksis og ny-formulerende samtaler

Som familierapeut, og mastergradsstudent i familiebehandling ønsker jeg å avslutte masteroppgavens teoretiske referanseramme med noen begreper fra narrativ praksis (White 2009). De to sentrale perspektivene i denne oppgaven, sosiokulturell teori (Bronfenbrenner 1979; Bronfenbrenner 1986; Rogoff 2003; Solem 2013) og salutogenese (Gassne 2008; Antonovsky 2012) hører hjemme i en sosiologisk forskningstradisjon. Jeg tenker derfor at narrativ praksis kan være et teoretisk bidrag fra en mer familierapeutisk tradisjon (White 2009; Lundby 2009; Johnsen og Torsteinsson 2012). Sosiokulturell teori, salutogenese og narrativ praksis har mye til felles. Narrativer er sentrale kulturelle redskaper (Bruner og Haste 2010, 5). Michael White (2009, 71) skriver at han ble inspirert av Bruner (1986) og hans litterære tekstanalyse som hadde et formål om å utvide forståelsen av de meningsdannende aktiviteter personer driver med i dagliglivet. White (2009) så paralleller til terapeutisk praksis. Han tenkte at det ville være god terapi å hjelpe mennesker til å ny-formulere sine historier,

som ofte var problemmettede. Han ønsket å inspirere til nysgjerrighet og kreativitet for å hjelpe klienter til å bli mer bevisste på andre sider av sine historier, de ofte glemte fortellingene som omhandler ønsker, drømmer og håp (Carey, Walther og Russel 2009, 320).

White (2009) ønsket å finne en måte å se og forstå mennesker med psykiske og sosiale problemer på som ikke medførte at de ble patologisert eller stigmatisert. Vi mennesker er sosiale aktører i historiske og kulturelle kontekster, hvor diskurser knyttet til normalitet og avvik råder (Bruner og Haste 2010, 5; Stene 2012, 324). Slike formeninger blir internalisert og påvirker vår opplevelse av hvem vi er og hvilken identitet vi har (Lundby 2009, 26; White 2009, 75). Eksternalisering er et forsøk på å skille de internaliserte problemene fra å være en del av en persons identitet, til å bli noe man kan håndtere, et objekt (Lundby 2009, 26).

3.4 Oppgavens analytiske begreper

Oppgavens analytiske enhet er situerte foreldrepraksiser. Det vil si hvordan foreldrene i intervjuundersøkelsen handler for å skape mening for sin familie innenfor en større sosiokulturell kontekst (Solem 2013). Aktiviteter og handlinger formidles via foreldrenes fortellinger. Nilsen skriver at det er en utfordring å finne en forskbar enhet når man skal studere komplekse fenomener (Nilssen 2012, 28). Innenfor det sosiokulturelle perspektivet er medierte handlinger og aktiviteter kjerneenheter (Nilssen 2012, 28). Det formidlende leddet er kulturelle redskaper. Eksempel på slike redskaper er for eksempel narrativer (Gulbrandsen 2006b, 256).

OAS og kjernekomponentene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet fra den salutogene modellen (Antonovsky 2012), blir brukt som analytiske begreper for å analysere de medierte handlingene og aktivitetene, og foreldrenes fortellinger om hjelpetilbud. Narrativ praksis og ny-formulerende samtaler blir brukt som et supplement for å drøfte muligheter til å forstå og handle på hjelpende måter i møte med familier i lignende situasjoner.

4. Metode - En kvalitativ intervjuundersøkelse

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for metodologiske valg. Formålet med masteroppgaven er å forstå hvordan foreldre med angst og/eller depresjon opplever sine hverdager og kontakten med hjelpeapparatet. Et kvalitativt forskningsintervju har til hensikt å få frem fyldig og beskrivende informasjon om hvordan mennesker tenker, føler og handler i ulike situasjoner (Dalen 2011, 13). Derfor anser jeg at en kvalitativ intervjuundersøkelse er et godt metodevalg.

4.1 Epistemologisk ståsted

Min posisjon som forsker er innenfor en postmoderne forskningstradisjon. Den grunnleggende forståelsen er at kunnskap blir til gjennom sosial konstruksjon i møte mellom intervjuer og forskningsdeltakere (Nilssen 2012, 25). En slik epistemologisk forståelse får stor innvirkning på de valg som blir tatt gjennom forskningsprosessen (Mik-Meyer og Järvinen 2005, 15; Nilssen 2012, 25). Problemstillingen og oppgavens formål vektlegger et relasjonelt perspektiv. Familien er en del av et større bioøkologisk system, hvor relasjoner, kultur og historie har stor betydning for den kunnskap som produseres (Solem 2013, 63).

Kunnskapsutvekslingen som skjer i et intervju kan ut ifra en postmodernistisk tankegang, forstås som forhandlinger om sosiale roller innenfor den aktuelle konteksten. Det er derfor forventet at deltakerne i intervjusituasjonen formidler et «foretrukket selv» og en så meningsgivende sosial rolle som mulig (Järvinen 2005, 30). Formålet med undersøkelsen er således ikke å finne en sannhet, tvert imot. Kunnskapen denne oppgaven ønsker å bidra med er økt forståelse for variasjoner av normale foreldrepraksiser. I et samfunn hvor forskjellighet fra diskursive normalitetsbegrep truer orden.

Som forsker er jeg nysgjerrig på hvilke oppdagelser jeg kan gjøre sammen med foreldrene i intervjusamtalene, og senere i analysearbeidet av det transkriberte tekstmaterialet. En slik forståelse kan også knyttes opp mot hermeneutikken. Heidegger vektlegger forskningsmaterialets betydning i form av å oppdage en dypere mening (Heidegger 1927, sitert fra Fangen 1997, 3). I motsetning til å se på sannhet som krav om korrespondanse mellom subjektiv ytring og objektiv virkelighet. Med dypere mening menes det som ikke er umiddelbart innlysende, men som blir til i en skapende prosess mellom forståelse og førforståelse. Denne vekslingen mellom forståelse og førforståelse, er det Heidegger kaller for den hermeneutiske sirkel (Heidegger 1927, sitert fra Fangen 1997, 3). Den kvalitative forskeren må anerkjenne sin egen subjektivitet, som sammen med teori og empiri utgjør grunnlaget for den mening som skapes i intervjumaterialet (Nilssen 2012, 26). Forskjellige forskere vil illegge materialet ulike betydninger (Fangen 1997, 3).

4.2 Forskerens førforståelse

Forskeren vil alltid stille med en førforståelse i møte med intervjudeltakerne og gjennom hele analyseprosessen. Det er viktig å være klar over sin egen førforståelse. Den vil kunne medvirke til økt sensitivitet i forhold til å se muligheter for teoriutvikling i materialet, og selvsagt også begrensninger i forhold til det man velger bort (Dalen 2011, 17). Jeg er utdannet

spesialsykepleier/helsesøster og familieterapeut med god kjennskap til feltet som jeg har valgt å undersøke nærmere i denne oppgaven. Mange års studier, praksis og arbeidserfaring fra helsestasjon, skolehelsetjeneste, voksenpsykiatri og barn- og ungdomspsykiatri har bidratt til en solid førforståelse i tilknytning til temaet. Det var min kliniske erfaring, som inspirerte meg til å velge tema og problemstilling.

Kunnskapen om barn som pårørende har heldigvis økt de siste årene (Moen 2009, 11; Ytterhus 2012, 25; Vik 2012, 131). Likevel er min kliniske erfaring at mange familier får hjelp først sent i forløpet. Hjelpemiddelet kan være fragmentert og lite sensitivt i forhold til kompleksiteten i hverdagen til familier med ulike helsemessige utfordringer. Jeg møtte dermed intervjudeltakerne og det empiriske materialet med en førforståelse som gjorde meg spesielt nysgjerrig på foreldrenes fortellinger om hverdagslivets utfordringer. Deres måter å mestre og håndtere utfordringer på og familiens møte med hjelpemiddelet. Jeg ser i ettertid at min førforståelse gjorde meg i stand til å utarbeide temaer til intervjuguiden og til å delta i relativt åpne dialoger med foreldrene. Forkunnskapen var noe jeg opplevde som en trygghet i intervjusamtalene og som gjorde at jeg var til stede og åpen for å oppdage nye ting. Dalen, skriver at det er avgjørende å skille på å møte intervjudeltakerne med et åpent sinn og det å stille uvitende (Dalen 2011, 25).

4.3 En svært utfordrende rekrutteringsprosess

I kvalitative studier er det vanlig å benytte seg av et såkalt tilgjengelighetsutvalg (Thagaard 2013, 61). Det vil si å rekruttere innenfor en setting, hvor vi kan finne deltakere som kan tenkes å ha god kjennskap til tema. Oppgaven er basert på dette, sammen med kriterieutvalg. Det vil si forutbestemte kriterier som deltakerne må oppfylle (Dalen 2011, 47). Jeg vil nå beskrive rekrutteringsprosessen fra tenkt utvalg til endelig utvalg. Det var en omfattende og krevende vei til mål.

Jeg kom frem til at det ville være en fordel å komme i kontakt med foreldre, som var pasienter ved et distriktpsikiatrisk senter (DPS). Dette da jeg var nysgjerrig på i hvilken grad familieperspektivet ble vektlagt innenfor en slik kontekst. Søknad om godkjenning for å gjennomføre prosjektet ble sendt til Regional Etisk Komité (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Vedlagt var informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Vedlegg 1) og intervjuguide (Vedlegg 2). REK konkluderte med at prosjektet kunne gjennomføres uten tillatelse fra dem (Vedlegg 3) NSD godkjente prosjektet (Vedlegg 4).

Neste skritt i rekrutteringsprosessen var å komme i kontakt med DPS. For å bevege seg inn på et forskningsfelt, må det spørres om tillatelse. Personer som kan gi tillatelse kalles ofte for portvakter (Dalen 2011, 31). Først sendte jeg en generell epost til DPS i bydeler i Oslo. Jeg mottok få tilbakemeldinger, og de inneholdt avslag på henvendelsen. Begrunnelsen var at de ikke hadde kapasitet. Etter å ha undersøkt nærmere og fått navnene på noen aktuelle kontaktpersoner, tok jeg kontakt per telefon. Det ga heller ingen positiv respons. Jeg måtte da innse at det ikke var mulig å gjennomføre et mastergradsprosjekt innenfor en slik kontekst, når jeg ikke selv var tilknyttet en voksenpsykiatrisk poliklinikk.

Dette medførte at jeg måtte tenke om igjen i forhold til utvalget. Det ville sannsynligvis være lettere å få hjelp til videreformidling av informasjonen via personer jeg hadde en relasjon til, eller som hadde indirekte tilknytning til min egen arbeidsplass. I følge metodologiske begreper så kan det arbeidet jeg da gikk i gang med kalles for et «spaningsarbeid» (Dalen 2011, 47). For en masteroppgave med et omfang på 30 studiepoeng, må det spaningsarbeidet jeg gjennomførte, regnes for å ha vært krevende og omfattende. Jeg besøkte virksomheter og fagpersoner med beslutningsmyndighet innenfor primærhelsetjeneste og andre kommunale tjenester for barn, ungdom og foreldre i to kommuner. Det ble videre informert om prosjektet i en KiD-gruppe² for voksne, på et aktivitetssenter, på en helsestasjon, et familiesenter, et legesenter og i to lavterskel tilbud for familier, og to lavterskeltilbud for voksne.

Jeg møtte velvilje og interesse for prosjektet innenfor disse virksomhetene, men flere nye utfordringer kom til syne. Fagpersonene innenfor de to lavterskeltilbudene for voksne som jeg hadde kontakt med, hadde liten kjennskap til om de personer som de møtte med angst/og eller depresjon hadde barn, og hvor gamle de barna var. Av de som deltok i KiD-gruppen var det uklart hvor mange som hadde barn. Flere av gruppedeltakerne var i en slik alder at gruppelederne antok at de kunne være foreldre. Helsestasjonens kjennskap til om barnas foreldre hadde utfordringer knyttet til angst og/eller depresjon var begrenset. Legesenteret og familiesenteret samt lavterskeltilbudet for barn, ungdom og familier hadde større kjennskap til hvilke familier som kunne tenkes å være i målgruppen. En travel hverdag la begrensninger for hvor mye tid de hadde muligheter for å legge ned i rekrutteringen. Det viste seg at det var vanskelig å rekruttere de foreldrene som hadde fått et tilbud om å delta i prosjektet.

Vanskeligheter knyttet til rekruttering innenfor feltet, er overensstemmende med andre

² Kurs i mestring av depresjon (KiD). Kurset er lagt opp som undervisning hvor deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell og tilhørende teknikker og metoder rettet mot å endre tanke og handlingsmønsteret som vedlikeholder og forsterker nedstemtheten/depresjonen (Rådet for psykisk helse 2008).

forskeres erfaringer (Halsa 2008, 46).

4.4 Endelig utvalg

Utvalget ble i stor grad et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard 2013, 61) og utvalgskriteriene ble justert i forhold til de hindringene som ble synlige etter hvert, dette for at det skulle være mulig å rekruttere foreldre. Dalen (2011, 53) skriver at forskeren må vurdere å eventuelt endre kriteriene hvis prosjektet ellers står i fare for å ikke være gjennomførbart. De opprinnelige kriteriene hadde en smalere ramme knyttet til barnas alder. Opprinnelig var det tenkt at alle foreldrene skulle bli intervjuet som foreldrepar. Jeg valgte å ikke la aleneomsorg for barn være en hindring for å delta. Utvalget ble til slutt bestående av tre foreldrepar og en mor som var hovedomsorgsperson for sine barn. Av hensyn til at utvalget er lite, beskriver jeg ikke fra hvilken konkret virksomhet de ble rekruttert. Virksomhetene er lokalisert i eller i nær avstand til Oslo og Akershus fylke.

Kriteriene for det endelige utvalget, var følgende:

- En av foreldrene opplevde plager i form av angst og/eller depresjon
- Familien hadde hatt kontakt med hjelpeapparatet
- Foreldrene hadde hjemmeværende barn i alderen 1-12 år.

Jeg vil kort presentere intervjudeltakerne. Presentasjonen er gjort ut ifra en vurdering i forhold til konfidensialitet, og beskrivelsene er anonymisert. Foreldrene var i alderen 30-40 år. De var alle født i Norge. Hvilket uten tvil er en svakhet. Det ville ha vært interessant å kunne analysere og drøfte om etnisitet var en faktor som foreldrene tenkte påvirket deres livssituasjon, og på hvilke måter, da både i form av ressurser og utfordringer.

Gry og Per

Foreldrene er gift og sammen har de Kristoffer, som er i barnehagealder. Begge foreldrene har høgskoleutdannelse. Gry er i redusert stilling i arbeidspraksis. Mor fikk en alvorlig depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Nettverket rundt familien er stort, både i form av familie og venner. Familien har mottatt hjelp fra helsestasjon, BUP og DPS.

Vibeke og Truls

Foreldrene er samboere og sammen har de Emil, som også er i barnehagealder. Mor har utdannelse tilsvarende videregående skole og far har høgskoleutdannelse. Begge foreldrene er i arbeid. De beskriver et lite, men støttende nettverk. Vibeke har hatt tilbakevendende

episoder med angst og depresjon siden ungdomstiden. Vibeke har tidligere mottatt hjelp fra DPS og BUP.

Marie og Morten

Foreldrene er samboere og sammen har de Eirik som i likhet med to av de andre barna i undersøkelsen, går i barnehage. Marie har utdanning tilsvarende videregående og Morten har grunnskoleutdanning. Begge foreldrene er i arbeid, mor er sykemeldt og har planer om å starte med utdanning. De beskriver et stort og støttende nettverk. Far har hatt tilbakevendende episoder med angst og depresjoner siden ungdomstiden. Morten mottar individuell behandling på DPS, poliklinisk og ved behov døgntilbud i form av innleggelse. Familien har tidligere fått hjelp via et lavterskeltilbud for familier.

Lisa

Lisa bor sammen med sine to barn, Lukas og Liam i barneskolealder. Hun har grunnskoleutdanning. Lisa har vært arbeidsledig i lang tid og deltar aktivt i arbeidstiltak tilknyttet NAV. Nettverket beskrives som lite. Guttene har et besøkshjem i regi av barneverntjenesten, som de besøker hver tredje uke. Mor har hatt tilbakevendende angst og depresjon siden ungdomstiden. Lisa mottar hjelp fra DPS, og familien mottar hjelp fra barneverntjenesten og et familiesenter.

4.5 Gjennomføring av intervjuer

Foreldrene fikk utdelt informasjonsskriv og samtykkeerklæring fra en fagperson tilknyttet en av de fire kommunale tjenestene. Min første kontakt med intervjudeltakerne foregikk via en telefonsamtale eller etter ønske per epost. For noen av foreldrene med angst var det vanskelig å ha telefonkontakt. Jeg gjentok informasjonen fra informasjonsskrivet (Vedlegg 1) med spesiell vekt på frivillighet og samtykke. Jeg spurte foreldrene om hvor de ønsket at vi skulle gjennomføre intervjuet. Alle foreldrene valgte hjemmebesøk. Det kan ha vært flere grunner til valget, blant annet geografisk avstand. Siden intervjusamtalene i stor grad omhandlet familiens hverdagsliv, var familienes hjem en fin kontekst å møtes i. Jeg tenker også at forutsetningen for at foreldrene skulle føle seg trygge i situasjonen var godt tilrettelagt. Tre av intervjuene, var intervjusamtaler med foreldrepar. Noe som var ønskelig ut ifra prosjektets formål. Med en tanke om at en slik intervjusituasjon i stor grad ville kunne ivareta foreldre- og familieperspektivet. Det var viktig å unngå at fortellingene fikk et individuelt fokus, i form av fortellinger som omhandlet det å være mor eller far med angst og/eller depresjon eller det å være pårørende. Familiehverdager og hjelp ut ifra et familieperspektiv skulle være i fokus.

I startfasen av prosjektet diskuterte jeg og veileder muligheten for at det ville være vanskelig for foreldrene å si hva de tenkte og følte i redsel for å såre den andre. Min opplevelse er at de som ble rekruttert til å delta, ikke så på dette som et problem. Hvilket ga en unik mulighet til å få ta del av deres felles fortellinger om familiens hverdager og hjelpetilbud. Barnas stemme ble ikke direkte hørt, og det tenker jeg er en svakhet ved studien, men fortellingen om deres situasjon ble indirekte fortalt av foreldrene. Hovedfokus må likevel avgrenses til å omhandle situerte foreldrepraksiser. I to av familiene var barna hjemme under intervjuet. De gjorde lekser, lekte og så på TV. Foreldrene samhandlet med barna underveis i intervjuet noe som var et bidrag til min forståelse og fortolkning av de historiene som foreldrene fortalte. Å være til stede i et samfunn, i denne setting i familien, er en deltagende tilnærming som gir en spesiell forutsetning for forståelse (Fangen 1997, 9).

4.5.1 Semistrukturert intervjuguide

Et intervju kan være en åpen samtale eller helt eller delvis strukturert (Dalen 2011, 26). Jeg valgte å utarbeide en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 2). Til deler av intervjuguiden hentet jeg inspirasjon fra en variant av det kvalitative forskningsintervjuet, en intervjustruktur, som er kjent som livsformsintervjuet (Haavind 1987, sitert fra Dalen 2011, 26). Denne intervjustrukturen kan beskrives som en intervjusamtale om familiens hverdagsliv, strukturert etter døgnets hendelser, med utgangspunkt i gårdsdagen (Dalen 2011, 26). Jeg oppdaget under det første intervjuet at foreldrene ønsket å fortelle sine historier mer fritt og jeg ønsket heller ikke å være så styrt av intervjuguidens spørsmål. Det var viktig å få en mer helhetlig forståelse av familiens hverdager over tid, da foreldrenes symptomer på angst og/eller depresjon varierte periodevis. Kvale og Brinkmann (2010, 165) skriver at narrativer ofte dukker opp spontant i en intervjusamtale, da fortelling er en naturlig uttrykksform. Refleksjon underveis i intervjuene var også et element av stor betydning. Dette er i tråd med Staunæs og Søndergaards (2005, 66) beskrivelser av intervjuer i en tangotid.

4.5.2 Lydfiler og transkribering

Intervjuene med foreldrene varte i gjennomsnitt i 1,5 time. Jeg tok opp samtalene med lydopptaker og noterte ikke underveis. Jeg ønsket å være helt til stede i dialogene. På forhånd hadde jeg gjort meg godt kjent med det tekniske utstyret, slik det anbefales (Dalen 2011, 28). Transkriberingen utgjør en viktig del av analysearbeidet (Nilssen 2012, 47). Jeg utførte derfor transkriberingen av lydfilene selv og det opplevdes som en viktig prosess. Det ga meg god tilknytning til historiene og en ny mulighet til å høre stemmeleie og få en forståelse av emosjonelle uttrykk og pauser. Hvert og et av de fire intervjuene genererte et fyldig materiale,

som til sammen utgjorde 157 sider med enkel linjeavstand. Jeg skrev ned ordrett hva informantene sa, men endret noen få uttrykk som gjorde det vanskelig for andre enn meg å forstå meningen i det de sa. Jeg endret selvsagt også faktaopplysninger til noe annet for å anonymisere utsagnene.

4.6 Etiske overveielser

De etiske overveielsene i forbindelse med kvalitativ forskning har jeg tatt alvorlig gjennom hele prosessen. Kvale og Brinkmann (2010, 94) skriver at etikk i intervjusammenheng oppstår med bakgrunn i en asymmetrisk maktrelasjon mellom forskeren og intervjudeltakerne. Det er en rekke hensyn forskeren kan og bør ta for å etterstrebe god etikk. Etikk og metodevalg har en nøye sammenheng (Dalen, 2011, 19). Før jeg møtte deltakerne hadde de skrevet under på informert samtykke (Vedlegg 1). Foreldrene hadde gjennom dette fått informasjon om undersøkelsens overordnede mål, samt opplysninger om at deltagelsen var frivillig og at de når som helst kunne trekke seg (Kvale og Brinkmann 2010, 88).

4.6.1 Krav til konfidensialitet

I intervjuforskning innebærer krav til konfidensialitet at data som kan avsløre hvem personen er ikke skal fremgå i rapporten, eller være tilgjengelige for andre enn forskeren (Kvale og Brinkmann 2010, 90). Personopplysninger og lydfiler ble oppbevart innlåst i et skap, uten tilgang for andre. Under transkripsjonen ble alle identifiserbare data anonymisert. Navn ble byttet ut. Alder ble kun beskrevet ut ifra en større alderskategori. Det ble heller ikke gitt nærmere beskrivelse av bosted. Kun hvilket geografisk område kommunene tilhørte.

Likevel er dette det etiske område som har gitt meg størst utfordringer og som jeg har reflektert mest over. Utvalget er så lite, at deltakerne i undersøkelsen vil kunne gjenkjenne seg selv ut ifra sitatene. Jeg har derfor reflektert mye over om jeg skulle ha fremstilt resultatene på andre måter, og jeg har også drøftet dette med veileder. Forskjellene mellom deltakerne er store, det vil si ofte er det bare en forelder eller et foreldrepar som representerer en sosial kategori. Materialet er derfor ikke stort nok til at jeg kan bruke tekstkondensering av flere foreldresitater og samtidig ivareta viktige faktorer slik som kjønn, arbeidssituasjon, sivilstand osv. Kontekst og situasjon har en så sentral plass i forståelsen og fortolkningen av resultatene at jeg er nødt for å sette fakta i relasjon til hverandre for å kunne besvare problemstillingen på en god måte. Jeg har løst utfordringene gjennom å stadig reflektere over om det er andre måter materialet kan behandles på, som bedre ivaretar de etiske aspektene. Det har vært svært viktig for meg å vise deltakerne respekt gjennom hele prosessen. Jeg har også tenkt at

oppgavens fokus er å belyse hvordan foreldrene mestrer utfordrende familiehverdager og har et positivt formål.

4.6.2 Forskerens rolle og konsekvenser

Kvalitative intervjuer kjennetegnes av åpenhet og nærhet innenfor en forskningskontekst (Kvale og Brinkmann 2010, 91). Jeg møtte deltakerne i deres hjem og til daglig er jeg familieterapeut. To faktorer verdt å reflektere mer over i forhold til etikk. Foreldrene viste meg stor tillit og flere av de hadde vanskelige erfaringer med seg fra egen barndom. Da dette ikke var tema for oppgaven, men av relevans, gikk vi ikke inn i disse historiene. Vi berørte de kun på overflaten. Min forståelse ut ifra observasjoner i samtalene, var at foreldrene opplevde at dette var en god måte å håndtere fortellingene på. Jeg var klar over at vi kom inn på flere sensitive temaer i samtalene. Dersom jeg ikke visste om foreldrene hadde noen de kunne ta kontakt med dersom det ble vanskelig i etterkant, la jeg igjen kontaktopplysninger til et lavterskeltilbud. I tillegg hadde alle deltakerne mulighet for å kontakte meg. Jeg vurderer ikke at deltagelsen i prosjektet vil ha noen negative konsekvenser for deltakerne eller den større målgruppen. Forhåpentligvis vil oppgaven være et positivt refleksjonsbidrag til økt forståelse for familier, hvor mor eller far har angst og/eller depresjon.

4.7 Prosjektets kvalitet

I dette kapittel vil jeg drøfte hvilke kriterier som omhandler kvaliteten på en intervjuundersøkelse, og hvordan det har betydning for denne oppgaven. I kvalitativ forskning handler kvalitet om intervjuerens håndverksferdigheter, hvordan data analyseres og presenteres samt om resultatene virker troverdige og om de kan overføres til andre grupper og situasjoner (Dalen 2011, 91). Slik jeg tidligere har beskrevet så har resultatene i denne oppgaven blitt til i møte mellom meg og deltakerne. Grunnforståelsen innenfor sosialkonstruksjonismen, og den postmoderne forskningstradisjonen, bygger på at mennesker skaper sin sosiale virkelighet. Meningssammenhengene som skapes i intervjusamtalen er knyttet til relasjon, kontekst og rådende diskurser i samfunnet (Dalen 2011, 91).

Hvordan kan man da verifisere denne oppgavens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet? Det er skjedd en dreining i kvalitativ forskning. Fra forsøk på å vise at man har klart å finne en slags sannhet til en dreining mot å anerkjenne at det ikke er mulig (Kvale og Brinkmann 2010, 252). Kvalitativ validitet, eller gyldighet handler i stor grad om å utføre arbeidet skikkelig, reflektere over det man gjør og begrunne hvilke valg man har tatt (Kvale og Brinkmann 2010, 252). I størst mulig grad har jeg prøvd å beskrive elementer som er viktige for leseren å ha

kjennskap til. I tråd med anbefalinger har jeg prøvd å redegjøre for min forforståelse og kjennskap til feltet, samt en utfyllende beskrivelse av utvalget og metodevalg samt en så grundig beskrivelse som mulig av analysen (Dalen 2011, 94). For å gi leseren en mulighet til å selv vurdere troverdigheten og gyldigheten av resultatene og muligheter for å overføre kunnskapen til andre områder. Jeg har prøvd å gi et nyansert bilde av prosessen, og har pekt på de svakheter jeg selv har reflektert over og hvordan jeg har håndtert utfordringene.

4.8 Tematisk analyse som inspirasjonskilde

Analysemetoder ble vurdert flere ganger underveis i prosjektet, men endelig avgjørelse ble tatt før transkriberingen. Prosjektets formål, teoretiske ramme og epistemologisk ståsted utgjorde grunnlaget for valget. I tillegg til refleksjoner over mine forkunnskaper som forsker og den tid som var til rådighet. Valget falt på å ta i bruk metodologiske teknikker inspirert av tematisk analyse (Braun og Clarke 2006, 77). Jeg vurderte også at narrativ analyse (Kvale og Brinkmann 2010, 229) eller diskursanalyse (Brattberg 2014, 29), ville være gode og spennende alternativer. Det faktum at jeg er nybegynner i forskningssammenheng, og at prosjektet viste seg å være både tids- og ressurskrevende å gjennomføre, ble førende for mitt valg. Jeg valgte derfor å la meg inspirere av tematisk analyse, som anses for å være en god nybegynnermetode. Det beskrives som et fleksibelt verktøy som gir forskeren stor teoretisk frihet (Braun og Clarke 2006, 77). Forskerens epistemologiske valg kan styre hvordan datamaterialet får liv og kan komme til sin rett (Braun og Clarke 2006, 77). Det jeg oppdaget var at denne friheten og fleksibiliteten også medførte utfordringer knyttet til koding og tematisering. Ironisk nok opplevde jeg at det som ble beskrevet som en god nybegynnermetode krevde en del forkunnskaper om analyseteknikker. Jeg måtte lese flere metodebøker for å få hjelp til å forstå hvordan man faktisk kan kode og lage temaer.

Tematisk analyse ble deretter en god inspirasjonskilde og et verktøy for å skape en viss struktur og organisering. Jeg har ikke fulgt metoden til punkt og prikke, det hadde jeg heller ikke et ønske om. I prosessen med å utarbeide masteroppgaven, ønsket jeg å gå i lære som kvalitativ forsker. Det vil si å lære det intellektuelle håndverket gjennom å ta i bruk teorier, metoder og å utvikle sosiologisk kreativitet (Kvale og Brinkmann 2010, 101).

Jeg vil nå gjøre et hederlig forsøk på å beskrive de ulike trinnene i sluttanalysen. Dette er utfordrende, fordi det var en sirkulær prosess som ikke er så enkel å beskrive. Jeg har tatt utgangspunkt i en 6-trinns guide for tematisk analyse (Braun og Clarke 2006, 79), men jeg har valgt å slå sammen trinn 5 og 6.

4.8.1 Fase 1: Bli kjent fasen

Jeg transkriberte data fra lydfilene. Med røttene godt plantet i en postmoderne forskningstradisjon og med et syn på intervju som et sosialt møte hvor alle deltakerne er medprodusenter av kunnskap, skulle jeg så bryte ned materialet i koder. Det var ingen enkel prosess for meg som ønsket å bevare den erfaringsnære empirien, som et materiale skapt gjennom dialog i en felles tangodans (Staunæs og Søndergaard 2005, 54). Hvordan skulle jeg gjøre det? Jeg måtte ta et valg om å se på transkripsjonene som tekst, uten å glemme å se muligheter for bevegelse i det skrevne ordet.

Å se på materialet som skriftlige fortellinger var en nødvendighet for å kunne løfte analysen og fortolkningen til et høyre nivå, med muligheter for overførbarhet til en større kontekst. Med meg i fortolkningen av tekstmaterialet hadde jeg min egen førforståelse. Dette sammen med oppgavens formål og problemstilling ledet min nysgjerrighet når jeg leste teksten gjentatte ganger. I denne bli kjent fasen, og gjennom hele analyseprosessen ga materialet meg mange spørsmål. Jeg stilte også spørsmål til teksten. Dette kan beskrives som en dialog med materialet (Nilssen 2012, 106). Jeg skrev ned ideer som jeg fikk. De handlet i stor grad om: *Samhandling mellom foreldrene og beskrivelser av foreldrepraksiser samt møte med hjelpeapparatet og hjelpetilbud*. Allerede under intervjuene med foreldrepårene ble jeg spesielt opptatt av deres *ressurser og måter å håndtere stress på*. Slik var det med flere temaer, interessen for de dukket opp tidlig, men det var et stykke arbeid med koding og tematisering før de ble til temaer.

4.8.2 Fase 2: Initial koding

Ideene fra den første fasen ble utgangspunkt for tentative temaer i et arbeidsdokument. Jeg gikk på nytt igjennom alle transkripsjonene et flertall ganger, og markerte utsagn og dialoger med fargekoder. Kodene hadde en sammenheng med temaene i arbeidsdokumentet, samt relevans i forhold til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Med utgangspunkt i Braun og Clarkes figur 1 (2006, 88) vil jeg vise leseren et eksempel på initial koding knyttet til min analyse (se tabell 2).

Tabell 2. Eksempel på initial koding

Datautsagn	Kodet for
«Og så er jeg en usedvanlig positiv fyr da»	1. Ressurser
«Åpenheten har hjulpet oss veldig»	2. Måter å håndtere stress på
«Man må innstille seg og vite hva man må»	

Den initiale kodingen er første fase i prosessen med å redusere mengden data. Hensikten med kodeprosessen i sin helhet, er å organisere materialet slik at det til slutt representeres av noen få temaer (Nilssen 2012, 82). Koding er en sirkulær prosess og jeg brukte god tid i denne fasen. Datautsagn passet ofte i flere kategorier, som dere ser et eksempel på i tabell 2. På den måten ble sammenhenger tydelige og det medførte sammenslåing av kategorier og utvikling av temaer. Kodene, kan deles inn i to typer, «data-nære» og «teori-baserte» (Braun og Clarke 2006, 88). I den initiale kodefase var de fleste kodene «data-nære», det vil si beskrivende og nært knyttet opp til informanternes opplevelser. Etter å ha lest relevant litteratur, gikk jeg på nytt igjennom materialet og søkte etter mer «teori-baserte koder». For eksempel stilte jeg spørsmål i forhold til om utsagnene kunne knyttes opp mot oppgavens analytiske begreper.

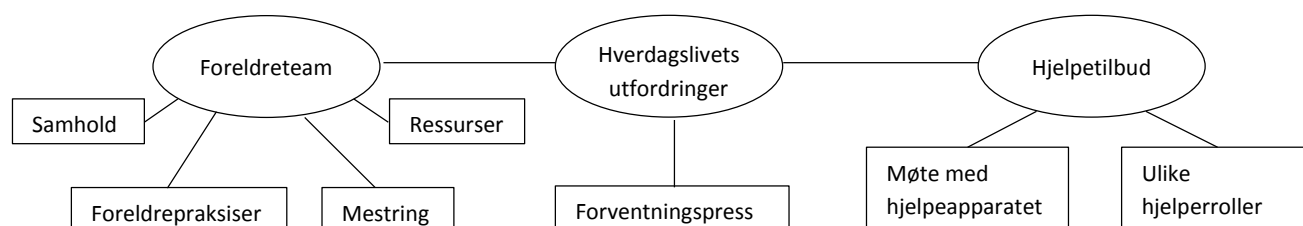
Eksempler på navn på «data-nære» koder: *møte med hjelpeapparatet, samarbeid mellom foreldrene, foreldreroller, forventninger, stress, tidspress, hjelperoller, hjelpetilbud,*

Eksempler på «teori-baserte» koder: *foreldrepraksiser, Opplevelse av sammenheng (OAS).*

4.8.3 Fase 3: Koder samles til temaer

Etter en omfattende kodeprosess, på langs og på tvers i datamaterialet, var tiden inne for å sortere kodene i potensielle temaer. Det anbefales å ta i bruk visuelle hjelpemidler i denne sorteringsfasen (Braun og Clarke 2006, 89). Jeg laget derfor flere tankekart underveis i prosessen, for å se etter sammenhenger mellom koder som omhandlet samme tema.

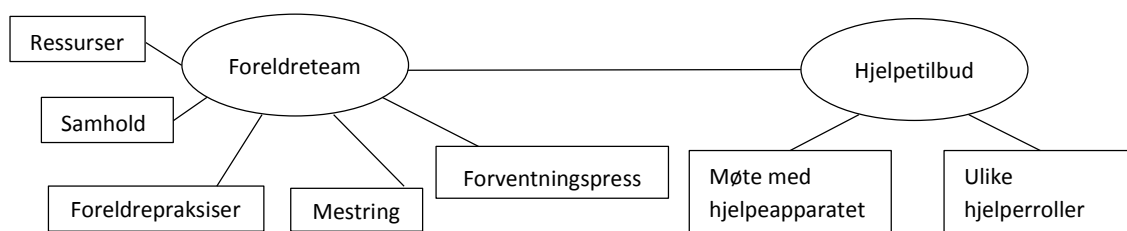
Figur 1: Eksempel på tankekart i siste del av utviklingsfasen



4.8.4 Fase 4: Gjennomgang av temaer

Jeg leste på nytt igjennom materialet, sjekket om kodingen og tematiseringen fungerte som en organisering som ga mening og muligheter for videre oppdagelser. Etter ny gjennomgang av materialet, ble hovedtemaene redusert fra tre til to. Hverdagslivets utfordringer ble således ikke et eget tema, men en kategori som tilhørte temaet foreldreteam (Figur 2). Begrunnelsen for dette var at jeg ønsket å utforske hvordan foreldrene håndterte hverdagens utfordringer og ikke utfordringene i seg selv. Foreldreteam og hjelpetilbud ble således de endelige hovedtemaene. De har en klar sammenheng med hverandre.

Figur 2: Eksempel på tankekart i slutfasen



4.8.5 Fase 5: Teoretisk analyse og ferdigstillelse av rapporten

I denne siste delen av den tematiske analysen, ble temaene til overskrifter med passende navn, og kodene ble gjennomgått for å finne meningsbærende underskrifter, sitater og dialoger. Jeg skrev og analyserte videre i denne prosessen, med bruk av oppgavens teoretiske perspektiver og begreper. Så var det på tide å sette sammen delene til en helhet igjen. Men nå på en annen måte enn de opprinnelige dialogene og historiene, for å så godt som mulig belyse og besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg har valgt å ha presentasjon og drøfting av resultatene i samme kapittel.

5. Resultater – presentasjon og drøfting

Kapittel 4.8 inneholdt en redegjørelse av den tematiske analysen av det empiriske materialet. I resultatdelen vil jeg presentere og drøfte oppgavens resultater med hensikt om å gi svar knyttet opp mot problemstillingen:

«Hvordan konstituerer foreldre seg innenfor hverdagslivets kontekst, når mor eller far opplever angst og/eller depresjon, og hvilke muligheter til mestring og hjelp forteller de om?»

Resultatene omhandler, i likhet med problemstillingen, to sentrale temaer som på mange måter går inn i hverandre. Det ene omhandler hvordan deltakerne i undersøkelsen konstituerer seg som foreldre, hvilken mening det gir for dem i hverdagslivet og hvordan vi kan forstå

dette i et større sosiokulturelt og salutogent perspektiv. Det andre temaet omhandler fortellinger om hjelpetilbud og på hvilke måter familien opplever at hjelpen har bidratt til økt foreldrekapasitet og større muligheter til å håndtere stressmomenter i hverdagene. Samt hvordan dette kan forstås i lys av oppgavens teoretiske perspektiver.

Resultatdelen er organisert etter hovedtemaer og subtemaer:

- *Foreldreteam som begrep for måter foreldrene konstituerer seg på*
 - «Vi er et team og vi har egentlig alltid vært det»
 - «Vi henter inn noen ekstra krefter et eller annet sted»
- *Hjelp som bidrar til mestring*
 - Patogenese versus salutogenese – lett å falle i en grøft?
 - «Ikke avslutt hjelpen når jeg blir bedre – de må jobbe forebyggende med meg»
 - «Kutt ned på hvem som har ansvar for hva, det kunne ha vært noe det!»

Hensikten med drøftingen er å løfte materialet opp fra å være alminnelig hverdagskunnskap til fortolkning på et høyere analytisk nivå (Dalen 2011, 60). Intensjonen er at resultatene også skal kunne være nyttige refleksjonsbidrag, satt inn i en større klinisk sammenheng.

5.1 Foreldreteam som begrep for måter foreldrene konstituerer seg på

Den første resultatet som jeg vil presentere for leseren er et induktivt begrep, utviklet gjennom dialog med deltakerne og med teksten. Helt fra det første intervjuet, så kom foreldreteam opp som et mulig begrep for hvordan intervjudeltakerne forstår seg selv som foreldre i utfordrende hverdager. Et begrep for det samarbeid foreldrepårene har utviklet seg imellom med fokus på å ivareta barnas behov. Det vil si hvilke foreldrepraksiser foreldrene tar i bruk. Jeg har spurt om organisering av dagliglivets gjøremål og hvordan de «gjør foreldreskap». Familiens hjem blir det mikromiljø som står i sentrum for analysen.

Kapitlet har to underkapitler. Det første omhandler min analyse av hvordan foreldrene konstituerer seg som et foreldreteam og ulike måter å forstå denne konstitueringen på, samt hvilken mening den gir. Det påfølgende kapitlet omhandler stress og mestring, sett i lys av interaksjonen mellom de ulike systemene i den bioøkologiske modellen (Bronfenbrenner 1986).

5.1.1 «Vi er et team, og vi har egentlig alltid vært det.»

Det første intervjuet var intervjuet med Gry og Per. Gry opplevde symptomer på depresjon og

angst i forbindelse med graviditet og fødsel. Når jeg møter familien har Kristoffer blitt førskolebarn. Det første året etter at Kristoffer ble født var en spesielt utfordrende tid for den lille familien. Gry's daglige funksjon var så preget av depresjonen at hun i liten grad klarte å utøve morsrollen praktisk i begynnelsen. Per guidet henne inn i morsrollen i et samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og distriktpsikiatrisk senter for voksne (DPS). Her forteller Gry og Per om den konkrete guidingen:

Per: I starten så var regelen at du (vendt mot Gry) skulle være ute av sengen kl. 11.00. Sånn etter hvert så ble det mer og mer som du skulle gjennomføre. Dagligdagse ting, sakte økning av aktivitet.

Gry: Vi hadde timeplan på kjøleskapet. Jeg visste jo ikke når han skulle ha mat, ingenting. Så jeg forholdt meg helt til denne timeplanen. Kl. 11, da skal Kristoffer ha mat, kl. 14, skal han ha mat og i mellomtiden skal han sove.

Per: Du fikk oppskriften.

Gry: Jeg fikk oppskriften, jeg forholdt meg til den og det gjorde jo alt mye lettere for jeg behøvde jo ikke å skjønne det.

Foreldrene forteller at oversiktlige systemer over lang tid skapte en forutsigbarhet for Gry, noe som hjalp henne til å lære hvordan hun skulle mestre konkrete oppgaver som mor. De beskriver et nært samarbeid som foreldre, og en prosess hvor Gry kom mer og mer inn i morsrollen. Jeg lurer på om de opplever å være et team som foreldre. De svarer følgende:

Gry: Ja

Per: mm, det tror jeg vi veldig er.

Gry: Du sa jo til og med det da du fridde (ser på far) at vi er et team, og vi har egentlig alltid vært det.

Per: Og så gjennom dette, særlig på BUP, da var vi jo sammen begge to. Da var jo fokus veldig mye oss. Det å få deg gradvis mere inn i gamet.

Gry: Vi ble veldig flinke til å snakke sammen om alle mulige sårne ting, og så hadde vi jo på forhånd før vi fikk barn, blitt enige om verdier.

Per: Ja, vi snakket om verdier.

Gry: Som vi ville overføre til barnet vårt og hvor streng er man og ikke. Hva det er som er viktig i forhold til oppførsel, det lå liksom der uten at vi måtte snakke om det igjen.

OAS inneholder som jeg tidligere har beskrevet, tre kjernekomponenter; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Antonovsky 2012, 39). Disse komponentene har betydning for i hvilken grad personer kan ta i bruk tilgjengelige ressurser og om det skjer på en fleksibel måte (Antonovsky 2012, 123). Min fortolkning av foreldrenes fortellinger er at de klarer å se

mening i en vanskelig og uventet situasjon, noe som igjen vekker motivasjon og gjør at de kan ta i bruk de ressurser som de har til rådighet.

Kommunikasjonsaspektet vektlegges i stor grad. De beskriver en felles målsetning, respekt og forståelse for hverandre og setter barnet sitt fremst. Meningskomponenten i OAS, har spesielt stor betydning (Antonovsky 2012, 42). Ressursene i eksemplet omhandler blant annet sosiokulturelle verktøy i form av timeplan og konkret oppskrift. Hvor Per overfører sin praktiske foreldrekompetanse til Gry. Antonovsky vektlegger sosiokulturelle og historiske perspektiver i OAS (Antonovsky 2012, 104). Dialogene mellom Gry og Per utspiller seg i et mikromiljø, men verdier har i stor grad en sammenheng med sosiokulturelle erfaringer både på mikro og makronivå (Bronfenbrenner 1979, 258). Verdier knyttet til hvilke ting som er gode å gjøre som foreldre, hvilke behov som barn har, og hva som kan være uheldig å gjøre.

Per forteller også om en grunnleggende positiv holdning som jeg tenker har vært viktig for foreldrenes samlede OAS:

Intervjuer (I): Hva tror du det er som har gjort at du har kommet deg igjennom dette på en god måte?

Per: Jeg tror det er en kombinasjonsfaktor av at jeg hadde et intenst ønske om å bli pappa. Så jeg tok på meg rollen som heltidspappa med glede for å si det sånn, ikke grunnen til at jeg var det, men rollen. Og så er jeg en usedvanlig positiv fyr da.

Gry: Ja, du er det og det er veldig deilig.

Per: Jeg så bare at dette kommer til å ordne seg, dette kommer til å gå bra.

Gry: Du så lyset i tunnelen veldig tidlig.

Per: Ja, jeg var aldri bekymret for at vi ikke skulle komme dit, men jeg synes jo selvfølgelig at prosessen med å komme dit var tidvis slitsom.

Foreldrenes fortelling inneholder en tydelig forståelse av at måten de har klart å håndtere utfordringene i hverdagens på, har en klar sammenheng med Pers intense ønske om å bli pappa. Rollen som pappa fremstår som svært viktig og meningsfull for ham. Dette hjalp ham til å mobilisere ressurser for å kunne være til stede i rollen som heltidspappa. Videre i intervjuet forteller han også om sterk støtte fra arbeidsgiver, venner og familie samt et meget godt samarbeid med hjelpeapparatet. Både en sterk jeg-identitet og sosial støtte beskrives som generelle motstandsressurser (Antonovsky 2012, 105).

Til nå har vi blitt kjent med Gry og Per og gutten deres Kristoffer. Vi har sett på foreldreroller litt på tvers av det som vi ofte forventer når et barn kommer til verden. Det er relevant å

spørre seg, ut ifra oppgavens teoretiske referanseramme, om kjønnete praksiser har noe å si for måten foreldrene konstituerer seg på som et foreldreteam. Da tenker jeg på diskurser innenfor makrosystemet, i samfunnet som påvirker relasjoner, roller og samhandling på mikronivå, i familien (Gulbrandsen 2006a, 63). Selv om utvalget er lite, er det mulig å peke på kjønnete praksiser i foreldrenes beskrivelser. Jeg velger å illustrere dette med et eksempel fra dialoger mellom Morten og Marie, foreldrene til Eirik.

Morten opplever tilbakevendende episoder med angst og depresjon, til tider så omfattende at han trenger sykehusinnleggelse. I de påfølgende dialogene forteller de om leken med Eirik på en slik måte, som gjør at jeg fortolker dette som medierte aktiviteter (Nilssen 2012, 71). Aktiviteter de gjør sammen med Eirik, med en hensikt om å bidra til utvikling. De leker forskjellige leker med ham, noe som jeg tenker både har et kjønnsaspekt og handler om den kapasitet de har som foreldre i gitte situasjoner. Her velger jeg å gjengi en lang dialog fra intervjusamtalen, da den er del av grunnlaget for min analyse knyttet til hvordan de konstituerer seg som et foreldreteam:

Morten: Så vi leker mye, det er mye herjing og løping. Noen ganger bygger vi lego og kjører helikopter. Jeg prøver også å være flink til å være med på det han vil ha meg med til å leke. Å ikke si, nei nå har jeg ikke tid. Heller utsette det andre da. Det er som regel ikke noe viktigere enn han.

Marie: Du er flink til sånt, han spør ikke meg så mye, for jeg leker ikke så mye med ham. Jeg har vært mye mere der at jeg har lagt til rette for at han skal få en fin lek, og så trukket meg unna. Mere pedagogiske tanker bak det kanskje. Å pusle med andre ting mens han har lekt. Men de få gangene jeg lever meg inn i leken med ham da, så blir han jo helt satt ut.

I: Dere har forskjellige roller liksom?

Marie: Ja, jeg synes jo ikke det er noe morsomt å leke og løpe rundt og rundt. Så da er det mer at jeg leker med ham ute, hvis vi graver i sandkassa eller sånne type leker da, eller baker. Han skal skrive litt hver kveld. Det er liksom min og Eirik sin ting.

Morten: Ja det er sånne ting jeg aldri hadde fikset, det tenkte jeg på her om dagen. Jeg hadde ikke klart å sitte nede, det krever konsentrasjon og fokus. Jeg har veldig sårn spenning inni meg. Jeg klarte å stå der i noen sekunder når de gjorde det. Så måtte jeg gå. Ja, så jeg er glad for at du er flink til det altså (ser på Marie).

I: Mm, dere er et team på en måte?

Morten: Ja, jeg føler det

Marie: Når du sier det sånn så er vi kanskje det (ler), vi pleier ikke å snakke om det. Vi pleier jo ikke å gå igjennom du gjør det og jeg gjør det, men det er jo også fordi vi liker forskjellige ting at det er fint at vi deler litt. Og så vet han (gutten) veldig godt hvem som gjør hva. Han kommer heller å serverer meg en kake han har laget på kjøkkenet sitt. Og så går han til pappa og sier du er robot, eller Superman.

Morten opplever en sterk uro, som kan være til hinder i hverdagene. I dialogen forteller foreldrene om sin forståelse av leken, hvorfor de tar de valg de tar og meningen de ser i samarbeidet. Leken kan ses på som både et kulturelt verktøy og som en sosial ressurs (Rogoff 2003, 198). Situasjonen fremstår som begripelig i den forstand at de anerkjenner hverandres bidrag og reflekterer over betydningen av at de har forskjellige roller i samspill med Eirik. Det blir ikke trukket negative slutninger knyttet til identitet, men problemet uro blir sett på som noe eget. Jeg tenker at dialogen også kan være et eksempel på en ny-formulerende samtale (White 2009, 58). Marie gir uttrykk for at hun ikke har tenkt på samarbeidet deres på denne måten før. Narrativer i form av refleksive fortellinger knyttet til roller og situasjoner må ses på som ressurser, som styrker graden av OAS i et fellesskap (Antonovsky 2012, 179).

Men er ikke eksemplet over bare en vanlig beskrivelse av hvordan foreldre leker med sitt barn, og ren hverdagskunnskap? Svaret er selvsagt ja, de beskriver helt vanlige og normale samhandlingsmønstre, samtidig så får samhandlingen en betydning på et høyere analytisk nivå når vi fortolker og skaper mening ut ifra teori og prøver å sette dette inn i en større kontekst.

I familier hvor en av foreldrene opplever psykiske plager med tidvis stor innvirkning på daglig livet, slik Morten og de andre foreldrene i dette prosjektet gjør, er det vesentlig at det normale tematiseres og at søkelyset også rettes mot å forstå det som fungerer godt. I en av intervjusamtalene opplevde jeg å få mye tynnere beskrivelser av foreldresamarbeidet. Familien var i en belastende livsfase knyttet til spenning mellom arbeidsliv (ekso- og mikrosystem) og hjem (mikrosystem). Fokus ble i stor grad på utfordringene. I analysearbeidet, var det vanskelig å få øye på hvordan de konstituerte seg som et foreldreteam, selv om jeg opplevde at de ga uttrykk for at de var et team. Det var en nyttig oppdagelse for meg som forsker, men jeg tenker at det også har en klinisk implikasjon. Hvis vi trekker en parallell til salutogenese tenker jeg at jeg med fordel kunne ha utforsket ressursene knyttet til samarbeidet mer i den samtalen. Dette kunne ha pekt på noen generelle motstandsressurser som i sin tur har en sammenheng med begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. I klinisk sammenheng ville jeg tenkt at dette hadde vært nyttig å utforske videre i neste samtale.

Lisa beskriver en annen form for foreldresamarbeid. Hun har ingen biologisk far å inngå i et foreldreteam med. Lisa opplever perioder med depresjon, tidvis med alvorlige symptomer, og derfor har hun i et samarbeid med barneverntjenesten kommet frem til at et besøkshjem for Liam og Lukas er et godt tiltak.

Lisa: ... Og så er det jo det med den avlastningen da. Som er utrolig god når helgen kommer og så er det fredag hvor jeg leverer, og så vet jeg at jeg ikke skal dra å hente de, at jeg bare kan slappe av. Og det er en god avlastning. De gjør veldig mye med dem.

Guttene besøker familien jevnlig, og selv om avlastningsforeldrene ikke er fysisk til stede i hverdagene opplever Lisa at de er en viktig støtte likevel. Hun vet at de bryr seg om hvordan hun og barna har det. De stiller opp også utenfor den faste avtalen ved behov. Relasjonen til besøksfamilien vitner om en tilknytning til dem. Det å vite at noen er der for å gi sosial støtte er ofte tilstrekkelig for å kunne være en generell motstandsressurs (Langeland, 2012, 38). I tillegg kompenserer besøksfamilien for områder der hun selv ikke har mulighet til å dekke guttenes totale behov.

Lisa beskriver begrensninger i forhold til hva Liam og Lukas kan være med på i form av aktiviteter og hva hun kan tilby dem av ferier og slike ting. Dette grunnet sosioøkonomiske forhold. Hun er ikke i arbeid og har derfor lav inntekt i form av arbeidsledighetstrygd. Dette er viktige sosiokulturelle faktorer som påvirker Lisas muligheter som mor. Til forskjell fra familier hvor begge foreldrene er i arbeid, har tilfredsstillende økonomi og har et støttende sosialt nettverk, er enslige mødre som Lisa ofte mer prisgitt de sosiale hjelpesystemene. Dette for å få tilgodesett barnas behov. Noe som peker på sosiale forskjeller. Besøkshjemmet tilbyr omsorg, deltagelse i meningsfulle aktiviteter og sosial integrasjon, hvilket regnes for å være viktige generelle motstandsressurser (Langeland 2012, 38). Med begrepet situerte foreldrepraksiser vektlegges kontekst og situasjon. Det vil si hvilke muligheter og begrensninger som finnes tilgjengelige innenfor et bioøkologisk system (Solem 2013, 74). Besøkshjemmet utgjør et mikromiljø for guttene, og har innvirkning for Lisas foreldrepraksiser på et meso- og eksonivå.

Ut ifra det jeg har fremstilt så langt i resultatdelen, kan det nærmest fremstå som en lek å håndtere store utfordringer i hverdagene. Her ser jeg et behov for å forklare og minne leseren om oppgavens formål. Det er hverdagslivet som er oppgavens kontekstuelle bakteppe, og å løfte frem foreldrenes fortellinger om sine hverdager og hvordan de konstituerer seg som foreldre. Det var tydelig for meg både i møte med dem i deres hjem, og gjennom å ha blitt

godt kjent med deres fortellinger i analyseprosessen at familiene levde det vi ut ifra normalitetsdiskurser kan kalle vanlige liv. I dette kapitlet var mitt ønske å fremheve foreldrenes samhandling i lys av normalitet. Innenfor familiebehandling, vil en narrativ tilnærming også i stor grad handle om å engasjere foreldre og således også barn i fortellinger om drømmer, håp og mestring. Det vil si å finne foretrukne historier (Madsen 2009, 105). I neste kapittel kommer jeg mer inn på stressorer knyttet til meso-, ekso- og makrosystemer (Bronfenbrenner 1986).

5.1.2 «Vi henter inn noen ekstra krefter et eller annet sted»

Det foregående kapitlet i resultatdelen omhandlet min analyse og fortolkning av situerte foreldrepraksiser. Med fokus på hvordan foreldrene sammen «gjør foreldreskap» innenfor et mikromiljø. Samt hvordan det empiriske materialet fra foreldreintervjuene utviklet seg til å danne begrepet foreldreteam. I dette kapitlet vil jeg utvide systemfokuset, og fremheve den større sosiokulturelle konteksten som familiene er en del av (Solem 2013, 62).

Det kom tydelig frem gjennom intervjuene at foreldrene opplevde et behov for og et ønske om å håndtere stress i dagliglivet. Det vil si stressfaktorer knyttet til mesosystem (barnehage, skole), eksosystem (foreldrenes respektive arbeidsplasser) og makrosystem (diskursive forventninger i forhold til foreldrepraksiser) som påvirker deres kapasitet og opplevelse av mestring (Bronfenbrenner 1986, 723-729; Solem 2013, 64). La oss først se på hva Truls sier om tid som stressfaktor:

Truls: Det er liksom tiden, det er det som er vanskelig

I: Hva mener du med tiden da?

Truls: Nei, det er liksom følelsen av at man gjerne skulle ha hatt mere tid til ungen sin da.

Foreldrene som deltok i prosjektet og som var i arbeid, ga uttrykk for en forståelse av at det er normalt at småbarnsfamilier opplever å ha liten tid og at foreldrene er slitne. Dette som et uttrykk for at det er vanskelig å balansere tid og ressurser mellom arbeidsliv og familieliv. Samtidig trekker de frem sårbarhet knyttet til egen eller den andre forelderens helsesituasjon og at de må ta ekstra hensyn. Et hensyn som kan være vanskelig å ta på alvor, i en verden av motstridige krav og forventninger. Forventninger både fra seg selv og andre på alle systemnivåer. Å finne en passende belastningsbalanse fremholdes som viktig i teorien om OAS. Det vil si at krav og forventninger står i relasjon til de ressurser man har til rådighet, samtidig som de også kan stimulere til en utvikling (Antonovsky 2012, 124).

Truls er gift med Vibeke og sammen har de Emil, en gutt i barnehagealder. Vibeke har hatt tilbakevendende episoder med angst og depresjon siden ungdomstiden, med sterke symptomer i svangerskapet. Overskriften til dette kapitlet kommer fra et sitat fra Vibeke, som på en ærlig måte sier noe om at hun ikke opplever å ha ressurser til å håndtere hverdagens krav og at dette medfører stress. Aktuelle stressorer var bl.a. forventninger fra arbeidsgiver og sosioøkonomiske faktorer som medførte en opplevelse av å ikke ha mulighet til å ta de valg hun selv ønsket i forhold til å redusere arbeidstiden. Jeg vil gjengi en større del av dialogen mellom Vibeke og Truls, da jeg tenker at den har betydning for hvordan de skaper mening i forhold til sin situasjon:

Vibeke: Men jeg vet jo egentlig nå faresignalene. Jeg vet jo det jeg vet, at i det øyeblikket jeg blir for sliten, når jeg ikke sover å sånne ting. Nå som jeg har fått veldig mye ansvar i jobben og sover lite da merker jeg at jeg kan bli mere usikker. Jeg vet jo at da burde jeg gi meg, men så er jeg liksom en sånn person som tar ansvar veldig alvorlig. Jeg merker jo på meg selv at jeg begynner å bli mere temperamentsfull, mere sur. Altså jeg tar med meg jobben hjem og sitter og gruer meg til neste dag for da blir det like mye kaos igjen.

Truls: Men det går ikke ut over Emil for vi greier det fint.

Vibeke: Vi mobiliserer bare oss selv. Hva skal jeg si, vi finner et ekstra energinivå som man egentlig ikke har. Jeg vet når jeg kommer hjem, da har man Emil liksom og det er det viktigste at han har det bra.

Truls: Vi tar ham med veldig mye overalt for å få litt annen input og sånn da. Vi prøver hele tiden å få noen impulser for ham som er positive. Selv om hun er sliten eller jeg er sliten.

Vibeke: Men jeg skjønner ikke alltid hvordan man klarer det, jeg har egentlig ingenting å gå på i det hele tatt, men det er et eller annet med Emil da som gjør at man henter inn noen ekstra krefter et eller annet sted.

Truls: Og når han sover da slapper vi av.

Vibeke: Nei, da slapper ikke vi av, da vasker jeg klær og så skal jeg gjøre ditt og datt. Så da slapper ikke vi av, i hvert fall ikke jeg.

Ut ifra sosiokulturell teori er det interessant å fortolke Vibeke og Truls sitt utsagn med tanke på faktorer innenfor makrosystemet, som påvirker kjønnsroller innenfor mikrosystemet. Her kan vi dra paralleller til diskurser innenfor familiepolitikk. Tidsklemma, er et moderne uttrykk. Et mer eller mindre vellykket forsøk på å prøve å forklare vår tids utfordringer knyttet til mødre og fedre i fulltidsarbeid med et stort ansvar knyttet til barn, hjem og andre forpliktelser (Ellingsæter 2005, 303). Vibeke gir gjentatte ganger under intervjuet uttrykk for at hun opplever en ubalanse mellom forventninger knyttet til arbeidsliv og oppgaver som

mamma. Jeg fortolker mye av det tidspress som Vibeke forteller om, som et forventningspress. Når kravene oppleves som for store i forhold til det som faktisk er mulig å få til innenfor et døgn, blir opplevelsen en følelse av å ikke strekke til.

Antonovsky (2012, 125) skriver at overbelastning som er akutt eller kronisk uten en opplevelse av å ha nok tilgjengelige ressurser svekker opplevelsen av håndterbarhet. Høyt tempo i hverdagene er blitt en statusmarkør, et konstruert ideal og et mål på fullkommenhet (Ellingsæter 2005, 313). Vibeke og Truls har mange ønsker og drømmer knyttet til Emil sin oppvekst. Dialogen gir en mulighet til å få øye på beskrivelser av «doble historier» (Lundby 2009, 11). Vibeke forteller om utfordringene som slitenheten skaper hvis vi skal bruke et eksternaliserende språk. Det vil si en objektivisering av problemer (Lundby 1998, 130). Problemer kan ses på som noe som skygger for frustrerte håp, ønsker eller drømmer. Historier inneholder alltid flere beskrivelser, men det er ikke alltid så lett å få øye på dem. Innenfor narrativ praksis, benevnes dette som «det fraværende men implisitte» (Bjerknes 2011, 287). I likhet med de andre mødre med angst og/eller depresjon som deltok i intervjuundersøkelsen, inneholdt barndomsminnene mange vanskelige hendelser, og fravær av trygghet og støtte. Som mødre har de et sterkt ønske om å skape andre oppvekstbetingelser for sine barn. Et prosjekt som krever sin kvinne.

Vibeke sier at hun ikke slapper av, og jeg får inntrykk av at hun er sjef over husholdningen med alt av ansvar som det kan innebære. Når jeg spør Truls om fordelingen av oppgaver i hjemmet og i forhold til Emil, så svarer han slik:

Truls: Jeg føler at det er veldig mye likt

En forskningsstudie gjennomført i Norge i 2012, viser til et kjønn paradoks når det gjelder mødre og fedres fordeling av arbeidsoppgaver knyttet til husarbeid og barneomsorg. Mødre gir ofte uttrykk for at de gjør mer husarbeid enn partneren, mens fedre opplever at det er likt fordelt dem imellom (Kjeldstad og Lappegård 2012, 4). Dette område kan være en kilde til konflikt dersom man ikke finner løsninger som oppleves som velfungerende for begge parter. Før jeg analyserte materialet ut ifra teori, var jeg fristet til å skrive at Vibeke og Truls levde i et ganske tradisjonelt kjønnsrollemønster. Nå er jeg mere usikker. Opplevelsen er forskjellig hos foreldrene, forventningene til rollene likeså.

Gry og Per tilhører utdanningsmiddelklassen og de hadde forventninger til seg selv om at de skulle fortsette å leve livet som før også etter at de fikk barn.

Gry: Vi var litt sånn bestemt på at vi ikke skulle forandre livet vårt så mye. Vi skal ikke bli de foreldrene som aldri er ute, eller som aldri er på restaurant, eller alene på middager hos venner, men så tror jeg at vi dro den litt for langt da, og det fikk vi også beskjed om på BUP. Jeg slet veldig med det, eller du slet også med det (Per). Du trodde du skulle spille tennis en gang i uken, svømme en gang i uken, møte gutta en gang i uken. Vi trodde jo bare at livet vårt skulle fortsette som vanlig, men det gjorde det jo ikke og det gjør jo ikke det.

I etterkant har de reflektert over om det er slik de vil ha det. De har kommet frem til at de ønsker å ta andre valg. Gry har vært sykemeldt i lang tid, men nå har hun begynt å jobbe deltid i et tilrettelagt arbeid. Naturlig nok kjenner hun på slitenheten igjen. I den påfølgende dialogen sier hun noe om hva hun har lært og hvordan dette påvirker hennes valg og handlinger:

Gry: Jeg prøver å være i barnehagen til ti, og på de dagene jeg har fri så er det enten å fikse litt ting, være litt her og der, hos fastlege. Ellers så har jeg vært hjemme og slappet av for jeg er veldig sliten nå, av å jobbe.

I: Men tenker du at du er deprimert nå?

Gry: Nei, ikke i det hele tatt, jeg vet at jeg er sliten. Jeg er blitt så flink til å passe på det, eller liksom erkjenne at jeg er sliten, at jeg klarer å slappe av. Det er bare å tenke at i dag driter vi i vask eller hva nå enn det er. Nå må jeg bare slappe av.

Videre i dialog samtalen forteller Gry at hun tenker at slitenheten kan være et forvarsel på at det kan komme en vanskelig periode med depressive symptomer. Hun opplevde dette for en tid siden, og vil ta slitenheten på alvor nå for å motvirke at depresjonen kommer på nytt.

Gry: Jeg tror at faretegnene er når man er så sliten at hvis man fortsetter, så kan det gå utfør og det er min største frykt å få tilbakefall.

Jeg blir opptatt av at både Gry og Vibeke ser på slitenhet som et varselsignal knyttet til tilbakevendende episoder med depresjon. Mødrene klarer i ulik grad å akseptere slitenheten som noe de må ta hensyn til. Igjen kan vi trekke paralleller til normalitetsdiskurser om høyt tempo, vellykkethet og prestasjon (Ellingsæter 2005, 321). Det er normalt å være sliten. Det kan ses på som et tegn på at vi holder koken oppe og presterer i trå med normer og forventninger. Hvis slitenheten gjør at vi opplever å ha mindre god helse, at vi forflytter oss mot uhelse på det salutogene kontinuumet, kan vi da som samfunn akseptere dette som normalt? Kanskje nettopp det å hjelpe foreldre til å husholde med energien sin, vil være en viktig motstandsressurs som bidrar til refleksjon og til å endre valg man tar som forelder i en travel hverdag. Per trekker frem slik hjelp fra BUP som svært viktig:

Per: En av de viktige tingene vi drev med når vi var på BUP, det var å si nei. Vi var jo med på alt hele tiden egentlig.

Gry: Veldig sosiale.

Per: Så ble vi veldig gode på å si nei.

I familien til Morten og Marie handler stress i stor utstrekning om faktorer knyttet til arbeidsoppgaver i hjemmet og at kontakten med barnehagen i perioder faller helt på Marie. Marie ble sykemeldt på grunn av den overbelastning som hun opplevde i en periode da Morten var innlagt på psykiatrisk avdeling. Igjen kommer viktigheten frem i forhold til å tematisere foreldres muligheter til energiøkonomisering. Samt om nettverket kan bidra med praktisk hjelp, for å forebygge en negativ forskyvning fra å oppleve god helse, til å oppleve mindre god helse. Marie sier følgende:

Marie: For da var jeg der at jeg ble sykemeldt og fikset ikke hverdagene. Sånn som de var da. Alt havnet på meg i en periode, da Morten ikke fikset å hente i barnehagen og slike ting, og så bodde han jo ikke hjemme heller.

For Marie og Morten er nettverket blitt en viktig ressurs. Besteforeldre, tanter og onkler stiller opp når det er behov for dette. Både med praktisk hjelp i hagen, og med barnepass og noen ganger med økonomisk hjelp når for eksempel kjøleskapet er gått i stykker.

For Lisa er ikke mulighetene de samme. Nettverket rundt henne og guttene er lite. De har ikke besteforeldre som kan trå til og hun synes at det er vanskelig å bli kjent med andre foreldre. Vi samtaler rundt dette i intervjuet, og jeg vil gjengi noe av dialogen her:

Lisa: Jeg har jo ikke blitt kjent med så mange foreldre i klassen og sånn

I: Er det vanskelig å bli kjent med folk?

Lisa: Ja, for det går litt på den psykiske delen ikke sant. Og de spørsmålene, hva driver du med, jeg vil jo ikke utlevere meg. Det er utrolig flaut å måtte si at jeg ikke er i noen jobb. Da spør de, går du på skole? Det er nesten en forventning til folk tror jeg ... Og å da skulle si at jeg ikke gjør noen ting og at jeg har vært arbeidsledig så lenge, det kvier jeg meg til å si da. For jeg er litt redd for reaksjoner da selvfølgelig ... jeg tror alle andre gjør hundre ganger bedre og mer enn meg. Jeg går rundt med en sånn konstant følelse av at jeg er mislykket. At jeg ikke får til. Fordi jeg ikke har jobb, jeg tjener ikke mine egne penger, det går på det.

Det viser seg at også Lisa føler et forventningspress, men det omhandler andre forventninger enn de som de andre foreldrene som er i arbeid forteller om. Hun forteller om skam knyttet til å ikke ha en jobb å gå til, og å ikke tjene sine egne penger. Aamodt, Jørgensen og Aamodt (2002, 193) har i sitt arbeid med barn og familier på BUP, blitt opptatt av enslige mødre og

hvordan materielle og sosioøkonomiske belastninger over tid virker inn på selvverd og måten å forholde seg til verden på.

5.2 Hjelp som bidrar til mestring

I dette kapittel vil jeg presentere resultater knyttet til de hjelpetilbud som foreldrene forteller om. Jeg vil drøfte på hvilke måter hjelpen kan forstås ut ifra et salutogent perspektiv, samt om hjelpen kan ses på som et bidrag til forandringer i foreldrepraksiser som fremmer helse og utvikling.

5.2.1 Patogenese versus salutogenese – hvordan unngå å falle i en grøft?

For to av familiene i undersøkelsen ble starten på familielivet mer utfordrende enn det de hadde drømt om og håpet på når de planla å bli en familie. Gry og Vibeke, mødrene i de to familiene, opplevde angst og depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel. Begge deltok i svangerskapsoppfølging hos jordmor på sin respektive helsestasjon. Når jeg spør om psykisk reaksjoner under svangerskapet ble tematisert hos jordmor, svarer begge nei.

Her fra samtalen med Gry:

I: Snakket dere noe om fødselsdepresjon eller utfordringer den første tiden?

Gry: Ingenting, det eneste hun jordmoren var opptatt av, når jeg gikk der i graviditeten, det var at jeg hadde så vondt ... Hun forberedte meg ikke i det hele tatt på hva som skulle skje.

Jeg blir opptatt av at Gry sier, «hun forberedte meg ikke i det hele tatt ...». Forskning viser at nybakte mødre opplever høy grad av stress, hvilket kan påvirke livskvaliteten og gjøre dem sårbare i forhold til fødselsdepresjon (Ngai og Ngu 2013, 2031). Det er mange nye spørsmål som dukker opp når man skal bli forelder for første gang. Hvordan forstå den nye rollen som mor og far? Hvordan mestre og ta hånd om et nyfødt lite barn? Dette er viktige salutogene spørsmål, som ikke alltid tematiseres før balansen blir brutt og sammenhengen oppleves som vanskelig å få tak i (Brudal 2000, 18). Mange mødre og fedre har med seg vanskelige tilknytningshistorier fra egen barndom. Desto viktigere blir det da å få hjelp til å sette ord på redselen, usikkerheten innfor det nye, men også hjelp til å sette egen barndom inn i et nytt perspektiv. Samtaler om de gode minnene, unntakene fra den vanskelige «barndomshistorien» og de ofte oversette begivenhetene (White 2009, 77). Likevel kan det se ut til at slike samtaler først kommer i stand etter at en fødselsdepresjon kan konstateres. Om det kommer i stand i det hele tatt.

I syvende graviditetsmåned ble Truls bekymret. Han forsto ikke Vibekes reaksjoner og tenkte at hun kanskje var deprimert. Truls motivasjon for å søke hjelp, var i stor grad knyttet til bekymring for hvordan Vibekes følelser og reaksjoner ville kunne påvirke barnet i magen. Hun var engstelig og gråt mye. Foreldrene forteller om deres vei til å få hjelp her:

Vibeke: Truls holdt tale. Nå skal du ned på helsestasjonen, og så fulgte han meg ned dit. Da hylgråt jeg tror jeg.

Truls: Jeg var bekymret for hvordan det var for ham da (Emil i magen).

I: Hadde du kontakt med jordmor på helsestasjonen (spør Vibeke)?

Vibeke: Nei, bare de faste konsultasjonene, hjertelyd og hvordan fostret utviklet seg og sånne ting da. Ikke annet enn det.

Jeg spør videre om den hjelpen de fikk på helsestasjonen og Vibeke forteller:

Vibeke: Helsestasjonen sendte meg til en akutt psykologtime og så søkte de hjelp fra BUP og DPS. DPS skulle liksom støtte opp meg.

BUP var sånn i henhold til om det skulle bli noe etter svangerskapet. De så jeg egentlig bare to ganger eller noe. DPS var jeg jo hos lenger, men det var jo de som sa til slutt, det er ikke noe vi kan gjøre for vi har ikke sett deg nedfor på lang tid, så det er ikke noe mere vi får gjort.

Jeg tar på meg de analytiske brillene igjen, og ser på teksten over. Det jeg blir opptatt av er om dialogen gir noen indikasjoner på at hjelpetilbudet har et systemfokus? Et fokus som vektlegger sosiokulturelle faktorer og ser på foreldreskap som situerte praksiser (Solem 2013). Samt om en helsefremmende tankegang er til stede (Antonovsky 2012, Gassne 2008, Hansson og Cederblad 2012). Er det fokus på historier om det levde liv og veien videre? La oss analysere utsagnet videre.

Vibeke forteller om konsultasjonene hos jordmor, som kontroller av barnets hjertefrekvens og fysiske parametere på helse. Noe som er viktig og som må ha en fremtredende plass i svangerskapsomsorgen, men hun sier ingenting om at de også hadde samtaler om deres tidligere livserfaringer og forventninger knyttet til det å trå inn i et nytt og ukjent landskap som foreldre. Utsagnene knyttet til hjelpen de fikk via BUP og DPS kan gi et bilde av patogenese heller enn salutogenese. Forklaringen til min analyse ligger i beskrivelsen av handlingene. Hjelpen ser fremst ut til å ha som formål å avklare diagnostisering og risiko.

Her er ytterligere et utsagn som støtter en fokusering på risiko:

Vibeke: ... det var de veldig redde for på BUP, at hvis han så meg deprimert så ville det bli et uttrykk han ofte fikk og slike uttrykk kan påvirke barn. Det var veldig viktig for meg at ikke han ble påvirket av det.

Det fremkommer at sykdom kan utelukkes, da Vibeke ikke lenger er «nedfor». Jeg finner ingen utsagn som støtter at et helsefremmende fokus har vært til stede. Muligens dette; «DPS, skulle liksom støtte opp meg», men inntrykket som skapes er snarere at ekspertene skal støtte opp Vibeke til å ikke være «nedfor», slik at det ikke utgjør en risiko for barnet. Å rette blikket mot Emil og andre barn i samme situasjon er av største interesse og helt i tråd med helsedirektoratets anbefalinger om å sette inn hjelp på et tidlig stadium (Folkehelseinstituttet 2013; Nilsen mfl. 2013). På den andre siden, savner jeg fortellinger om hvordan hjelpen bidro til økt forståelse for hvordan foreldrene sammen kan håndtere utfordrende hverdager, og ta lærdom av tidligere erfaringer for å høyne livskvaliteten for både barn og voksne.

Vibeke og Truls har et sterkt ønske om å skape gode oppvekstvilkår for Emil og de forteller at de setter hans behov fremst, samtidig som de opplever mye stress knyttet til andre faktorer i livet. Foreldrestress er en risikofaktor knyttet til utvikling av psykososiale utfordringer hos barn og ungdom (Solem 2011a, 163). Stress kan påvirke foreldrenes kapasitet og muligheter til å ta i bruk de ressurser som finnes rundt dem. Vibeke er sliten og opplever å ikke strekke til. Hun sier ofte at hun ikke føler seg god nok og må gjøre mer på alle områder for å prøve å være god nok. Hun vil ikke kalle det for en depresjon, men det er et mønster som lager krøll i hverdagene.

Vibeke: Så man har jo alltid dårlig samvittighet, og for min del kommer det jo alltid tilbake til den her tankegangen som jeg har hatt hele livet, at jeg ikke er god nok, jeg er ikke god nok. Det er jo ikke noe nytt. Det er jo en følelse jeg har hatt hele livet. Så hvorfor skulle ting være annerledes nå tenker jeg på.

Tidligere erfaringer med stressorer, hvor man har erfart at det finnes gode løsninger og muligheter til å håndtere det vanskelige, vil motivere til å finne løsninger ved et senere møte med lignende eller andre stressfulle hendelser (Gassne 2008, 19). På den andre siden, så tilsier ikke Vibekes erfaringer at det er så lett å finne løsninger, eller å håndtere stress hun opplever. Dette kan hindre henne i å finne motivasjon til å gå i gang med en endringsprosess sammen med Truls. Hun identifiserer seg heller ikke med å være syk, og dersom hjelpen er knyttet opp mot et sykdomsfokus vil det kunne oppleves som lite motiverende. Salutogenese har fokus på helsefremmende faktorer og utviklingsperspektivet er sterkt vektlagt (Hansson og Cederblad

2012, 245). At BUP avsluttet oppfølgingen etter et par møter med familien er vanskelig å forstå ut ifra en salutogen tankegang.

Jeg spør Vibeke og Truls om de vet hvor de vil henvende seg dersom de skulle ønske mer hjelp. De svarer følgende:

Truls: Aner ikke.

Vibeke: Samtidig har jo Helsestasjonen sagt at hvis man følte at det ble noe gærent i forholdet eller noe sånt da, så skulle man ta kontakt med familiekontoret. Så jeg vet jo om familiekontoret, men samtidig så føler jeg jo på en måte at vi er bedre stilt sånn sett enn veldig mange andre.

Hverken Truls eller Vibeke tenker at de har utfordringer knyttet til forholdet. De tenker at utfordringer knyttet til tid påvirker forholdet negativt, men de har ingen tro på at noen kan hjelpe dem å gi dem mere tid. Derfor vil det å gå i samtaleterapi bare ta mer tid fra dem, noe de også uttrykker eksplisitt. Hvis de hadde blitt tilbudt hjelp knyttet til samtaler rundt hverdagslivet med fokus på å finne løsninger knyttet til gjøremål i hverdagene og hjelp til prioriteringer, ville de da ha takket ja? Det vet vi ikke, men jeg tenker at det er et spørsmål som det er viktig å reflektere over og kanskje huske på i møte med familier i en lignende situasjon.

Etter å ha blitt kjent med foreldrene gjennom intervjuene viser de gode historiene om hjelp til mestring, at samtaler som bidrar til å skape ny kontakt med foreldrenes personlige historier, utgjør en narrativ ressurs. Dette er i tråd med narrativ praksis (Lundby 2009, 11). En ressurs som kan bidra til en opplevelse av sammenheng og som kan virke helsefremmende. Gry, Per og Kristoffer har fått et slikt tilbud, men veien dit var utfordrende og ga viktig lærdom. Jeg velger derfor å sette mestringserfaringene til foreldrene inn i en sammenheng som også rommer veien til god hjelp.

Etter at Gry og Truls kom hjem fra barselavdelingen, tiltok symptomene på depresjon og Gry hadde problemer knyttet til amming. Om å be om hjelp til dette sier hun følgende:

Gry: ... vi hadde jo en helsesøster her, men jeg turte ikke å ringe til min egen helsestasjon og spørre om hjelp. For jeg tenkte, det er masete, det kan man jo ikke gjøre.

Jeg blir nysgjerrig på hva Gry mener med at det er masete å be om hjelp. Er det ikke det helsestasjoner er til for? Flere av foreldrene sa i intervjusamtalene at det å bli foreldre, sto frem i samfunnet som noe som alle skulle klare helt naturlig av seg selv. Selv om det var noe helt nytt man skulle «gjøre». Ellingsæter skriver at politiske diskurser og ideologier knyttet til

barneomsorg legger sterke føringer for at mødre og fedre skal tilgodese barnas behov, men sier lite om hva som er godt nok (Ellingsæter 2004, 149). Det å be om hjelp til for eksempel amming kan bli en bekreftelse på at man ikke lykkes i den nye rollen som mor. Faktorer i makrosystemer, slik som forventninger til morsrollen og redselen for å ikke nå opp til idealer kan se ut til å hindre foreldre å på eget initiativ ta opp det man ikke opplever å få til.

Gry og Per forteller om to elementer, som har hatt avgjørende betydning for at de fikk hjelp. Det ene var skåringsverktøyet EPDS³, som de fylte ut på 6-ukers konsultasjonen. Hvilket er et screeningsverktøy som brukes på enkelte helsestasjoner, til alle mødre der. Det andre var helsesøsters kapasitet til å møte dem på en tillitsskapende og medmenneskelig måte, samtidig som hun tok sitt faglige ansvar på alvor og handlet i situasjonen.

Gry om EPDS skjema:

Gry: Så det sto bare – ler du? Føler du deg glad i løpet av dagen eller smiler du, og helt sånn enkle spørsmål. Jeg begynte bare å hylgråte. Jeg svarte bare nei på alt. Ja, hva er det her det kan jo ikke stemme liksom, men det gjorde det.

Videre forteller Gry og Per i en dialog med meg om hva helsesøster gjorde og om opplevelsen:

Per: Da hadde vi, ja muligens flaks med hvilken helsesøster vi tilfeldigvis hadde blitt tildelt, for hun var fantastisk.

Gry: Ja hun var kjempeflink

I: Hva gjorde hun som var fantastisk eller på hvilken måte opplevde dere det?

Gry: Hun brukte på en måte 5 minutter på Kristoffer når vi kom. Hun så på ham, veide og tok liksom litt vare på ham og så tror jeg hun ga ham til deg (ser på Per). Så så hun bare på meg, du har det ikke så bra du. La oss snakke litt om deg liksom, og så satt jeg der i en time og hulka tror jeg, og hun sa ok dette er det som skjer nå, du er alvorlig deprimert og trenger hjelp. Og det var bare deilig at noen satte ord på det.

Hvordan kan man forstå det Gry og Per forteller om møte med helsesøster ut ifra et salutogent perspektiv? Det å oppleve sosial støtte i en vanskelig situasjon og å få dele sine tanker og følelser med en person man har tillit til, kan bidra til økt opplevelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i forhold til situasjonen (Gassne 2008, 25).

Hele familien var til stede og foreldrene beskriver at de alle ble ivaretatt av helsesøster.

³EPDS, Edinburgh Postnatal Depression scale. Et skåringsverktøy som brukes for å oppdage fødselsdepresjon på et tidlig tidspunkt, ofte brukt i primærhelsetjenesten (Cox mfl. 1987).

Sammen mobiliserte de krefter til å ta de valg som måtte tas. For Grys del handlet det mest om å stole på at Per og helsesøster tok gode valg for dem i den situasjonen som de var i. I følge teorien om OAS og generelle motstandsressurser, er det ikke slik at du selv må besitte muligheter til å håndtere situasjonen, men det forutsetter en trygghet og forvissning om at andre har tilgjengelige ressurser (Antonovsky 2012, 50). Helsesøster organiserte et hjelpesystem rundt dem. Hun kontaktet fastlegen som sørget for sykemelding og sendte henvisninger til DPS og BUP. Både Gry og Per opplevde helsesøster som en støtte og en person som ble viktig for dem.

Gry: Hun har jo vært en fantastisk støtte hele veien, for der har vi jo vært hvert halvår. Da setter hun liksom av en time og så er vi der og vi spør om alt. Og jeg ringer henne, jeg har liksom skjönt at man må bare spørre om hjelp. Så jeg ringer henne bare - du nå driver Kristoffer og bæsjer og jeg skjønner ikke hva som skjer. Og hun sitter og skravler med meg og alle mulige sånne småting da, som hun har hjulpet oss med hele veien.

I: Fremdeles nå når Kristoffer er blitt større?

Gry: Ja, nå er det jo ikke så ofte jeg ringer henne, for nå er vi jo mye mere trygge, og vi tar det litt mere som det kommer, men ja jeg føler at jeg kan ringe henne når som helst og jeg vet at hun vet hvem jeg er.

Per: Hun ble en kjempeviktig person i livet vårt, det gjorde hun! Men hva hvis vi hadde blitt gitt en annen helsesøster? Det er ingen garantier for det er så personavhengig.

Måten foreldrene beskriver relasjonen til helsesøster og oppfølgingen de har fått, vitner om en helhetlig tilnærming, hvor alle i familien ble sett og deres situasjon ble forstått i lys av hverdagslivets kontekst. Spørsmål knyttet til noe som kan virke som trivielle småting var viktige for å få hjelp til å utvikle tryggheten i å «gjøre foreldreskap». Per tematiserer personavhengigheten som foreligger i alle menneskelige relasjoner også i hjelperollen. I følge teorien om OAS kan hjelpere påvirke klienters OAS-skår. Ikke i stor grad, men likevel slik at det har en mening. I et hvert møte må hjelperen stille seg spørsmålet om relasjonen og det som skjer mellom menneskene i møtet kan skape en opplevelse hos den andre av indre sammenheng, belastningsbalanse og opplevelse av å ha valg (Antonovsky 2012, 136).

Når Gry og Per forteller om på hvilken måte hjelpen har vært nyttig, så trekker de spesielt frem kunnskap om barneoppdragelse og hvilke positive relasjonelle erfaringer dette har vært med å bidra til, for Kristoffer.

Gry: Så har vi lært vanvittig mye om oppdragelse. Mange tips fra BUP. Som vi bruker mye. Vi får jo skryt, for ham da. For oppdragelsen vår liksom.

I: Hva kan det være for eksempel?

Gry: Han er veldig flink til å dele. Selv om han er enebarn så deler han veldig med alt.

Per: Så er han veldig empatisk, omtenkst og når det kommer nye barn i barnehagen så går han bort til dem og sier: "Hei jeg heter Kristoffer, vil du være venner?" Det får han veldig mye skryt for i barnehagen.

De forteller at Trygghetssirkelen⁴, var noe de ble kjent med som en modell for å forstå barns utvikling, noe som ga dem gode samspillsverktøy. De opplevde å ta til seg kunnskapen og ut ifra dialogen, forstår jeg at det er blitt en naturlig del av deres foreldrepraksiser.

Regler, rutiner og struktur er også noe de er opptatt av og som ble tematisert på BUP. Det å leke sammen med Kristoffer er også noe de ser på som utviklingsstøtte og læring. Noe de vil «gjøre» hver dag. De har også lært at det er lov å si at han må leke litt selv, noe som Gry ikke tenkte at hun kunne «gjøre» som mamma.

Gry: Ja, men han får jo beskjed om at nå må du leke litt. For det var noe vi lærte på BUP å si at nå kan du leke alene, nå skal mamma ta seg en kaffekopp. Det er liksom greit, det er greit å ha alenetid. Det var også en ting jeg tenkte, at jeg kan ikke si det. Men vi gjorde jo det. Og det fungerer jo fortsatt.

Bearbeiding av egne barndomsopplevelser ble også vektlagt. Gry var redd for å gjenta noen av de samme krenkende handlingene som hun selv hadde vært utsatt for som barn. Hun var redd for å skade Kristoffer. Hjelpen hadde et mestrende fokus, hvor Gry fikk hjelp til å forstå egne reaksjoner og til å fortelle om dem til Per. Han kunne på så måte også bidra med trygghet knyttet til at han var sikker på at hun ikke ville skade Kristoffer. Hun fikk også hjelp til å se hvor viktig hun var som mor for Kristoffer og hvor mye han trengte henne. Helt konkrete situasjoner ble fortolket og forklart, intensjonen bak at Kristoffer snudde seg vekk, fikk mening. Før det, trodde Gry at det var henne han ikke ville ha noe med å gjøre. Så fikk hun en forståelse for hvordan små barns regulering fungerer.

Foreldrene sier at det fremst var på BUP og ikke på DPS at familieperspektivet ble vektlagt, men at koordineringen mellom tilbudene var velordnet. Det var månedlige samarbeidsmøter hvor hjelpere fra BUP og DPS og foreldrene var til stede. Det ble tydeliggjort hvem som kunne hjelpe med hvilke ting og en felles målsetning ble evaluert og videre samarbeid ble planlagt. Valgmuligheter er et viktig element som Gry og Per gjentatte ganger trekker frem.

⁴ Trygghetssirkelen – Circle of Security- Parenting (COS-P), er et psykoedukativt foreldreveiledningsprogram basert på tilknytningsteori. Programmet består av en DVD og en manual. (Brandtzæg, Smith og Torsteinson 2011, 114)

Forslag og tilbud ble gitt, men avgjørelsene var foreldrene sine. I følge salutogenese er medbestemmelse og delaktighet viktige komponenter i generelle motstandsressurser, som igjen kan innvirke på opplevelsen av sammenheng og eventuelt styrke den (Antonovsky 2012, 50).

De to familiene vi nå har konsentrert oss om i dette kapittel, hadde fellestrekk i forhold til at mødrene opplevde symptomer på angst og depresjon når barna lå i magen og gjennom sped- og småbarnsperioden. De var også familier med to biologiske foreldre som sto sammen i oppdragelsen og omsorgen av barnet. Hjelpen de mottok var svært forskjellig og den egentlige grunnen til det vet vi ikke. Jeg har analysert utsagn og hjelpetilbud ut ifra en teoretisk tilnærming. I det neste kapitlet vil jeg vie større oppmerksomhet til Lisas situasjon som alenemor, og hennes forståelse av hvilken hjelp som bidrar til mestring.

5.2.2 «Ikke avslutt hjelpen når jeg blir bedre – de må jobbe forebyggende med meg»

Lisa er enslig forsørger og alene med omsorgen for barna i stor grad. Hjelpet behovet knyttet til denne familien er annerledes enn det er for de andre familiene som har deltatt i undersøkelsen. De andre familiene tilhører en annen sosioøkonomisk klasse, hvor begge foreldrene har arbeid og to av familiene kan sies å tilhøre utdanningsmiddelklassen. De har ressurser i form av gode sosiale nettverk og materielle tilganger. Sosiokulturelle forskjeller, som har betydning for hvordan foreldre kan utøve sine foreldrepraksiser (Solem 2011b, 177). Slik jeg har presentert i de foregående kapitlene, så opplevde Lisa å ha et lite nettverk, og hun har vært utenfor arbeidslivet i lang tid. Hennes behov for hjelp knyttet til det å være forelder omhandler avlastning, forebyggende tilbud i form av deltakelse i gruppevirksomhet og også hjelp til å komme seg ut i arbeid igjen i form av tiltak fra NAV, samt individuell behandling på DPS. Lisa bor i en kommune hvor det er et «Familiens hus». Der er det mange tjenester som familien har behov for under samme tak. Hun gir uttrykk for at tilbudet har vært lett tilgjengelig og godt koordinert.

Slik jeg forstår Lisa, så er hennes behov for hjelp i stor grad knyttet til trygghet. Det viktigste for henne er tryggheten og vissheten om at det finnes hjelpere som kjenner henne og barna og som de kan ta kontakt med når det er behov. Den store frykten er å miste den tryggheten når en episode med depressive symptomer slipper taket. Hun forteller om dette her:

Lisa: ...bare det å ha et samarbeid med barnevernet, føler jeg er en stor trygghet. Jeg vet at det er en der som jeg kan kontakte hvis det er noen ting. Hvis det er noe med barna eller hvis jeg er usikker på ting, så er det veldig ofte henne jeg tar kontakt med. Jeg har ikke så veldig ofte kontakt. Akkurat nå føler jeg et behov for å ha mere kontakt, og det er jo fordi at jeg fikk voldsom depresjon for ikke så lenge siden. Den var veldig skummel ... Nå fikk jeg jo hjelp på DPS for at jeg hadde en veldig stor depresjon. Jeg blir nesten redd for å vise at jeg begynner å komme meg, for da er jeg redd for at jeg skal bli avvist ikke sant, av hjelpeapparatet rundt meg.

Aamodt, Jørgensen og Aamodt (2002, 195) peker på at terapeuter og andre hjelpere som møter familier må se og anerkjenne foreldres strev med å mestre belastende hverdager. De mener at en diagnostisk og patogen forståelsesmodell kan legge hindringer for at mødre som Lisa og hennes barn skal oppleve å bli møtt med det de trenger. Lisa er tydelig på at hun ser at både hun og familien trenger hjelp som er der over tid, men som kan tilpasses i intensivitet ut ifra behov. Den tryggheten bidrar til at hverdagene for Lisa, Liam og Lukas kan oppleves som meningsfulle og håndterbare ut ifra en salutogen tenkemåte. Motivasjonen til Lisa er høy, hun vil ta i bruk de ressurser, som finnes tilgjengelige for henne og barna.

Hun forteller om dette her:

Lisa: Du kan ikke få hjelp, du kan ikke bli frisk hvis ikke du ønsker det selv. Det er alfa omega. Innstillingen har alt å si. Du kan ikke bare komme med krav, du må være litte granne ydmyk og du må tenke samarbeid. Du må ikke være redd.

I: Hvordan får du det til, å være så åpen i møte med hjelpere?

Lisa: For jeg vet ikke hva det ville blitt av meg hvis jeg ikke hadde turt. Jeg er opptatt av at barna mina skal ha det bra med seg selv. Jeg har jo aldri hatt det med meg selv og nå må jeg jobbe så sinnsykt for å kunne få opp selvbilde og sånne ting. Derfor er det et hovedfokus at mine barn skal ha det bra.

Ut ifra dialogen kan vi få en forståelse for at Lisa tenker at hun skal være ydmyk og samarbeidende. I dette ligger det store ressurser og gode forutsetninger for hjelp, men det kan også være uttrykk for takknemlighet og tanker om at hun ikke kan kreve for mye. Dette kan ses i en sammenheng med samfunnets ideologier om selvstendighet og autonomi. Mottar du trygd, så har du ikke samme rettigheter og muligheter som når du er i arbeid (Aamodt, Jørgensen og Aamodt 2002, 197). Da har du heller ikke tilgang på de samme ressursene og du skal ikke klage.

Hvilke ressurser er det da som er tilgjengelige for Lisa og barna, sett ut ifra behov av hjelp og tiltak? Er det samsvar og fremmer det helse og utvikling sett i lys av salutogenese? Lisa

mottar hjelp og støtte for å komme inn på arbeidsmarkedet igjen, noe som kan bidra til bedre økonomi og flere sosiale relasjoner på sikt. I et salutogent perspektiv så har opplevelsen av ulike roller stor betydning for en persons OAS. I forhold til voksenlivet legger teorien stor vekt på arbeidsrollen (Antonovsky 2012, 130). Spesielt begripelighetskomponenten i OAS, vil kunne påvirkes negativt av langvarig arbeidsledighet. Livet blir uforutsigbart og tilgangen på materielle ressurser mindre da økonomien er ustabil (Gasse 2008, 25). Grunnet arbeidstiltak ser Lisa positivt på fremtiden og har et håp om at hun skal kunne skape en bedre fremtid for seg selv og guttene. Hennes håp gir motivasjon som driver henne fremover. På den måten tenker jeg at hennes tidligere negative livsopplevelser har blitt omgjort til en kraft. Hun deltar på kurs og håper på å kunne ta en utdanning for å bli barnevernspedagog. En virksomhet som hun knytter stor meningsfullhet til. I følge teorien om salutogenese, kan du påvirke din egen OAS gjennom valg du tar, selv om graden av OAS må anses for å være ganske stabil i voksen alder (Antonovsky 2012,136).

Besøkshjemmet fyller flere funksjoner. Guttene får tilgang på sosiale ressurser i form av omsorg og utviklingsstøtte fra «medforeldre» og Lisa får velbehøvd egentid. Det man kan stille spørsmål ved, er om barneverntjenesten eller andre hjelpetilbud kunne ha bidratt med noe mer her og nå, i forhold til å hjelpe Lisa og guttene med å utvide det sosiale nettverket?

En studie gjennomført i forbindelse med det landsomfattende prosjektet «Det nye barnevernet», har undersøkt hvilke behov enslige mødre og barna deres har og hvilke tiltak de har fått i regi av barnevernet. De fleste barn klarer seg bra, selv om de vokser opp i en familie med fattigdom, arbeidsledighet og andre sosiale problemer, hvis familien har et støttende nettverk (Storhaug, Kojan og Kvaran 2012, 12). Det landsomfattende prosjektet hevder også at barnevernet generelt er for lite opptatt av materielle og sosiale vilkår. At det legges for lite vekt på samfunnsmessige tiltak. For at barneverntjenestens tiltak skal bidra til å fremme helse og livskvalitet er det av stor betydning at alle relevante aspekter av familiens liv blir vektlagt. Den totale livssituasjonen må bli tatt hensyn til. Det å være enslig mor er ingen risiko i seg selv, men trange sosioøkonomiske rammer og et lite nettverk er utfordringer som må tematiseres og det må etterstrebes å finne tilfredsstillende løsninger (Storhaug, Kojan og Kvaran 2012, 15). Lisa opplever at hjelpen de får bidrar til mestring, men kanskje hun, Liam og Lukas og familier som dem, skulle hatt krav på mye mer?

5.2.3 «Kutt ned på hvem som har ansvar for hva, det kunne ha vært noe det!»

Morten er den eneste faren i undersøkelsen som er plaget med angst og depresjon. Om man er

far eller mor kan se ut til å ha betydning for hjelpe tilbudet familien får tilgang til. I de andre tre familiene har hjelpen kommet i stand via helsestasjonen eller Familiens Hus, som helsestasjonen er en del av. Morten og Marie har i stor grad vært overlatt til seg selv for å finne den hjelpen de har behov for. Det er grunn til å stille spørsmål ved om dette kan ha en sammenheng med at helsetilbudet før, under og etter fødsel, fremdeles er mor og barn-sentrert (Stene 2012, 322). Dette til tross for at samhandlingsreformen legger føringer for tidlig intervensjon, forebygging og koordinering på tvers av hjelpeapparatet (St.meld nr. 47 2008-2009). Lindboe, Kufås og Karlsson (2013, 308) peker også på at familier der foreldrene opplever psykiske utfordringer, har behov for hjelp fra flere instanser over tid.

Hva er det som gjør at tilgangen på hjelp ser ut til å være forskjellig dersom det er far som strever med angst og/eller depresjon og ikke mor? Jeg innledet oppgaven med å peke på en mulig bekymring knyttet til begrepet barn som pårørende. Når er barn pårørende? Begrepet er både veldig enkelt og samtidig vanskelig (Ytterhus 2012, 19). Hvis du som hjelper skal bistå med hjelp til en pårørende, så må du først vite hvem som er pasienten. Det er det ikke gitt at du vet innenfor en helsekontekst som skal yte forebyggende hjelp, slik som helsestasjoner er. Kanskje en mulighet kan være å i større grad, systematisk kartlegge familiens opplevelse av livskvalitet? I tillegg til å avdekke risiko og sykdom.

Morten og Maries historier omhandler i stor grad jakten på helhetlig hjelp. De vet hva de ønsker og har behov for, men det er ikke lett for dem å finne frem i hjelpeapparatet. Informasjon er ikke alltid lett tilgjengelig. Uten å vite hvilke muligheter som finnes er det ikke lett å finne tilbud som er familievennlige.

Marie: Ja, det har vært mye telefoner og det har vært mye, jeg har jo snakket i flere timer med fastlegen hans for å se om han kunne ha hjulpet oss på noe vis.

Morten: Jeg ringte i hytt og pine. Det virker som om de jobber mest for å finne ut av hva som ikke er deres ansvar, enn å faktisk finne ut av hva som er det beste for pasienten. Familievernkontoret hadde sprengt kapasiteten sin, så de tipset om forskjellige ting. Så mener jeg at jeg fant en flyer på tavla et sted, om lavterskeltilbudet ...

Jeg velger å ta med Morten og Maries råd til hjelpeapparatet, som også er overskriften på dette underkapittel:

Morten: «Kutt ned på hvem som har ansvar for hva, det kunne ha vært noe det!»

Morten opplever tilbakevendende perioder med depressive symptomer av en slik karakter at han ønsker og har behov for innleggelse. Morten og Marie forteller at det som fungerer best er

innleggelse på en åpen sengepost, da det gir familien fleksibilitet og Morten kan reise hjem når han orker det.

Morten: Det jeg tenker er veldig relevant for oppgaven din, er jo at det fantes en sånn mellomting da mellom psykiatrisk, akutt psykiatrisk og hjemme kan du si da. En åpen sengepost. Jeg kunne parkere, kjøre og dra derfra, ikke sant. Det var et hvilested kan du si. Dette stedet fikk jeg ikke vite om før ganske langt inn i prosessen.

Hvis vi skal fortolke det Morten sier, via Salutogenese, så forstår jeg det han sier som et uttrykk for at det å kunne velge en fleksibel løsning for familien i en akutt krise, er av stor betydning for begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet (Langeland 2012, 42). Det å ha en forutsigbar plan dersom Morten igjen vil oppleve behov for døgnbehandling, kan ansees for å være en generell motstandsressurs for familien.

Foreldrene opplever at det at Morten er far, blir tatt på alvor i DPS-systemet. Fokus er på å hjelpe ham, slik at Eirik indirekte får hjelp.

Morten: Jeg er jo faren til et barn og vi bor sammen og, så tror jeg at, det virker som om det blir litt mer seriøst for folk. Folk vil hjelpe meg ...

Marie: Jo, veldig mange har jo fokus på det.

De har selv måttet sørge for tilbud til familien, noe de har funnet etter mye leting. De forteller om hjelp til mestring her:

Marie: ... lavterskelteamet for familier, har vært kjempefint. Det å lære seg å se Eirik på andre måter. Vi fikk verktøy som kan hjelpe oss igjennom mange situasjoner.

Morten og Marie har også et sterkt ønske om å få hjelp med fokus på parforholdet. Det er den hjelpen som har vært vanskeligst å få til og der har de ikke kommet i mål ennå. De oppsøkte familievernkontoret, men opplevde ikke at tilbudet stod til forventningene.

Morten: Vi hadde veldig høye forventninger når vi skulle komme til en parterapeut.

Marie: ... Men det var veldig mye fokus på Morten.

Samtalen på familievernkontoret ble en nedtur og de avsluttet fort kontakten der. De ønsket et samarbeid, men følte at de ble møtt med et snevert blikk som ikke ivaretok helheten i deres livssituasjon. Fortsatt så tenker Morten og Marie at de trenger parterapi. Livet sammen har bydd på mange utfordringer og de ønsker å fortsette samlivet, men for å klare å mestre de utfordringene hverdagens byr på, ønsker de hjelp til å snakke med hverandre om parforholdet. En hjelp som ikke fokuserer på risiko og advarer mot videre samliv, men som kan hjelpe dem til å få det bedre sammen. Marie uttrykker det slik:

Marie: Og det er viktig for oss at disse timene blir til at vi kommer ut av det. Ikke at det er han sine problemer og at han må få terapi til det. For det har vi holdt på med i lang tid...

Morten og Marie vet hva de ønsker hjelp til som et bidrag til økt mestring. En klar henstilling til hjelpeapparatet. Hvis vi skal tolke utsagnet til Marie ut ifra narrativ praksis, ville samarbeidsperspektivet og en felles definisjon av problemet, spille en stor rolle for samtalenes utforming (Lundby 2009, 191). Til dels har de fått den hjelpen de har ønsket, men de har måttet oppsøke mange ulike tjenester, for at helhetsperspektivet skal bli ivaretatt. Dette kan vitne om et fragmentert hjelpeapparat.

Dette sier Marie:

Marie: Det blir mye ... Det blir mange til en tid.

6. I morgen kan bli den beste dagen

Jeg innledet oppgaven med et vers skrevet av Erik Bye (2003). Dette som et symbol på oppgavens formål, både i forhold til innhold og prosess. Nå er vi kommet til oppgavens siste del og det er på tide å samle trådene. Slik jeg tolker Byes vise, er budskapet at livet har mye å by på av gode ting og av utfordringer som det er mulig å mestre og lære noe av. Denne forståelsen er i tråd med oppgavens teoretiske perspektiver og foreldrenes mestringshistorier. Ofte er vi ikke klare over hvordan vi skaper mening i våre liv, eller hvilke ressurser vi har tilgjengelige. Vi trenger å stoppe opp og lytte til våre erfaringer og noen ganger trenger vi å få hjelp til å forstå dem i et nytt lys. I morgen kan bli den beste dagen, men det krever ressurser og tillit til at det er mulig. I dette kapitlet vil jeg oppsummere og diskutere resultatene, samt trekke trådene tilbake til den forskning jeg innledningsvis presenterte.

6.1 Oppgavens budskap

I oppgaven har vi blitt kjent med syv foreldres erfaringer knyttet til familieperspektivet når de selv, eller deres partner, har psykiske plager i form av angst og/eller depresjon. I tråd med mastergradsprosjektets formål, har jeg prøvd å analysere hvordan foreldre med angst og/eller depresjon opplever sine familiehverdager. Ikke i lys av sykdom, men i lys av salutogenese (Antonovsky 2012) og sett ut ifra en sosiokulturelt forståelse (Rogoff 2003; Solem 2013).

Ut ifra en salutogen tankegang handler mestring og helse om hvordan familier kan oppleve en sammenheng i sine liv (Ngai og Ngu 2013, 2031). I en salutogen modell står livskvalitet sentralt i motsetning til patogenese som i større grad retter fokus mot risiko og å behandle sykdom (Gassne 2008, 14). Hvilke faktorer er det da som bidrar til helse og livskvalitet? I

likhet med annen forskning, fremstod sosial støtte og fellesskap som svært betydningsfull for mestring (Reupert og Maybery 2009a, 67; Halså 2011, 190; Pihkala, Sandlund og Cederström 2011, 624). Det å ikke stå alene i foreldrerollen, sto frem som noe helt sentralt. Foreldreteam ble et begrep på det sterke samhold og samarbeid som foreldrene fortalte om, med målsetting om å tilby barna gode oppvekstvilkår. Som erstatning for å være to foreldre, ble besøkshjem i regi av barnevernstjenesten beskrevet som en viktig ressurs både i form av tilbud til barna og som sosial støtte for mor.

De tre foreldreparene og moren som deltok i undersøkelsen hadde alle forskjellige historier å fortelle. Det som var felles, var at angst og depresjon ikke ble beskrevet som en sykdom forelderen fikk og som så ble kurert. Det var heller slik at uro, slitenhet og en bekymring for å ikke være en god nok mamma eller pappa, virket inn på livene deres, i større eller mindre grad i ulike perioder. Som en sårbarhet i møte med livets motbakker.

TOPP-studien (Folkehelseinstituttet 2013) vektlegger tidlig intervensjon til familier, hvor mor har angst og/eller depresjon. Studien peker på at angst og depresjon hos mor gir en økt risiko for utagerende og emosjonelle plager hos barn allerede fra 1,5 års alder. Her kan det tenkes at det fortsatt er en lang vei å gå for hjelpeapparatet. Dette med tanke på å forebygge en generasjonsoverføring av psykiske lidelser og fremme god helse, både i forhold til mødre og fedre og deres barn. En av mødrene i intervjuundersøkelsen sa «jeg turte ikke å ringe til min egen helsestasjon». Hvordan kan vi forstå dette? Samfunnets forståelse og formidling av hva som forventes av senmoderne foreldrepraksiser utgjør en sentral kontekstuell ramme for hvordan foreldre vurderer sin kompetanse, og om de opplever at den er god nok (Halså 2008, 249). Det er vanskelig å ta opp emosjonelle bekymringer knyttet til om man er god nok forelder, dersom det ikke foreligger en tillit til og en relasjon til hjelperne. Flere av foreldrene tematiserte en opplevelse av at det var forventet at man skulle mestre den nye rollen som forelder helt naturlig, og at det ikke var lett å be om hjelp.

I kapitlet om «Patogenese versus salutogenese – lett å falle i en grøft?», pekte jeg på utfordringene i hjelpeapparatet med å finne en balanse mellom å både ivareta behovet for å kartlegge risiko, oppdage og behandle sykdom samt rette fokus mot å fremme helse. Mødrene med angst og/eller depresjon fortalte at de ikke fikk spørsmål knyttet til psykisk helse før de utviklet symptomer. Hjelpen kom i stand via fars bekymring, eller via screening på helsestasjonen ved 6-ukers konsultasjonen, eller via barnevernstjenesten og Familiens Hus.

Når foreldrene fikk hjelp og de opplevde hjelpen som et bidrag til mestring, lærte de at de

kunne spørre om alt mulig og det var en trygghet som bidro til økt foreldrekapasitet. Det ga ikke en avhengighet, men en hjelp til å i større grad stole på at man var god nok. Dersom hjelpen ikke så ut til å bidra til en opplevelse av sammenheng, det vil si begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, ble opplevelsen det motsatte. Det ble ikke fremmet en tiltro til at det var mulig å forandre situasjonen. Hva skal da til? Å ha en god relasjon til en spesiell hjelper, som fulgte familien over tid, sto frem som en generell motstandsressurs og kilde til mestring. Kontakten trengte ikke å være hyppig, eller i form av en konsultasjon. Mer som en støttespiller som foreldrene kunne ringe til å spørre om helt hverdagslige ting. I tillegg ble hjelp som varte over tid og inkluderte både samspillsveiledning, hjelp til å håndtere stress og å forstå egne reaksjoner som forelder, pekt på som viktige bidrag til mestring.

Foreldrenes behov varierte ut ifra sosiokulturelle faktorer, slik som forsørgerstatus, sosioøkonomiske faktorer og i hvilken grad de hadde et velfungerende nettverk. Enslige mødre med psykiske plager har andre behov for hjelp og støtte enn familier med to foreldre. Et større nettverk sto frem som det, som den enslige moren i undersøkelsen, savnet aller mest for seg og sine barn. Aamodt, Aamodt og Jørgensen (2002, 198) skriver at mange enslige mødre gir uttrykk for at de savner praktisk støtte og en opplevelse av å tilhøre et sosialt fellesskap. Sosioøkonomiske faktorer og det å være utenfor arbeidslivet, bidro også til stress.

EPDS-skjema ble nevnt som et verktøy for screening av fødselsdepresjoner hos mødre, men hva med fars psykiske helse, bør ikke den også kartlegges systematisk? Det kan se ut til at relasjonen mellom barn og fedre fremdeles er et forsømt område både innenfor forskning og klinisk praksis (Reupert og Maybery 2009a, 61). I undersøkelsen deltok en far med psykiske plager i form av angst og depresjon. I motsetning til mødrene med angst og/eller depresjon, medførte ikke dette til ekstra oppfølging med tanke på familieperspektivet. Den hjelpen har de måttet selv sørge for, etter mye leting. Hvordan er dette mulig å forstå? Faren fortalte at han opplevde at hjelperne tok ham mer på alvor og at de ønsket å hjelpe ham, når de visste at han hadde et barn. Likevel ble ikke familieperspektivet vektlagt.

I intervjuundersøkelsen forteller to fedre om sin foreldrerolle når mor utviklet symptomer på angst og depresjon, under svangerskap og barseltid. Hjelpen familiene mottok var svært forskjellig. Den ene familien fikk et helhetlig tilbud, hvor far hadde en sentral rolle i omsorgen av barnet, og fikk god oppfølging. I den andre familien var tilbudet begrenset og far var i liten grad inkludert. Stene, har gjennomført en studie med fedre i en lignende situasjon og peker på behov for et mer familieorientert helsevesen (Stene 2012, 324). Dette stemmer

med resultatene i denne undersøkelsen.

Pihkala, Sandlund og Cederström (2011, 258) peker på Beardslee`s familieintervensjon som et mulig samtaleverktøy i møte med familier, hvor foreldrene sliter med psykiske plager i form av depresjon. Hva hvis dette eller andre familiebaserte intervensjoner ble tilbudt flere foreldre innenfor ulike deler av hjelpeapparatet? Det er et tankekors at det kan se ut til å være tilfeldig hvorvidt småbarnsfamilier blir tilbudt helsefremmende hjelp. Flere fortellinger pekte på et fragmentert hjelpeapparat, hvor hjelperne hadde avgrensede oppgaver og fokus på å utelukke sykdom og forebygge risiko, men ikke på å fremme helse og livskvalitet. Dette er i tråd med det Lindboe, Kufås og Karlsson (2013, 307) beskriver som hjelpernes politiske primæroppgaver. Når deres oppgave er løst så er tilbudet gitt. De avgrensede politiske primæroppgavene må redefineres til en tverrfaglig hjelpeinnsats (Lindboe, Kufås og Karlsson 2013, 307). En slik felles hjelpeinnsats er i overensstemmelse med de gode historiene fra intervjuundersøkelsen. Spesielt en familie, hadde erfaringer med et godt koordinert hjelpetilbud, hvor BUP, DPS og foreldrene hadde månedlige samarbeidsmøter for å diskutere og evaluere målsetningen med behandlingen. En annen slik organiseringsmodell som ble nevnt var «Familiens hus» med flere tilbud under samme tak.

6.2 Svakheter ved metoden

Resultatene i denne oppgaven, må ses i lys av mulige feilkilder. Intervjuundersøkelsen bygger på et lite tilgjengelighets- og kriterieutvalg (Thagaard 2013, 61). Med den kunnskapen jeg nå besitter, etter å ha gjennomført noe som kan ligne på en «svenneprøve» i forskningsarbeid, ser jeg at kriteriene var svært lite avgrenset. Noe som medførte utfordringer i analyseprosessen og i presentasjon av resultater. Det var ofte bare en av familiene som representerte en type erfaring. Det positive er at analysen på den måten, til en viss grad fikk frem et litt større mangfold i foreldrepraksiser. Oppgaven må på grunn av det begrensede utvalget ses på som et bidrag til refleksjon hos den som leser, og for klinisk praksis.

6.3 Konklusjoner

I oppgaven har jeg har pekt på foreldreteam som et mulig begrep for hvordan foreldrene konstituerer seg, når en av foreldrene opplever angst og/eller depresjon. Dette kan ses på som et svar på problemstillingen og som en enkel, men også meningsfull måte å forstå interaksjonen i et mikromiljø, det vil si i familien. Foreldreparenes anerkjennelse av at deres ulike bidrag i samspill med barna er viktige og komplementære, gir mulighet for mestringsopplevelser. Besøkshjem ble ansett for å være et alternativt foreldreteam. Foreldrene

forteller om vanlige hverdager, men med emosjonelle utfordringer knyttet til et forventningspress. Det vil si en diskrepans mellom diskursive forventninger til foreldrerollen og opplevelsen av tilgjengelige ressurser. Måten de håndterer utfordringene på ser ut til å kunne ha en sammenheng med opplevelsen av sosial støtte i og utenfor foreldreteamet, samt i forhold til hvilken hjelp de har mottatt. Erfaringer knyttet til mestringsopplevelser, ser ut til å ha bidratt til nye måter å håndtere for eksempel emosjonelle reaksjoner som slitenhet. Noe som kan virke helsefremmende. To av familiene beskrev viktige relasjoner til helt konkrete hjelpere. De to familiene var også de som ga uttrykk for best koordinert hjelp, som varte over tid. De andre to familiene beskriver et mer fragmentert hjelpeapparat.

6.4 Implikasjoner for praksis og behov for videre forskning

I likhet med Aamodt, Aamodt og Jørgensen (2002) og Solem (2013) viser resultatene fra denne intervjuundersøkelse at hjelpeapparatet kan bli mer bevisst på å forstå familiers situasjon ut ifra en større kontekst, enn den nære interaksjonen mellom foreldre og barn. Hjelpeapparatet må ikke vente på at foreldre selv tar opp utfordringer knyttet til foreldrerollen og psykisk helse. I tillegg til å behandle sykdom og forebygge risiko må oppmerksomheten rettes mot familienes historier om hverdagsliv, bekymringer, håp og drømmer. Slik at helse og livskvalitet for barn og foreldre blir like viktig å fremme som det å behandle sykdom. Det vil si at hjelpeapparatet må ha et interaksjonistisk og salutogent fokus, hvor utfordringer og ressurser i mikro-, meso-, ekso og makrosystemene, utforskes og vektlegges (Antonovsky 2012, 29; Solem 2013).

Maybery og Reupert (2009b, 784) peker på utfordringer i hjelpeapparatet, knyttet til at enkelte voksenpsykiatriske tilbud ikke har kjennskap til om deres pasienter har barn. Tilbudet til barn, foreldre og familier var således ikke godt nok. I metodekapitlet beskrev jeg en omfattende rekrutteringsprosess, hvor det var vanskelig å komme i kontakt med familier i målgruppen for undersøkelsen og at en av grunnene var at kontaktpersonene ikke visste om de voksne de møtte hadde barn. Hvilket kan peke på at selv etter lovendringene i helsepersonelloven (1999) og spesialisthelsetjenesteloven (1999) så er det mange tjenester for voksne som ikke vet hvem av brukerne, som har barn. Dette, sammen med resultatene i undersøkelsen peker på et større behov for å undersøke i hvilken utstrekning lovendringen faktisk har medført endringer i praksis. Forskingen bør også rette søkelyset mot kommunehelsetjenesten. Resultatene indikerer også behov for tidlig intervensjon og hjelpetilbud som tilbyr oppfølging over tid.

Litteraturliste

- Antonovsky, Aron. 2012. *Helsens Mysterium. Den salutogene modellen*. Oversatt av Ane Sjøbu. Oslo: Gyldendal. Opprinnelig publisert som *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. (London: Jossey-Bass Ltd, 1987).
- Bjerknes, Anne Mette. 2011. «Bilder fra narrativ praksis». *Fokus på familien* 4-2011:283-304.
- Brandtzæg, Ida, Lars Smith og Stig Torsteinson. 2011. *Mokroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brattberg, Øivind. 2014. *Tekstanalyse for samfunnsvitere*. Oslo: Cappelen Damm.
- Braun, Virginia og Victoria Clarke. 2006. «Using thematic analysis in psychology» *Qualitative Research in Psychology* 3:77-101.
- Bronfenbrenner, Urie. 1979. *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, Urie. 1986. «Ecology of the Family as a Context for Human Development: Research Perspectives». *Developmental Psychology* 22(6):723-742.
- Brudal, Lisbeth F. 2000. *Psykiske reaksjoner ved svangerskap, fødsel og barseltid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bruner, Jerome og Helen Haste. 2010. *Making Sens: The Child's Construction of the World*. Hoboken: Taylor and Francis.
- Bruner, Jerome. 1986. *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bye, Erik. 2003. «Vår Beste Dag». *Støv og Stjerner*. Via Music. CD.
- Bø, Ingerid. 2006. «Working Life and Family Life». *Community, Work and Family* 9(2):123-141.
- Carey, Maggie, Sarah Walther og Shona Russel. 2009. «The Absent but Implicit: A map to Support Therapeutic Enquiry». *Family Process* 48(3):319-331.
- Cox, John mfl. 1987. «Detection of postnatal depression». *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.
- Dalen, Monica. 2011. *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dallos, Rudi og Ros Draper. 2010. *An Introduction to Family Therapy. Systemic Theory and Practice*. 3. utgave. Berkshire: Open University Press.

- Ellingsæter, Anne Lise 2004. «Tidskrise i familien?» I Anne Lise Ellingsæter og Arnlaug Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ellingsæter, Anne Lise. 2005. «Tidsklemme – metafor for vår tid». *Tidsskrift for Samfunnsforskning* 3:297-326.
- Ellingsæter, Anne.Lise og Arnlaug Leira. 2004. «Innledning: Velferdsstaten og familien» I Anne Lise Ellingsæter og Arnlaug Leira (red.), *Velferdsstaten og familien. Utfordringer og dilemmaer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fangen, Katrine. 1997. *Fra erfaringsnær til kritisk fortolkning som samfunnsvitenskapelig utfordring*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Folkehelseinstituttet. 2009. *Psykiske lidelser i Norge. Et folkehelseperspektiv*. Rapport 2009(8).
- Folkehelseinstituttet. 2013. *Hvordan påvirkes barna når mor har angst og depresjon?* <http://www.fhi.no/artikler/?id=107865> (12.03.2015).
- Forskningsrådet. 2015. *Program for psykisk helse 2011-2015*. Programplan 2015.
- Gassne, Jan. 2008. *Salutogenes, Kasam och socionomer* (Doktoravhandling). Socialhögskolan, Lunds universitet, Lund.
- Gulbrandsen, Liv Mette. 2006. «Kulturpsykologiske tilnæringer til barns utvikling». I *Oppvekst og psykologisk utvikling*, red.Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, Liv Mette. 2006. «Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell». I *Oppvekst og psykologisk utvikling*, red.Liv Mette Gulbrandsen. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halsa, Astrid. 2008. 'Mamma med nerver': *En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager* (Doktoravhandling). Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU, Trondheim.
- Halsa, Astrid. 2011. «Foreldreskap og psykiske helseplager: Hvordan finne en passende nøkkel til låste dører». I *Samhandling som omsorg*, red. Sigrid Straand. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansson, Kjell og Marianne Cederblad. 2012. «Salutogen familjeterapi». *Fokus på familien* 3-2012:244-264.
- Heidegger, Martin 1927. *Varat och tiden*. Lund: Doxa. Sitert i Fangen, Katrine. 1997. *Fra erfaringsnær til kritisk fortolkning som samfunnsvitenskapelig utfordring*. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.

- Høgskolen i Lillehammer. 2013. *Mosaikkprosjektet*.
http://www.hil.no/eng/forskning/forskningsnyheter/nyheter_2013/foerste_nyhetsbrev_fra_mosaikk_prosjektet (12.03.2015).
- Haavind, Hanne. 1987. *Liten og stor*. (Doktoravhandling). Oslo: Universitetsforlaget. Sitert i
Dalen, Monica. 2011. *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo:
Universitetsforlaget.
- Johnsen, Astri og Vigdis Wie Torsteinsson. 2012. *Lærebok i Familierapi*. Oslo:
Universitetsforlaget.
- Järvinen, Margaretha. 2005. «Interview i en interaktionisk begrepsramme». I *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, red. Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kjeldstad, Randi og Trude Lappegård. 2012. «How do gender values and household practices cohere?». Discussion Papers no 683, Statistics Norway.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oversatt av Tone M. Anderssen og Johan Rygge. Oslo: Gyldendal. Opprinnelig publisert som *Interview: Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing*. (California: SAGE Publications Inc, 2009).
- Langeland, Eva. 2012. «Betydningen av den salutogene modell for sykepleie.» *Klinisk Sygepleje* 26(2):38-48.
- Lindboe, Bente, Elin Kufås og Bengt Karlsson. 2013 «Tidlig intervensjon for utsatte gravide og småbarnsfamilier, samhandlingens betydning». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol.10. Nr 4:306-316.
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 *Lov om spesialisthelsetjenesten* (Spesialisthelsetjenesteloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 *Lov om helsepersonell m.v.* (Helsepersonelloven).
- Lundby, Geir. 1998. *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Lundby, Geir. 2009. *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Madsen, William. 2009. «Collaborative Helping: A Practice Framework for Family-Centered Services». *Family Process* 48(1):103-116.
- Maybery, Darryl og Andrea Reupert. 2009b. «Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16:784-791.

- Mik-Meyer, Nanna og Margaretha Järvinen. 2005. «Innledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv». I *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, red. Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer. København: Hans Reitzels Forlag.
- Moen, Grete 2009. *Barns møte med psykisk lidelse*. Oslo: Cappelen Damm.
- Ngai, Fei-Wan og Siew-Fei Ngu. 2013. «Family sense of coherence and quality of life». *Quality of Life Research* 22:2031-2039.
- Nilsen, Wendy mfl. 2013. «Pathways from maternal distress and child problem behavior to adolescent depressive symptoms – A prospective examination from 18 months to 17 years of age». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 35(5):303-313.
- Nilssen, Vivi. 2012. *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordlandssykehuset. 2014a. *Fra politikk til praksis for barn som pårørende - får barna den oppfølgingen de har krav på etter loven?*
<http://www.nordlandssykehuset.no/aktuelt/fra-politikk-til-praksis-for-barn-som-parorende-far-barna-den-oppfolgingen-de-har-krav-pa-etter-loven-article111557-3018.html> (18.03.2015).
- Nordlandssykehuset. 2014b. *Deltar i nasjonalt pårørende-prosjekt*.
<http://www.nordlandssykehuset.no/aktuelt/deltar-i-nasjonalt-parorende-prosjekt-article124774-3018.html> (18.03.2015).
- Pihkala, Heljä, Mikael Sandlund og Anita Cederström. 2011. «Initiating communication about parental mental illness in families; An issue of confidence and security». *International Journal of Social Psychiatry* 58(3):258-265.
- Reupert, Andrea og Darryl Maybery. 2009a. «Fathers' experience of parenting with a mental illness». *Families in society: The journal of contemporary social services* vol 90, no 1:61-68.
- Rogoff, Barbara. 2003. *The Cultural Nature of Human Development*. New York: Oxford University Press.
- Rosa, Edinete Maria og Jonathan Tudge. 2013. «Urie Bronfenbrenner's Theory of Human Development: Its Evolution From Ecology to Bioecology». *Journal of Family Theory & Review* 5: 243–258.
- Rådet for psykisk helse. 2008. *Dette er Kurs i mestring av depresjon (KiD)*.
<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=27698> (18.03.2015).

- Solem, May-Britt, Knut Andreas Christophersen og Monica Martinussen. 2011a. «Predicting Stress: Children's Behavioural Problems and Parents' Coping». *Infant and Child Development* 20:162-180.
- Solem, May-Britt. 2011b. «Meaning making and avoidance in parenting». *Qualitative Social Work* 12(2):170–185.
- Solem, May-Britt. 2013. «Understanding Parenting as Situated in the Larger Sociocultural Context in Clinical Social Work». *Child Adolesc Social Work Journal* 30:61–78.
- St. meld. Nr. 47. 2008-2009. *Samhandlingsreformen. Rett behandling til rett tid*. Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Staunæs, Dorthe og Dorte Marie Søndergaard. 2005. «Interview i en tangotid». I *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, red. Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stene, Inger. 2012. «Tilbake til framtiden, bevegelser i farskap når mor får psykiske vansker i forbindelse med fødsel». *Fokus på familien* 4-2012:313 – 325.
- Storhaug, Anita Skårstad, Bente Heggem Kojan og Inge Kvaran. 2012. «Enslige mødre i kontakt med barnevernet». *Fontene Forskning* 2/12:4-17.
- Thagaard, Tove. 2013. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vik, Kari. 2012. «Spedbarna kan ikke vente! Hvordan hjelpe deprimerte spedbarnsmødre til bedre samspill med barnet sitt». I *Barn som pårørende*, red. Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Wetlesen, Tone Schou. 2010. «Balancing work and childcare - the legacy of a gender equality Experiment». *Community, Work & Family* Vol 13(4):447-466.
- White, Michael. 2009. *Kart over narrativ praksis*. Oversatt av Eva Storsveen og Kyrre Haugen Bakke. Oslo: Pax Forlag A/S. Opprinnelig publisert som *Maps of narrative practice*. (New York: W. W. Norton & Company, Inc, 2007).
- Ytterhus, Borgunn. 2012. «Hva er et 'pårørende barn'? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid». I *Barn som pårørende*, red. Bente Storm Mowatt Haugland, Borgunn Ytterhus og Kari Dyregrov. Oslo: Abstrakt Forlag.
- Aamodt, Ingerid, Brit Jørgensen og Laila Aamodt. 2002. «Enslige mødre – familier med store psykososiale belastninger.» *Nordisk Sosialt Arbeid* 4:193-200.

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

«Familieperspektivet i behandling av foreldre med angst og/eller depresjon»

Forespørsel til familier med barn i alderen 1 – 12 år om å delta i undersøkelsen.

Jeg er student ved masterutdanningen i familiebehandling, ved HiOA. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave som omhandler familiens situasjon når mor eller far har angst og/eller depresjon. Dette med utgangspunkt i familiens hverdagsliv og hvilke behov familien har, samt hvordan dere opplever at behandlingen ivaretar dette. Til daglig arbeider jeg som familieterapeut i et tverrfaglig team og har gjennom studier og arbeid blitt opptatt av familiens situasjon når en mor eller far er i behandling.

Foreldreintervjuer: Jeg ønsker å intervjuer mor og far sammen. Jeg vil legge vekt på at intervjusituasjonen skal være positiv. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan dagene ser ut for dere som familie. Hva det er som skaper gode hverdager samt hva som kan være utfordrende. Spørsmålene vil også omhandle hvilken hjelp dere har fått og på hvilken måte dere opplever at den har vært til nytte for dere som familie. Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuene vil ta ca. 1 time og vi blir sammen enige om tid og sted.

Deltakelse i denne undersøkelsen er frivillig, og de som deltar kan trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn, på et hvilket som helst tidspunkt. Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt, og anonymiseres i publikasjon slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Alle persondata vil bli slettet når prosjektet er ferdig og senest innen 31.12.2015. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning NSD.

Den prosjektansvarlige institusjonen er Høgskolen i Oslo og Akershus. Prosjektansvarlig (veileder) er May-Britt Solem, Tlf. 926 06 668

Dersom dere ønsker å delta, er det fint hvis dere skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg i frankert svarkonvolutt. Ring meg gjerne, eller send en mail dersom det er noe dere lurer på.

Med vennlig hilsen
Anna Bjørnstad
Kvartsveien 50
1487 Hakadal

Tlf. 93011711/mail: anna.bjornstad@outlook.com

«Familieperspektivet i behandling av foreldre med angst og/eller depresjon»

Forespørsel til familier med barn i alderen 1 – 12 år om å delta i undersøkelsen.

SAMTYKKEERKLÆRING

Vi har mottatt skriftlig informasjon og samtykker med dette til å delta i ovennevnte undersøkelse.

Signatur.....

Signatur.....

Telefonnummer.....

Sendes i frankert svarconvolutt til:

Anna Bjørnstad
Kvartsveien 50
1487 Hakadal

Vedlegg 2 - Intervjuguide

«Familieperspektivet i behandling av foreldre med angst og/eller depresjon»

Intervjuguide

Semistrukturert intervju med foreldrepar.

Kort informasjon om undersøkelsen og intervjuene. Samtykkeskjema foreligger og eventuelle spørsmål besvares. Intervjuet vil ta ca. 60 minutter. Kort presentasjon av meg, student ved HiOA, samfunnsfag. Arbeider som familierapeut i et tverrfaglig team.

1. Bakgrunnsfakta

- Alder mor
- Alder far
- Sivil status
- Fars utdanning/yrke
- Mors utdanning/yrke
- Antall barn, alder?

2. Fortell om hvordan en vanlig dag kan være for dere som familie?

Vi tar utgangspunkt i gårsdagen.

- Spørsmålet knyttes til morgen, ettermiddag og kveld. Fokus på stress- og mestringsfaktorer for denne familien.
- Nettverk, viktige personer for familien. Hvilken ressurs har de vært og er?
- Er dette en typisk dag for dere? Hvis ikke hva var annerledes? Hva var typisk?
- Gårsdagen var en søndag, hvis det hadde vært en hverdag hvordan ville den sett ut da?
- Hvis dere tenker tilbake til tiden da du var mer plaget av symptomer, på hvilken måte påvirket det hverdagene? Kan dere gi noen eksempler. Hva ga gode hverdager på det tidspunktet? Nå?
- Fortell om drømmer/håp og tanker i forhold til hverdagene deres.

3. Fortell om hjelpen dere har fått:

- Hvilken hjelp har dere fått? Viktige hjelpere/instanser.
- Har dere fått tilbud om Familiesamtaler?
- Kan dere fortelle litt om disse samtalene?

- Har noen gitt Informasjon til ektefelle og barn? Gjennomført kartlegging av behov hos barna og medvirket til eventuell oppfølging til barna? Hvem?
- Nytteverdi for barnet og for dere som familie?
- Andre tilbud som dere som familie har fått?
- Har barn eller den andre forelderen hatt behov for egen behandling/oppfølging?
- Opplever dere at behandlingen er til nytte/hjelp i forhold til hvordan dere som familie opplever hverdagslivet?
- Hva har dere eventuelt savnet?
- Hva kunne ha vært et godt råd til behandlere/hjelpere fra dere som familie?

Avslutning:

Tusen takk for at dere deltok på intervjuet. Dersom dere har spørsmål i etterkant kan dere kontakte meg. Informerer om mulighet til å lese igjennom oppgaven.

Vedlegg 3 – Tilbakemelding fra REK



Region: REK sør-øst	Saksbehandler: Claus Henning Thorsen	Telefon: 22845515	Vår dato: 20.11.2013	Vår referanse: 2013/1831/REK sør-øst C
			Deres dato: 01.10.2013	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Til May-Britt Solem

2013/1831 Familieperspektivet i behandling av foreldre med angst og/eller depresjon

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 29.10.2013. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikklovens § 4.

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Oslo og Akershus
Prosjektleder: May-Britt Solem

Prosjektomtale (revidert av REK):

Denne masteroppgaven har til hensikt å undersøke hvordan familier opplever å bli ivaretatt, når en forelder er under behandling ved DPS. Avgrensningen; Pasienter som behandles for angst og/eller depresjon, og som er foreldre til barn 6-12 år. Det fokuseres på familiens hverdagsliv og hvorvidt de opplever at sykdommen påvirker dette, samt om behandlingen har fokus på familiens hverdagsliv. Undersøkelsen har et helsefremmende og sosiokulturelt fokus. Mestringsperspektivet vektlegges. Problemstilling: «På hvilken måte opplever familier at distriktpsykiatriske senter ivaretar familieperspektivet i behandlingen av en forelder med angst og/eller depresjon?» Metode: Kvalitativ intervjuundersøkelse. Potensielle nytte: Kunnskap om behov hos barnefamilier, der en forelder behandles innenfor voksenpsykiatrien. Peke på behov for videre forskning.

Vurdering

Komiteen mener fokus i prosjektet ikke er å skaffe til veie ny kunnskap om sykdom eller helse, men snarere å undersøke selve behandlingssituasjonen. Vurdert ut fra søknad og prosjektbeskrivelse fremstår prosjektet som helsetjenesteforskning, og faller derfor utenfor helseforskningslovens virkeområde, jf. helseforskningsloven § 2, jf § 4 første ledd bokstav a.

Prosjektet kan gjennomføres uten godkjenning av REK innenfor de ordinære ordninger for helsetjenesten med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggelsespliktig, jf helseforskningsloven § 9, jf forskningsetikkloven § 4.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

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

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

Claus Henning Thorsen
seniorrådgiver

Kopi til:

Høgskolen i Oslo og Akershus ved øverste administrative ledelse postmottak@hioa.no

Vedlegg 4 – Tilbakemelding fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

May-Britt Solem
Institutt for sosialfag Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 05.12.2013

Vår ref: 35837 / 2 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 09.10.2013. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 05.12.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>35837</i>	<i>Familieperspektivet i behandling av foreldre med angst og/eller depresjon</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>May-Britt Solem</i>
<i>Student</i>	<i>Anna Bjørnstad</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Anna Bjørnstad anna@3angle.no

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@sv.uit.no



Meldingen gjelder et masterprosjekt der formålet er å undersøke hvordan familier opplever å bli ivaretatt når en forelder er under behandling ved DPS. Prosjektet fokuserer på familiens hverdagsliv og hvorvidt de opplever at sykdommen påvirker dette, samt om behandlingen har fokus på familiens hverdagsliv. Undersøkelsen har et helsefremmende og sosiokulturelt fokus, der mestringsperspektivet vektlegges. REK har vedtatt at prosjektet ikke omfattes av helseforskningsloven.

Data skal innhentes ved intervju med pasienter som mottar behandling for angst og/eller depresjon på DPS, og som har barn i alderen 1-12 år. Pasienten intervjues sammen med sin samboer/ektefelle. Det er ikke aktuelt å intervju barna, jf. epost 02.12.13.

Masterstudenten arbeider som familieterapeut. Det er ikke aktuelt å rekruttere egne klienter til prosjektet.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Behandler ved DPS formidler skriftlig informasjon om prosjektet og behandlingen av personopplysninger til aktuelle informanter. Pasient og samboer/ektefelle signerer samtykkeerklæring dersom de vil delta, og sender denne til studenten. Personvernombudet finner revidert informasjonsskriv datert 05.12.13 tilfredsstillende utformet iht. personopplysningslovens vilkår. Det legges til grunn at kun samtykkekompetente personer deltar i intervju.

BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Det vil i prosjektet bli registrert sensitive personopplysninger om pasientens (evt. også ektefelle og barns) helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c). Det skal ikke registreres opplysninger om identifiserbare tredjepersoner, med unntak av parets barn, som er i alderen 1-12 år.

Intervjudata registreres i form av manuelle lydopptak, samt transkripsjoner. Opplysningene knyttes til navn via kode som viser til koblingsnøkkel. Det tas høyde for at øvrige data kan inneholde indirekte personopplysninger, bl.a. kombinasjonen av bostedskommune, alder, kjønn, yrke, diagnose.

Koblingsnøkkel lagres i låst arkivskap ved HiOA. Vi forstår det slik at privat pc kun benyttes til lagring av aidentifiserte data (jf. epost 02.12.13). For at data skal være aidentifisert, må direkte og indirekte personopplysninger være erstattet med en kode, slik at identifikasjon kun er mulig gjennom kode og koblingsnøkkel.

PROSJEKTSLUTT

Prosjektet skal avsluttes 31.12.2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personopplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personopplysninger (identifiserende bakgrunnsopplysninger) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.



May-Britt Solem
Institutt for sosialfag
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 14.04.2014

Vår ref: 35837/4/Ø

Deres dato:

Deres ref:

BEKREFTELSE PÅ ENDRING

Vi viser til endringsmelding mottatt 20.03.14 for prosjektet:

35837

Familieperspektivet i behandling av foreldre med angst og/eller depresjon

Grunnet vansker med å rekruttere deltagere fra DPS, skal informanter rekrutteres via primærhelsetjenesten.

Personvernombudet legger til grunn at behandler formidler informasjonsskrivet til pasienter som vurderes å ha samtykkekompetanse, og at pasient og samboer/ektefelle sender samtykkeerklæring til studenten dersom de vil delta. Informasjonsskrivet til de nye deltagerne vurderes som godt utformet.

Formålet er justert som følge av ny utvalgsgruppe. Aktuelle problemstillinger er nå: På hvilken måte blir familieperspektivet ivare tatt i møte med hjelpende instanser? På hvilken måte blir familiens hverdagsliv ivare tatt når en av foreldrene lider av angst og/eller depresjon?

Dersom intervjuguiden skal endres, ber vi om at kopi sendes personvernombudet@nsd.uib.no.

Prosjektperioden forlenges med ett år. Persondata behandles til masteroppgaven er levert og anonymiseres senest 31.12.2015.

Hvis det tidligere er samlet inn data om pasienter fra DPS, legger vi til grunn at disse informeres om ny prosjektslutt.

Personvernombudet forutsetter at prosjektopplegget for øvrig er uendret.

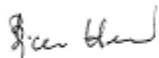
Personvernombudet vil ved ny prosjektslutt rette en henvendelse om status for behandling av personopplysninger.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uiso.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, kjerne.svarwa@vit.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 61 53, solvi.anderssen@uit.no

Ta gjerne kontakt dersom noe er uklart.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Inga Brautaset

Kopi: Anna Bjørnstad, Kvartsveien 50, 1487 HAKADAL