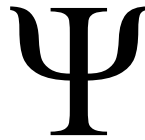




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



Sammen mot sprøytefobien

*Hvordan opplever barn og foreldre å delta i gruppebehandling for sprøytefobi?
En kvalitativ evaluering.*

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

**Othilia Buer Vase
Alba Lorena Sanchez Banoun
Frederik Thorsen Becker**

Høst 2022

Hovedveileder: Bente Storm Mowatt Haugland

Biveiledere: Signe Hjelen Stige, Yngvild Sørebo Danielsen

Abstract

Cognitive behavioural therapy (CBT) is the recommended treatment for children with a fear of needles, usually administered as individual treatment. This paper is a qualitative evaluation of the experiences of children and their parents participating in CBT group treatment for children with fear of needles. The data comprised individual interviews with seven children and a focus group interview with five parents. Directed content analysis was used to analyse the data. The categories for evaluation were 1) experience of fear of needles, 2) treatment format, and 3) treatment interventions.

Relating to 1) experience of fear of needles, the children described fears of pain, experiences of pain, coercion, and lack of control as important aspects of their phobia. 2) The treatment format category indicated that the group format was associated with friendship and a sense of fellowship. Parents wanted to be more involved by attending separate parent sessions. 3) Treatment interventions gave the insight that psychoeducation was instructive to the children, but nonetheless difficult to use in real-life situations outside therapy. The included exposure exercises were meaningful to both the children and parents, but there appeared to be a large gap from exposure training during the treatment to the actual vaccination after the treatment.

Our findings indicate that the treatment program should be revised towards an increased focus on exposure. Exposure should be more similar to real vaccination or blood test situations. We would also recommend separate group-sessions for parents to be more involved in the treatment.

Sammendrag

Kognitiv atferdsterapi (KAT) er anbefalt behandling for barn med sprøytefobi og gjennomføres vanligvis som individualbehandling. Denne oppgaven er en kvalitativ evaluering av KAT-basert gruppebehandling for barn med sprøytefobi som primær lidelse og deres foreldre. Det ble gjennomført syv individuelle intervjuer med barn som hadde gjennomgått behandlingen, samt et fokusgruppeintervju med fem av foreldrene til barna. En teoridrevet innholdsanalyse av datamaterialet ble valgt som tilnærming. Kategoriene som ble utarbeidet for analysen var 1) barnas opplevelse av sprøytefobien, 2) behandlingens format og 3) behandlingens intervensjoner.

Under første kategori beskrev barna frykt for smerte, opplevelser med smerte, tvang og kontrollmangel som særlig viktige elementer i fobien. I kategori to beskrev barna følelsen av vennskap og fellesskap som en viktig del av deltakelsen i gruppebehandlingen. Det kom også frem at foreldrene ønsket å involveres gjennom egne foreldregupper parallelt med barnas behandling. I den tredje kategorien viste barna til at de hadde lært noe nytt i løpet av behandlingen, men det de lærte gjennom psykoedukasjonen synes å være vanskeligere for dem å bruke i praksis utenfor behandlingen. Eksponering som behandlingsmåte ga mening for barna og foreldrene, men det syntes å være for stort steg fra eksponeringsøvelsene i behandlingen til vaksinasjon som skulle skje etter behandling.

Funnene indikerer at behandlingsprogrammet bør revideres med større fokus på eksponering. Eksponeringen i behandlingstimene bør være likere reelle vaksine- eller blodprøvesituasjoner. Det bør utarbeides og prøves ut en versjon med parallelle gruppemøter for foreldre til barna som er involvert i behandlingen.

Forord

Vi ønsker å starte med å takke informantene våre, både barn og foreldre, for at dere ønsket å delta i behandlingen og på intervjuene. Dere er helt rå! Vi er imponerte over innsatsen deres og heier på dere. Videre ønsker vi å rette en særlig takk til veilederne våre Bente Storm Mowatt Haugland, Signe Hjelen Stige og Yngvild Sørebo Danielsen. Takk for at dere har fulgt oss tett og utrettelig gjennom hele prosessen. Vi setter utrolig stor pris på engasjementet, humoren og roen deres. Og for rådet om at et glass vin kan gjøre underverker for skrivesperre. Tusen takk!

Vi vil også rette en takk til Universitetet i Bergen for 6 solide år på profesjonsstudiet og til PPBU for muligheten til å gjennomføre gruppebehandling. Det var modig å la oss gyve løs på dette prosjektet. Læringskurven vår ble bratt og effektiv, men det er akkurat det som gjorde det så gøy og givende. Takk til Geirmunn Sletten, Astrid Mohus og Stine Andreassen Rud for alle timer med samarbeid og veiledning. Og Pål og Henriette – takk for at dere tok oss på alvor og delte tanker, erfaringer og alt dere hadde av materiale og opplegg. Det var gull verdt.

Sist, men ikke minst, takk til familie, kjærester og venner som har stilt opp med omsorg og kos, lunsj og kaffepauser, som har lest korrektur, gitt verdifulle tilbakemeldinger og tenkt høyt sammen med oss. Vi er veldig heldige som har dere.

Bergen, 15.12.2022

Othilia Buer Vase, Alba Banoun og Frederik Thorsen Becker

Innholdsfortegnelse

Abstract	ii
Sammendrag	iii
Forord.....	iv
Innledning	1
Diagnostiske kriterier for sprøytefobi	1
Prevalens av sprøytefobi blant barn og unge	2
Konsekvenser av sprøytefobi	3
Behandling av sprøytefobi hos barn.....	4
Foreldreinvolvering i behandling av barn med angst.....	6
KAT-gruppebehandling ved spesifikke fobier	7
Formål med studien og forskningsspørsmålet.....	9
Metode	11
Planlegging og gjennomføring av gruppebehandling av barn med sprøytefobi	11
Rekruttering av barn.....	11
Innhold og gjennomføring av behandlingen.	12
Evaluering av barn og foreldres erfaringer med behandlingen	15
Rekruttering til evalueringsstudien.	16
Deltakere.	17
Barneintervjuene.	17
Fokusgruppeintervju.....	17
Analyse.....	18

Utforming av kategorier.....	19
Test-analyse og revidering av kategorier.....	19
Kodeprosessen.....	20
Refleksivitet.....	21
Funn.....	22
Barnas opplevelse av sprøytefobi: tvang, smerte og manglende kontroll.....	22
Gruppeformatet: potent, men sårbart.....	26
Foreldreinvolvering: betydningsfullt, men sammensatt.....	29
Intervensjoner.....	34
Psykoedukasjon: utfordrende å knytte sammen teori og praksis.....	34
Eksponering: meningsfylt, men er vanskelig å få til.....	35
Diskusjon.....	39
Gruppebehandling av barn med sprøytefobi.....	39
Foreldreinvolvering i behandling av barn med sprøytefobi.....	42
Gradvis eksponering.....	44
Metoderefleksjon.....	46
Etiske betraktninger.....	48
Kvalitet.....	49
Implikasjoner for videre behandling.....	49
Implikasjoner for videre forskning.....	51
Konklusjon.....	53
Referanseliste.....	54

Vedlegg 1	67
Vedlegg 2	74
Vedlegg 3	77
Vedlegg 4	81
Vedlegg 5	85
Vedlegg 6	86

Innledning

Det er vanlig for barn og unge å oppleve frykt for sprøytestikk. En kanadisk tverrsnittstudie fant at 63 % av et utvalg barn (N=1024) mellom 6 og 17 år opplevde frykt for injeksjoner (Taddio et al., 2012). I en studie gjennomført i Hordaland rapporterte 24 % av 18-åringer at de opplevde sterk frykt for injeksjoner (Vika et al., 2006). Barn og unges redsel for sprøyter og injeksjoner kan forstås ut fra at de har begrenset erfaring med å mestre smerte, ubehag og å regulere følelser (Dyregrov et al., 2021). Dette kan også være bakgrunnen for at frykt for sprøyter ser ut til å avta med økende alder (McLenon & Rogers, 2019; Orenius et al., 2018). For noen barn utvikles imidlertid frykten for sprøyter til sprøytefobi, som er kategorisert som en psykisk lidelse (Verdens helseorganisasjon, 2019). Dette kan skje dersom barnet tidlig har erfart at injeksjoner er smertefulle, enten på egen kropp eller ved at de har vært vitne til at andre utsettes for smertefulle injeksjoner. Det kan også handle om at barnet opplever ubehagelige situasjoner hvor sprøyter knyttes til bruk av tvang (Dyregrov et al., 2021). Sprøytefobi antas også å være mer genetisk betinget enn andre former for spesifikke fobier (Van Houtem et al., 2013). Utvikling av sprøytefobi forstås dermed både som et resultat av erfaringer og genetisk sårbarhet (Orenius et al., 2018).

Diagnostiske kriterier for sprøytefobi

Diagnosemanualen ICD-10 (Verdens helseorganisasjon, 2019) klassifiserer sprøytefobi under spesifikke fobier (F.40.2). De diagnostiske kravene for spesifikke fobier viser til at angsten må utløses av spesifikke avgrensede objekter eller situasjoner, som for eksempel synet av blod eller skade, i en slik grad at en vil forsøke å unngå det som trigger angsten. ICD-10 beskriver videre at blod- eller skadefobi skiller seg differensialdiagnostisk fra andre spesifikke fobier ved at de kan føre til en fysiologisk respons med lav puls, blodtrykksfall og besvimelse (Verdens Helseorganisasjon, 2019).

I henhold til diagnosemanualen DSM-V inngår sprøytefobi under blod-skade-injeksjons-fobi (BII-fobi), som er en spesifisert subkategori av spesifikke fobier (American Psychiatric Association, 2013). Kravene for DSM-V diagnosen er like de som beskrives i ICD-10, men det spesifiseres i tillegg at angsten og unngåelsesatferden må ha vart i minst 6 måneder og at angsten er irrasjonell i forhold til den faktiske trusselen fra nålen, blodet, skaden eller situasjonen. Angsten og unngåelsesatferden må videre medføre funksjonstap, for eksempel ved at man ikke gjennomfører nødvendig vaksinerings. Diagnosemanualene har relativt like diagnostiske kriterier, men i motsetning til ICD-10 har DSM-V spesifisert BII-fobi som en egen kategori, som videre er inndelt i subkategoriene blodfobi, injeksjonsfobi og skadefobi (Davis et al., 2019).

Til tross for spesifikke kriterier for å tilfredsstille diagnosen sprøytefobi, kan tilstandsbildet arte seg ulikt fra barn til barn. Sprøytefobi kan handle om fobi for injeksjoner i munnen (intra-oral injeksjonsfobi), på kroppen, eller være mer generell og inkludere alt av sprøytestikk. Noen har fobi mot sprøytestikk hvor noe trekkes ut av kroppen (eks. blodprøver), eller at noe injiseres inn i kroppen (eks. vaksiner og bedøvelse). Andre har angst for følelsen av å besvime, eller smerten ved selve stikket (Raadal et al., 2010). Denne type forskjeller fremkommer ikke av diagnosen i seg selv, men krever mer inngående undersøkelse av hva som spesifikt trigger angsten for den enkelte pasient og er vesentlig for planlegging av behandling (Öst, 2013).

Prevalens av sprøytefobi blant barn og unge

Vika og kolleger (2006) fant at 11 % av 18-åringer i Hordaland oppfylte diagnostiske krav til sprøytefobi. Dette var ikke et klinisk utvalg, og antas derfor å være et estimat av forekomst blant norske ungdommer. Populasjonsstudien Barn i Bergen viser at spesifikke fobier er blant de vanligst forekommende psykiske lidelsene blant norske barn i aldersgruppen 8 til 10 år, med en punktprevalens på 1,84 % (Heiervang et al., 2007). Her skilles det

imidlertid ikke mellom ulike subkategorier av fobier, og andelen med sprøytefobi er derfor ukjent. I en pilotstudie med et utvalg på 154 skoleelever fra Bergen (11 – 15 år) ble det funnet en punktprevalens på 4,5 % av barn med høy grad av angst for injeksjoner (Le Moullec & Seljestad, 2010). Selv om utvalget ikke var representativt, kan resultatene indikere at sprøytefobi er en aktuell problemstilling for en betydelig andel barn i denne aldersgruppen (Le Moullec & Seljestad, 2010). Når det gjelder prevalens av sprøytefobi hos yngre barn i Norge, eksempelvis fra 4 til 10 år, foreligger det ut fra vår kunnskap ikke noen dokumentasjon. Ifølge Orenius og kolleger (2018) preges epidemiologiske studier av sprøytefobi av inkonsekvent bruk av definisjoner og måleinstrumenter. Dette kan forklare de varierende prevalenstillene hos barn og unge som fremkommer i ulike studier.

Konsekvenser av sprøytefobi

Unngåelse av situasjoner eller objekter er et sentralt kriterium for alle fobier – også sprøytefobi. Unngåelse kan medføre at anbefalte eller nødvendige medisinske inngrep, tannlegebehandling eller vaksinasjoner ikke gjennomføres (McLenon & Rogers, 2019). Hos barn kan unngåelse og vegring komme til uttrykk ved utagering, gråt og kraftig motstand når sprøyten presenteres (Orenius et al., 2018). En norsk studie viste at 5 – 7 % av 18-åringene i et normalutvalg rapporterte så sterk frykt for injeksjoner at det kan føre til unngåelse av nødvendig medisinsk behandling (Vika et al., 2006). Dette samstemmer med funn fra en kanadisk tverrsnittstudie hvor 8 % av barna (6 – 17 år) rapporterte at frykt for sprøytestikk var bakgrunnen for at de ikke hadde fått gjennomført vaksinasjon (Taddio et al., 2012). Samtidig antas det at unngåelse forekommer i ulike grader blant barn og unge med BII-fobi. En del av barna gjennomfører nødvendige medisinske prosedyrer, men holder ut angsten de opplever, eller døyver den med beroligende midler eller ved bruk av narkose (Davis & Ollendick, 2005). Dersom barnets sprøytefobi vedvarer og medfører unngåelsesatferd, kan dette gi

helsemessige og psykososiale negative konsekvenser for tannhelse, sykdomsutvikling, selvfølelse og livskvalitet (Aardal et al., 2022; Hakeberg & Lundgren, 2013).

Behandling av sprøytefobi hos barn

Kognitiv atferdsterapi (KAT) har dokumentert effekt og er anbefalt tilnærming ved behandling av en rekke ulike angstlidelser hos barn (Higa-McMillan et al., 2016; James et al., 2020). Den norske faglige veilederen i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) beskriver at KAT ved behandling av angst hos barn bør inneholde psykoedukasjon, foreldreinvolvering, arbeid med å gjenkjenne angst, endring av tankemønstre og trening i angstfremkallende situasjoner (eksponering) (Skirbekk & Kristensen, 2019). Behandlingen må videre tilpasses barnets alder og utviklingsnivå (Haugland, 2011; Skirbekk & Kristensen, 2019). Eksempelvis kan behandling for barn i 10-årsalder med fordel inneholde mer lek og kreative aktiviteter sammenlignet med behandling for 16-åringer (Öst et al., 2001).

KAT har også dokumentert effekt i behandling av sprøytefobi hos barn (Berge et al., 2017; Davis & Ollendick, 2005; Ollendick et al., 2009; Zlomke & Davis, 2008; Öst & Clark, 2013). Berge og kolleger (2017) fant signifikant effekt av KAT-behandling for et utvalg norske barn mellom 10 og 16 år med intra-oral injeksjonsfobi. De benyttet fem sesjoner KAT med hovedvekt på eksponering *in vivo* (her og nå i faktiske situasjoner, i motsetning til *in vitro*, som er imaginær eksponering). Gradvis eksponering, som er metoden som hovedsakelig benyttes for barn, innebærer at barnet gradvis og systematisk presenteres for det fobiske objektet eller situasjonen, i dette tilfellet injeksjoner (Öst & Kvale, 2013). Effekten av gradvis eksponering er også demonstrert i forskning på tilnærmingen «en-sesjons-behandling av spesifikke fobier» (One Session Treatment, OST). OST er en intensivert behandlingsform hvor pasienten mottar flere timer med gradvis eksponering i én sesjon (Davis et al., 2019; Öst et al., 2001; Öst, 2013). OST har vist seg effektiv for barn med spesifikke fobier generelt (Davis et al., 2019; Öst et al., 2001), men virker å ha noe mindre effekt for barn med BII-fobi

(Öst et al., 2001). Oar og kolleger (2015) har beskrevet hvordan modifikasjoner av OST kan øke effekten for barn med BII-fobi. Endringene dreier seg om å inkludere psykoedukasjon om og eksponering for smerte og avsky, bruke belønning aktivt for å øke motivasjon og bruke lengre tid på å bygge opp barnets relasjon og tillit til behandler. Behovet for disse endringene begrunnes med at BII-fobi skiller seg fysiologisk og emosjonelt fra andre spesifikke fobier, særlig med tanke på betydningen av avsky, besvimelse og opplevelser med tvang og smerte. BII-fobi krever dermed en tilpasset tilnærming (Oar et al., 2015).

Ved gradvis eksponering får barnet øve seg på å møte og stå i den angstfremkallende situasjonen gjentatte ganger, med støtte av nye, mer hjelpsomme tanker. Hensikten er at barnet erfarer at angsten reduseres over tid og mestrer situasjonen (Berge et al., 2017; Davis & Ollendick, 2005; Öst & Kvale, 2013). Eksponeringen fordrer at relasjonen mellom behandler og barn er preget av trygghet og tillit, slik at barnet kan lene seg inn i angsten med tillit til at behandler ivaretar barnets behov for grenser og kontroll (Davis & Ollendick, 2005). Barn med sprøytefobi kan ha frykt for helsepersonell generelt, noe som gjør den terapeutiske relasjonen særlig viktig (Oar et al., 2015). I tillegg til gradvis eksponering inneholder KAT mot sprøytefobi psykoedukasjon om frykt, angst, smerte og avsky, kognitiv restrukturering (dvs. identifisere og endre tankemønstre), atferdseksperimenter (dvs. planlagte øvelser hvor en tester antakelser gjennom atferd) og modellering (dvs. å lære gjennom å observere andre) (Öst & Clark, 2013). Det overordnede målet i behandlingen er å aktivere, utfordre og endre de psykologiske, atferdsmessige og kognitive aspektene ved barnets fobi (Zlomke & Davis, 2008; Öst & Clark, 2013).

Det spesielle ved BII-fobi, sammenlignet med andre fobier, er at BII-fobi assosieres med bradykardi (lav puls) og enkelte ganger synkope (besvimelse), fremfor takykardi (økt puls) som er vanlig ved andre typer fobier (Ritz et al., 2010). Grunnen til dette er to-fasisk blodtrykksendring som oppstår når den fobiske responsen trigges (Verdens

Helseorganisasjon, 2019; Orenius et al., 2018; Raadal et al., 2010). Det vil si at blodtrykket først stiger som en naturlig følge av den fysiologiske fryktresponsen, for deretter å falle og gi en opplevelse av svimmelhet og besvimelse. Det er fremdeles noe uvisst hvilke konkrete mekanismer som forårsaker dette, men det er antatt at det henger sammen med kombinasjonen av frykt og avsky, tap av kontroll og endringer i respirasjon (Ritz et al., 2010). Behandling for sprøytefobi kan dermed ha nytte av å inkludere fysiologiske teknikker for å øke blodtrykket (Ayala et al., 2009). Disse teknikkene kan eksempelvis være ulike øvelser med veksling mellom muskelspenning og avspenning (applied tension) (Öst & Sterner, 1987). Målet er å håndtere og forebygge følelsen av og faktisk besvimelse (Berge & Fjerstad, 2012; Raadal et al., 2010; Ritz et al., 2010; Öst & Sterner, 1987).

Foreldreinvolvering i behandling av barn med angst. I behandling av barn og ungdom med angstlidelser er det reist viktige spørsmål knyttet til hvor mye og på hvilken måte foreldre skal involveres i behandlingen (Cardy et al., 2020; James et al., 2020; Manassis et al., 2014; Thulin et al., 2014). Öst og kolleger (2001) så på foreldreinvolvering i sin studie på OST mot spesifikke fobier hos barn (7 - 17 år). De sammenlignet effekt av å ha en forelder til stede eller ingen og fant ingen signifikante forskjeller mellom betingelsene (Öst et al., 2001). Dette samstemmer med en omfattende litteraturgjennomgang på effekt av KAT mot angstlidelser hos barn og unge, som indikerte manglende evidens for effekt av foreldreinvolvering (James et al., 2020). En metaanalyse av foreldreinvolvering i KAT for ungdom med angst, gjort av Cardy og kolleger (2020), viste at forskningen på foreldreinvolvering preges av store variasjoner på hvordan foreldre involveres. Heterogenitet i forskningsstudiene med hensyn til ulik bruk av definisjoner, begreper og gjennomføring gjør det utfordrende å si noe overordnet om foreldreinvolveringens behandlingseffekt. Cardy og kolleger (2020) konkluderte med at KAT mot angst hos barn har effekt både med og uten foreldreinvolvering, og at det er behov for ytterligere forskning på feltet.

På den andre siden har Dowel og Ogles (2010) gjennomført en metaanalyse hvor de fant moderat støtte for at foreldreinvolvering har effekt i psykologisk behandling av barn. Dette samstemmer med en annen metaanalyse som viste at KAT i behandling av angst hos unge er effektivt både med og uten aktiv foreldreinvolvering, men at involverte foreldre kan bidra til å øke varigheten av behandlingseffekten (Manassis et al., 2014). Silverman og kolleger (2022) sammenlignet KAT med angstlidelser hos barn med og uten foreldre, og fant at behandlingen ga effekt i begge betingelser. En studie av Mendlowitz og kolleger (1999) konkluderte også med at foreldreinvolvering har effekt i behandling for barn med angst, og at foreldrene er en viktig ressurs for å opprettholde behandlingseffekt over tid. Bertelsen og kollegaer (2022) har dokumentert positive erfaringer med foreldreinvolvering fra KAT-basert gruppebehandling for ungdommer med angstlidelser gjennomført i Norge (RISK-programmet). De hevder at foreldreinvolvering kan øke ungdommens forpliktelse og deltakelse i behandling, bidra til økt tillit og kommunikasjon innad i familien og styrke oppfølgingen av ungdommen underveis og etter endt behandling (Bertelsen et al., 2022).

KAT-gruppebehandling ved spesifikke fobier

Forskningsstudier indikerer at KAT i behandling av angst hos barn og unge er virksomt både individuelt og i gruppe (Flannery-Schroeder et al., 2005; James et al., 2020; Manassis et al., 2002; Mendlowitz et al., 1999; Sigurvinsdóttir, 2020; Silverman et al., 1999; Silverman et al., 2008; Villabø et al., 2018; Wergeland et al., 2014). Likevel er bruken av gruppeterapi for barn lite utbredt. Bjerke (2018) undersøkte andelen gruppebehandlinger som var registrert i spesialisthelsetjenesten i 2016 med tall fra Norsk pasientregister og fant at det kun var registrert 3 % gruppebehandling kontra 76 % individuell behandling i BUP (Bjerke, 2018, s. 72).

Det kan imidlertid være fordeler ved å benytte et gruppeformat ved behandling av sprøytefobi. KAT-basert gruppebehandling kan bidra til økt mulighet for modellering,

normalisering av vansker, økt positiv forsterkning, mestringsopplevelser og sosial støtte ved at personer med tilsvarende utfordringer jobber sammen mot felles mål og kan støtte hverandre på veien i å mestre angsten sin (Manassis et al., 2002; Whitfield, 2010; Wolgensinger, 2015). Barna kan også bli motivert av å observere andre få til ting som de selv ønsker å få til. En fordel ved gruppebehandling mot angstproblematikk er for eksempel at barna kan støtte hverandre i eksponeringsøvelsene. Det er mulig at dette kan være motiverende for gjennomføring av eksponering og derved føre til bedre effekt av eksponeringsterapien. Å møte andre med tilsvarende vansker kan bidra til en opplevelse av normalisering, oppleve at andre er i samme situasjon som dem selv og at de kan være til støtte for hverandre (Bjerke, 2018).

Forskning om gruppeterapi generelt viser at gruppeterapeutiske faktorer som universalitet (opplevelsen av å ikke være alene om å ha vansker), gruppesamhold, vekking av håp, informasjonsdeling, interpersonlig læring, altruisme og imiterende atferd er virksomme faktorer i denne type behandling (Yalom & Leszcz, 2005). En annen fordel ved gruppeterapi er at medlemmene av gruppen kan hjelpe og støtte hverandre. Gruppeformatet kan også bidra til at terapeuter utnytter tiden bedre ved å behandle flere samtidig (Bjerke, 2018). Dette kan gjøre formatet mer kostnadseffektivt enn tradisjonell én-til-én-behandling, ved at man trenger færre profesjonelle behandlere per barn (Flannery-Schroeder et al., 2005). Tids- og ressursfordelene ved bruk av grupper i angstbehandling forutsetter imidlertid at gruppeformatet fungerer like godt som individuell behandling. Mckinnon og kolleger (2018) fant at KAT-behandling gitt individuelt hadde større effekt for barn med spesifikke fobier enn gruppebehandling. De fremhever imidlertid at videre forskning bør undersøke om den økte effekten ved individualbehandling er verdt den økte kostnad- og ressursbruken som kreves ved denne type behandling sammenlignet med gruppebehandling.

Det finnes også utfordringer ved bruk av et gruppeformat (Manassis et al., 2002; Whitfield, 2010; Wolgensinger, 2015). En ulempe er at det blir mindre tid per pasient for terapeuten. Det kan være krevende å gjennomføre individuell tilpasning av behandlingen og det kan være høyere terskel for at barn med angst ønsker å delta i behandlingen. I tillegg kan det være praktiske utfordringer, som å finne tidspunkt som passer for alle. Gruppeformatet fordrer at deltakerne evner og tør å kommunisere personlige erfaringer med andre barn/unge. I tillegg er det essensielt at gruppelederne er trygge på behandlingsmetoden, klarer å skape en god atmosfære og gruppesamhold, at de har god oversikt over deltakernes ulike karakteristikk og mestrer organiseringen som skal til for at gruppen skal fungere optimalt (Whitfield, 2010; Wolgensinger, 2015).

Vi kjenner ikke til tidligere studier hvor gruppebehandling er prøvd ut spesifikt med barn og unge med sprøytefobi (Öst, personlig kommunikasjon, 2021). Gruppebehandling med voksne med sprøytefobi er imidlertid utprøvd, med lovende resultater (Lilliecreutz et al., 2010; Mason et al., 2022; Wannemüller et al., 2018). Ut fra fordelene med gruppeformat vist over og resultater fra behandling av barn med andre angstlidelser, kan det være grunn til å prøve ut gruppebehandling også for barn med sprøytefobi. Foreliggende studie er derfor et bidrag til den eksisterende forskningslitteraturen om behandling av sprøytefobi hos barn og unge, ved å prøve ut og gjennomføre begynnende evaluering av slik gruppebehandling.

Formål med studien og forskningsspørsmålet

Denne studien har som formål å evaluere en nylig gjennomført KAT-basert gruppebehandling for barn og unge med sprøytefobi. Vi anser studien for å være i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis fra Psykologforeningen (2007, s. 2) hvor det står at: «... psykologisk praksis som er mye brukt, og arbeidsmåter som er nyutviklet i praksisfeltet eller i laboratoriet, må evalueres grundig». Målet med prinsipperklæringen er å sikre pasienter trygg og effektiv psykologisk behandling. Systematisk evaluering av brukernes

erfaringer med en ny behandling ansees som første skritt i en prosess mot å ivareta denne målsetningen.

Vi valgte en kvalitativ tilnærming til evalueringen i foreliggende studie. Ifølge Malterud (2012) kan det være fornuftig å gjennomføre kvalitativ intern, formativ evaluering når det gjelder fagutvikling av begrenset størrelsesorden. En formativ evaluering innebærer at evalueringen legger grunnlag for videreutvikling av tiltaket og inkluderer de som gjennomfører tiltaket (Helsedirektoratet, 2010). At evalueringen er intern vil si at de som står bak tiltaket er aktive i evalueringen av det (Malterud, 2012). En kvalitativ, intern og formativ evaluering skal formidle tiltakets omfang og innhold, samt presentere deltakernes erfaringer. Den skal også kunne si noe om implikasjoner for videreføring av evaluert praksis.

Vi finner litteraturen mangelfull hva gjelder beskrivelser av pasienters, særlig barns, erfaringer fra gruppebehandling. Foreliggende studie har som formål å undersøke hvordan det oppleves for barn og foreldre å delta i KAT-basert gruppebehandling for sprøytefobi hos barn. Vi ønsket å se på hvordan barn og foreldre opplevde gruppeformatet, intervensjonene i KAT-behandlingen og foreldrenes involvering i behandlingen.

Vi vil først redegjøre for behandlingen som ble gitt ved Psykologisk universitetspoliklinikk ved Universitetet i Bergen (UiB), seksjon for barn og ungdom (PPBU). Dette vil gi viktig kontekst til funnene fra evalueringen og være sentralt for å kunne drøfte videreutvikling av behandlingsopplegget. Etter å ha presentert behandlingen vil metoden for evalueringen bli beskrevet, før vi vil presentere og diskutere funn og implikasjoner for videre behandling og forskning.

Forskningsspørsmål: *Hvordan oppleves det for barn og foreldre å delta i KAT-basert gruppebehandling mot sprøytefobi, og hvilke implikasjoner gir det for videreutvikling av slik behandling?*

Metode

PPBU er en opplæringsklinikk for studenter ved profesjonsstudiet i psykologi ved Univesitetet i Bergen. Her tilbys utredning og behandling for personer med lettere psykiske vansker. Studentene i praksis fordeles i mindre veiledningsgrupper, og får ukentlig veiledning og oppfølging av en psykologspesialist. Seksjon for barn og unge er et tilbud for barn og unge i aldersgruppen 0 - 18 år. Typiske vansker som behandles er depresjon, angst, søvnproblemer, sosiale vansker og atferdsvansker. Seksjonen tar imot henvisninger fra ulike instanser, for eksempel fastlege, skolehelsetjenesten, PPT, barnevernet, helsestasjon, kommunepsykologer og psykisk helsevern for barn og unge (Universitetet i Bergen, 2022b).

Planlegging og gjennomføring av gruppebehandling av barn med sprøytefobi

Da vi, forfattere av foreliggende studie, begynte i internklinisk praksis ved PPBU i januar 2021 ble to av oss gruppeterapeuter for barn med sprøytefobi. Dette skjedde i samråd med vår veileder. PPBU hadde over en periode mottatt flere henvisninger av barn med sprøytefobi. Det var derfor tidligere gjennomført en gruppebehandling av barn med sprøytefobi ved klinikken. Vi samarbeidet med de to tidligere studentterapeutene som hadde ledet første gruppebehandling og gjennomgikk behandlingsopplegget de hadde utviklet og benyttet (se vedlegg 1, Lystrup & Lønnerød, personlig kommunikasjon, 2021). Dette ble utgangspunktet for behandlingsopplegget vi selv gjennomførte. Ettersom det tidligere opplegget var ment som en skisse videreutviklet vi programmet med enkelte tilpasninger i form og innhold (se tabell 1). Vi utvidet tilbudet fra 6 til 8 behandlingssesjoner, satte av mer tid til eksponering og utformet egne presentasjoner i PowerPoint som utgangspunkt for psykoedukasjon i gruppemøtene.

Rekruttering av barn. Kriteriene for å delta i behandlingsgruppene var at barna måtte være henvist til PPBU, ha sprøytefobi som primær henvisningsgrunn og være i alderen 10 til 15 år. Vi gikk gjennom relevante henvisninger og kalte inn 11 barn, med foreldre, til

kartleggingssamtaler i forkant av de to behandlingsgruppene. I etterkant av kartleggingssamtalen ble det gjort vurderinger angående tilbud om behandling. Disse vurderingene ble gjort av studentterapeutene i samarbeid med klinisk veileder ved PPBU. Barn som hadde mer omfattende problematikk eller som av ulike grunner ikke ønsket gruppebehandling, fikk ikke tilbud om dette. Totalt ble 10 av 11 aktuelle barn tilbudt gruppebehandling (5 i hver gruppe). Ett barn med annen primærproblematikk ble vurdert som uegnet for vår behandling, og henvist til et annet behandlingstilbud etter kartleggingssamtalen.

Innhold og gjennomføring av behandlingen. Barna som deltok i foreliggende evaluering ble inkludert i en av to behandlingsgrupper: gruppe A og gruppe B. Hver gruppe besto av 5 barn. Gruppe A ble gjennomført på dagtid i perioden fra 3. mars til 26. april 2021. Gruppe B ble gjennomført på dagtid i perioden fra 20. april til 8. juni 2021. Gruppene ble ledet av to studentterapeuter, det vil si totalt fire terapeuter fordelt på de to gruppene. Det var tre kvinnelige og en mannlig studentterapeut, alle i midten av 20-årene. De fire terapeutene tilhørte samme veiledningsgruppe ved PPBU og mottok felles gruppebasert veiledning av psykologspesialist. To av studiens forfattere fungerte som terapeuter i gruppe A.

Gruppe A omfattet fem gutter i alderen 10 - 12 år. Foreldrene deltok i første og siste gruppesesjon. Ellers var ikke foreldrene involvert i behandlingen, annet enn om barna ønsket å ha dem til stede for eksempel ved eksponering for sprøytstikk. For å øke foreldreinvolvering og bidra til at rasjonale for behandlingen ble formidlet tydelig, ble det holdt en foreldresamling halvveis ut i behandlingen, parallelt med sesjon 5. Her fikk foreldrene informasjon om hva som var blitt gjort så langt og hva som skulle skje fremover. De fikk anledning til å stille spørsmål og dele erfaringer, samt komme med tilbakemeldinger til studentterapeutene.

Gruppe B ble gjennomført etter gruppe A. Gruppen bestod av 5 barn, 3 gutter og 2

jenter, i alderen 10 - 14 år. I denne gruppen fikk foreldrene tilbud om å delta, i all hovedsak som tilskuere, ved samtlige sesjoner. Dette ble gjort for å kunne sammenligne erfaringene med foreldreinvolvering mellom gruppene ved avsluttet behandling.

Begge gruppene omfattet 8 sesjoner à 2 timer. Sesjonene ble gjennomført ukentlig. For gruppe A var det en ukes opphold mellom sesjon 4 og 5 på grunn av påskeferie.

Det ble tilstrebet stor innholdsmessig likhet mellom de to gruppene. Til tross for dette hadde de to gruppene noe variasjon med hensyn til innhold og gjennomføring. I gjennomføringen av gruppe A erfarte vi at enkelte leker (f.eks. rebus) ikke fungerte. Derfor ble de fjernet fra programmet for gruppe B. Hensikten med disse revideringene var å forbedre opplegget og sørge for best mulig behandling for barna.

Behandlingen bestod innledningsvis av psykoedukasjon om frykt, angst og sammenhengen mellom situasjoner, kroppslige reaksjoner, tanker, følelser og handlinger (den kognitive diamant). Deretter ble det gitt opplæring i bodybuilder-øvelse og pusteøvelser. Bodybuilder-øvelsen består av vekselvis stramming og avslapning av musklene (applied tension) og anvendes som en teknikk for å håndtere følelsen av å besvime ved eksponering for sprøyter. Senere ble det gjennomført gradvis eksponering for sprøyterelaterte stimuli. Parallelt med dette ble det gitt innføring i ABC-modellen, katastrofetanker og alternative tanker. Behandlingsoppleggets 6. og 7. sesjon handlet i hovedsak om eksponering for stikk. Vi startet med eksponering for "ministikk", hvor vi som terapeuter og barnet selv fikk øve på små stikk med en liten nål, slik at den ikke gikk helt gjennom huden. Nålen var ikke festet til en sprøyte, og barnet kunne selv velge hvor på kroppen det ønsket å stikke. Deretter avanserte vi med tanke på nålens størrelse, lokasjon på kroppen og dybde og varighet på stikket, etter hvert som barnet opplevde mestring. Denne progresjonen ses i sammenheng med barnets frykthierarki, og utgjør den gradvise eksponeringen. Etter endt behandling fikk alle deltakende barn tilbud om å ta en vaksine hos sykepleieren som hadde vært aktivt involvert i behandlingsopplegget.

Tabell I. Innhold i behandlingsopplegg mot sprøytefobi i de to behandlingsgruppene.

Sesjon	Gruppe A	Gruppe B
1	Psykoedukasjon om frykt og angst, Kognitiv diamant, Angstkurve, Hjemmeoppgave (frykthierarki)	Psykoedukasjon om frykt og angst, Kognitiv diamant, Angstkurve, Hjemmeoppgave (frykthierarki)
2	Frykthierarki, Bodybuilder-øvelse (applied tension), Hjemmeoppgave (øve på bodybuilder)	Angsttermometer, Frykthierarki, Psykoedukasjon om besvimelse, Bodybuilder-øvelse (applied tension), Hjemmeoppgave (øve på bodybuilder)
3	Pusteøvelse, Psykoedukasjon om hjernen, Isvann-eksperiment (eksponering smerte samt demonstrere angstkurve), Eksponering for bilder av sprøyter, Eksponering for div. sprøyteutstyr, Hjemmeoppgave (gjøre noe gøy med sprøyten)	Pusteøvelse, Psykoedukasjon om hjernen, Isvann-eksperiment (eksponering smerte samt demonstrere angstkurve), Eksponering for div. sprøyteutstyr, Hjemmeoppgave (øve på pusteøvelse)
4	ABC-modell, Pusteøvelse, Eksponering for sprøyter, Hjemmeoppgave (ta med sprøyten hjem)	ABC-modell, Pusteøvelse, Eksponering for sprøyter, Hjemmeoppgave (ta med sprøyten hjem)
5	Katastrofe- og alternative tanker, Pusteøvelse, Eksponering for sprøyter, Hjemmeoppgave (øve på eksponering)	Katastrofe- og alternative tanker, Pusteøvelse, Eksponering for sprøyter, Hjemmeoppgave (øve på eksponering)
	Egen foreldresamling	
6	Eksponering for stikk med helsesykepleier, Lage plan for eksponering sammen med foreldre	Eksponering for stikk, Rollespill
7	Eksponering for stikk	Belønnings skjema, Eksponering for stikk med helsesykepleier
8	Oppsummering, Gjennomgang av veien videre	Oppsummering, Gjennomgang av veien videre

Etter behandlin g	Tilbud om vaksinasjon hos helsesykepleier	Tilbud om vaksinasjon hos helsesykepleier
-------------------------	--	--

Evaluering av barn og foreldres erfaringer med behandlingen

Vi valgte en kvalitativ tilnærming for å besvare forskningsspørsmålet. Begrunnelse for dette var ønsket om å tilnærme seg subjektive erfaringer på en åpen og utforskende måte (Kvale & Brinkman, 2015; Malterud, 2001). I tillegg ønsket vi å undersøke og beskrive deltakernes opplevelser av behandlingen, er studien basert på en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming til kvalitativ forskning, selv om vi i selve analysen benyttet en mer strukturert, teoridrevet innholdsanalyse (se s. 18 for detaljer om analyse). Fenomenologi i kvalitative helsefaglige studier handler om å tilnærme seg den subjektive levde erfaringen til informantene (Thoresen et al., 2020). Thoresen og kolleger (2020) beskriver hvordan en slik orientering blant annet er nyttig for å utvikle «beskrivelser av levde erfaringer med sykdom, tilfriskning, relasjoner, behandlingsopplegg og andre forhold og fenomener som kan gi bedre forståelse for pasienters, klienters, pårørendes og helsepersonells situasjon og behov» (Thoresen et al., 2020, s. 45). Hermeneutikk dreier seg om filosofisk forankrede prinsipper for tekstfortolkning (Binder et al., 2012). Disse legger føringer for hvordan vi henter ut mening fra tekster gjennom bevegelse mellom deler og helhet, og hvordan kontekst og selvrefleksjon påvirker oss i fortolkningsprosessen (Malterud, 2017). Denne studien benytter ikke fenomenologisk eller hermeneutisk metodologi, men er inspirert av filosofiske prinsipper fra begge retninger i datainnsamling og analyse. Vi ønsket å forstå deltakernes opplevelser fra et førstehåndsperspektiv og å være lojale mot informantenes historier (Malterud, 2017). Det stiller krav til hvordan vi leser og fortolker datamaterialet, og hvordan vi forholder oss til vår egen posisjon og bakgrunn i fortolkningsprosessen (Binder et al., 2012; Thoresen et al., 2020). Med utgangspunkt i dette ønsket vi å beskrive hvordan barna som mottok

gruppebehandling ved PPBU formidler at de opplevde sin egen sprøytefobi og behandlingsprosess, og hvordan foreldrene opplevde å følge barna gjennom behandlingen.

Søknad om godkjenning av studien ble sendt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Den ble godkjent 13. april 2021 (se vedlegg 2). Barna ble intervjuet individuelt mens foreldrene deltok i et fokusgruppeintervju. Intervjuene med barn og foreldre ble gjort av tre psykologspesialister i august og september 2021, omtrent tre måneder etter endt behandling. Vi valgte å ikke intervju deltakerne selv, men få psykologspesialister til å gjøre dette, da to av oss hadde vært delaktige som terapeuter i behandlingen. Vi vurderte at informantene ville uttrykke seg friere overfor en nøytral intervjuer de ikke kjente fra før. Fra oktober til desember 2021 transkriberte vi lydopptakene verbatim. Deretter begynte vi analyseprosessen.

Rekruttering til evalueringsstudien. Samtlige barn og foreldre som mottok gruppebehandling ble forespurt om å delta i evaluering av behandlingen. I henhold til helseforskningsloven må det foreligge samtykke fra foreldre for barnets deltakelse i forskning når barnet er under 16 år (Helseforskningsloven, 2008, §17). Samtidig sier forskrift om barns rett til å samtykke til deltakelse i forskning (2017, §2) at også barnet selv har rett til å samtykke. De har også rett på at informasjon om deltakelse og tilbaketrekking av samtykke gis ansikt til ansikt, tilpasses barnets forutsetninger og er fritt for press og overtalelse. Ut fra dette ga vi informasjon om deltakelse og samtykke muntlig til både barn og foreldre under kartleggingssamtalen. Foreldre samtykket og signerte samtykkeskjema først (se vedlegg 3). Forutsatt foreldrenes samtykke mottok barnet et eget alderstilpasset informasjonsskriv (se vedlegg 4). Det ble gjort klart at deltakelse i evalueringsstudien ikke var en forutsetning for deltakelse i gruppebehandlingen. Totalt 7 av 11 barn som mottok behandling samtykket til å delta i evaluering av behandlingen. Fem foreldre samtykket til å delta i fokusgruppeintervjuet.

Alle deltakere fikk informasjon om studiens formål, anonymisering og muligheten til å trekke seg underveis i studien (se vedlegg 3 og 4).

Deltakere. Barna som deltok i evalueringen var mellom 11 og 13 år. Det var 6 gutter og 1 jente. Samtlige hadde sprøytefobi som primær grunn til å oppsøke helsehjelp og hadde fullført hele behandlingen. De 5 foreldrene som deltok i evalueringen hadde deltatt i behandlingen med hvert sitt barn. Gruppe A var representert med 3 barn og 2 mødre. Gruppe B var representert med 4 barn, 1 mor og 2 fedre.

Barneintervjuene. De 7 barna som deltok i evalueringen ble intervjuet individuelt. Individuelle semistrukturerte intervjuer ble vurdert å kunne oppleves tryggere og å gi mulighet for å gå mer i dybden av hvert enkelt barns opplevelse, sammenlignet med fokusgruppeintervju (Malterud, 2017). Intervjuene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 5). Guiden skulle sikre at intervjuet kunne tilpasses det enkelte barn, samtidig som den sikret at alle intervjuer omhandlet samme tematikk (Kvale & Brinkmann, 2015). Spørsmålene i intervjuguiden ble formulert for å få frem barnas opplevelse av egen fobi, hva de opplevde som hjelpsomt og utfordrende ved gruppebehandlingen og hvilke tanker og følelser de satt igjen med etter endt behandling. Intervjuene ble gjennomført i universitetets lokaler, med unntak av ett som av praktiske hensyn ble holdt digitalt via Teams. Intervjuene hadde en varighet på mellom 30 til 45 minutter. To barn ønsket å ha med en forelder under intervjuet og dette ønsket ble etterkommet. Intervjuene ble tatt opp på digitale lydfiler og lagret på Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur (SAFE) ved UiB (Universitetet i Bergen, 2022a).

Fokusgruppeintervju. For å undersøke foreldrenes erfaringer ble det gjennomført et fokusgruppeintervju. Dette ble gjennomført i september 2021, dvs. ca. 3 måneder etter at behandlingsgruppe B var avsluttet. To av veilederne for denne studien gjennomførte intervjuet som henholdsvis moderator og sekretær. Ifølge Malterud (2012) er formålet med

fokusgruppeintervju å bruke diskusjonen mellom deltakerne til å få frem beskrivelser av erfaringer som ikke ville kommet frem i individuelle intervjuer. Gjennom bruk av åpne spørsmål og intervjuteknisk ledelse av moderator var formålet at foreldrene kunne diskutere og dele erfaringer fra behandlingen med hverandre. Foreldrene omfattet både fedre og mødre, hadde barn fra begge behandlingsgruppene og de hadde deltatt i ulik grad i behandlingssesjonene. Med dette hadde de et utgangspunkt for å diskutere forskjellige opplevelser av behandlingen. Vi ønsket en fri og utforskende dialog, der foreldrene ble oppfordret til å ta ordet og snakke sammen i gruppen, fremfor kun å svare direkte på spørsmål fra moderator. En semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 6) ble benyttet som utgangspunkt for å tydeliggjøre inngangsspørsmål og holde fokus rettet mot bestemte tema (Malterud, 2012). Intervjuet ble tatt opp på lydbånd og lagret på samme måte som intervjuene av barna. Avslutningsvis ble det gjennomført tre praktiske øvelser som innebar å rangere intervensjoner etter hva de mente var mest og minst 1) krevende, 2) meningsfullt og 3) viktig. Kvaliteten på lydopptakene var imidlertid dårlige under de avsluttende praktiske oppgavene. Disse ble derfor ikke transkribert og heller ikke inkludert i analysene. Moderator og sekretær skrev individuelle refleksjonsnotat i etterkant av intervjuet, hvor de beskrev sine inntrykk av intervjusituasjonen. Refleksjonsnotatene er benyttet som et supplement i analyseprosessen.

Analyse

En teoridrevet innholdsanalyse ble valgt for å analysere de transkriberte intervjuene (Hsieh og Shannon, 2005). Denne tilnærmingen innebærer at analyseprosessen er deduktiv og drevet av teori, som vil si at det utformes kategorier i forkant av analysen av datamaterialet (Hsieh og Shannon, 2005). De forhåndsbestemte kategoriene ble utledet fra et teoretisk grunnlag og tidligere empiriske studier. I vårt tilfelle var teorigrunnlaget etablerte prinsipper fra KAT av barn med angst og erfaringer fra egen deltakelse som terapeuter i gruppebehandlingen (Berge, et al., 2017; Oar et al., 2015; Silverman et al., 2008; Zlomke &

Davis, 2008; Öst, et al., 2001; Öst & Kvale, 2013). De transkriberte intervjuene ble overført til programvaren NVivo, som er et digitalt verktøy for støtte i kvalitative analyser (QSR International, 2019). All behandling av datamateriale foregikk på SAFE ved UiB (Universitetet i Bergen, 2022a).

Utforming av kategorier. Første steg i analyseprosessen besto av å utforme kategorier som gjenspeilet våre mål med evalueringen og det teoretiske grunnlaget. Overordnede kategorier ble utformet først, deretter underkategorier som ga de overordnede kategoriene et mer utfyllende og spisset innhold (Hsieh & Shannon, 2005). Denne prosessen førte til følgende kategorier som utgangspunkt for koding:

1. Format
 - a. Gruppen
 - b. Foreldreinvolvering
 - c. Omfang og struktur
2. Intervensjon
 - a. Eksponering
 - b. Psykoedukasjon
 - c. Hjemmeoppgaver

Test-analyse og revidering av kategorier. Etter utforming av kategorier og underkategorier begynte kodingen av datamaterialet. En kode skal kunne beskrive meningsinnholdet av tekstutdrag fra datamaterialet, som sier noe om det større forskningsspørsmålet (Braun og Clarke, 2006). Vi valgte å kode datamaterialet direkte etter utviklingen av kategorier, i tråd med beskrivelser av Hsieh og Shannon (2005). For å øke reliabiliteten mellom koderne og for å sikre felles forståelse i kodeprosessen gjennomførte vi først en test-analyse. Dette innebar at vi brukte et intervju som eksempel der vi kodet intervjuet hver for oss. Vår bi-veileder, Signe Hjelen Stige, så deretter gjennom kode-arbeidet

vårt. Videre hadde vi felles veiledning på test-analysen med alle veiledere, der vi sammen gjennomgikk kodene. Her fokuserte vi på det tekniske rundt kodingen, blant annet sammenheng i tekstutdrag og kodenavn, samsvar og diskrepans i kodingsstil. Vi så også på egnetheten til kategoriene som var utviklet. Samtidig drøftet vi om kategoriene var tilstrekkelige eller mangelfulle, for å kunne gjøre nødvendige endringer i kategoriene som var utgangspunkt for videre koding (Hsieh & Shannon, 2005).

Under test-analysen fant vi at vi manglet en kategori som kunne romme de delene i teksten som omhandlet deltakernes utsagn om opplevelsen av egen fobi. Derfor ble følgende overordnet kode lagt til: opplevelse av sprøytefobi. Videre ble det besluttet å ekskludere de delene av barneintervjuene som omhandlet foreldrenes responser. Dette gjaldt de to intervjuene hvor foreldrene deltok sammen med barnet. Foreldrenes responser er derfor kun kodet ut fra fokusgruppeintervjuet.

Kodeprosessen. Kodingen ble gjennomført sommeren 2022. Datamaterialet ble delt mellom oppgaveforfatterne. En leste og kodet alle åtte intervjuer, mens de to andre leste og kodet fire intervjuer hver. Vi benyttet et delt dokument for å notere og dele refleksjoner og spørsmål underveis i prosessen. På denne måten ønsket vi å øke grad av samstemt og reliabel forståelse av hva som falt inn under de ulike kategoriene. Etter koding av alle intervjuer ble alle koder gjennomgått og funnene abstrahert fra datamaterialet. Veilederne deltok også i denne prosessen. På dette stadiet var det rom for å legge til nye koder eller fjerne de som ikke gjenspeilet meningsinnhold fra teksten og de overordnede kategoriene (Hsieh & Shannon, 2005). Dette innebar nøye gjennomgang av teksten innenfor de forskjellige kodene, for å finne ut hva som var overflødig og irrelevant, hva som var særlig viktig og hva kodene kunne fortelle om de tilhørende kategoriene. Vi fant at underkategorien “hjemmeoppgaver”, under “intervensjoner”, hadde lite kodet tekst og dermed ikke var en meningsbærende kategori. Den ble derfor fjernet. Også kategorien “omfang og struktur” viste seg å ha få tilhørende koder, og

ble derfor også tatt ut. Videre jobbet vi med fortolkning av kategoriene og kodenenes innhold gjennom å formulere kategorinavn som kunne oppsummere hvilke erfaringer som var kodet under de ulike kategoriene.

Refleksivitet. Refleksivitet er ansett som et viktig mål på kvalitet innenfor kvalitativ forskning (Binder et al., 2012; Stige et al., 2009). I vårt tilfelle hadde to av tre forfattere gjennomført den ene av gruppebehandlingene. I og med at vi kjente deltakerne kunne vi under koding og tolkning av intervjuer stå i fare for å tillegge utsagn mening som stemte med vår oppfatning av deltakerne. Dette var bakgrunnen for at vi ikke gjennomførte intervjuene selv, men at veilederne av oppgaven påtok seg dette arbeidet. Vår kjennskap til behandlingen og at vi hadde investert tid og ressurser i gjennomføring av denne medførte risiko for at vi tolket barna og foreldrenes utsagn på bakgrunn av våre egne erfaringer fremfor en mer åpen holdning. Det kan derfor regnes som en styrke at én av forfatterne ikke var involvert i behandlingen og at vi har vært opptatt av tett veiledning underveis i kodeprosessen og analysen. Samtidig kan det å ha deltatt i behandlingen også ansees som positivt ut fra at vi hadde førstehåndskunnskap og -erfaringer om hva som fungerte og ikke fungerte. Vi hadde tro på behandlingen og hadde selv bevitnet barnas utvikling, men har også erfart at ting kunne vært gjort annerledes og sett behovet for revidering av behandlingsopplegget. Derfor var vi opptatt av å få en rik fremstilling av deltakernes erfaringer, så tro mot deres opplevelser som mulig.

Interne evalueringer kan medføre risiko for å lete etter bekreftelse på egne positive antakelser (Malterud, 2012). For å være bevisst egne holdninger har vi benyttet et felles delt dokument for å føre notater og refleksjoner underveis i kodeprosessen. Dette ble gjort med hensikten om å åpne for refleksjon rundt hvordan vi leste materialet og hvilke tanker vi hadde om oss selv og egen påvirkning underveis. På denne måten har det vært mulig å ha en dialog i analyseprosessen rundt egen fortolkning og å skape bevissthet rundt hvordan kjennskap til

deltakerne og behandlingen kan ha påvirket analyseprosessen. Vi har etterstrebet å belyse deltakernes evaluering fra et så nøytralt ståsted som mulig, med ønsket om å få frem både sterke og svake sider ved behandlingen vi gjennomførte.

Funn

Funnene presenteres i tråd med kategoristrukturen vi brukte i kodingen, der temanavnene gjenspeiler analysen av hva som kjennetegner barnas og foreldrenes erfaringer under hver kategori. For å gi kontekst til barnas opplevelser av behandlingen og for å belyse utgangspunktet for behandlingen, starter vi med å trekke frem barnas erfaringer knyttet til egen sprøytefobi slik dette fremkom i barneintervjuene. I utdragene fra barneintervjuene står I for intervjuer, D for deltaker og M for mamma. De syv barna angis ved bruk av tall (1-7). Det samme gjelder i utdrag fra fokusgruppeintervjuet, hvor I står for intervjuer, F for forelder, angitt med tall (1-5).

Barnas opplevelse av sprøytefobi: tvang, smerte og manglende kontroll

Noen barn fortalte at de hadde hatt sprøytefobi så lenge de kunne huske, fra de var små, mens andre knyttet det til spesifikke hendelser i nyere tid. Flere fortalte at de følte seg alene med frykten for sprøyter og noen barn prøvde å skjule for vennene sine at de var redde for å ta sprøyter. De beskrev skam i forbindelse med å være den eneste som ikke turte gjøre noe andre jevnaldrende turte. Dette tydet på at sprøytefobien var et sårbart tema for barna og var noe som de ønsket å bli kvitt.

De fleste av barna beskrev tidligere vonde erfaringer som kan ha bidratt til å opprettholde frykten for å ta sprøyter. Barna nevnte for eksempel tilfeller hvor de har opplevd smerte og ønsket ikke å bli utsatt for det igjen. Dette førte til at de senere unngikk sprøytestikk. Sammenhengen mellom frykt for sprøytestikket og smerte så ut til å være sentralt for de fleste barna:

I: Hva var grunnen til at dere begynte i denne gruppen? D: Fordi jeg var redd for sprøyter. I: Ja, du var redd for sprøyter. Mhm. Okei. Hva var det du var redd for med sprøytene? D: At de skal gjøre vondt og at jeg ikke vil ha noe nålespiss inn rett i huden. (Deltaker 2)

Få av barna uttrykte at de var redde for blod. De fleste oppga også at de ikke var redde for å se på sprøyter eller å se andre barn ta sprøyter. Samtidig var det uklart for mange av barna hvordan og hvorfor de var blitt redde for sprøyter. Flere av barna uttrykte at de ikke forstod hvorfor sprøytetikk var så skummelt og at de heller ikke hadde anelse om hva som skulle til for å bli kvitt sprøytefobien:

I: Du er ikke redd for det? Nei, hva er du redd for med sprøyter da? D: Jeg bare, jeg liker det ikke, jeg vet ikke hvorfor, jeg er bare redd. I: Nei, hva tenker du kommer til å skje med sprøytene da? ... Du er ikke sikker. Nei. D: Jeg vet ikke hvorfor jeg er redd, jeg bare er redd. (Deltaker 4)

Barna beskrev ulike følelser og tanker som oppstod i situasjoner med sprøytetikk og som påvirket om de tok sprøyten eller ikke. Noen barn beskrev at de opplevde en sterk aversjon mot sprøytene, sammen med en tanke om at de ikke må ta sprøyten:

I: Og etter det, har du prøvd å ta sprøyter noen ganger eller har du bare latt være å prøve? D: Jeg har prøvd å ta sprøyte, ja. I: Ja, og hva er det som typisk har skjedd da, når du har prøvd å ta sprøyte? D: Jeg har fått en sånn følelse inni meg som sier at «ikke gjør det!» (Deltaker 6)

Enkelte barn beskrev at opplevelse av press i sprøytesituasjonen bidro til at de ikke klarte å ta den: «D: Jeg slet hvis det var mye press på meg så klarte jeg det ikke» (Deltaker 7).

Opplevelsen av press kunne komme både utenfra og fra dem selv. I mange tilfeller hang det sammen med at foreldre eller andre voksne la vekt på at det var viktig å ta vaksinen eller blodprøven. Dette kunne øke opplevelsen av press og stress hos barnet.

Flere av barna ga uttrykk for at det var ubehagelig med mangel på kontroll over stikket og smerten. De beskrev frykt for å oppleve tvang, for eksempel ved at armen deres ble holdt av en voksen. Dette var noe flere av barna hadde opplevd tidligere og som de beskrev som svært ubehagelig. Gjentakende opplevelser av tvang og tap av kontroll virket å bidra til å opprettholde angst for å ta sprøyter. Likevel hadde barna heller ikke lyst til å sette sprøyten på seg selv. Noen av barna var redde for å bli presset til å ta sprøyte i behandlingsgruppen. De gruet seg spesielt til siste samling i frykt for at de måtte ta sprøyten da:

I: Grudde du deg? D: Til hva? I: Til å komme hit? D: Ja, litt. I: Ja, litt, hva så du for deg at kom til å skje da? D: At vi skulle ta sprøyter. [...] I: Så selv om mamma sa dere skulle snakke om sprøyter så tenkte du at her kommer det til å komme sprøyter. D: Ja. I: Og det grudde du deg til? D: Mhm. (Deltaker 2)

Alle barna hadde opplevd flere gjentakende mislykkede forsøk på å ta sprøyte før behandlingen og de hadde hatt opplevelser med angst som gjorde at de ikke turte å gjennomføre sprøytestikket. På den andre siden beskrev enkelte barn erfaringer med å bli vant med sprøyter når de tas ofte for eksempel i forbindelse med helsehjelp, hos tannlegen eller under sykehusopphold:

I: Husker du når du var innlagt på sykehuset, hvordan det var? D: Ehm ja ehm, en rar ting var at det var ja... ja, det var greit. Jeg ble littegranne vant til sprøytene fordi vel... jeg tok det nesten hver eneste dag. (Deltaker 1)

Samtidig kom det frem at barna ikke generaliserte fra sprøytstikk i munnen til armen. Flere barn beskrev erfaringer med å ta stikk i munnen hos tannlegen, men at de likevel ikke ville stikkes i armen. De opplevde dette som ulike situasjoner og at det å bli vant med det ene ikke nødvendigvis gjaldt for det andre.

I: Men hvordan kjennes det i kroppen da når du sitter der og skal ta? D: Når jeg er hos tannlegen så føles det ikke så mye siden nå har jeg blitt så vant med det. Men i armen har jeg fortsatt angst for det. I: Ja, så det er verre i armen enn i munnen. Hva er det som gjør at det er verre da? Har det alltid vært sånn? D: Ja. (Deltaker 3)

Relasjon og tillit til helsepersonell som setter sprøyter så også ut til å ha betydning for barna. Enkelte barn beskrev at erfaringer med trygghet til helsepersonell kan gjøre det lettere å gjennomføre sprøytstikk. Det fremkom også at bytte av behandler kan gjøre at barnet ikke lenger tør å ta sprøyte, selv om barnet hadde brukt tid på å øve seg og opplevde at det hadde gått bra:

I: Hadde du prøvd noen andre ting før, for å få til å ta sprøyte? D: Ja, jeg gikk og øvde hos tannlegen. I: Ja, nettopp, så du hadde vært hos tannlegen og øvd før gruppen. D: Ja. I: Og hvordan hadde det gått da? D: Det hadde gått veldig fint. Jeg skulle nesten til å ta sprøyten, men så måtte jeg bytte tannlege, og så stolte jeg ikke like mye på den nye tannlegen. (Deltaker 6)

I det store og hele hadde barna opplevd mye av det samme i form av tvang, smerte og manglende kontroll i relasjon til sprøyter. Samtidig hadde hvert barn særegne synspunkter og perspektiver på egen fobi. For eksempel hadde noen erfart å venne seg til sprøyter, mens andre i stor grad hadde unngått sprøyter:

I visse tilfeller var det uoverensstemmelser mellom barnas og foreldrenes opplevelse av fobien. Flere foreldre hevdet at barna selv ikke hadde forståelse for problematikken knyttet til sprøytefobien og at de bare var med på behandlingen fordi foreldrene bestemte det. Denne konteksten kan være viktig for tolkning av de øvrige funnene, samt drøfting av implikasjoner for videreutvikling av behandlingstilbudet.

Gruppeformatet: potent, men sårbart

Barna var i hovedsak positive til å motta behandling i gruppe. De ga uttrykk for at gruppen skapte fellesskap. Mange opplevde det som fint å møte barn med liknende erfaringer. De gledet seg til å møte de andre på samlingene. Dette ga opplevelse av å ikke være alene med utfordringene sine og at de følte seg forstått av jevnaldrende og virker å ha bidratt til mindre ensomhet og tilhørighet:

I: Hva var det som var gøy da? D: Å møte andre barn som var redd for sprøyter [...] I:

Var det noen andre ting som gjør at du sier det var fint å gå der? D: Ja fordi da kunne jeg snakke med noen som følte hvordan jeg hadde det. (Deltaker 6)

I: Ja, greit, mhm, det å, at dere var sammen, sant, du kunne komme hit alene og øvet på sprøyter, sant, eller sprøyteting, men, men nå var det mange andre barn. Gjorde det at det var lettere eller gjorde det at det var vanskeligere, synes du? D: Det ble litt lettere. I: Ja, hvordan, hva, hva gjorde at det ble lettere, tenker du? D: Vet ikke, å føle at du har noen, at det er noen der, som opplever det samme. I: Ja. D: ...som opplever det samme. I: Ja. D: Og få kommunisert hvordan de har det, og så kan du på en måte jobbe på deg selv hvordan de har det. (Deltaker 4)

Flere barn beskrev at de hadde fått venner i gruppen og noen opprettholdt kontakt etter at gruppeterapien var over. Dette fremsto som svært positivt for mange av barna og flere uttrykte et ønske om å ha flere sesjoner for å få mer tid til å bli enda bedre kjent:

I: Okei. Ja. Kan du si litt om hvordan det var å gå i gruppen da? D: Det var faktisk litt gøy å være med de andre. I: Hvilke ting var gøy? D: De andre. Noen av oss er venner fortsatt. I: Ja har du det, så du har fått venner du. D: Ja. (Deltaker 2)

Samtidig som at barna sa at de gledet seg, var det flere som ga uttrykk for at de gruet seg, særlig til det første møtet. De opplevde det som noe nytt og ukjent, spesielt det å møte nye folk. «D: Jeg gruet meg egentlig bare første gangen, siden det var nytt» (Deltaker 7). Enkelte gruet seg til flere av samlingene i starten, men fortalte at det gikk over etter hvert som de ble tryggere på gruppen. En naturlig del av det å gå i gruppe er at det kan gi rom for sammenlikning og eventuelt også bidra til sosialt press. Det kom frem i intervjuene at sammenlikningen kunne ha både positiv og negativ innvirkning på barna. Noen av barna trakk frem det sosiale presset som en motivasjon til å strekke seg og å tørre noe de ellers ikke ville turt. De mente det var positivt å drive med eksponering sammen med andre. De opplevde å bli motivert til egen eksponering og at de var til hjelp for andre:

I: Hva var det som ble bra med det, tenker du, som gjorde at det ble lettere å øve når det var andre. D: Jeg synes det var lettere å øve fordi da så jeg at det var andre personer som også skulle gjøre det. (Deltaker 1)

På den andre siden kan det å gå i gruppe føre til negativ sammenlikning mellom barna. Gruppeformatet kan innebære å få negative responser og følelse av å ikke blir akseptert. Enkelte barn beskrev frykt for at noe skulle bli ubehagelig i gruppen eller at de skulle bli hengt ut:

D: At de liksom skulle si sånn åå han klarer ikke ta sprøyten. Litt sånn. Uu. Sånn liksom. I: At de skulle si det. Hvem skulle de si det til? D: Til meg. At de andre tok

sprøyten og ikke jeg. Sånn ææ de andre tok sprøyten. [...] I: Hva ville du følt om de hadde gjort det? D: Jeg hadde blitt veldig lei meg. (Deltaker 2)

I dette ligger det at det kan være vanskelig å oppleve seg selv som dårligere enn andre hvis andre får til mer:

I: Var det noe som ble vanskeligere fordi det var andre barn der? D: Jo, noen ganger, men det er fordi jeg ikke er så dristig igjen, noen ganger så er det litt mer at de tar det litt mindre seriøst enn jeg. [...] D: En annen ting som er vanskelig med det er at det er noen ganger er vanskelig å se på at noen andre gjør det bedre enn deg. (Deltaker 4)

Gruppeformatet kan også bidra til opplevelse av utenforskap:

I: Kan du si litt om hvordan det var å gå i denne gruppen. D: Ah, det er litt, det er ikke så lett. I: Nei. D: Jeg tror jeg har funnet ut at jeg ikke er så lik de andre guttene på skolen heller, på min alder. I: Jaha. D: De andre er mye mer tøysete og sånt. I: Ja. Du kjenner at du er litt annerledes? D: Ja. [...] D: Altså for meg føltes det der kurset mest som skole. I: Det føltes som skole? D: Ja. I: Hvordan er skolen da? D: Greit, du går der, er alene, du kommer tilbake, så er du ferdig med det. (Deltaker 4)

I fokusgruppeintervjuet trakk også foreldrene frem sårbare sider ved gruppeformatet. Enkelte foreldre var bekymret for at det skulle oppstå en smitteeffekt blant barna, ved at barna adopterte nye angstelementer til sin eksisterende angst. En forelder hadde opplevd dette, uten at det var uttrykt som et overordnet mønster i materialet. Andre foreldre trakk frem at det var en utfordring at barna kopierte andre barn sine svar heller enn å gi uttrykk for egne meninger når de ble stilt spørsmål i gruppesammenheng. Dette hadde foreldrene lagt merke til når de deltok i samlingene sammen med barna. En annen utfordring med gruppeformatet ifølge

foreldrene var at barna hadde for ulike utgangspunkt og forutsetninger for å lære og at behandlingen ikke ble tilstrekkelig tilpasset det enkelte barns behov. Som følge av dette fikk ikke barna like godt utbytte av å delta i behandlingen:

F4: Da fremstår det for meg at som at utgangspunktet er at de er på samme nivå og det opplevde jeg at det var de jo overhodet ikke, både i forhold til hvor modne de var, hva de forstår og hva de hadde som, altså hvilket utgangspunkt de hadde for å lære dette. [...] For da gikk jeg aktivt ut gjennom den kartleggingen og ga beskjed om hvilke andre utfordringer vi har og som jeg anser vil påvirke dette [...] om det kanskje ble notert eller ikke det er vanskelig å si, men det ble ikke tatt hensyn til, som jeg la merke til. [...] Altså nå var det flere der som hadde ADHD, om alle hadde det vet ikke jeg, men det er forskjellige grader av det og, han min har dysleksi, har vansker med å forstå og følge med. Og da ble det veldig sånn at nå skal vi lese dette, de som kan gjøre de gjør det, mens andre bare var i rommet, på en måte. Han er jo ekspert på det, å bare være til stede uten egentlig å få gjort noe. (Forelder 4)

Samlet viste analysen av intervjuene at de fleste barna opplevde gruppeformatet som positivt, noe som bidro til at de følte seg trygge, opplevde fellesskap og hadde det gøy. Samtidig beskrev enkelte opplevelse av utenforskap og ubehag dersom de ikke fikk til noe de andre klarte. Foreldrene påpekte også potensielle begrensninger ved gruppeformatet, som det å adoptere andre barns angst og risikoen for at barna ikke ble møtt ut fra egne forutsetninger. Samlet tydet barnas og foreldrenes erfaringer på at gruppeformatet opplevdes som potent, men også utfordrende.

Foreldreinvolvering: betydningsfullt, men sammensatt

Både barna og foreldrene hadde ulike ønsker og betraktninger knyttet til grad av foreldreinvolvering i behandlingen. Noen av barna vektla at foreldrenes tilstedeværelse ga økt

trygghet: «I: Var det noe som var lettere da, fordi mamma og pappa var der eller at det var andre voksne der? D: At jeg følte meg tryggere med mamma og pappa» (Deltaker 5).

Et annet barn ga uttrykk for at det var lettere med foreldrene til stede og at det var godt å ikke være alene med fremmede:

I: Ja. Hva tenker du om det? Synes du det var bra å ha med voksne med deg eller

synes du det hadde vært lettere? D: Det var bra. I: Hva synes du var bra med det da?

D: At jeg ikke trenger å være alene med fremmede. I: Ja nettopp. Mhm. Og det hadde

du gruet deg litt til? D: Ja. (Deltaker 7)

På den andre siden var flere barn enten positive eller nøytrale til at foreldrene *ikke* var til stede:

I: Og var mamma og pappa med på den ministikkøvelsen da eller var det bare du? D:

Det var bare oss, det var ikke mamma eller pappa. I: Var det okei at det bare var du,

eller hvordan tenkte du hvis mamma og pappa hadde vært med eller? D: Jeg synes det

gikk helt fint jeg, uten de. (Deltaker 6)

Det kom frem i intervjuene at enkelte barn opplevde at det var morsommere stemning uten foreldrene til stede:

I: Var det bedre å øve når bare dere barna var sammen, eller var det bedre når

foreldrene var med? D: Bedre når barna var der. I: Hvordan ble det når foreldrene var

der, ble det noe annerledes da liksom, eller hva? [...] D: Det var ikke noe annerledes

med eller uten de. Det var bra når foreldrene ikke var der så kunne vi lage mange flere

vitser og sånn derre. (Deltaker 1)

Dette er i tråd med foreldrenes forståelse, der flere foreldre uttrykte usikkerhet rundt om de hemmet barna ved at de var til stede:

F1: Jeg tenkte i hvert fall at det kanskje hadde vært bedre om vi ikke var der. Jeg tror at flere barn hadde tatt eller fått bukt med denne her sprøyteskrekken, eller tatt vaksinen, hvis, hvis ikke vi var til stede. (Forelder 1)

Foreldrene hadde inntrykk av at barna var mer pratsomme uten foreldrene til stede og at foreldrenes tilstedeværelse kunne ha negativ påvirkning på opplevelsen av fellesskap i gruppen:

F1: Jeg tror ungene hadde turt å by mer på seg selv om hvis ikke vi foreldrene var der.

F2: Mhm. Det er jeg enig med deg i. [...] Det tok kanskje lengre tid for ungene skulle føle at de var en del av en gruppe. (Forelder 1 og 2)

På den andre siden formidlet foreldrene at de hadde behov for å være tett på det som skjedde i behandlingen. De ønsket å vite mer om det faglige innholdet, hva barna holdt på med og hva som var planen videre:

F4: En del av tilbakemeldingen vår var at vi visste jo ikke helt hva de holdt på med. [...] Det var jo litt vanskelig å vite, siden vi ikke var så mye inne, opplever i alle fall jeg. At det var vanskelig å følge med. [...] Det er litt den oppsummeringen og hva jobber vi med, sant, sånn at vi kan fortsette å snakke om dette videre og gjerne forberede til neste gang hva man skal snakke om og da kan vi gjerne snakke om det dagen før eller på veien til. I: Så du vil gjerne ha informasjonen i forkant av møtet da?

F4: Ja, eller sånn hva har man jobbet med, hva er planen videre, hva er på en måte agendaen denne gangen? (Forelder 4)

Foreldrene ønsket å lære hvordan de kunne håndtere barnas sprøyteskrekke bedre. De ga uttrykk for at det var mangler i behandlingen som ble gitt, da de ikke selv fikk nye verktøy til å håndtere dette:

F3: Men det er jo litt å få et verktøy og kunne forklare at det ikke er så farlig, at det, når du kommer til det og du tar den, så kommer du til å innse «Var det ikke verre? Det var ikke farlig. Det var ikke som jeg hadde forestilt meg». (Forelder 3)

Det kom frem at foreldrenes læringsutbytte ikke var tilfredsstillende i behandlingsforløpet: «Så følte jeg at jeg som satt der ved siden av og hadde veldig lite igjen som forelder å være der» (Forelder 5). Flere foreldre foreslo at det hadde vært nyttig med parallelle foreldregrupper hvor foreldrene kunne få informasjon uten barna til stede slik at de kunne hjelpe barna bedre hjemme mellom samlingene. Foreldrene ønsket å få redskaper til å hjelpe barna med å håndtere sprøytefobien bedre og de trodde dette ville økt sjansen for at barna hadde fått til å ta sprøyten ved behandlingsslutt:

F5: Mye av den jobben som må gjøres her må jo egentlig, selv om vi ikke liker lekser, så må jo den skje veldig mye hjemme. Hvis jeg som forelder da hadde fått samme informasjon og mer informasjon og på et annet rom, sant. I dag går de gjennom dette, vi forklarer sånn og sånn og sånn, dette kan dere bruke hjemme på denne måten og denne måten. (Forelder 5)

Barnas tilbakemelding sammenfalt i stor grad med foreldrenes. De ga også uttrykk for at de ønsket at foreldrene skulle lære mer om hvordan de kunne støtte barna på best mulig måte:

I: Så egentlig er det ganske viktig at foreldrene kan lære noe om hvordan de skal være når de er med. Tror du de lært litt om det av å sitte å høre på kurset eller burde de lære

mer om det tror du? D: Ja det burde de for det var nesten ingenting om hvordan foreldrene skulle være. I: Det var egentlig et godt poeng, det tror jeg var viktig. Så du tenker at det kunne vært mer om hvordan foreldrene skulle være med. D: Ja.

(Deltaker 3)

Flere barn fortalte at de ikke opplevde noen særlig forskjell på hvordan foreldrene forholdt seg til sprøyterelaterte ting etter behandlingen: «Og så har mamma og pappa vært med. Har du merket noe forskjell på hvordan mamma og pappa forholder seg til sprøyteting eller snakker om sprøyteting, eller? D: Ehm, nei» (Deltaker 5).

Barna hadde tanker om hvordan foreldrene kunne hjelpe barna på en mer hensiktsmessig måte. De ga uttrykk for at de ønsket at foreldrene skulle forstå at de ikke måtte presse for hardt, at de trengte at foreldrene var rolige og at de lærte seg å håndtere situasjonen bedre:

I: Hvis du skulle si til foreldre som skal være med barn som skal ta sprøyter og vaksine hva vil du si til de? D: Stopp å presse barnet ditt! I: Ja. Mhm. Og hvordan, hvilke ting er det de kan si som blir vanskelig for barnet da? D: Spesielt, eh jeg har i hvert fall gått igjennom en del at de blir sure på deg for at du ikke tar sprøyten og det kjennes ikke bra. I: Nei, det hjelper hvert fall ikke sant. [...] D: Ja, ikke bli sur på barnet ditt for at de ikke klarer å ta vaksinen. I: Ja. Hvordan kan de støtte da? Hva kunne være til støtte? D: Det hjelper absolutt om de er sånn neste gang klarer du det og at de faktisk hjelper istedenfor å bare bli sur. I: Ja, så de burde si litt sånn kjempebra at du prøvde, neste gang går det og sånn og være oppmuntrende? D: Ja [...]

I: Hva var det han (far) gjorde som var bra? Jeg spurte litt om det i stad, men hvis du skulle si noe om det? D: At han bare var der og ikke blandet seg inn. I: At han ikke blandet seg inn liksom. D: Nope. Og det er egentlig litt sånn viktig. (Deltaker 3)

En annen tilbakemelding fra barna var at de ønsket at foreldrene skulle forstå at det blir verre for dem hvis de blir holdt fast og opplever tvang: «I: Ja, gjerne til foreldrene og, hvilke råd ville du gitt til de? D: Hvis barnet er skikkelig redd så ikke hold armene fast. I: Mhm. D: For da blir det verre» (Deltaker 7).

Samlet sett pekte både barna og foreldrene på at foreldreinvolvering i behandlingen er betydningsfull, at det kan skape trygghet, at foreldrene kan få hjelp til å håndtere barnas vansker bedre og at dette kan være en ressurs for barna i behandlingen. Samtidig påpeker foreldrene at deres tilstedeværelse kan påvirke opplevelsen av fellesskap i gruppen negativt. De foreslår i stedet å ha parallelle sesjoner hvor foreldrene kan få verktøy til å håndtere barnas angst bedre utenfor behandlingen. *Hvordan* foreldrene involveres i gruppebehandling ser ut fra dette ut til å være viktig for både barnas og foreldrenes opplevelse av behandlingstilbudet.

Intervensjoner

Psykoedukasjon: utfordrende å knytte sammen teori og praksis. I intervjuene kom det frem at barna lærte og fremdeles husket mye fra psykoedukasjonen som var en del av behandlingsopplegget. Flere hadde også brukt diverse øvelser i etterkant av behandlingen og opplevde dem som hjelpsomme. Noen av barna syntes det var gøy å lære nye ting som hadde med sprøytefobien å gjøre:

I: Har det vært noen ganger etter at du gikk i denne gruppen hvor du skjønnte at du ble redd og så har du brukt noe av det du lærte i gruppen? D: Alfred og venner. Det har jeg gjort en del. Jeg har gjort den pusteøvelsen av og til da. I: Kan du gi noen eksempler på det? D: Hva? I: Når du brukte den øvelsen? D: Jeg brukte den for to dager siden da jeg var sint. Det fungerte ikke så veldig bra men jeg har brukt den av og til. (Deltaker 2)

Til tross for at mange av barna uttrykte at de lærte mye, beskrev de også forvirring rundt hvordan og hvorfor noen av øvelsene skulle brukes. Det fremstår som om det var vanskelig for barna å forstå sammenhengen mellom teorien som ble gjennomgått og det som ble jobbet med i eksponeringen. I tillegg opplevde flere av barna at terapeutene kunne bruke ord som var vanskelige å forstå:

I: Nei. Hvordan fungerte den bodybuilder-øvelsen da? D: Man bare gjør dette herre, man bare strammer musklene. I: For det er litt sånn at man ikke skal besvime, sant. D: Mhm. I: Er det sånn som du kan bruke når du skal ta sprøyte? M: Kommer du til å prøve det tror du? D: Ehm, nei. M: Hvorfor ikke? I: Nei, så du tenker ikke at den hjelper akkurat da, da er det andre ting som hjelper bedre. D: Når man skal ta en sprøyte skal man ikke ha stramme muskler. I: Man må gjøre det før da. M: Ja, man må gjøre det før. Var det ikke det de sa? D: Hæ? M: Var det mens du skulle ta, eller var det før du skulle ta, så du skulle slappe litt mer av når du fikk sprøyten? D: Ehm, jeg vet ikke. (Deltaker 1)

Noen av foreldrene hadde inntrykk av at terapeutene ikke tilpasset formidlingen til barnas alder. De opplevde at informasjonen ble for enkelt og at det ble for mye unødvendig «dilldall»:

F2: Det var kanskje... Jo, jeg bare sier det, det var for mye dilldall.

Også føler jeg og at disse her kursholderne bommet litt på, de oppførte seg som om de snakket til tredjeklassinger. F5: Sant! Takk. (Forelder 2 og 5)

Eksponering: meningsfylt, men er vanskelig å få til. De fleste barna opplevde at de var blitt litt tryggere på å håndtere sprøyter etter behandlingen. Samtidig fortalte de at

eksponeringen ikke opplevdes så gradvis som behandlingsopplegget intenderte og at det var et stort steg fra eksponeringen som skjedde i gruppen til vaksinerings hos helsesykepleier i etterkant. Ingen av barna beskrev motforestillinger mot eksponeringen i gruppen.

Flere av barna opplevde at å øve på å stikke med sprøyter hjalp dem til å bli mindre redde for sprøytene:

I: Hva tenker du har gjort at du har blitt mindre redd da? Var det noe av det dere snakket om eller øvde på eller? D: Nei, det at jeg klarte å stikke meg selv litte granne med sprøyten, at jeg føler jeg er mindre redd. Og, ja. Når hun skulle, jeg husker ikke hva de to jentene het, men hun ene skulle stikke meg i armen der, og det gjorde ikke så vondt her (viser på armen). (Deltaker 1)

Flere av barna hadde gode opplevelser med mestring i eksponeringsøvelser. De opplevde å få til ting som de tidligere ikke hadde vært i stand til:

D: Sånn derre, hun (terapeut eller helsesykepleier) ville at jeg skulle si stopp når hun skulle ta den. Hun sa jeg måtte si stopp når som helst, sånn «en, to, tre, stopp», og hun klarte ikke ta sprøyten mot armen min en gang før jeg sa stopp. I: Nei... Kom det nærme til slutt? D: Ja, til slutt klarte jeg det. (Deltaker 1)

Mange av barna trakk frem de kreative eksponeringsøvelsene som morsomme. Særlig øvelsen der de selv fikk stikke appelsiner ble satt pris på:

I: Men det her å pynte sprøyte og ta med hjem, og appelsinøvelsen og sånne ting, hvordan var det å holde på med de tingene da? D: Jeg synes det var ganske gøy, jeg. (Deltaker 6)

Til tross for at de fleste barna hadde blitt tryggere på sprøyter, var barrieren fra øving i behandlingsgruppen til vaksinasjon stor for de fleste. Flere av barna opplevde mye angst og ubehag ved eksponering for vaksine etter endt behandling. Det ble vist til at overgangen fra øving på små stikk til vaksinasjon var for stor; situasjonene var for ulike og eksponeringstreningen forberedte dem ikke tilstrekkelig på ekte vaksinasjon:

I: [...] Hvor stort er steget fra å øve på ministikking til å ta vaksine. Er det et lite steg eller et stort steg eller? D: Det er et veeldig stort steg. I: Oi, så stort faktisk. D: Ja, kanskje lengre. I: Enda lengre. Ja da er det ikke så rart at det blir vanskelig, da. D: Mhm. (Deltaker 6)

Flere av barna fortalte at de opplevde hjemmeoppgavene som lite effektive og ikke så hjelpsomme:

I: Gjorde dere ting hjemme mellom? Du hadde jo med deg sprøyten hjem og sånn men øvde dere på noe hjemme? D: Nope. I: Nei. Dere hadde ingen sånne oppgaver som dere hadde eller som dere gjorde hjemme mellom? D: No, det var litt sånn at vi kunne øve med sprøyter, men det var som å stikke seg med en nål. I: Okei? D: Men jeg reagerer ikke så mye over det siden jeg har gjort det så mange ganger før. (Deltaker 3)

Det var bred enighet blant foreldrene om at barna hadde behov for mer eksponering for stikk og for å øve på det som virkelig var vanskelig. De opplevde at eksponeringen ikke i stor nok grad traff det barna var redde for:

I: Flott, og hva skulle vært brukt tid på isteden, fra ditt perspektiv? F2: Å bli mer vant med den. Du skal ha den inn i armen, det er det vi skal jobbe med. De har ikke behov for å, å, i hvert fall ikke min sønn, og etter som jeg har forstått på de andre, så er det ikke det som har vært problemet heller. Altså, de kan holde på sprøyten og alt dette

her, men gardinen går ikke ned før de har den her, eller her, eller hvor det er man skal [latter] ha den inn liksom. Altså, så akkurat det der der å, ja, det er viktig at de vet om det òg, men mer konkret øving og mer konkret på at den sprøytespissen skal inn i armen. (Forelder 2)

Foreldrene mente at eksponeringstreningen burde lignet mer på slik det ville være ved vaksinerings:

F1: Sprøytene, altså hvis du skal tenke realistisk, når de kommer og skal ta en vaksine, så er den helt annerledes enn den som de sitter og fikler med [avbrytes]. I: Enn den som de øver med? F1: Enn den som de øver med, ja. Og da de satt inne hos helsesøsteren og selv om han fikk lov til å bli litt sånn småstukket, sant, så er den så liten den nålen, mens når de kommer med en hel sprøyte, så ser det ut som om hele den der skal inn i armen. (Forelder 1)

Noen av foreldrene mente at det burde vært en mulighet for å vaksinere seg underveis i behandlingsforløpet og trodde at det ville økt sjansen for vellykket vaksinerings. De og noen av barna opplevde at tilbudet som ble gitt om vaksinasjon hos helsesykepleier kom for lenge etter behandlingen:

F1: [...] jeg tror at den dagen da vi satt i det rommet der med helsesykepleieren her da, [...] jeg tror at hvis vi hadde hatt en vaksine i det rommet den dagen, så kan det godt hende at vi hadde klart, å litt og litt faktisk jobbe med å faktisk få satt den da. (Forelder 1)

D: Nei, jeg bare synes det var veldig lenge fra sprøytekurset til å ta sprøyten. (Deltaker 5)

Diskusjon

I denne studien har vi evaluert kognitiv atferdsterapeutisk (KAT) gruppebehandling for barn med sprøytefobi, med mål om å si noe om hvordan behandlingen oppleves, hvorvidt behandlingen bør videreføres og hvilke endringer som er nødvendige i videreutviklingen. Gjennom en teoridrevet innholdsanalyse analyserte vi materialet ved bruk av 3 overordnede kategorier. Analysen av barnas opplevelse av egen sprøytefobi tydet på at frykt for smerte var et særlig viktig tema i barnas opplevelse av egen fobi. Det kom også frem at barna tidligere hadde opplevd smerte, press og tvang i situasjoner med sprøyter. Både barn og foreldre uttrykte at gruppeformatet ga opplevelse av fellesskap og var utgangspunkt for nye vennskap, men det var også erfaringer som tydet på at det kunne oppleves sårbart for barn som følte seg utenfor det sosiale i gruppen. Foreldrene ønsket å involveres i større grad, gjerne ved parallelle foreldregrupper hvor de kunne få flere verktøy til å hjelpe barna. Funnene tydet på at barna lærte noe nytt gjennom psykoedukasjon, men at det var vanskelig for dem å anvende den nye kunnskapen og ferdighetene i praksis. Eksponeringsøvelsene ga mening for både barna og foreldrene og flere barn ga uttrykk for at de opplevde mestring underveis i eksponeringen. Det fremkom imidlertid at eksponeringsøvelsene ikke var tilstrekkelig like vaksinasjon-situasjonen, og at steget fra øving i gruppen til vaksinasjon hos helsesykepleier etter gjennomført behandling ble for utfordrende for de fleste av barna.

I det følgende vil vi diskutere disse hovedfunnene i lys av teori og tidligere forskning, med særlig vekt på gruppebehandling, foreldreinvolvering og eksponering. Funnene knyttet til barnas opplevelse av egen sprøytefobi flettes inn under øvrige temaer der dette er relevant. Til slutt vil vi reflektere rundt studiens metode, samt peke på implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning på gruppebehandling av barn med sprøytefobi.

Gruppebehandling av barn med sprøytefobi

De fleste barna likte å gå i gruppebehandling og møte andre barn med sprøytefobi. Noen av barna hadde følt seg alene og opplevd skam rundt sprøytefobien før behandlingen. I gruppebehandlingen fikk barna møte andre barn som fortalte om lignende erfaringer, tanker og følelser knyttet til sprøyter. Dette virker å ha vært en betydningsfull og positiv opplevelse. Det er vanlig at barn med psykiske plager føler seg alene om det å ha vansker, og normalisering er derfor en sentral del av psykoedukasjon i KAT-behandling (Berge & Repål, 2008). En styrke ved gruppebehandling sammenlignet med individuell behandling er muligheten for normalisering gjennom å identifisere seg med jevnaldrende (Whitfield, 2010).

Normalisering kan ses i sammenheng med *universalitet* (dvs. å ikke føle seg alene om å ha vansker) som er en av Yalom og Leszcz (2005) sine virksomme faktorer i gruppebehandling. Barnas erfaring med å møte andre i samme situasjon kan gi opplevelse av å ikke være alene, og å bli forstått og akseptert av jevnaldrende. Whitfield (2010) hevder at en opplevelse av normalisering i gruppeterapi kan lede til mindre følelse av skam og ensomhet, noe som samstemmer med barnas tilbakemeldinger. Å møte barn i samme situasjon vurderes derfor som en særlig styrke ved gruppeformatet sammenliknet med individuell behandling.

Barna beskrev at de ble motivert av å se andre få til ting, at de oppmuntret hverandre underveis i eksponeringsøvelsene og presset seg selv hardere for å oppnå det samme som de andre. Det kan ses i lys av det Yalom og Leszcz (2005) omtaler som *imiterende atferd* og som Whitfield (2010) kaller *vikarierende læring*. Her er essensen at deltakerne imiterer og lærer av hverandre, samt forsterker hverandre i læringsprosessen. I individuelle forløp kan imiterende atferd skje ved at terapeuten eller forelderen modellerer atferden som barna kan imitere og lære av (Silverman et al., 2022, Öst & Clark, 2013). KAT-gruppebehandling gir imidlertid rom for at barna blir modeller for hverandre og støtter hverandre underveis, noe som kan oppleves mer motiverende for barn og dermed også ha positiv innvirkning på behandlingsutfallet (Wolgensinger, 2015).

Det å møte barn i samme situasjon, og å observere andre barn konfrontere angsten sin, kan ha bidratt til å gi barna håp om bedring av egen situasjon. Yalom og Leszcz (2005) presenterer *vekkelse av håp* som en virksom terapeutisk faktor i all psykoterapi, men poengterer at gruppeterapi har en unik fordel i form av at deltakerne får ta del i hverandres bedringsprosess, noe som kan lede til håp og positive forventninger til behandlingen som igjen korrelerer med positivt behandlingsutfall.

I funnene fremkommer det at barna opplevde å være en del av et felleskap, fikk venner, opplevde tilhørighet til gruppen og ønsket mer tid sammen til å bli bedre kjent. Dette tyder på at barna opplevde det Yalom og Leszcz (2005) har beskrevet som *gruppesamhold*. En gruppe preget av høy grad av gruppesamhold opplever varme, trygghet og tilhørighet til gruppen, samt at deltakerne føler seg verdsatt, akseptert og støttet av de andre deltakerne (Yalom & Leszcz, 2005). Gruppesamhold er en terapeutisk faktor som må være til stede for at andre virksomme faktorer skal ha en effekt, som korrelerer med positivt behandlingsutfall og som sammenliknes med terapeutisk allianse i individualterapi (Yalom & Leszcz, 2005). For barn og ungdom er det å oppleve tilhørighet til jevnaldrende og å identifisere seg med andre svært viktig for selvfølelsen og identitetsfølelse (Yalom & Leszcz, 2005). Opplevelsen av å ha betydning og verdi for de andre gruppedeltakerne kan ha bidratt til økt selvfølelse hos barna og vurderes som en styrke ved gruppeformatet.

På den andre siden kan det å *ikke* kjenne tilhørighet i gruppen oppleves som vondt og sårbart for barn. Enkelte barn opplevde dette i behandlingsforløpet, følte seg annerledes enn de andre barna i gruppen, og kjente på ensomhet. Vi regner dette som en sentral utfordring ved gruppeformatet. Når barn opplever å falle utenfor fellesskapet er det nærliggende å tenke at det kan påvirke behandlingen, og opplevelse av utenforskap kan tenkes å redusere motivasjon til behandling. Å skape gruppesamhold og god atmosfære i gruppen er et særlig ansvar for terapeutene (Whitfield, 2010; Wolgensinger, 2015; Yalom & Leszcz, 2005).

Gruppeterapeutene bør ha stort fokus på å skape trygge rammer for sosialt samspill og særlig oppmerksomhet mot enkeltbarn som i mindre grad inkluderes i gruppen.

Samlet sett indikerer våre funn at bruk av grupper i behandling av barn med sprøytefobi kan gi positive muligheter for normalisering, samhold og utvikling av vennskap for barna. Sett i lys av forskning som viser at KAT i grupper har god effekt, kan og bør gruppeformatet videreutvikles og evalueres for behandling av barn med sprøytefobi. Samtidig bør fokus på gruppesamhold vektlegges underveis i behandlingen for å forebygge at enkelte barn opplever utenforskap i gruppene.

Foreldreinvolvering i behandling av barn med sprøytefobi

Overordnet tyder forskningslitteraturen på at KAT-behandling mot ulike typer angstlidelser hos barn og unge er virksom uansett om foreldre er aktivt involvert eller ikke (Cardy et al., 2020; Manassis et al., 2014; Silverman et al., 2008; Silverman et al., 2009; Silverman et al., 2019; Thulin et al., 2014). Samtidig er det mer usikkert og manglende konsensus knyttet til hvordan foreldreinvolvering bør organiseres, hva den bør innebære, samt hvilke faktorer ved foreldreinvolvering som eventuelt kan bidra til økt behandlingseffekt hos barn (Silverman et al., 2009). Våre funn sier ikke noe om effekt, men viser at foreldre ønsker å involveres i barnas behandling. Foreldre fra begge behandlingsgruppene, som var involvert i ulik grad i barnas behandling, ønsket aktiv deltakelse. De ga uttrykk for å ville vite hva som skjedde i behandlingen og hva barna lærte. Dette kan ses i sammenheng med funn fra en metaanalyse av Cardy og kolleger (2020). De beskriver at foreldre som er aktivt involvert viser seg å være mer fornøyd med ungdommens angstbehandling enn om de ikke er involvert. Videre er foreldrenes subjektive vurderinger av barnets bedring mer positive om foreldrene selv har vært aktivt til stede i behandlingen (Cardy et al., 2020). Karver og kolleger (2006) fant at foreldrenes vilje til å delta i barnets behandling var en faktor med moderat betydning for behandlingseffekten. Andre viser imidlertid til at aktiv foreldreinvolvering i KAT-basert

gruppeterapi for barn kan ha positiv effekt på barn og unges behandlingsutbytte over tid (et år etter behandling) (Manassis et al., 2014; Silverman et al., 2008). Disse resultatene underbygger at vi bør lytte til foreldrenes ønske om aktiv involvering. Økt involvering kan gi foreldre en mer positiv opplevelse av barnets behandlingsprosess, og har muligens effekt på barnets bedring på lengre sikt. Aktiv involvering kan tenkes å styrke foreldrenes forutsetninger til å håndtere barnets vansker (Bertelsen et al., 2022). Eksempelvis kan de hjelpe barnet med å fortsette eksponering også etter endt behandling (Öst et al., 2001).

Vi fant at barna enten hadde en positiv eller nøytral holdning til foreldrenes deltakelse. De synes det var greit at foreldrene var med og noen opplevde det som ekstra trygt. Andre synes det var morsommere når barna fikk være for seg selv i gruppen. Ingen av barna ga uttrykk for en særlig negativ opplevelse av foreldrenes deltakelse. Sett i lys av forskning som indikerer at utfallet av foreldreinvolvering oppleves positivt for både barn og foreldre og muligens øker behandlingseffekten på lengre sikt, gir funnene våre grunn til å øke foreldreinvolveringen i videreutvikling av gruppebehandlingen for barn med sprøytefobi.

Både barna og foreldrene uttrykte at det var ønskelig med mer fokus på hva foreldrene kunne gjøre annerledes for å hjelpe barnet sitt. Samtidig mente foreldrene som var til stede i barnas gruppemøter at de påvirket barnas sosiale samspill og at det derfor hadde vært bedre om de ikke var til stede. Foreldre fra begge behandlingsgrupper foreslo parallelle foreldregrupper med informasjon om og trening i hvordan de bedre kunne håndtere barnas fobi. Silverman og kolleger (2022) fant at KAT for ungdom med angst hadde bedre og mer varig effekt dersom foreldre mottok trening i bruk av forsterkning, enn dersom foreldrene fikk veiledning på relasjonelle tema. Begge betingelsene med foreldreinvolvering viste bedre resultater enn om barnet fikk behandling alene. Dette samstemmer med erfaringer fra Norge hvor Bertelsen og kolleger (2022) har beskrevet at utbyttet av angstbehandling kan øke og opprettholdes dersom foreldrene utvikler nye og mer hjelpsomme måter å møte barna sine på.

Gruppebehandlingen av barn med sprøytefobi bør ut fra dette videreutvikles med tanke på økt foreldreinvolvering, gjerne med parallelle foreldregrupper hvor en har fokus på konkrete verktøy for å hjelpe barnet med håndteringen av fobien.

Gradvis eksponering

Funnen fra barneintervjuene indikerer at barna opplevde eksponeringsøvelsene som meningsfulle og noe som bidro til å redusere frykten deres for sprøyter. Dette stemmer overens med tidligere forskning hvor eksponering entydig vurderes å være en av de mest sentrale komponentene i KAT-behandlingsopplegg mot sprøytefobi (Berge et al., 2017; Oar et al., 2015; Öst & Clark, 2013; Öst, 2013).

Flere barn opplevde eksponeringsøvelsene som morsomme, særlig de kreative og lekpregede eksponeringsøvelsene, som for eksempel stikking i appelsiner. Dette er i tråd med Hauglands (2011) anbefalinger om utviklingsmessig tilpasning og bruk av kreative intervensjoner for å bevare behandlingsmotivasjonen i terapi med barn. Dette er viktig ettersom barn ofte ikke har den samme motivasjonen for behandling som voksne. Berge og kolleger (2017) foreslår at vansker med motivasjon hos barn er særlig gjeldende i forbindelse med sprøytefobi. I motsetning til ved andre spesifikke fobier er smerteerfaringer i forbindelse med den fobiske stimulusen en sentral del av etiologien til sprøytefobi og er noe som kan påvirke barnas behandlingsmotivasjon negativt (Berge et al., 2017; Orenius et al., 2018). Reduserte symptomer og mestring i fremtiden er ikke nødvendigvis tilstrekkelig for å holde barna motivert. Derfor er det viktig å holde behandlingen interessant og spennende, for eksempel gjennom kreative øvelser (Haugland, 2011). Våre funn underbygger at de kreative innslagene oppleves som positive og viktige for barna og at disse bør videreføres i videreutviklingen av behandlingsopplegget.

Til tross for at de opplevde eksponeringen som virksom, rapporterte flere av barna at steget fra øving til faktisk vaksinerings opplevdes veldig stort. Både barna og foreldrene trakk

fram at det i løpet av behandlingen ble for lite øving på det som var skummelt. Dette harmonerer med andre studier som viser til lovende resultater i behandling av sprøytefobi hos barn når eksponering er særlig vektlagt i behandlingsopplegget (Berge et al., 2017; Oar et al., 2015). Berge og kolleger (2017) brukte eksponering i samtlige fem sesjoner, mens Oar og kolleger (2015) brukte eksponering gjennomgående i sin én-sesjons-behandling (OST).

En utfordring i behandlingsopplegget som ble benyttet i foreliggende studie kan ha vært at eksponeringen ikke var godt nok tilpasset hvert enkelt barn og at den derfor ikke ble virksom nok. Individuell tilpasning er et sentralt prinsipp i KAT-behandling for barn (Kriz & Solberg, 2019). Terapeuten må tilpasse behandlingen til blant annet barnets alder, utviklingstrinn, kognitive nivå, evnenivå, lærestil og konsentrasjonsevne (Haugland, 2011; Kriz & Solberg, 2019; Skirbekk & Kristensen, 2019). Litteraturen henviser også til viktigheten av å tilpasse eksponeringen til barnets spesifikke angstproblem (Milliner & Farrell, 2014; Oar et al., 2015). McKinnon et al. (2018) fant at individuell KAT var assosiert med større reduksjon i klinisk alvorlighetsgrad enn gruppe-KAT mot spesifikke fobier. Gruppeformatet kan ha gjort den individuelle tilpasningen vanskelig, ettersom terapeuten får mindre tid per barn og mindre mulighet til individuell tilpasning av psykoedukasjon og eksponeringsøvelser (Whitfield, 2010; Wolgensinger, 2015). Om ikke tilpasningen var god nok kan noen barn ha opplevd at eksponeringen gikk for fort frem. Andre kan ha opplevd at det gikk for sakte eller at eksponeringen ikke traff det som var skummelt eller ekkelt, slik at de ikke fikk tilstrekkelig utbytte av eksponeringen.

At steget til vaksinerings blir stort kan også handle om at psykoedukasjonen ikke fungerte godt nok. Noen av barnas svar indikerte forvirring rundt flere elementer i psykoedukasjonen. Forvirring rundt hvordan og hvorfor de for eksempel skulle bruke bodybuilder-øvelsen kan ha gjort vaksinerings mer skremmende. Gruppeformatet kan ha bidratt til at det var vanskeligere for barna å få med seg informasjonen som ble formidlet.

Behandlingen må være sensitiv overfor barn med lære- og konsentrasjonsvansker. Manassis og kolleger (2002) vektlegger at KAT-behandling er særlig utfordrende for engstelige barn med konsentrasjonsvansker og kognitive utfordringer siden den krever høy grad av verbal resonneringsevne. Haugland (2011) foreslår å vektlegge atferdsterapeutiske intervensjoner for de yngste barna, blant annet på bakgrunn av dårligere konsentrasjonsevne og hukommelse.

Barnas og foreldrenes erfaringer tyder på at det var et stort steg fra eksponeringsøvelsene i behandlingen til gjennomføring av faktisk vaksine. Dette kan skyldes utilstrekkelig individuell tilpasning av eksponeringstrening til hvert barn, mens også at psykoedukasjonen var vanskelig å forstå for noen barn. Behandlingen bør derfor videreutvikles med hensyn til dette.

Metoderefleksjon

Gjennom bruk av kvalitativ metode har vi utforsket barn og foreldres subjektive erfaringer med deltakelse i behandling av sprøytefobi. Dette er en intern og formativ evaluering og regnes derfor som godt egnet for kvalitativ tilnærming (Malterud, 2012). Å intervju barn byr imidlertid på utfordringer. Et semistrukturert intervju kan åpne for dialog, refleksjoner og friere assosiasjon (Binder et al., 2012). I møte med barn kan dette imidlertid gi rom for korte svar og hyppig bruk av «vet ikke». Barn regnes for å lett kunne påvirkes av voksnes spørsmål, særlig dersom spørsmålene er ledende, noe som bør tas hensyn til i barneintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015). Dette la føringer for intervjuteknikk under barneintervjuene. Flere av intervjuene i foreliggende studie var likevel preget av korte, vage svar som ga begrenset grunnlag for analyse. Vi har derfor vært forsiktige med å inkludere og fortolke «ja», «nei» og «vet ikke», samt tekst preget av intervjuers ledende spørsmål og forslag, da dette gir oss lite forståelse av deltakernes erfaringer. Det er mulig at vi kunne åpnet for friere dialog og rikere svar ved å bruke omgivelser som var mer naturlige for barna enn

behandlingskontorene på universitetsklinikken, og la dem få holde på med andre aktiviteter, som tegning eller enkle spill under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Til tross for manglende utdypinger og korte, vage svar fra enkelte av barna vurderte vi at de syv barneintervjuene sammen med fokusgruppeintervjuet med foreldrene utgjorde tilstrekkelig datagrunnlag for å kunne gjennomføre en evaluerende studie.

Syv av de totalt ti barna som deltok i behandlingen deltok også i evalueringen. Malterud og kolleger (2016) hevder at jo mer informasjon (information power) informantene besitter, og jo mer relevant informasjonen er for forskningsspørsmålet, jo færre informanter trengs for et tilstrekkelig datagrunnlag. I vårt tilfelle forsøkte vi å rekruttere samtlige ti barn fra behandlingen, men tok høyde for at noen ikke ønsket å delta. Deltakelse i evalueringen var frivillig og foregikk uavhengig av behandlingen. Syv av ti barn ble vurdert som et godt grunnlag for evaluering. Begge behandlingsgruppene var representert og majoriteten av barna som mottok behandling ble intervjuet. Samtidig kan vi ha gått glipp av nyanser og erfaringer fra barna som ikke deltok. Det samme gjelder fokusgruppeintervjuet for foreldre, hvor fem foreldre deltok. Vi vet ikke eksakt hvor mange foresatte som kunne vært aktuelle for evalueringen, da det varierte hvem som fulgte barna i behandling fra sesjon til sesjon og dette ikke ble registrert systematisk. Noen foreldre var til stede hver gang, andre var der kun enkelte ganger og noen var ikke involvert i det hele tatt. De fem foreldrene som deltok i fokusgruppen hadde vært aktivt til stede under hele behandlingsforløpet og representerte begge behandlingsgruppene. På bakgrunn av dette vurderte vi utvalget som tilstrekkelig for evaluering og antok at datamaterialet gjenspeilet opplevelsen av å være forelder i begge behandlingsgruppene. Både barneintervjuene og fokusgruppeintervjuet var tidkrevende, innebar reisevei og ble gjennomført ca. tre måneder etter at siste behandlingsgruppe var avsluttet. Det kan derfor tenkes at vi kunne økt deltakelsen i evalueringen både for barn og foreldre ved å ha intervjuet tettere opp mot selve behandlingen. Dette tidsrommet ansees også

som en svakhet i studien da det kan være utfordrende for barn å huske og gjengi erfaringer i retrospekt (Ask & Kjeldsen, 2015).

Etiske betraktninger. Det oppstår flere etiske spørsmål når barn deltar som informanter i forskning. Grunnloven (2022, §102) sier at barn har rett til å bli hørt i spørsmål som omhandler dem. FNs barnekonvensjon (1989, artikkel 12) utdyper dette og beskriver barnets rett til å uttrykke seg fritt i spørsmål som angår dem og at deres meninger skal vektlegges i samsvar med barnets alder og modenhet. Dette underbygger behovet for å sikre barns brukermedvirkning i behandling, å inkludere barn som informanter i forskning, og lytte til og forstå barnets opplevelse av behandling som angår dem. Foreliggende studie har tatt utgangspunkt i dette. Behandlingen er for barn og bør derfor også evalueres sammen med de barna som mottok den. Vi ønsker å få frem barnets stemme og ta denne på alvor. Samtidig skal hensynet til barnets beste alltid veie tyngst i forskningssammenheng, og de etiske vurderingene rundt potensielle skadevirkninger av å benytte barn som informanter må gjøres grundig (Backe-Hansen, 2009). Overordnet sett har vi gjort en etisk avveining mellom studiens nytte og skade. Vi anser studien som lite skadelig, men med potensielt stor nytteverdi.

For å gjøre datainnsamlingen så lite belastende for barna som mulig, men samtidig gi tilstrekkelig datagrunnlag, valgte vi å gjennomføre et intervju per barn, med varighet under en time. Foreldrene avla det formelle samtykket til forskningsdeltakelsen. Vi ønsket imidlertid ikke å gjennomføre intervjuet uten barnets eget samtykke. En annen etisk avveining handlet om hvorvidt barneintervjuene skulle gjennomføres med eller uten foreldre til stede. Vi valgte å holde barneintervjuene uten foreldre, med visshet om at det å være alene med en fremmed voksen i et fremmed lokale kunne oppleves skremmende. Dette valget ble tatt ut fra å gi barnet mulighet til å uttale seg uten potensiell påvirkning av foreldrene. I de to tilfellene hvor barnet ønsket at foreldrene var med under intervjuet, var fokuset likevel på barnet slik at

foreldrene kun var en støtte og ikke en informant (Ask & Kjeldsen, 2015). For å skape mest mulig trygghet ble barneintervjuene gjennomført av psykologspesialister med erfaring fra klinisk psykologisk behandling av barn.

Kvalitet. Morrow (2005) trekker frem kredibilitet, overførbarhet og bekreftelse som mål på metodekvalitet i kvalitative studier. Disse er relatert til kvalitetskravene om indre validitet, ytre validitet og objektivitet i kvantitativ metode. Graden av kredibilitet handler blant annet om hvor godt man beskriver prosessen og metoden, er refleksive og får veiledning fra nøytrale forskere på feltet (Morrow, 2005). I foreliggende studie har vi prøvd å oppfylle dette gjennom en detaljert og transparent analyseprosess, en åpen refleksjon rundt refleksivitet, samt forskningsveiledning. Den første analyse-testen var også et tiltak for å sikre kredibilitet, da det sikret samstemthet og felles forståelse mellom oppgaveforfatterne før kodeprosessen begynte. Overførbarhet handler om hvor representative og generaliserbare funnene er (Morrow, 2005). Med tanke på studiens formål, hvor behandlingen er ment å videreføres til barn med tilsvarende alder og diagnose, vurderer vi funnene som overførbare ved at de er egnet for å videreutvikle behandlingsopplegget. Studien vurderes å ha gitt et innblikk i hvordan barn og foreldre kan oppleve å delta i gruppebehandling ved sprøytefobi. Funnene ansees derfor relevante både opp mot videreutviklingen av dette spesifikke behandlingsopplegget og muligvis også for å planlegge gruppebehandling av barn med sprøytefobi mer generelt. Morrows (2005) siste krav handler om bekreftelse. Dette viser til betydningen av å anerkjenne at forskningsresultater ikke er objektive funn, men fortolkning av subjektive erfaringer. Her regnes refleksivitet som særlig viktig, spesielt fordi vi som forfattere selv har vært terapeuter i behandlingen som ble gitt og derfor er engasjert i resultatet av evalueringen. Vi har derfor etterstrebet en transparent og refleksiv prosess og analyse i dette arbeidet.

Implikasjoner for videre behandling

Funnene fra foreliggende evaluering kan ha implikasjoner for videre klinisk praksis. De fleste barna trivdes med gruppeformatet og opplevde deltakelse i gruppene som positivt. Dette gir etter vårt syn grunn til å fortsette å utvikle gruppebehandling for barn med sprøytefobi ved PPBU. Det vil medføre behov for videre evaluering med fokus på effekt av behandlingen.

Det fremkommer samtidig behov for endringer i behandlingsopplegget. Behandlingen bør legge til rette for at foreldrene involveres aktivt, for eksempel ved egne foreldregrupper. På denne måten kan foreldrene være tett på behandlingsprosessen uten at de innvirker uforholdsmessig på dynamikken i barnegruppen. Barna ga uttrykk for at det var viktig at foreldrene ikke brukte press og tvang. Foreldrene kan derfor ha nytte av foreldreveiledning med vekt på hvordan gi positiv forsterkning og støtte til barna uten å forsterke unngåelse. Dette er i tråd med funn av Silverman og kolleger (2022), som hevder at det er effektivt å gi foreldre opplæring i bruk av positiv forsterkning i møte med barnet. Målet er at foreldrene skal få innsikt i hva som opprettholder eller forsterker barnas angst, få hjelp til å endre dette og utvikle nye måter å støtte og motivere barna sine. Samlingene kan inkludere psykoedukasjon om angst, smerte og generelle råd om håndtering av sprøytefobi, som eksempelvis beskrevet av Dyregrov og kolleger (2021) og Berge og Fjerstad (2012). Strategier for hvordan lage belønningsplaner, rollespill av kommunikasjon rundt angst og unngåelse, og innføring i hvordan foreldrene kan hjelpe barnet med å eksponere seg utenfor behandlingstimene kan også være nyttig innhold i foreldregruppene (Oar et al., 2015).

Vi mener det er hensiktsmessig med en individuell midtveis evalueringssamtale med forelder og barn om hvordan de opplever behandlingen og intervensjonene. Målet med en slik samtale er å kartlegge om behandlingen er tilstrekkelig tilpasset barnas individuelle forutsetninger og om barna trives sosialt i gruppen. Under samtalen kan en også utarbeide en individuell eksponeringsplan, noe som blir benyttet ved gruppebehandling av andre

angstlidelser (for eksempel i Cool Kids, Rapee et al., 2018). Dette vil gjøre det mulig å kvalitetssikre behandlingen i større grad, og fange opp dersom noen av barna føler seg utenfor eller mistrives.

Videre anbefaler vi at eksponeringsøvelsene i størst mulig grad tilpasses individuelt. Ved å ha et tett samarbeid med helsesykepleier som bistår underveis i eksponering og ha vaksine tilgjengelig under relevante behandlingssesjoner kan forskjellen mellom eksponeringstrening og reell vaksinasjon reduseres. Funn fra tidligere studier av eksponeringstrening for barn og unge med angstlidelser viser at å begynne med eksponering tidlig i behandlingsforløpet og ha mer tid til eksponering, særlig til de utfordrende oppgavene, har positiv innvirkning på utfallet av behandlingen (Gryczkowski et al., 2013; Peris et al., 2017; Whiteside et al., 2015). Derfor vil vi anbefale å begynne med eksponering tidligere i behandlingsforløpet og bruke mer tid på de utfordrende eksponeringsoppgavene.

For å sørge for bedre forståelse for psykoedukasjonen vil det være nyttig å knytte den tettere sammen med eksponeringen. Dette innebærer å bruke eksempelvis ABC-modellen og den kognitive diamant aktivt underveis i eksponeringen, for å tydeliggjøre sammenhengen mellom teori og praksis. Av samme grunn bør pusteøvelsene og bodybuilder-øvelsen innarbeides i eksponeringsarbeidet, slik det blir enklere å forstå når, hvordan og hvorfor øvelsene kan brukes.

For den praktiske gjennomføringen av behandlingen kan det vurderes å utvide antall sesjoner til for eksempel 10. Dette med bakgrunn i tilbakemeldingen fra barna og foreldrene om at de kunne tenke seg flere samlinger og mer tid til eksponering med vaksinerings.

Implikasjoner for videre forskning

Funnene og erfaringene fra denne evalueringens kan også ha implikasjoner for videre forskning. For det første er det i tillegg til kvalitative evalueringer også behov for effektevalueringer av gruppebehandling mot sprøytefobi hos barn. Så langt vi vet finnes ikke

dette per i dag. Dette vil kreve større utvalg, kvantitative metoder og et randomisert og kontrollert design. Videre forskning bør inkludere større og mer heterogene utvalg av barn med hensyn til alder og bakgrunn. Det bør også være bedre kjønnsbalanse.

Det er videre behov for økt kunnskap generelt om sprøytefobi hos barn. Eksempelvis ser vi behov for å få mer nøyaktig kunnskap om prevalens. Forskning tyder på at KAT er mindre effektiv mot sprøytefobi enn mot andre spesifikke fobier hos barn (Öst et al., 2001). I fall dette kan replikeres bør det undersøkes hvordan en kan gå frem for å utvikle en mer treffsikker behandling.

Generelt sett er det tvetydige funn knyttet til foreldreinvolvering i behandling av barn med angst. For å sikre best mulig tilbud for barna vil det være viktig å forske mer på hvordan en kan involvere foreldrene på best mulig måte. Så vidt vi vet finnes det ingen studier som undersøker foreldreinvolvering i behandling av sprøytefobi hos barn. I tillegg vil det være viktig å utforske effekt av foreldreinvolvering ved gruppeterapi for barn med sprøytefobi.

Foreliggende studie er en del av et nylig utviklet gruppebehandlingsopplegg mot sprøytefobi hos barn ved PPBU. Vi anbefaler videreutvikling av dette tilbudet ved klinikken. I det videre arbeidet anbefaler vi at det i første omgang gjennomføres en pre-post-studie med kvantitative mål, slik at vi får mer dokumentasjon på barnas endring i løpet av behandlingen, hvor stor endring som skjer og hvem som har best utbytte av behandlingen. For å gjennomføre dette ser vi behov for at behandlingsopplegget konkretiseres ytterligere, at det sikres god og standardisert opplæring av terapeuter i utførelsen av opplegget og at det utformes retningslinjer for tilstrekkelig veiledning av terapeutene. Videre bør det loggføres hvordan behandlingen gjennomføres slik at denne kan replikeres ved senere tidspunkt. Det kan også være relevant å involvere andre profesjonsutøvere i prosjektet, for eksempel tannpleiere og helsesykepleiere som ofte må forholde seg til barn med sprøytefobi.

I tillegg til kvantitative evalueringer av tilbudet kan det være nyttig med ytterligere kvalitative evalueringer for å fange opp flere av barnas opplevelser, samt få innblikk i hva de opplever både som meningsfylte og mindre positive aspekter ved behandlingen.

Konklusjon

Denne kvalitative evalueringen av KAT-basert gruppebehandling mot sprøytefobi hos barn ved PPBU har vist at barna opplevde tilhørighet og vennskap og ble motivert gjennom å møte andre barn som strevde med samme vansker som dem selv. Det kom frem at barna hadde tidligere erfaringer med smerte, tvang og manglende kontroll, noe som var viktige temaer i barnas opplevelse av egen fobi. Funnene viste også at foreldreinvolvering var ønskelig. Foreldrene ønsket å vite hva barna opplevde og selv tilegne seg kunnskap for å utvikle egne verktøy til å hjelpe barna, men ønsket å gå i egne parallelle foreldregupper.

I lys av funnene vil vi anbefale å videreføre behandlingen ved PPBU, men vi ser behov for å gjøre endringer ved opplegget. Innholdet i behandlingen bør tilpasses til å inkludere mer psykoedukasjon om og eksponering for smerte, samt arbeid med økt følelse av kontroll og tillit til behandlerne. For å øke utbytte av eksponeringen, må eksponeringen være virkelighetsnær og spesifikt rettet mot det som trigger barnets fobi. Vi ser derfor behov for å tilpasse behandlingsopplegget ytterligere til hvert enkelt barn. Eksponeringen bør starte tidlig i forløpet og det bør settes av rikelig med tid til eksponering. Behandlerne bør ha tilstrekkelig med kunnskap om sprøytefobi og eksponering, samt motta veiledning underveis. Det bør også holdes egne sesjoner for foreldrene, der de mottar veiledning parallelt med barna.

Vi ser også behov for ytterligere evaluering og standardisering av behandlingsopplegget ved PPBU for å sikre god videreutvikling av tilbudet. Fremdeles er det også nødvendig med en forskningsinnsats for å øke den generelle kunnskapen om sprøytefobi hos barn.

Referanseliste

- Aardal, V., Evensen, K. B., Willumsen, T. & Hervik Bull, V. (2022). The complexity of dental anxiety and its association with oral health-related quality of life: An exploratory study. *European Journal of Oral Sciences*, e12907–e12907. <https://doi.org/10.1111/eos.12907>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Ask, H. & Kjeldsen, A. (2015). *Samtaler med barn* (Rapport 2015:4). Folkehelseinstituttet. <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/bitstream/handle/11250/2996110/Ask-2015-Sam.pdf?sequence=1>
- Ayala, E. S., Meuret, A. E. & Ritz, T. (2009). Treatments for blood-injury-injection phobia: A critical review of current evidence. *Journal of Psychiatric Research*, 43(15), 1235–1242. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.008>
- Backe-Hansen, E. (2009, 1. september). *Barn*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/bestemte-grupper/barn/>
- Berge, K. G., Agdal, L. M., Vika, M. & Skeie, M. S. (2017). Treatment of intra-oral injection phobia: a randomized clinical trial among 10- to 16-year-olds. *Acta Odontologica Scandinavica*, 75(4), 294–301. <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1297849>
- Berge, T. & Fjerstad, E. (2012). Sprøyteskrek kan kureres. *Sykepleien*, 13, 58–61. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2012.0136>
- Berge, T. & Repål, A. (2008). Håndbok i kognitiv terapi (s. 805). Gyldendal akademisk.
- Bertelsen, T. B., Wergeland, G. J., Nordgreen, T., Himle, J. A. & Håland, Å. T. (2022). Benchmarked effectiveness of family and school involvement in group

exposure therapy for adolescent anxiety disorder. *Psychiatric Research*, 313.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114632>

Binder, P. E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>

Bjerke, S. (2018). Gruppeterapi: Grunnleggende om hvorfor og hvordan. Oslo: Gyldendal.

Braun, V. & Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cardy, J. L., Waite, P., Cocks, F. & Creswell, C. (2020). A systematic review of parental involvement in cognitive behavioural therapy for adolescent anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 23(4), 483–509.

<https://doi.org/10.1007/s10567-020-00324-2>

Davis, T. E. & Ollendick, T. H. (2005). Empirically supported treatments for specific phobia in children: do efficacious treatments address the components of a phobic response? *Clinical Psychology*, 12(2), 144–160.

<https://doi.org/10.1093/clipsy/bpi018>

Davis, T. E., Ollendick, T. H. & Öst, L.-G. (2019). One-session treatment of specific phobias in children: recent developments and a systematic review. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15(1), 233–256. [https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608)

[050718-095608](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095608)

Dowel, K. A. & Ogles, B. M. (2010). The effects of parent participation on child psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 151–162.

<https://doi.org/10.1080/15374410903532585>

- Dyregrov, A., Berge, T., Øien, M. H. & Gilbert, M. (2021). Koronavaksinasjon: Frykt for sprøyter kan dempes med enkle tiltak. *Sykepleien forskning*, 83420, e–83420.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83420>
- Flannery-Schroeder, E., Choudhury, M. S. & Kendall, P. C. (2005). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: 1-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 253–259.
<https://doi.org/10.1007/s10608-005-3168-z>
- Forente Nasjoner. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: Vedtatt av De Forente nasjoner 20. november 1989; Ratifisert av Norge 8. januar 1991* (Rev. oms. mars 2003 med tilleggsprotokoller). Barne- og familiedepartementet.
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning. (2017). *Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning* (FOR-2017-06-28-1000). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-28-1000>
- Grunnloven. (2022). *Kongeriket Norges Grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17>
- Gryczkowski, M. R., Tiede, M. S., Dammann, J. E., Jacobsen, A. B., Hale, L. R. & Whiteside, S. P. H. (2013). The timing of exposure in clinic-based treatment for childhood anxiety disorders. *Behavior Modification*, 37(2), 211–225.
<https://doi.org/10.1177/0145445513482394>
- Hakeberg, M. & Lundgren, J. (2013). Symptoms, Clinical Characteristics and Consequences. I Öst, L.-G. og Skaret, E. (Red.), *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety* (s.3–19). John Wiley & Sons, Incorporated.

- Haugland, B. S. M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(1), 4–11.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2011/01/en-utviklingssensitiv-tilnaerming-til-kognitiv-atferdsterapi-med-barn-og-ungdom>
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., Ullebø, A. K., Plessen, K. J., Bjelland, I., Lie, S. A. & Gillberg, C. (2007). Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
<https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31803062bf>
- Helsedirektoratet. (2010). *Formativ evaluering*. Forebygging.no.
<http://www.forebygging.no/ordbok/f-k/formativ-evaluering/>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/KAPITTEL_1#%C2%A71
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L. & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91–113.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1046177>
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288.
<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- James, A. C., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A. & Choke, A. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents.

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015(2).

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>

Karver, S. M., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychological Review*, 26(1), 50–65.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kriz, S. & Solberg, B. (2019). Kognitiv atferdsterapi. I Haaland, G. (Red.), *Veileder i BUP: Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri* (4. utg.) (s. 201–208). Den norske legeforening.

Lilliecreutz, C., Josefsson, A. & Sydsjö, G. (2010). An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnant women—a group intervention program. *Archive of Women's Mental Health* 13, 259–265.

<https://doi.org/10.1007/s00737-009-0126-x>

Le Moullec, I. A. J. & Seljestad, N. (2010). *Sprøyteskrek blant barn og unge mellom 11-15 år* [Masteroppgave]. Universitetet i Bergen.

Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., Saini, M., ... Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163–1172. <https://doi.org/10.1037/a0036969>

Manassis, K., Mendlowitz, S. L., Scapillato, D., Avery, D., Fiksenbaum, L., Freire, M., ... Owens, M. (2002). Group and individual cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders: a randomized trial. *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(12), 1423–1430.

<https://doi.org/10.1097/00004583-200212000-00013>

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.) Universitetsforlaget.

Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample size in qualitative interview studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760.

<https://doi.org/10.1177/1049732315617444>

Mason, E. C., Gaston, J. E., Pestell, C. F. & Page, A. C. (2022). A comprehensive group based cognitive behavioural treatment for blood injection injury phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 494–509.

<https://doi.org/10.1111/bjc.12345>

McKinnon, A., Keers, R., Coleman, J., Lester, K. J., Roberts, S., Arendt, K., Bögels, S. M., Cooper, P., Creswell, C., Hartman, C. A., Fjermestad, K. W., In-Albon, T., Lavallee, K., Lyneham, H. J., Smith, P., Meiser-Stedman, R., Nauta, M. H., Rapee, R. M., Rey, Y., Schneider, S., ... Hudson, J. L. (2018). The impact of treatment delivery format on response to cognitive behaviour therapy for preadolescent children with anxiety disorders. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 59(7), 763–772.

<https://doi.org/10.1111/jcpp.12872>

- McLenon, J. & Rogers, M. A. M. (2019). The fear of needles: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 75(1), 30–42.
<https://doi.org/10.1111/jan.13818>
- Mendlowitz, S. L., Manassis, K., Bradley, S., Scapillato, D., Mieziotis, S. & Shaw, B. E. (1999). Cognitive behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: The role of parental involvement. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1223–1229.
<https://doi.org/10.1097/00004583-199910000-00010>
- Milliner, E. L. & Farrell, L. J. (2014). Intensive cognitive-behavioural treatment for specific phobia in children and adolescents. *Psychopathology Review 1*, 175-181.
<https://doi.org/10.5127/pr.033413>
- Morrow, S. L. (2005). Quality and trustworthiness in qualitative research in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 250–260.
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.250>
- Norsk psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring (1) om evidensbasert psykologisk praksis* (2). <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/prinsipperklaering-1-om-evidensbasert-psykologisk-praksis-2>
- Oar, E. L., Farrell, L. J., Waters, A. M., Conlon, E. G. & Ollendick, T. H. (2015). One session treatment for pediatric blood-injection-injury phobia: A controlled multiple baseline trial. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 131–42.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.002>
- Ollendick, T. H., Öst, L.-G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C., Davis, T. E. III & Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 77(3), 504–516.

<https://doi.org/10.1037/a0015158>

Orenius, T., Säilä, H., Mikola, K. & Ristolainen, L. (2018). Fear of injections and needle phobia among children and adolescents: An overview of psychological, behavioral, and contextual Factors. *SAGE Open Nursing*, 4.

<https://doi.org/10.1177/2377960818759442>

Peris, T. S., Caporino, N. E., O'Rourke, S., Kendall, P. C., Walkup, J. T., Albano, A. M., Bergman, R. L., McCracken, J. T., Birmaher, B., Ginsburg, G. S., Sakolsky, D., Piacentini, J. & Compton, S. N. (2017). Therapist-reported features of exposure tasks that predict differential treatment outcomes for youth with anxiety. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(12), 1043-1052. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.10.001>

QSR International. (2019). NVivo 12 (Versjon 12.6.0).

<https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>

Raadal, M., Vika, M., Skaret, E. & Öst, L.-G. (2010). Sprøyteskrek - typer, forekomst og behandling. *Den norske tannlegeforenings Tidende*, 120(6), 370–376.

<https://www.tannlegetidende.no/asset/2010/P10-06-370-6.pdf>

Rapee R. M., Lyneham H. J., Hudson J. L., Wuthrich V. M., Kangas M., Schniering C. A. & Wignall A. (2018). *The Cool Kids Anxiety Program*, 2nd Edition. Centre for Emotional Health, Macquarie University: Sydney.

Ritz, T., Meuret, A. E. & Ayala, E. S. (2010). The psychophysiology of blood-injection-injury phobia: Looking beyond the diphasic response paradigm. *International Journal of Psychophysiology*, 78(1), 50–67.

<https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2010.05.007>

- Sigurvinsdóttir, A. L., Jensínudóttir, K. B., Baldvinsdóttir, K. D., Smáráson, O. & Skarphedinsson, G. (2020). Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 74(3), 168–180.
<https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1686653>
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W. & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995–1003.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.6.995>
- Silverman, M., K., Kurtines, W. M., Jaccard, J. & Pina, A. A. (2009). Directionality of change in youth anxiety treatment involving parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 474–485. <https://doi.org/10.1037/a0015761>
- Silverman, W. K., Marin, C. E., Rey, Y., Kurtines, W. M., Jaccard, J. & Pettit, J. W. (2019). Group-versus parent-involvement CBT for childhood anxiety disorders: Treatment specificity and long-term recovery mediation. *Clinical Psychological Science*, 7(4), 840–855.
<https://doi.org/10.1177/2167702619830404>
- Silverman, W. K., Pina, A. A. & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105–130.
<https://doi.org/10.1080/15374410701817907>
- Silverman, W. K., Rey, Y., Marin, C. E., Jaccard, J. & Pettit, J. W. (2022). Does training parents in reinforcement skills or relationship skills enhance individual youths’

cognitive behavioral therapy for anxiety? Outcome, specificity, and mediation. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 355–373.

<https://doi.org/10.1177/21677026211016402>

Skirbekk, B. & Kristensen, H. (2019). Angstlidelser. I Haaland, G. (Red.), *Veileder i BUP: Faglig veileder for barne- og ungdomspsykiatri* (4. utg.) (s. 92–94). Den norske legeforening.

Stige, B., Malterud, K. & Midtgarden, T. (2009). Toward an agenda for Evaluation of Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 19(10), 1504–1516.

<https://doi.org/10.1177/1049732309348501>

Taddio, A., Ipp, M., Thivakaran, S., Jamal, A., Parikh, C., Smart, S., Sovran, J., Stephens, D. & Katz, J. (2012). Survey of the prevalence of immunization non-compliance due to needle fears in children and adults. *Vaccine*, 30(32), 4807–4812.

<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.05.011>

Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.

Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G. & Öst, L.-G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 185–200.

<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.923928>

Universitetet i Bergen. (2022a, 30. august). *SAFE*. <https://www.uib.no/safe>

Universitetet i Bergen. (2022b, 6. oktober). *Psykologisk universitetspoliklinikk: Seksjon for barn og ungdom*.

<https://www.uib.no/oppl%C3%A6ringsklinikker/119214/psykologisk-poliklinikk-barn-og-ungdom>

- Van Houtem, C. M. H. H., Laine, M. L., Boomsma, D. I., Ligthart, L., van Wijk, A. J. & De Jongh, A. (2013). A review and meta-analysis of the heritability of specific phobia subtypes and corresponding fears. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 379–388. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.04.007>
- Vika, M., Raadal, M., Skaret, E. & Kvale, G. (2006). Dental and medical injections: prevalence of self-reported problems among 18-yr-old subjects in Norway. *European Journal of Oral Sciences*, 114(2), 122–127. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0722.2006.00335.x>
- Villabø, M. A., Narayanan, M., Compton, S. N., Kendall, P. C. & Neumer, S.-P. (2018). Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(9), 751–764. <https://doi.org/10.1037/ccp0000326>
- Verdens helseorganisasjon. (2019). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>
- Wannemüller, A., Fasbender, A., Kampmann, Z., Weiser, K., Schaumburg, S., Velten, J. & Margraf, J. (2018). Large-group one-session treatment: A feasibility study of exposure combined with applied tension or diaphragmatic breathing in highly blood-injury-injection fearful individuals. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01534>
- Wergeland, G. J. H., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S.-M., Bjaastad, J. F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W. K., Öst, L.-G., Havik, O. E. & Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group

- cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.03.007>
- Whiteside, S. P., Ale, C. M., Young, B., Dammann, J. E., Tiede, M. S. & Biggs, B. K. (2015). The feasibility of improving CBT for childhood anxiety disorders through a dismantling study. *Behaviour research and therapy*, 73, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.011>
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive–behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 16(3), 219–227. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.108.005744>
- Wolgensinger, L. (2015). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 347–351. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/lwolgensinger>
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. (5. utgave). Basic Books: New York.
- Zlomke, K. & Davis, T. E. III (2008). One-session treatment of specific phobias: a detailed description and review of treatment efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207–223. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.003>
- Öst, L.-G. (2013). One session treatment of dental phobia. I Öst, L.-G. og Skaret, E. (Red.), *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety* (s.119–134). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Öst, L.-G. & Clark, D. M. (2013). Cognitive behavioral therapy. I Öst, L.-G. og Skaret, E. (Red.), *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety* (s. 91–106). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Öst, L.-G. & Kvale, G. (2013). Effects of cognitive behavioral treatments: A systematic review and meta-analysis. I Öst, L.-G. og Skaret, E. (Red.), *Cognitive*

behavioral therapy for dental phobia and anxiety (s.163–182). John Wiley & Sons, Incorporated.

Öst, L.-G. & Sterner, U. (1987). A specific behavioral method for treatment of blood phobia.

Behaviour Research and Therapy, 25(1), 25–29. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90111-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90111-2)

Öst, L.-G., Svensson, L., Hellström, K. & Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting*

and Clinical Psychology, 69(5), 814–824. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.5.814>

Vedlegg 1

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

Mestringsgruppen, sprøytefobi

Innholdsfortegnelse

<i>Oversikt uke for uke</i>	2
Samling 1:	3
<i>Innhold</i>	3
<i>Introduksjon, bli kjent</i>	3
<i>Regler i gruppen</i>	3
<i>Kort om sprøytefobi</i>	3
<i>Tanken bak eksponeringsterapi:</i>	3
<i>Tanken bak gruppeterapi</i>	4
<i>Målet vårt sammen</i>	4
<i>Foreldredeltakelse</i>	4
<i>Aktivitet: Sprøytebus</i>	4
<i>Avslutning</i>	4
Samling 2:	5
<i>Innhold</i>	5
<i>Introduksjon</i>	5
<i>Øvelse: Frykthieraki</i>	5
<i>Video om frykt</i>	5
<i>Psykoedukasjon og øvelse</i>	5
<i>Praktisk informasjon</i>	5
<i>Hjemmeoppgave:</i>	5
Samling 3	6
<i>Innhold</i>	6
<i>Psykoedukasjon: Hva er angst?</i>	6
<i>Eksponering</i>	6
<i>Øvelse: Pimp my Needle</i>	6
<i>Hjemmeoppgave</i>	6
Samling 4	7
<i>Innhold</i>	7
<i>Gjennomgang av hjemmeoppgaven</i>	7
<i>Introduksjon av Margrethe Elin Vika</i>	7
<i>Hva vet vi om sprøytefobi?</i>	7

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

<i>Eksponering</i>	7
<i>Praktisk informasjon</i>	7
<i>Hjemmeoppgave</i>	7

Oversikt uke for uke

<i>Uke</i>	<i>Dato+tid</i>	<i>Rom</i>	<i>Tema/overskrift</i>	<i>Forklaring/rasjonale</i>	<i>Kommentar</i>
42	13/10 14.00- 16.00	Munin 11-16	Samling 1: Bli kjent og introduksjon til gruppen	Bli trygg i gruppen, få forståelse for hvorfor vi gjør dette, fokus på mestring	Hjemmeoppgave: skrive ned ting som de er redd for
43	20/10	Hugin 12-17	Samling 2: Psykoedukasjon+angsthierarki	Forklare konsept og rasjonale, angsthierarki	Hjemmeoppgave: rangere frykthierarki
44	27/10	Hugin 11-16	Samling 3: Psykoedukasjon + eksponering	Lære om angst	Hjemmeoppgave: Pimp my needle
45	03/11	Hugin 12-17	Samling 4: Eksponering	Besøk av Margrethe Elin Vika	Hjemmeoppgave: Identifisere katastrofetanker
46	10/11	Hugin 12-17	Samling 5: Eksponering	Besøk av Margrethe Elin Vika	
47	17/11	Edda 13-17	Samling 6: Oppsummering og avslutning		

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

Samling 1:

Innhold

- Introdusere oss selv, bli kjent
- Tanken bak eksponeringsterapi
- Tanken bak gruppeterapi
- Målet vårt sammen
- Regler i gruppen
- Foreldredeltakelse
- Rebus og avsløring av implisitt læring
- Forventning og veien videre
- Arbeidsmappe og hjemmeoppgave

Introduksjon, bli kjent

- Navnerunde
- Si noe om oss selv
- Dele ut navneskilt
- Dele ut arbeidsmappe

Regler i gruppen

- Rekke opp hånden for å snakke
- Ikke snakke i munnen på hverandre
- Ikke le av hverandre
- Dere kan snakke om dere selv, men ikke om de andre
- Om vi møter dere på gaten hilser vi hvis dere hilser. Det samme bør gjelde mellom dere

Kort om sprøytefobi

- Hva er sprøytefobi
- Normalisering

Tanken bak eksponeringsterapi:

- Eksponering er å utsette seg gradvis for frykt
- Du er med på å planlegge hvordan, gradvis jobbe seg oppover, men innenfor håndterbare grenser
- Den kognitive arbeidsmodellen
- Vi skal tilnærme oss frykten gradvis, det kan være ubehagelig, men aldri farlig
 - o Illustrere fryktkurven: Frykten stiger ikke evig (selv om det føles sånn), den synker på sikt.
 - o Hvorfor man kan besvime
- Gjennom atferdsekspirer kan vi lære at det vi frykter kanskje ikke er så skummelt som vi forventer
- Vi er forskere som undersøker kroppen og egen frykt
- Blod og sprøytefobi eksponering, selvstyrt blodtrykksøkning
- Angst i nye/andre situasjoner betyr ikke tilbakefall eller at behandlingen ikke har funket/ at dere har mislykkes
- Dette er en mestringsgruppe hvor vi skal lære å forholde oss til angst, du kan ikke mislykkes!
- Enhver angstreaksjon gir en mulighet til å trene
- Skipsmetaforen

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

Tanken bak gruppeterapi

- Heiagjeng med felles erfaring
- Støtte hverandre
- Ikke alene
- Lære av hverandre
- Vi har troen på dere, dere kan ikke mislykkes
- Ikke en konkurranse

Målet vårt sammen

- Vi skal lære oss hvordan vi kan ta kontroll og mestre situasjoner
- Vi skal klare å ta blodprøver/vaksiner
- Man må ikke, men man kan!

Foreldredeltakelse

- 60% arvelighet
- Kan også nyttiggjøre seg det vi lærer
- Hvordan være en støttespiller for barnet ditt
- Ikke true eller bli sint

Aktivitet: Sprøyterebus

- Fortolkning

Avslutning

- Avsløring av skjult eksponering
- Forventninger
- Veien videre
- Hjemmeoppgave

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

Samling 2:

Innhold

- Oppsummering fra forrige gang
- Gjennomgang av hjemmeoppgave
- Arbeid med frykthierarki
- Video om frykt
- Psykoedukasjon om sprøytefobi og det å besvime
- Øvelse: Selvstyrt blodtrykksøkning

Introduksjon

- En runde på hva de husker fra forrige gang
- Runde på hva de har funnet som er skummelt med sprøyter

Øvelse: Frykthierarki

- Vi arbeider med frykthierarkiet og på å rangere hva vi er redd for

Video om frykt

- Alfred og frykten

Psykoedukasjon og Øvelse

- Sprøytefobi er normalt og vanlig
- Noen opplever å besvime, hvorfor skjer dette?
- Selvstyrt blodtrykksøkning, Vi kan ta kontroll over kroppen!

Praktisk informasjon

- Samarbeid med Margrete Elin Vika

Hjemmeoppgave:

- øve på å skalere frykt og ellers andre følelser
- øve på selvstyrt blodtrykksøkning/ bodybuilderen

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

Samling 3

Innhold

- Hva husker vi fra forrige gang?
- Gjennomgang av hjemmeoppgave fra forrige gang: selvstyrt Blodtrykksøkning og angstkala
- Psykoedukasjon
- Pusteøvelser
- Eksponering: Pimp my needle

Psykoedukasjon: Hva er angst?

- Evolusjon
- Minner og utløsende hendelser
- Hjernen som kobler sammen

Eksponering

- Sammen ser vi bilder av sprøyter, kjenner og ser på ulike sprøyter og objekter forbundet med sprøyter

Øvelse: Pimp my Needle

- Vi skal ufarliggjøre sprøyten! Alle får en sprøyte hver, vi kler opp sprøyten og gir den et navn. Denne får dere med hjem.

Hjemmeoppgave

- Ha sprøyten med i hverdagen! Skriv ned eller ta bilder på mobilen av hva sprøyten får bli med på. I neste samling går vi gjennom hva sprøyten har fått bli med på.

Pål Lystrup og Henriette Lønnerød, Psykologisk poliklinikk UiB seksjon barn og unge

Samling 4

Innhold

- Gjennomgang av hjemmeoppgaven: Hva har sprøyten gjort siden sist?
- Introduksjon av Margrethe Elin Vika
- Hva vet vi om sprøytefobi?
- Eksponering
- Praktisk informasjon
- Hjemmeoppgave

Gjennomgang av hjemmeoppgaven

- Hva har sprøyten deres gjort siden forrige gang?
- Har dere tatt bilder av sprøyten?
- Er sprøyten mindre farlig nå enn tidligere?

Introduksjon av Margrethe Elin Vika

- Sykepleier og psykolog
- Mye erfaring med personer som er redd for å ta sprøyter
- Jobber for senter for odontologi

Hva vet vi om sprøytefobi?

- Margrethe Elin Vika forteller om sin erfaring

Eksponering

- Terapeutmodellert eksponering
- Eksponering i gruppe

Praktisk informasjon

- Veien videre: Avklare hvem som skal forsøke å ta sprøyte ved neste samling
- Avklare tidspunkt for dette

Hjemmeoppgave

- Identifisere egne katastrofetanker

Samling 5

Eksponering

- Eksponering i gruppe
- Besøk av Margrethe Elin Vika som bistår i eksponeringen
- Planlegging av veien videre

Samling 6

- Oppsummering og avslutning

Vedlegg 2



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK vest	Ingvild Haaland		13.04.2021	239834
			Deres referanse:	

Bente Storm Mowatt Haugland

239834 Gruppebehandling for familier med barn og unge med sprøytefobi - erfaringer fra deltakelse og opplevelse av endring

Forskningsansvarlig: Universitetet i Bergen

Søker: Bente Storm Mowatt Haugland

Søkers beskrivelse av formål:

Formålet med studien er å systematisere kunnskap knyttet til et nytt gruppebehandlingstilbud for familier hvor barn og ungdom har søkt hjelp for sprøytefobi. Gjennom et mixed methods-design, der man bruker fokusgruppeintervju, individuelle intervju og spørreskjema ønsker man å belyse endring i symptomtrykk, diagnostisk endring, samt hvordan barn og foreldre opplever behandlingstilbudet og endring i løpet av behandlingstilbudet.

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK vest) i møtet 24.03.2021. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Om prosjektet

Søkers vurdering av forsvarlighet: "Prosjektet innebærer liten grad av risiko. Eventuelle risiko for reaksjoner fra enkeltpersoner vil håndteres ved at prosjektet utgår fra en behandlingssklinikkk hvor videre oppfølging er mulig. Nyttan av prosjektet vurderes som stor ved at vi får systematiske erfaringer og tilbakemeldinger fra deltakerne i gruppebehandlingen. Dette vil formidles ut til fagfeltet og gi kunnskap både om behandling av sprøytefobi hos barn og unge, kunnskap om gruppebehandling av denne type problematikk og erfaringer som kan bidra sprees til andre helsetjenetser og bidra til at barn og unge med sprøytefobi mottar god og sensitiv behandling."

Data/materiale

Kvalitative analysemetoder, Kvantitative analysemetoder

Klinisk behandlingsstudie (HODs definisjon)

Annen klinisk intervensjonsstudie (deltakerne er pasienter)

Foresatte og barn/ungdom som inkluderes i gruppebehandlingen vil bli gitt et informasjonsskriv hvor de får opplysninger om hva som inngår i prosjektet og med spørsmål om samtykke til å delta i datainnsamling. Deltakelse i gruppebehandlingen vil ikke avhenge av om familiene samtykker til å delta i forskningsprosjektet. Informasjonsskriv vil gis til både foresatte og barn/ungdom. Hvorvidt familien følges opp med ytterligere behandling etter avsluttet gruppetilbud vil vurderes individuelt fra psykologteamet ved Universitetsklinikken ut fra den enkeltes behov for videre helsehjelp.

Spørreskjema (Validerte spørreskjema for å kartlegge symptomer på injeksjons- og blodfobi, samt angst og depresjon hos barna vil bli fylt ut før og etter gruppebehandlingen (se protokoll for nærmere beskrivelse av spørreskjemaene).), Annet (Vi vil be om samtykke til å hente ut informasjon om barna/ungdommenes diagnose før og etter deltakelse i gruppebehandlingen.), Intervjuer med opptak (lyd/video) (Video-/lydopptak av kvalitative intervjuer med deltakerne og av inntakssamtale der forståelsen av utviklingen av sprøytefobi og tidligere forsøk på å mestre dette drøftes med foreldrene. Opptak vil bli gjort med UiB sine sikker-videoløsninger og lagres på SAFE.)

Pasientjournalen til de deltakerne i behandlingsgruppen hvor foresatte samtykker til dette.

Diagnoser, erfaringer fra tidligere behandling, foresattes endringsteori og resultater fra spørreskjema (angitt over). Dette er informasjon som samles inn rutinemessig og vurderinger som gjøres ved behandlingsstart. Dette er informasjon som inngår i de kliniske prosedyrene knyttet til gruppebehandlingen.

Søker oppgir "Informasjonen og resultatene fra studien vil kunne bidra til å forbedre behandlingstilbudet til barn med sprøytefobi, et tilbud som til nå har vært lite tilgjengelig i Norge. Gruppebehandlingen som gjennomføres baserer seg på anerkjente behandlingsprinsipper for barn unge som har sprøytefobi. Manualene er nyutviklet og det er behov for å systematisere erfaringene med denne behandlingen. Evalueringen bør omfatte hvordan programmet gjennomføres, hvilke elementer som inngår og hvilke resultater som fremkommer. Kombinasjon av kvalitative og kvantitative data vil gi et bredest mulig tilfang av informasjon og hvor både foresatte og barna gis mulighet for å formidle sine erfaringer fra behandlingen og beskrivelse av symptomer før og etter behandlingen. Ved å veksle mellom gruppeintervju og individuell intervju vil vi få et rikest mulig materiale fra deltakernes erfaringer med behandlingsopplegget og deltakelse i gruppene."

Komiteen bemerker at det er mange spørreskjema som skal inngå i studien, og stiller spørsmål ved om alle spørreskjema er nødvendige for å besvare problemstillingene. Dersom alle spørreskjema skal inkluderes, må det informeres om at dette er tidkrevende i informasjonsskrivet til deltakerne.

Komiteen bemerker at vedlagt intervjuguide til foreldre er ganske kort, og intervjuguide til barna er ikke laget ved. Komiteen ber om at intervjuguide til foreldre revideres, og at intervjuguider for både barn og foreldre sendes inn.

Deltakere

Pasienter/klienter (Barn og unge 10-15 år og deres foresatte - alle har søkt behandling ved Universitetespoliklinikken for barn og unge ved Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen), Mindreårige (Barn og unge 10-15 år som søker behandling og deltar i gruppebehandling for sprøytefobi), Andre personer enn pasienter (Barna/ungdommenes foresatte deltar i alle behandlingstidene og i egne intervjuer.

Foreldrene må gi skriftlig samtykke til deltakelse i prosjektet etter å ha mottatt muntlig og skriftlig informasjon.)

50 deltakere totalt.

Søker oppgir "I hver gruppe inngår 4-8 pasienter. Vi tenker å gjennomføre mellom 6 og 10 gruppebehandlinger. Antallet antas være tilstrekkelig for de kvalitative analysene, mens de kvantitative dataene vil ha status som pilot-data."

Rekruttering

Potensielle deltakere vil bli identifisert ut fra henvisninger til klinikken. De som henvises og vurderes egnet for gruppebehandling av sprøytefobi vil kontaktes av en av prosjektlederne eller prosjektmedarbeiderne. De vil få muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet tilpasset foresatte og barn/ungdom. Betenkningstid vil være ca.1 uke. Tilbakemelding på om de deltar i prosjektet eller ikke gis til prosjektmedarbeider ved klinikken.

Forespørsel/informasjon/samtykkeerklæring

Det innhentes samtykke fra foresatte og alle barna/ungdommene som deltar i gruppebehandlingen (10-15 år) og forskningsprosjektet.

Spørreskjemadata, intervjudata med bruk av lydband/video og innhenting av informasjon fra barnas journal.

Det vil innhentes samtykke fra foreldre om selv å delta i intervju om sine erfaringer fra deltakelse i gruppebehandlingen.

Samtykke til deltakelse i intervju (fokusgruppe intervju/ individuelle intervju).

Komiteen bemerker at det er lagt ved to like informasjonsskriv med samtykke som skal benyttes til signering både for voksne og barn, der det er litt sammenblanding av voksne og barn. Komiteen ber om at det lages to forskjellige samtykkeskriv, der det ene kun gjelder voksne og det andre er stedfortredende samtykke. Som nevnt over, må tidskrevende gjennomgang av spørreskjema beskrives bedre i informasjonsskrivene. Reviderte informasjonsskriv og samtykkeskjema bes sendes REK vest.

Oppbevaring av data

Data behandles indirekte identifiserbare ved bruk av koblingsnøkkel.

Etter at alle data er innhentet og gruppebehandlingen er avsluttet vil opplysningene oppbevares indirekte identifiserbare. Koblingsnøkkel vil bli oppbevart i en egen avgrenset mappe på sikker server for UiB (SAFE). Kun de prosjektansvarlige vil ha tilgang på denne koblingsnøkkel.

Prosjektslutt er 31.12.2026.

Vedlegg 3

1



16.06.2021

Vil ditt barn delta i forskningsprosjektet **GRUPPEBEHANDLING FOR FAMILIER MED BARN OG UNGE MED SPRØYTEFOBI-** erfaringer fra deltakelse og opplevelse av endring?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Vi søker barn og unge som har deltatt sammen med sine foresatte i gruppebehandling mot sprøytefobi ved Psykologisk Universitetspoliklinikk og som ønsker å delta i et forskningsprosjekt hvor de deler sine erfaringer fra behandlingen med oss.

Vi vil evaluere eventuelle endringer i angstsymptomer hos barna fra før til etter behandling. Gjennom intervjuer med barna vil vi også undersøke hvordan de opplever å delta i gruppebehandlingen, hvilke faktorer de mener bidrar til endring og hvilke mestringsstrategier de opplever som nyttige for å håndtere sprøytefobien.

Resultatet fra forskningsprosjektet vil bidra til økt forståelse for hvordan sprøytefobi hos barn og unge kan behandles og til å forbedre nåværende behandlingstilbud. Resultater fra studien vil formidles i hovedoppgaver ved profesjonsstudiet i psykologi, samt i forskningsartikler og vitenskapelige presentasjoner. Informasjonen som gis av deltakerne vil ikke bli knyttet til personidentifiserbare opplysninger i formidling av resultatene fra prosjektet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet innebærer at ditt barn/ungdom etter at behandlingsgruppen er avsluttet deltar i et forskningsintervju enten individuelt eller sammen med andre barn/unge fra behandlingsgruppen han/hun har deltatt i. Intervjuet vil ta ca. 1 time og gjennomføres av en av psykologene tilknyttet prosjektet. Intervjuet inneholder spørsmål om barnet/ungdommens opplevelse av å delta i behandlingen, hva han/hun opplevde som nyttig og mindre nyttig og eventuelle forslag til forbedringer av tilbudet.

Intervjuet med ditt barn/ungdom har ikke en terapeutisk hensikt. Svarene vil bli tatt opp på lydbånd/video og lagret i henhold til personvernloven. Opptakene vil bli behandlet konfidensielt. De vil bli omgjort til skriftlig form, og deretter lagret uten navn eller personidentifiserbare opplysninger.

I analyse av intervjuene vil vi undersøke om det er tema som går igjen i svarene fra de barna/ungdommene som er blitt intervjuet.

Dersom du samtykker til deltakelse ber vi også om å kunne benytte informasjon fra spørreskjema som du og ditt barn har fylt ut i forkant og etterkant av behandlingen om ditt barns sprøytefobi og symptomer knyttet til denne. Vi vil til slutt be deg fylle ut et kort skjema om demografiske opplysninger, og tillatelse til å konsultere barnets journal for å få informasjon om diagnose satt før og etter behandling.

Alle opplysningene som samles inn, vil bli brukt i avidentifisert form i forskningsprosjektet.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Prosjektet gir ditt barn mulighet til å dele sine erfaringer og til å bidra til kunnskapsutvikling om behandling av barn med sprøytefobi. Mulige ulemper er at intervjuene tar tid å gjennomføre, og at noen av temaene som kommer opp kan oppleves som sårbare å snakke om.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker at ditt barn deltar, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller ditt barns behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om ditt barn, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte en av prosjektlederne (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DITT BARN/UNGDOM?

Opplysningene som registreres om ditt barn skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 31.12.2026. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om ditt barn og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og institusjonen sitt personvernombud.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenning opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter ditt barn til opplysninger som samles inn gjennom en navneliste. Det er kun prosjektlederne Signe Hjelen Stige, Yngvild Sørrebø Danielsen og Bente Storm Haugland som har tilgang til navnelisten.

Opplysningene om ditt barn vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollensyn.

FORSIKRING

Barna som deltar i sprøytefobi-gruppen er dekket pasientskadeloven.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet [saksnr. 239834].

Universitetet i Bergen og prosjektlederne Signe Hjelen Stige, Yngvild Sørebo Danielsen og Bente Storm Haugland er ansvarlige for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a. På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

- Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen ved Yngvild Sørebo Danielsen. E-post: yngvild.danielsen@uib.no, Bente Storm Haugland. E-post: bente.haugland@uib.no og Signe Hjelen Stige. E-post: signe.stige@uib.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen:

- Personvernombud ved Universitetet i Bergen, ved Janecke Veim. E-post: janecke.veim@uib.no

JEG SAMTYKKER TIL AT MIT BARN DELTAR I PROSJEKTET OG TIL AT HANS/HENNES
PERSONOPPLYSNINGER BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Som foresatte til _____ (Fullt navn) samtykker vi til at hun/han kan delta i
prosjektet

Sted og dato

Foresattes signatur

Foresattes navn med trykte bokstaver

Sted og dato

Foresattes signatur

Foresattes navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet:

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 4

1



16.06.2021

Vil du delta i forskningsprosjektet **GRUPPEBEHANDLING FOR FAMILIER MED BARN OG UNGE MED SPRØYTEFOBI-** erfaringer fra deltakelse og opplevelse av endring?

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Vi søker foresatte som har deltatt sammen med sine barn i gruppebehandling mot sprøytefobi ved Psykologisk Universitetspoliklinikk og som ønsker å dele sine erfaringer fra denne behandlingen med oss.

Gjennom intervjuer med foreldre vil vi undersøke hvordan dere opplever å delta i gruppebehandlingen, hvilke faktorer dere mener bidrar til endring og hvilke mestringsstrategier dere opplever som nyttige for å håndtere barnas sprøytefobi.

Resultatet fra forskningsprosjektet vil bidra til økt forståelse for hvordan sprøytefobi hos barn og unge kan behandles og til å forbedre nåværende behandlingstilbud. Resultater fra studien vil formidles i hovedoppgaver ved profesjonsstudiet i psykologi, samt i forskningsartikler og vitenskapelige presentasjoner. Informasjonen som gis av deltakerne vil ikke bli knyttet til personidentifiserbare opplysninger i formidling av resultatene fra prosjektet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet innebærer at du etter at behandlingsgruppen er avsluttet deltar i et forskningsintervju enten individuelt eller sammen med andre foresatte fra behandlingsgruppen barnet ditt har deltatt i. Intervjuet vil ta 1-2 timer og gjennomføres av en av psykologene tilknyttet prosjektet. Intervjuet inneholder spørsmål om din opplevelse av å delta i behandlingen sammen med ditt barn, hva du opplevde som nyttig og mindre nyttig og eventuelle forslag til forbedringer av tilbudet.

Intervjuet med deg har ikke en terapeutisk hensikt. Svarene vil bli tatt opp på lydbånd/video og lagret i henhold til personvernloven. Opptakene vil bli behandlet konfidensielt. De vil bli omgjort til skriftlig form, og deretter lagret uten navn eller personidentifiserbare opplysninger. I analyse av intervjuene vil vi undersøke om det er tema som går igjen i svarene fra de foresatte som er blitt intervjuet.

Det vil videre gjøres opptak av kartleggingssamtalen du deltar i før behandlingsstart hvor de deler av samtalen som omhandler din forståelse av sprøytefobien vil bli gjort om til tekst før opptaket blir slettet.

Alle opptakene og tekstene fra disse samtalene vil bli lagret på UiB-sikker server der kun prosjektmedarbeiderne har tilgang.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Prosjektet gir deg som foresatt mulighet til å dele dine erfaringer og til å bidra til kunnskapsutvikling om behandling av barn med sprøytefobi. Mulige ulemper er at intervjuene tar tid å gjennomføre, og at noen av temaene som kommer opp kan oppleves som sårbare å snakke om.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg eller ditt barns behandling hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dersom du trekker tilbake samtykket, vil det ikke forskes videre på dine opplysninger. Du kan kreve innsyn i opplysningene som er lagret om deg, og opplysningene vil da utleveres innen 30 dager.

Adgangen til å kreve destruksjon, sletting eller utlevering gjelder ikke dersom opplysningene er anonymisert eller publisert. Denne adgangen kan også begrenses dersom opplysningene er inngått i utførte analyser.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte en av prosjektlederne (se kontaktinformasjon på siste side).

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet under formålet med prosjektet, og planlegges brukt til 31.12.2026. Eventuelle utvidelser i bruk og oppbevaringstid kan kun skje etter godkjenning fra REK og andre relevante myndigheter. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene. Du kan klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet og personvernombud ved Universitetet i Bergen.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektlederne Signe Hjelen Stige, Yngvild Sørebo Danielsen og Bente Storm Haugland som har tilgang til navnelisten.

Opplysningene om deg vil bli oppbevart i fem år etter prosjektslutt av kontrollhensyn.

GODKJENNINGER

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har gjort en forskningsetisk vurdering og godkjent prosjektet [saksnr. 239834].

Universitetet i Bergen og prosjektlederne Signe Hjelen Stige, Yngvild Sørebo Danielsen og Bente Storm Haugland er ansvarlige for personvernet i prosjektet.

Vi behandler opplysningene basert på EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a. På oppdrag fra Universitetet i Bergen har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å trekke deg fra deltakelse, kan du kontakte:

- Institutt for Klinisk Psykologi, Universitetet i Bergen ved Yngvild Sørebo Danielsen. E-post: yngvild.danielsen@uib.no, Bente Storm Haugland. E-post: bente.haugland@uib.no og Signe Hjelen Stige. E-post: signe.stige@uib.no

Dersom du har spørsmål om personvernet i prosjektet, kan du kontakte personvernombudet ved institusjonen:

- Personvernombud ved Universitetet i Bergen, ved Janecke Veim. E-post: janecke.veim@uib.no

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGER
BRUKES SLIK DET ER BESKREVET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet:

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 5

Intervjuguidar sprøyteforprosjektet

Individuelle intervju med born etter behandling

Velkommen

Bakgrunn intervju: Deltatt i gruppe fordi syns det er skummelt å ta sprøyter

Intervjusituasjon: Samtykke. Forklare kvifor opptakar. Eg har nokre spm, korleis det har vore for deg å gå i gruppa. Ingen rette eller feil svar. Du eit av første barna som har fått slik behandling – vi er veldig nysgjerrig på korleis det har vore for borna og ungdommane som har vore med, slik at vi kan beholde det som funkar bra og gjere dei andre tinga enda bedre.

1. **Du har jo gått i ei slik gruppe saman med mamma eller pappa no nokre veker. Viss du først kunne fortelje meg: Kva var grunnen til at du og mamma/pappa var med i gruppa?**
2. **Korleis vart det slik at du skulle delta i gruppa? Kva fekk du vite om gruppa på forhand?**
3. **Korleis var det å gå i gruppa?**
 - a. *Hjalp det? / Har det blitt lettare å gjere sprøyteting?*
 - b. *Grua du deg før gruppemøta? Gleda du deg?*
4. **Korleis var det å øve på sprøyteting saman med andre born?**
 - a. *Kva vart lettare fordi det var andre born der?*
 - b. *Kva var vanskelegare fordi det var andre born der?*
5. **Korleis var det å øve på sprøyteting mens det var vaksne til stade?**
 - a. *Korleis var det at mamma/pappa var der?*
 - b. *Kva vart lettare fordi det var vaksne der?*
 - c. *Kva var vanskelegare fordi det var vaksne der?*
6. **Korleis var dei vaksne som leia gruppa?**
7. **Korleis var det å jobbe med sprøyteting heime saman med mamma og pappa? T.d. å ha med seg sprøyta på ulike ting?**
8. **Viss du skulle gi eit råd til andre barn som syns sprøyter er veldig skummelt, kva ville det vere?**
9. **Viss du skulle gi vaksne som skal lage slike grupper nokon råd, kva ville det vere?**
 - a. *Kva kunne vore annleis i gruppa?*

Vedlegg 6

Intervjuguidar sprøyteforprosjektet

Fokusgruppeintervju forelder etter gruppa

Velkommen

Bakgrunn intervju: Deltatt i gruppebehandling for sprøytefobi saman med borna dykkar.

Dette er jo eit fokusgruppeintervju, som er litt annerledes enn eit vanlig gruppeintervju. Eg kjem difor ikkje til å spørje ein og ein av dykk ett og ett spørsmål. Men eg har nokon spørsmål og nokre oppgåver, og så er det sånn, nokon byrjar kanskje å snakke, og så kjem nokon på noko anna, så kan gjerne de snakke, diskutere, reflektere i lag rundt dei tinga som vi spør om og oppgåvene vi gir dykk. Så berre hiv dykk utpå med dei erfaringane de har – og så er vi jo to – slik at om nokon blir veldig passive kjem vi kanskje til å lokke dei litt utpå.

1. **Første spørsmål er eigentleg: Kva var vitsen med den behandlinga de har gått i? Kva prøvde ein å oppå gjennom den behandlinga?**
 - a) *Kva kan ei slik gruppe hjelpe med?*
 - b) *Kva endring har de opplevd?*
 - c) *Kva kan ei slik gruppe ikkje hjelpe med?*

2. **Kva handlar det om når born blir så redde for å ta sprøyter at dei treng hjelp for å få det til?**

3. **Kva er viktig når ein skal hjelpe born å komme over sprøytefobi?**

4. **Om de ser på bordet her, så har eg lagt ut masse lappar der det står ulike ting som de gjorde på gruppa. Eg har lyst at de skal sortere lappane og legge dei i rekkefølge nedover, der den viktigaste tingen de gjorde for å skape endring i sprøytefobien ligg øvst. Når de tek opp ein lapp og foreslår ei plassering ynskjer eg at de seier kvifor de tenker den plasseringa, og at de diskuterar dykk fram til ei rekkefølge alle kan vere einige om.**

5. **Om de no skulle sortere dei same lappane i to haugar, ein haug for det som var det lettaste og det som var det mest krevjande; Korleis ville det sett ut?**

6. **Om de til slutt skulle sortert dei i to haugar; det som opplevdes mest meningsfullt, og det som framstod som mest meningslaust; Korleis ville det sett ut?**

7. **Om de til slutt skulle gi nokre råd til foreldre og born som skulle byrje i ei slik gruppe; Kva ville det vere?**

8. **Kva tenker de skulle blitt beholdt og kva skulle blitt endra ifht gruppeopplegget de har vore gjennom?**