



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Barnens plats inom vuxenpsykiatri

Socionomprogrammet

C-uppsats, termin 6

Ht 2009

Författare: Carina Johansson, Josefine Persson och Sara Riekwel

Handledare: Karin Lundén

Abstract

Titel: Barnens plats inom vuxenpsykiatri

Författare: Carina Johansson, Josefine Persson och Sara Riekwel.

Nyckelord: Psykisk sjukdom, vuxenpsykiatri, barn, föräldraförmåga.

Det finns en samstämmig uppfattning inom forskningen att barn till psykiskt sjuka föräldrar är en riskgrupp och att dessa barn i större utsträckning än andra kan utveckla sociala och psykiska problem under uppväxten eller i vuxen ålder. Då vuxenpsykiatri är de som möter föräldrarna till dessa barn har vi intresserat oss för professionella inom vuxenpsykiatri för att försöka fånga deras tankar kring dessa barns situation och behov.

Detta är en kvalitativ uppsats med syfte att undersöka hur personal inom vuxenpsykiatri ser på barn, barns behov och föräldrars förmåga när föräldrar lider av psykisk sjukdom. Vi har genomfört en fokusgruppsintervju med en grupp professionella på en öppenvårdsmottagning. Våra frågeställningar är följande: Hur ser professionella inom vuxenpsykiatri på behoven hos barn då föräldrar lider av psykisk sjukdom? Hur resonerar professionella inom vuxenpsykiatri kring föräldraförmågan då föräldrar lider av psykisk sjukdom? Hur ser professionella inom vuxenpsykiatri på barnperspektivet och hur påverkar det deras arbete? Vad anser professionella inom vuxenpsykiatri att man kan eller bör göra för att möta behoven hos barnen?

Vårt resultat visar att deltagarna i vår fokusgruppsintervju gjorde skillnad på barns behov utifrån deras ålder och att de ansåg att olika diagnoser hos föräldrar skapar olika förutsättningar för föräldraförmågan. Vidare ansåg de att vuxenpsykiatri har en viktig uppgift i att motivera föräldrar att ta emot hjälp från socialtjänsten, till gagn för barnen, då de upplever att föräldrar många gånger är rädda för att ta emot hjälp. Det framkom även att socionomen i gruppen av samtliga deltagare ansågs vara barnansvarig med uppgift att bevaka barnperspektivet.

I diskussionen resonerar vi bland annat kring huruvida alla barn till psykiskt sjuka kan ses som en riskgrupp, om diagnoserna alltid är avgörande för föräldraförmågan samt vilken plats barnperspektivet har i vuxenpsykiatri.

Förord

Vi vill tacka våra fokusgruppsdeltagare som möjliggjorde vår uppsats genom att på ett öppet sätt dela med sig av sina erfarenheter och reflektioner. Vi vill även tacka vår kontakt som hjälpte oss att finna deltagare till fokusgrupperna samt ordnade en lokal där vi kunde genomföra vår fokusgruppsintervju.

Vi vill också tacka vår handledare Karin Lundén, vars råd och synpunkter har varit värdefulla.

Carina Johansson
Josefine Persson
Sara Riekwel

Innehållsförteckning

ABSTRACT.....	2
TITEL: BARNENS PLATS INOM VUXENPSYKIATRIN.....	2
FÖRFATTARE: CARINA JOHANSSON, JOSEFINE PERSSON OCH SARA RIEKWEL.....	2
NYCKELORD: PSYKISK SJUKDOM, VUXENPSYKIATRI, BARN, FÖRÄLDRAFÖRMÅGA.....	2
INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	4
1 INLEDNING.....	6
1.1 BAKGRUND.....	6
1.2 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR.....	7
1.3 VAD ÄR PSYKISK SJUKDOM?.....	7
1.3.1 Depression.....	8
1.3.2 Personlighetsstörning.....	8
1.3.3 Borderline.....	8
1.4 BARN RÄTTIGHETER.....	9
1.4.1 Aktuell lagstiftning.....	9
1.4.2 FN:s barnkonvention.....	9
2 TEORETISKA PERSPEKTIV OCH TIDIGARE FORSKNING.....	10
2.1 ANKNYTNINGSTEORI.....	11
2.2 RISKFAKTORER, SKYDDFAKTORER OCH MOTSTÅNDSKRAFTIGHET.....	13
2.3 TEORIER OM IDENTITETSSKAPANDE OCH TONÅRINGAR.....	14
2.4 TIDIGARE FORSKNING.....	15
2.4.1 Hur tänker barnen?.....	15
2.4.2 Anknnytning och föräldrars omsorgsförmåga.....	16
2.4.3 Barnet och föräldern som en enhet.....	17
2.4.4 Riskfaktorer.....	17
2.4.5 De professionellas roll.....	18
3 METOD.....	19
3.1 VAL AV METOD.....	19
3.2 FÖRFÖRSTÅELSE.....	20
3.3 FOKUSGRUPPER SOM FORSKNINGSMETOD.....	21
3.4 URVAL OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT.....	21
3.5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	23
3.6 RELIABILITET, VALIDITET OCH GENERALISERBARHET.....	23
3.7 STUDIENS BEGRÄNSNINGAR.....	24
4 RESULTAT.....	25
4.1 BARN.....	25
4.1.1 Barn till psykiskt sjuka som en riskgrupp.....	25
4.1.2 Vem ser barnen?.....	25
4.1.3 Grundläggande behov.....	25
4.1.4 Små barn respektive tonåringar.....	25
4.1.5 Skuld och ansvars känslor.....	26
4.2 FÖRÄLDRAR.....	26
4.2.1 Föräldrarnas diagnos.....	26
4.2.2 Dubbel problematik.....	26
4.2.3 Nätverket som mur.....	27
4.2.4 Föräldrarnas rädslor och skamkänslor.....	27
4.2.5 "Den friska föräldern".....	27
4.3 PROFESSIONELLA.....	27
4.3.1 Stöd som kan erbjudas från vuxenpsykiatrins sida.....	27
4.3.2 Att prata med föräldrarna om barnen.....	27
4.3.3 Uppgiften att motivera föräldrarna.....	28
4.3.4 Skyldigheter och ansvar.....	28
4.3.5 Processen som tar tid.....	28
4.3.6 Socionomen som barnansvarig.....	28

4.3.7 Tankar kring barnperspektivet	29
5 DISKUSSION	29
5.1 BARN.....	30
5.1.1 Barnen som riskgrupp?	30
5.1.2 Barns behov i förhållande till ålder.....	30
5.1.3 Känslor av skuld och ansvar hos barnen	31
5.2 FÖRÄLDRAR	31
5.2.1 Diagnoser som referensram	31
5.2.2 Det dubbla nätverket	32
5.2.3 Den andra förälderns roll.....	32
5.3 PROFESSIONELLA	32
5.3.1 Vad vuxenpsykiatrin kan/bör göra för barnen.....	32
5.3.2 Att tala med föräldrarna.....	33
5.3.3 Synen på barnperspektivet.....	33
6 AVSLUTANDE KOMMENTARER	33
7 REFERENSER.....	36
7.1 LITTERATUR	36
7.2 ELEKTRONISKA KÄLLOR.....	38
8 BILAGOR.....	39
8.1 BREV	39
8.2 INTERVJUGUIDE.....	40
8.3 SAMTYCKE TILL DELTAGANDE I STUDIEN	42

1 Inledning

"Jag hatar dom allihop, dom tror att det är så jäkla lätt. Vuxna vet inte hur det är att vara barn, det har dom glömt för länge sedan. Dom kan inte hjälpa mig. Det är inte bara att mina föräldrar är psykiskt sjuka, jag är annorlunda på grund av detta eftersom att jag har fått kämpa hela livet för att må bra och inte visa andra hur jag känner mig." (Kuling.nu)

Inför valet av uppsatsämne hade vi tankar om att barnperspektivet fortfarande är relativt frånvarande inom vuxenpsykiatri och att barn till psykiskt sjuka ofta hamnar i kläm och inte får den hjälp de behöver. Till en början ville vi skriva om barnombud inom vuxenpsykiatri och undersöka om detta var något som ledde till ett stärkt barnperspektiv. Vi insåg dock snart att barnombudsprojektet, som vi även kommer att beskriva under tidigare forskning, var ett projekt som utförts i Lund och som fortfarande inte hade fått fäste i Göteborg med omnejd. Därför valde vi att i stället fokusera på professionella inom vuxenpsykiatri som möter psykiskt sjuka föräldrar och har möjlighet att uppmärksamma deras barn, för att försöka fånga deras tankar kring dessa barns situation och behov. De teoretiska perspektiv som vi använt oss av för att förstå barnens situation och behov är anknytning, riskfaktorer, skyddsfaktorer och motståndskraftighet samt teorier om ungdomars identitetsskapande och utveckling.

1.1 Bakgrund

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen i Sverige. Sedan 1990-talet har andelen svenskar som lider av depression, ångest och annan psykisk ohälsa ökat konstant. Uppskattningsvis lider 20-40 procent av Sveriges befolkning av någon form av psykisk sjukdom, varav 10-15 procent har allvarliga psykiska besvär som kan kräva psykiatrisk behandling (Folkhälsorapporten, 2005). Närmare en tredjedel av vuxenpsykiatriens patienter är föräldrar till minderåriga barn och ungefär tre fjärdedelar av dessa föräldrar bor varaktigt tillsammans med sina barn. De flesta av vuxenpsykiatriens patienter är kvinnor, och ungefär hälften av dessa kvinnor är ensamstående föräldrar och bor som enda vuxen tillsammans med sina barn (Östman & Eidevall, 2005).

Barn till föräldrar som lider av psykisk sjukdom har länge kommit i skymundan, men under det senaste decenniet har dessa barn enligt Skerfving (2005) börjat ta mer plats. En orsak till att barnen uppmärksammas mer idag kan vara att samhällets syn på barn har förändrats, delvis tack vare organisationer som FN, BRIS och Rädda barnen. Det har skett ett paradigmskifte bland forskare i synen på barn och barndom i hela västvärlden, där barnen har blivit mer synliga och mer har börjat betraktas som individer med egna tankar, känslor och rättigheter. Från att tidigare ha setts som passiva föremål för vuxnas omsorg och fostran ses barnen idag mer som självständiga individer som är aktiva, kompetenta medskapare av sin verklighet (Skerfving, 2005).

En annan orsak till att barn till psykiskt sjuka föräldrar uppmärksammas mer idag kan vara att psykiatri i Sverige har förändrats under de sista decennierna. Man har mer och mer frångått institutionsvård för att i stället bygga ut den psykiatriska öppenvården. Detta har fört med sig att människor som lider av psykisk sjukdom har fått ökad möjlighet till föräldraskap under de senaste decennierna. Barn som tidigare kanske skulle ha skiljts från sina föräldrar lever idag i stället i nära relation med dem (SoS-rapport, 1999:11).

När en förälder har allvarliga psykiska problem är det så gott som ofrånkomligt att detta på något sätt påverkar livet för barnet, som är känslomässigt och praktiskt beroende av föräldern (Söderblom & Inkinen, 2009). Det finns en samstämmig uppfattning inom forskningen om att barn till psykiskt sjuka föräldrar är en riskgrupp och att dessa barn i större utsträckning än andra kan utveckla sociala och psykiska problem under uppväxten eller i vuxen ålder (Social rapport, 2006).

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med vår uppsats är att undersöka hur professionella inom vuxenpsykiatri ser på barn, barns behov och föräldrars förmåga när föräldrar lider av psykisk sjukdom.

För att uppfylla detta syfte har vi valt följande frågeställningar:

- *Hur ser professionella inom vuxenpsykiatri på behoven hos barn då föräldrar lider av psykisk sjukdom?*
- *Hur resonerar professionella inom vuxenpsykiatri kring föräldraförmågan då föräldrar lider av psykisk sjukdom?*
- *Hur ser professionella inom vuxenpsykiatri på barnperspektivet och hur påverkar det deras arbete?*
- *Vad anser professionella inom vuxenpsykiatri att de kan och bör göra för att möta behoven hos barnen?*

1.3 Vad är psykisk sjukdom?

Vad är då psykisk sjukdom? Sundgren (2005) skriver:

”Sjukdomar” skapas och upplöses, etiketteras och förses med olika terapeutiska lösningar och dessa processer är förknippade med sin tid och sin kultur.” (s. 2)

Psykisk sjukdom är ett brett begrepp och man kan, precis som citat ovan beskriver, ha olika sjukdomsuppfattningar, till exempel som en social konstruktion. Vi använder oss av begreppet ”psykisk sjukdom” i betydelsen ”*allvarliga och långvariga psykiska problem som påverkar hela livssituationen*” (Skerfving, 2005, s.13). Inom psykiatri, liksom inom andra medicinska områden, använder man sig av en diagnosmanual där de psykiska sjukdomarna kategoriseras i olika grupper. I Sverige är det vanligast att man använder sig av diagnosmanualen DSM-IV, vilken bygger på en uppfattning om att psykiska sjukdomar orsakas av och påverkas av både biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Sundgren, 2005).

Det finns två huvudgrupper av svåra psykiska sjukdomar. Det är dels de affektiva sjukdomarna, som kännetecknas av att känsloläget blir för högt eller lågt. Hit hör depression, manodepressivitet och andra förstämningssyndrom. Dels är det de psykotiska sjukdomarna där verklighetsuppfattningen brister, bland annat kortvariga psykoser, paranoidea psykoser med vanföreställningar och schizofreni (www.sverigesinre.nu). Även missbruk räknas ibland in i det psykiska sjukdomsbegreppet, då missbruk kan ge upphov till sjukdomstillstånd som

liknar de psykiska sjukdomarna, såsom ångest, depression och psykos, och då vissa psykiska sjukdomar kan leda till missbruk. Utöver detta finns det ångeststörningar och personlighetsstörningar (Cullberg 2005). Då de professionella som deltog i vår fokusgruppsintervju talade särskilt om depression, personlighetsstörningar och borderline som vanligt förekommande hos de patienter de möter vill vi nedan ge en kort beskrivning av dessa begrepp.

1.3.1 Depression

Depression tillhör de affektiva sjukdomarna. De depressionsutlösande orsakerna brukar röra sig om en förlust eller om en kränkning av självkänslan. En person som lider av depression av svår grad har en påfallande sänkt sinnesstämning. Självuppskattningen och självkänslan är mycket låg och man känner meningslöshet och bristande livslust. Självmodstankar kan förekomma, liksom olika kroppsliga symtom som exempelvis aptitlöshet och viktminskning (Cullberg, 2005). Deprimerade föräldrar utgör ingen homogen grupp. Vissa kan lida av en ångestfylld depression, medan aggression och irritabilitet kan vara dominerande inslag hos andra. Den deprimerade drar sig ofta undan och blir därmed otillgänglig för sina barn (Killén, 2009).

1.3.2 Personlighetsstörning

Begreppet personlighet uttrycker enligt Cullberg ett upplevelse- och beteendemönster som är fast organiserat och typiskt för en persons förhållningssätt i förhållande till den omgivande världen och sig själv. Personligheten utvecklas som en anpassning mellan barnets inre förutsättningar och dess erfarenheter av den yttre miljön, exempelvis föräldrar och nätverk. Om anpassningen varit plågsam finns mycket ångest och rädsla representerat i barnets inre värld. Detta leder till att personligheten byggs upp kring strategier med syfte att bygga ett försvar mot omvärlden och relationerna blir präglade av misstänksamhet och avund. För att förklara detta använder man sig av begreppet personlighetsstörning (Cullberg 2005). Enligt DSM-IV finns det tio olika former av personlighetsstörningar (www.forskning.se). Exempel på allvarliga personlighetsstörningar är emotionellt instabil personlighet (borderline) och psykopati (Cullberg, 2005). En person med allvarlig personlighetsstörning är ofta känslomässigt instabil och därför oförutsägbar. Personen kan vara fylld av aggressioner som är svåra att kontrollera och kan avreagera sig både verbalt och fysiskt på barnet. En upptagenhet av de egna behoven kan ofta hindra personer med personlighetsstörning från att se barnens behov och att leva sig in i barnens situation (Killén, 2009).

1.3.3 Borderline

Borderlinepersonlighet är ett begrepp som idag har börjat benämnas emotionellt instabil personlighet. Det har varit svårt att hitta en entydig definition på begreppet, då patienternas symtom är varierande. Enligt en av många definitioner så handlar det om ett tillstånd som tycks ligga någonstans mittemellan psykos och icke-psykos. Impulsivt beteende är ett utmärkande drag hos dessa patienter, liksom ett genomgripande mönster av instabilitet i relationer, självuppfattning och känslor med utmärkande intensitet. Personer med denna diagnos delar in världen i svart och vitt utan nyanser, och det är vanligt med självdestruktivt beteende och hot om självmord. De kan upplevas som opålitliga och oberäkneliga, då de ofta snabbt ändrar sitt beteende och sin sinnesstämning (Cullberg, 2005). Föräldraförmågan hos dessa personer påverkas negativt av den förändrade verklighetsuppfattning som karaktäriserar störningen. Tillvaron kan bli oförutsägbar och svårbemästrad för ett barn och barnet kan bli

utsatt för aggressivitet och anklagelser. Föräldrarnas problem kan även innebära separationer och förlust av nära relationer för barnet (Skerfving, 2005).

1.4 Barns rättigheter

Barns rättigheter regleras i flera olika sammanhang och vi kommer nedan att ta upp aktuell lagstiftning, barnkonventionen, samt barnperspektivet. Vi har valt att ta upp barns rättigheter eftersom det har påverkat vår utgångspunkt kring det ansvar som vi tänker oss att professionella inom vuxenpsykiatri har när de möter föräldrar med psykisk sjukdom och ibland även deras barn.

1.4.1 Aktuell lagstiftning

Föräldrarnas grundläggande bestämmelser till skydd för barn står att finna i kapitel 6 där det står att barn har:

”...rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling” (6 kap. 1 § FB).

Vidare säger socialtjänstlagen att:

”När åtgärder rör barn skall det särskilt beaktas vad hänsynen till barns bästa kräver. Med barn avses varje människa under 18 år” (1 kap. 2 § SoL).

Myndigheter inom hälso- och sjukvården samt personer som är anställda vid dessa myndigheter är enligt Socialtjänstlagen:

”...skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd” (14 kap. 1 § SoL).

Vidare är dessa myndigheter och personer enligt samma paragraf:

”...skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av skydd” (14 kap. 1 § SoL).

Det befintliga ansvaret inom hälso- och sjukvården regleras i Hälso- och sjukvårdslagen och enligt denna paragraf ska:

”hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs” (HSL 2 f §).

1.4.2 FN:s barnkonvention

FN:s konvention om barns rättigheter antogs av Förenta Nationernas generalförsamling den 20 november 1989. Inom två år hade en majoritet av världens stater ratificerat konventionen och Sverige var en av de första staterna att göra detta. De stater som har ratificerat barnkonventionen är förpliktigade att vidta alla lämpliga åtgärder för att genomföra den (Hammarberg, 2006).

Barnkonventionen innehåller medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter och tanken bakom den är att barn har rätt att få sina grundläggande behov tillgodosedda, att få skydd mot utnyttjande och diskriminering och att få uttrycka sin mening och bli respekterade. Barnets bästa ska komma i första rummet vid alla åtgärder som rör barn. Detta innebär inte att barnets bästa alltid ska vara utslagsgivande, men i de fall där man låter andra intressen väga tyngre måste beslutande myndigheter kunna visa att en sammanvägning av relevanta intressen i de enskilda fallen gjorts. Beslutsfattandet måste alltid innefatta ett barnperspektiv och principen om barnets bästa ska beaktas i beslutsprocessen (Hammarberg, 2006).

Nedan följer de fyra grundläggande principerna i barnkonventionen som ska vara ledande för hur konventionens övriga artiklar bör tolkas (Hammarberg, 2006):

- Förbud mot diskriminering - alla barn har rätt att ta del av sina rättigheter (artikel 2)
- Barnets bästa i främsta rummet - barnets bästa ska beaktas vid alla beslut som rör barn (artikel 3)
- Rätten till liv och utveckling - inte bara barnets överlevnad utan även hans eller hennes utveckling ska säkerställas till det yttersta av samhällets förmåga (artikel 6)
- Rätten att komma till tals - barnets åsikter ska få komma fram och visas respekt (artikel 12)

Barnkonventionen kan sägas utgöra vår tids samhälleliga barnperspektiv, då den uttrycker världssamfundets kollektiva syn på barn och ungdomar. Det är även vårt perspektiv som vi burit med oss i studien och haft som utgångspunkt för uppsatsens syfte. Begreppet barnperspektiv kan sammanfattas på så sätt att det betyder att vuxna ser barnet, strävar efter att förstå det och vidtar åtgärder som de bedömer vara till barnets bästa. I detta ingår att lyssna till barnet och respektera det som en individ med egna rättigheter och uppfattningar, och det är med denna betydelse vi använder oss av begreppet barnperspektiv i vår uppsats (Barnombudsmannen 2002).

2 Teoretiska perspektiv och tidigare forskning

Vi har använt oss av anknytningsteorin, riskfaktorer, skyddsfaktor och motståndskraftighet samt teorier om ungdomars identitetsskapande som teoretiska perspektiv, då vi ansåg att de var relevanta för vår uppsats och hjälper oss att förstå barns utveckling och deras behov. Valet av teorier bygger främst på en genomgång av tidigare forskning, där våra olika teorier har återkommit och på så sätt gett oss en förståelsegrund för vårt uppsatsämne. Vi har även valt bort teorier, bland annat organisationsteoretiska perspektiv, som vi dock i efterhand har sett skulle kunna belysa just de professionellas komplexa roll när det gäller att tillgodose barns behov. Ur ett sådant perspektiv, eller ett systemteoretiskt perspektiv som vi också valde bort, skulle vi säkert få en djupare analys av hur man kan förstå vilka hinder och möjligheter de professionella har i sitt arbete. Men vi valde att inte fokusera på den organisatoriska nivån eftersom vårt syfte var att närma oss de professionellas egna tankar, och inte titta på vilka förutsättningar de professionella upplever att de har i att möta psykiskt sjuka föräldrar och barnens behov. Vi ville försöka fånga de professionellas uppfattningar genom fokusgruppsintervjun, men ville inte använda teorier som analysredskap över vad de professionella berättade. Teorierna fungerar snarare som en förståelseram för oss och vi har

framförallt använt dem som stöd för hur vi kan förstå situationen som barnen till psykiskt sjuka föräldrar befinner sig.

2.1 Anknytningsteori

Vi har valt att använda oss av anknytningsteorin då denna teori förklarar hur barns och föräldrars samspel har betydelse för barns utveckling. Att en förälder lider av en psykisk sjukdom är en faktor som kan påverka förmågan till anknytning negativt. Anknytningsteorin utvecklades av John Bowlby på 1960-talet och var ursprungligen en teori om den process vars resultat är att ett psykologiskt band uppstår mellan spädbarnet och dess närmsta vårdare. På senare år har teorin utvecklats till att också beskriva hur detta psykologiska band blir till mentala representationer hos barnet, något som i teorin kallas inre arbetsmodeller. Dessa tidigt förvärvade arbetsmodeller har en avgörande betydelse för hur människor senare uppfattar och beter sig i nära känslomässiga relationer (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm/Mothander, 2006).

En grundläggande tanke inom anknytningsteorin är att barn inte kan låta bli att knyta an till den eller de personer som finns tillgängliga. Bowlby menade att barnet är förprogrammerat att söka närhet och skydd och att barnet är utrustat med ett genetiskt beteendesystem. I barnets beteendesystem ingår bland annat förmågan att klänga sig fast, att fästa blicken, att gråta och så småningom förmågan att le. Målet är att få närhet och skydd (Karlsson, 2008). Bowlby menade samtidigt att föräldern likaså är biologiskt betingad att hjälpa barnet att överleva. Han menade att det finns ett genetiskt förprogrammerat omvårdnadssystem hos föräldern. I omsorgsbeteendet ingår bland annat att krama barnet, lyfta upp barnet och att lugna barnet (Broberg et al, 2006).

Anknytning och omvårdnad är alltså två beteendesystem, det ena hos barnet och det andra hos föräldern, vilka båda enligt anknytningsteorin är genetiskt förprogrammerade. Barnet signalerar sitt behov av närhet, tröst och beskydd och föräldern svarar på barnets signaler genom ett eller flera omsorgsbeteenden. Det är när omvårdnadssystemet brister som omsorgssvikt uppstår (Broberg et al, 2006).

Bowlby tänkte sig att anknytningsrelationen och förväntningar på anknytningspersonens tillgänglighet regleras mentalt genom de inre arbetsmodeller som det lilla barnet konstruerar utifrån sitt samspel med föräldern. Modellernas funktion är att tolka och förutsäga anknytningspersonens beteenden och känslor samt att reglera barnets egna anknytningsbeteenden, tankar och känslor (Broberg et al, 2006).

En trygg bas är ett centralt begrepp inom anknytningsteorin vilket beskriver föräldrarnas förmåga att utgöra en hamn för barnet. Denna blir utgångspunkt för barnets utforskande av världen och det är dit barnet återvänder för känslomässig påfyllning (Broberg et al, 2006). Barnet utvecklar en förtröstan på att föräldern finns där fysiskt och psykiskt och tröstar och skyddar när det behöver det. Om barnet inte kan lita på att föräldern finns där när barnet behöver, påverkar detta barnets förmåga att utforska världen negativt, eftersom barnet då inte kan lita på att föräldern finns där som en trygg bas (Lundén, 2004).

Barns anknytning till sina föräldrar ser olika ut beroende på det känslomässiga samspel som finns mellan barnet och dess omsorgsgivare. Många barn utvecklar en trygg anknytning, eftersom de känner sig säkra på att föräldern kommer att skydda dem och ta hand om dem. Andra barn som inte fått känna att omsorgsgivaren varit tillgänglig och lyhörd för deras behov

utvecklar en otrygg anknytning. Inom anknytningsteorin talar man om tre olika former av otrygg anknytning; undvikande, ambivalent och desorganiserad anknytning (Killén, 2009).

Studier visar att psykisk sjukdom hos föräldern är en faktor som kan påverka förmågan till anknytning negativt. En förälder som är upptagen med sina egna svårigheter och kanske dessutom är påverkad av starka mediciner, är ofta innesluten i sin egen värld. Därmed blir det svårt för föräldern att klara av den finstämda interaktion som spädbarnet behöver för att utveckla en trygg anknytning (Broberg et al, 2006). Allmänna barnhuset (2007) talar om att depression, ångest, psykos och personlighetsstörningar är psykiska sjukdomar som kan påverka förmågan till anknytning och samspel negativt. Killén (2009) talar om risken att spädbarn till deprimerade mödrar utvecklar en otrygg anknytning. Hon säger att det också finns en stark samvariation mellan depressiva symptom hos modern och såväl undvikande som ambivalent anknytning. Studier har visat att barn som har föräldrar med allvarlig psykisk sjukdom också löper en ökad risk att utveckla desorganiserad anknytning (Broberg et al, 2006). Desorganiserad anknytning är en form av otrygg anknytning där barnets anknytning till föräldrarna karaktäriseras av rädsla och där det lilla barnet inte har kunnat finna någon organiserad strategi för att kunna reglera sina känslor (Lundén, 2004).

2.2 Riskfaktorer, skyddsfaktorer och motståndskraftighet

Vi har intresserat oss för riskfaktorer och skyddsfaktorer för att förstå vad som gör att vissa barn klarar sig trots att de utsätts för riskfyllda och utsatta förhållanden. Motståndskraftighet är ett begrepp som betecknar en återhämtningsförmåga eller en mental motståndskraft mot psykiska påfrestningar som dels grundar sig på omgivningens påverkan och dels finns som en grundlagd egenskap hos barnet. Graden av motståndskraftighet förändras över tid och i den mån omständigheterna kräver det (Caspi, Kim-Cohen, Moffitt, Tomas & Rutter 2006).

Det finns en samstämmig uppfattning inom forskningen om att barn till psykiskt sjuka föräldrar är en riskgrupp som ofta har en större sårbarhet än barn vars föräldrar inte är psykiskt sjuka. Man har kommit fram till att denna grupp barn i större utsträckning än andra kan utveckla sociala och psykiska problem under uppväxten eller i vuxen ålder (Skerfving, 2005; Social rapport, 2006). Det beror dock på en mängd samverkande omständigheter om barnet kommer att få psykiska eller sociala problem till följd av föräldrarnas psykiska sjukdom eller inte. Det finns inget mekaniskt samband mellan en svår barndom och hur det blir längre fram i livet. Hur utfallet blir är en fråga om balansen mellan riskfaktorer och skyddsfaktorer (England & Sim 2009). Ingen enskild svårighet eller riskfaktor anses leda till psykisk sjukdom, men om flera riskfaktorer samlar sig ökar sannolikheten för att psykiska problem ska uppstå hos individen. Ju fler riskfaktorer som funnits under lång tid tillsammans, desto större är sannolikheten att det får allvarliga konsekvenser för barnet (Cederblad, 2003).

Forskningen har identifierat en lång rad riskfaktorer på olika nivåer. Hur barnet är självt spelar in, liksom hur allvarlig föräldrarnas sjukdom är och hur samspelet mellan förälder och barn ser ut. Riskerna för barnet ökar om båda föräldrarna är sjuka, om det finns missbruk i familjen och om nätverket kring barnet är svagt (Sigling, 2002). Ytterligare riskfaktorer kan vara föräldrarnas fattigdom, låg utbildning, arbetslöshet och beroende av försörjningsstöd (Social rapport, 2006). Åldern hos barnet vid föräldrarnas insjuknande har också betydelse. Det är svårare för små barn att klara svåra upplevelser än för äldre barn. Sex månaders ålder till fyra års ålder är den mest känsliga, och barn under elva år anses vara mer känsliga för traumatiska händelser än äldre barn (Skerfving, 2005).

Skyddsfaktorer är de faktorer som minskar risken för negativa kedjereaktioner, främjar självförtroende och prestationsförmåga och öppnar för nya möjligheter (Rutter & Sroufe, 2000). På individnivå har man funnit att barnets individuella egenskaper, såsom att ha en god anpassningsförmåga och goda kognitiva funktioner kan ha en god skyddseffekt. På familjenivå är en god relation till åtminstone en av föräldrarna och ett gott syskonstöd viktiga skyddsfaktorer (Cederblad, 2003). Skerfving beskriver omgivningen som en annan viktig komponent. Det kan handla om meningsfulla fritidsaktiviteter tillsammans med vänner eller en positiv skolmiljö. Insikt och förståelse för föräldrarnas, familjens och den egna situationen är ännu en skyddande faktor. Om barnet får kunskaper om föräldrarnas sjukdom och möjlighet att förstå, kan det avlasta skuld och göra barnet starkare, och här kan omgivningens stöd fylla en mycket viktig funktion (Skerfving, 2005).

De skyddande egenskaperna är i hög grad förvärvade genom de erfarenheter barnen har gjort i sina liv. Det handlar om skyddande processer – en samverkan mellan det totala antalet riskfaktorer och skyddsfaktorer. Exempelvis kan en otrygg anknytning till primära omsorgspersoner få helt olika följder för olika barn, beroende på vilken omgivning de befinner sig i och vilka egenskaper barnen har (Caspi et al, 2006). Rutter och Taylor (2002)

påtar att vad ett barn känner och tänker om sina erfarenheter och upplevelser ofta är mycket viktigt för vilka konsekvenser erfarenheterna och upplevelserna får. De framhåller även att den som vill hjälpa sårbara barn måste koncentrera sig på skyddande faktorer och processer som kan föra med sig förändringar i livet, från risk till anpassning. De poängterar dock att förmågan till motståndskraftighet inte byggs upp genom undvikande av alla stressande upplevelser och utmaningar. Belastningar och utmaningar inom en rimlig gräns kan bidra till individens utveckling och bli en hjälp för individen att på ett bra sätt hantera psykiska påfrestningar i framtiden.

2.3 Teorier om identitetskapande och tonåringar

Vi har valt att använda oss av teorier om identitetskapandet och tonåringar då våra fokusgruppsdeltagare förde en diskussion kring tonåringar. Från början ingick inte tonåringar som en egen grupp för vårt fokus i studien, men eftersom våra deltagare särskilt talade kring tonåringar tyckte vi att det var relevant att ta med ett teoretiskt perspektiv på tonåringar som grupp, för att försöka förstå fokusgruppsdeltagarnas diskussion kring dem.

Tonårstiden kan betraktas på olika vis. Den kan förstås som en övergångsperiod, och vad som sker och vad det har för betydelse för en ung människa kan förklaras på många sätt. Utvecklingspsykologiska perspektiv fokuserar på de fysiologiska förändringarna; de sexuella och de kognitiva. Men även de sociala förväntningarna spelar roll under tonårstiden och frågorna kring vem man är, tillhörigheter både sexuellt och kulturellt är stora och många. Tonåren handlar på många sätt om att utveckla en egen identitet, och komma fram till svaret på frågan: vem är jag? (Frisén & Hwang, 2006).

Enligt Homburger Erikson handlar identitet om en inre känsla av att uppleva samma jag genom hela livet, oavsett vilka roller eller situationer man befinner sig i. Enligt Erikson kan identitet ses som en subjektiv upplevelse, där både psykologiska och sociala faktorer och samspel bidrar till denna upplevelse (Frisén & Hwang, 2006). För att förstå vad tonåringar går igenom under denna fas i livet och hur relationen till föräldrarna påverkar, har vi valt Eriksons perspektiv på detta eftersom teorin fokuserar både på individens utveckling och på samspelet med föräldrarna och familjen.

Erikson utgår i sin teori om identitet från att en del av identitetsutvecklingen handlar om rollförvirring. För att hantera denna rollförvirring, precis som andra utvecklingskriser i livet, behöver tonåringar andra personer i sin närhet som kan fungera som speglar för att skapa sig en säker bild av vem man är (Frisén & Hwang, 2006). Saknar individen erfarenheter av att ha löst tidigare faser i livet eller inte har fått trygghet, möjlighet att skapa självförtroende och självkänsla i sin barndom, så kan han eller hon få svårt att hantera relationer och få svårt att lösa kriser senare i livet (Havnesköld & Risholm Mothander, 2002). Identitetsutvecklingen tar inte slut, enligt Erikson, utan kan omformas under hela livet. Men tanken är att det krävs en stabil personlighetsstruktur eller självupplevelse för att kunna hantera de problem som man möter i livet. Eriksons teori om identitet har inget klassperspektiv och tar inte vidare hänsyn till kön eller etnicitet som variabler som kan påverka identitetsutvecklingen, men kan ses som ett mönster för vilka komponenter som är viktiga för hur vi ska kunna hantera det komplexa livet (Marcia, 2006).

James Marcia (2006) är en forskare som utifrån Eriksons teori beskriver hur identitetsutvecklingen är beroende av både utforskande och ställningstagande. Tonåringar behöver pröva på och utforska olika roller, samtidigt som beslut om studie- och yrkesval eller

vilken typ av familjeliv man vill leva i börjar bli viktiga. Marcia har beskrivit hur tonåringar kan delas in i fyra grupper, beroende på hur deras identitetsskapande ser ut. De fyra identitetsgrupperna är:

- *fullbordad identitet*: man känner sig som samma "jag", oavsett livsfas eller situation.
- *moratorium*: tonåringen experimenterar, är känslig för påverkan och är ofta ambivalent i sin relation till familjen.
- *för tidig identitet*: tonåringen har inte utforskat vem den är utan har ofta okritiskt tagit över värderingar från föräldrar. Detta kan leda till en sårbarhet inför livskriser även om tonåringen till det yttre kan verka stabil.
- *Identitetsförvirring*: tonåringen saknar känslan av en inre kärna, en verklig självupplevelse och har ofta sämre psykisk anpassning, något som kan bero på kulturella faktorer och tidigare utvecklingssvårigheter (Marcia, 2006).

Marcia (2006) beskriver hur identitetsutvecklingen kan försvåras då en individ saknar de nödvändiga villkoren för skapandet av en trygg självkänsla under de första levnadsåren, vilket kan leda till identitetsförvirring. I kombination med en viss identitetsposition (exempelvis identitetsförvirring) har Marcia även beskrivit hur man genom att titta på hur familjemönstret ser ut kan finna olika "prognoser" för hur tonåringar kommer att utvecklas. Tonåringar med identitetsförvirring tenderar till exempel att ta mer avstånd från föräldrarna. Familjemönstret präglas ofta av en dålig kommunikation mellan föräldrar och tonåringar, och tonåringar med identitetsförvirring har i högre utsträckning föräldrar som är emotionellt distansierade.

2.4 Tidigare forskning

Det finns en hel del tidigare forskning när det gäller barn till psykiskt sjuka föräldrar och vi kommer nedan att presentera ett urval av den forskning som varit aktuell för oss i vårt uppsatsarbete. Vi har valt ut forskning som på ett bra sätt beskriver hur barnens situation kan se ut samt hur professionella inom vuxenpsykiatri ser på barn, barns behov och föräldrars förmåga när föräldrar lider av psykisk sjukdom. I diskussionen använder vi oss även av litteraturen för att göra jämförelser med våra egna resultat. Den tidigare forskningen som vi har valt att presentera här har alltså fungerat som ytterligare en förståelseram utöver våra valda teorier, och har hjälpt oss att sätta in våra tankar kring hur de professionella talar om barn och föräldrar i ett sammanhang som känns trovärdigt. Skälet till att vi har valt att presentera tidigare forskning ihop med rubriken teoretiska perspektiv är att de många gånger går in i varandra och enligt vår mening kompletterar varandra.

2.4.1 Hur tänker barnen?

I den svenska undersökningen *Det var så mycket jag inte förstod - En intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar* intervjuade Granath (1997) fem personer, som idag är vuxna, som har växt upp med en psykiskt sjuk förälder. Syftet med rapporten var att beskriva hur det kan vara att växa upp med en psykiskt sjuk förälder och att diskutera vad samhällets institutioner skulle kunna göra för att ge stöd åt dessa barn. Studien visade att föräldrarnas beteende och häftiga svängningar har förbryllat barnen och skapat en oro hos dem. Känslorna inför föräldern har varit starka, av kärlek men också av hat mot den sjuka sidan hos föräldern. En stark ilska har funnits mot vuxenpsykiatri, då man önskat att man fått ett bättre bemötande.

I boken *Children caring for parents with mental illness* av Aldridge och Becker (2003) presenteras en studie som beskriver hur barn som vårdar sina psykiskt sjuka föräldrar

upplever sin situation, och hur deras föräldrar och professionella som kommer i kontakt med dessa familjer ser på barnens roll i familjerna. Barnen som författarna kallar "young carers" är under 18 år och har alla en roll i sin familj som den som tar hand om, stödjer eller hjälper antingen en psykiskt sjuk förälder eller en annan familjemedlem med psykiska problem eller funktionshinder. Författarna visar på att psykiskt sjuka föräldrar inte automatiskt är en riskfaktor för dessa barn, utan att det är samspelet och familjens resurser i helhet som spelar stor roll för hur barnen påverkas av att ta ansvar för och leva med psykiskt sjuka föräldrar.

2.4.2 Anknytning och föräldrars omsorgsförmåga

Boken *Anknytningsteori - Betydelsen av nära känslomässiga relationer* av Broberg, Granqvist, Ivarsson och Risholm/Mothander (2006) är en forskningsgrundad bok. I boken ges en genomgång av anknytningsteorin och forskning grundad på anknytningsteorin och teorins framväxt och dess förankring beskrivs. Boken tar upp att anknytningsteorin idag anses vara den mest betydelsefulla rörande hur och varför våra känslomässiga band formas. Boken beskriver hur det nyfödda barnet utvecklar specifika känslomässiga relationer till sina närmaste vårdare. I boken klargörs det att barnets tidiga anknytningserfarenheter gör det lättare eller svårare för barnet att känna tillit, vilket får konsekvenser för den fortsatta utvecklingen och nära relationer till andra. Boken tar upp att det inom psykiatrin finns betydligt mer skrivet om barns än om föräldraskapets utveckling. Författarna betonar dock att det är nödvändigt att koppla samman omvårdnadssystemet hos föräldrar, och anknytningssystemet hos barn, för att förstå utvecklingen av relationerna mellan föräldrar och barn.

I boken *Handbook of infant mental health* finns ett kapitel, skrivet av Dickstein och Seifer (2000) där det talas om att grunden för anknytningen läggs under barnets första år. Beroende på samspelet barn och förälder emellan utvecklas en trygg respektive otrygg anknytning. Det sägs att barn till deprimerade mödrar löper risk att utveckla en otrygg anknytning och däribland desorganiserad anknytning. Det sägs också att barn som har föräldrar med psykisk sjukdom löper risk att själva utveckla psykiska problem och beteendeproblem. Boken tar vidare upp att barn till deprimerade föräldrar tenderar att vara mer impulsiva än andra barn och har svårare med relationer till kompisar. Vidare sägs att hur samspelet ser ut barn och förälder emellan hör samman med hur föräldern förstår meningen av interaktionen. Det sägs att deprimerade mammor betraktar sina barns beteenden som mer negativa än friska mammor, något som kan bottna i att barnen till deprimerade mammor också uppvisar ett mer besvärligt beteende. Boken beskriver också att laboratoriesituationer har visat att deprimerade mammor är mindre positiva och mer negativa i interaktionen med sina spädbarn, samtidigt som barnen också är mindre positiva och mer negativa i interaktionen med sina mödrar.

Nathiel (2007) har i sin studie *Daughters of madness – growing up and older with a mentally ill mother* undersökt hur ett barn kan påverkas av att växa upp med en mamma som lider av psykisk sjukdom. Författaren har använt sig av anknytningsteorin för att förklara hur mödrarnas bristande omsorgsförmåga kan påverka ett barn. Hon intervjuade 25 nu vuxna kvinnor som har växt upp med en psykiskt sjuk mamma. Intervjuerna ger en inblick i hur det har varit för döttrar att växa upp tillsammans med föräldrar med diagnoserna schizofreni, psykos, depression och personlighetsstörning. Varje kvinna intervjuades vid minst två tillfällen, ungefär en och en halv timma per gång. Kvinnorna var mellan 35 och 68 år gamla och de flesta har klarat sig relativt väl i vuxenlivet. De har alla gått i terapi, och omkring en tredjedel av dem var själva terapeuter. Nathiel gick så tillväga att hon bad kollegor att hänvisa till personer som kunde fungera som respondenter. Det visade sig dock att även många av

hennes kollegor själva ville ställa upp. Viktiga ämnen som kommer upp i boken är skuldkänslor hos barnen, att bevara en hemlighet, role reversal – när barnet agerar förälder, rädsla för att råka ut för samma öde som modern, förmåga till motståndskraftighet, och att ta emot hjälp. Utifrån olika åldrar hos barnen behandlade författaren de aspekter av utvecklingen som sker i varje period, och vad som kan gå fel för döttrarna när deras mödrar är psykiskt sjuka och brister i omsorgsförmåga.

2.4.3 Barnet och föräldern som en enhet

I *American Journal of Psychiatry* finns en artikel skriven av Bender (2006) som presenterar en longitudinell studie av Weissman där 220 barn, 6-23 år gamla, deltog. Det var barn till föräldrar som led av depression i olika svårighetsgrad, men även barn till föräldrar som inte var deprimerade. Weissman började följa barnen 1982 och träffade dem sedan efter 2 år, efter 10 år och slutligen efter 20 år. Hon fann att barn till föräldrar som var deprimerade löpte mer än tre gånger så stor risk att drabbas av depression i vuxen ålder än barn till föräldrar som inte var deprimerade. Hon fann även en större frekvens av andra former av psykisk sjukdom, beroende av alkohol och droger samt medicinska problem. Utifrån sin studie och andra liknande studier drog Weissman slutsatsen att det är viktigt att se barn och förälder som en enhet när det gäller psykisk sjukdom.

I studien *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention* (2009) har en kommitté på uppdrag av National Research Council (NRC) gjort en litteraturgenomgång av relevant forskning gällande depression hos föräldrar. Man intresserade sig för hur depression kan påverka föräldraskapet, och hur detta i sin tur kan påverka barn och familjer. I studien konstaterades att det inte finns någon bra strategi för att behandla deprimerade föräldrar och förebygga framtida problem hos deras barn. Man kom fram till att depression hos föräldern påverka föräldraförmågan och anknytningen till barnet negativt. Enligt studien är det dock viktigt att se att ett flertal faktorer spelar in när det gäller huruvida barn till deprimerade kommer att få psykiska och sociala problem i framtiden eller inte. Man påpekade att det är fråga om ett samspel mellan olika risk- och skyddsfaktorer, såsom hur relationen mellan barn och förälder ser ut och vilket stöd barnet och föräldern har i sin omgivning och drog slutsatsen att man inte kan generalisera och säga att alla barn till föräldrar som är deprimerade far illa. Studien pekade på att man över lag har mycket lite fokus på barn och anhöriga till personer som lider av depression. Man ser ett behov av att hjälpa deprimerade föräldrar i sin föräldraroll och att stödja deras barn. Enligt studien missar man detta då fokus ligger för mycket på att identifiera och behandla föräldrar med depression. Man tog upp att det är nödvändigt att tänka på deprimerade föräldrar i första hand som föräldrar och först i andra hand som deprimerade människor och ansåg att man i nuläget fokuserar för mycket på individuella symtom och diagnoser, vilket gör att effekterna sjukdomen har på familj och barn hamnar i bakgrunden.

2.4.4 Riskfaktorer

Social rapport 2006 är den fjärde i raden av nationella rapporter om sociala förhållanden som Socialstyrelsen överlämnar till regeringen. Social rapport ska ge en aktuell översikt över hur sociala problem och deras riskfaktorer förändras i befolkningen och i olika grupper, samt analysera tänkbara orsaker till dessa förändringar. I Social rapport 2006 redovisas en registerstudie av patienter som vårdats i psykiatrisk slutenvård år 2002. I rapporten redovisas även psykisk ohälsa bland barn i familjer där minst en vuxen hade vårdats i slutna psykiatrisk vård under åren 1987-1992. Resultaten visar på att barn i familjer där någon av barnets

föräldrar vårdats i slutna psykiatrisk vård tenderar att drabbas av psykisk ohälsa och utsatta sociala förhållanden. Vidare kommer man fram till att riskerna för en ogynnsam utveckling för barn är små i de fall där de växer upp i en familj med en psykisk sjuk förälder och som inte mottagit ekonomiskt bistånd, vilket gäller majoriteten av psykiskt sjuka föräldrar. Enligt studien ökar dock riskerna för en ogynnsam utveckling drastiskt om barnet har en psykiskt sjuk förälder som dessutom tar emot långvarigt ekonomiskt bistånd (Social rapport 2006).

2.4.5 De professionellas roll

Rapporten *Barn till psykiskt sjuka föräldrar* är del i ett projekt om psykiskt sjuka föräldrar och deras barn påbörjat av Socialstyrelsen 1996, med syfte att bidra till ökad kunskap om psykiska sjukdomars inverkan på föräldrars omsorgsförmåga och dess konsekvenser för barnen. Rapporten innehåller en akt- och journalstudie gällande socialtjänstens, vuxenpsykiatrins samt barn- och ungdomspsykiatrins arbete med ett urval av familjer där en eller båda föräldrarna hade en psykisk störning. Frågeställningarna rörde familjernas situation samt vilka insatser som gjordes från socialtjänst och psykiatri och undersökningen omfattade totalt 16 barn. För att få en bild av socialtjänstens och vuxenpsykiatrins arbete med barn till psykiskt sjuka föräldrar gjordes även en intervjustudie där man intervjuade 26 personer från öppenvården och slutenvården samt 18 personer som arbetade inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård. Det visade sig att familjer där psykisk sjukdom förekommer ofta är isolerade och lever i en socialt och ekonomiskt utsatt situation. Barnen kunde lätt hamna mellan stolarna, då de ibland var osynliga för myndigheter och vårdgivare. Vidare kunde det finnas familjer som var synliga för socialtjänsten, men som inte önskade kontakt, vilket gjorde det svårt att nå barnen med stödjande insatser. Det visade sig att personal inom vuxenpsykiatri hade svårt att bedöma omsorgsförmågan, då de sällan träffade sällan patienten tillsammans med barnen och då inte såg helheten i familjens situation. Det framkom att de psykiatriska öppenvårdsmottagningarna sällan samverkade med socialtjänst och med barn- och ungdomspsykiatri. Informanterna nämnde olika hinder för samverkan, såsom tidsbrist och olikheter i vårdideologi, målsättning, ansvar och kunskap. Vuxenpsykiatrin kritiserades av socialtjänsten, då man ansåg att de var obenägna att diskutera patientärenden eller att anmäla vid misstanke om att en förälder inte hade tillräcklig omsorgsförmåga. De intervjuade inom vuxenpsykiatri bekräftade att de i sådana situationer sällan tog kontakt med socialtjänsten, då de sade sig sakna information från socialtjänsten kring vilka åtgärder de vidtog efter att en anmälan. De tvivlade även på att socialtjänstens insatser kunde vara barnen och familjen till fördel (SoS 1999:11).

Rapporten *Barnombud i psykiatri – i vems intresse?* (2008) är en utvärdering som gjorts i Lund av ett projekt som kallas barnansvariprojektet. Studien belyser hur medarbetare, samt medarbetare med uppdrag som barnombud inom en psykiatrisk verksamhet, har upplevt att vara verksamma inom barnansvariprojektet. Studien belyser även hur de familjer som varit föremål för åtgärder inom projektet uppfattar dessa åtgärder. Projektets huvudsyfte har varit att bättre tillgodose behoven hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. Studien bygger dels på personliga intervjuer med medarbetare samt medarbetare med uppdrag som barnombud inom den psykiatriska verksamheten och dels på intervjuer med föräldrar och barn som varit delaktiga i projektet. Man gjorde tre delstudier. Syftet med den första var att undersöka hur barnombud uppfattar sina uppdrag. 22 barnombud som år 2006 arbetade som barnombud inom psykiatri i Lund intervjuades. Syftet med den andra delstudien var att undersöka hur verksamheten uppfattar barnombudens uppdrag. 19 medarbetare ur olika yrkeskategorier inom den psykiatriska verksamheten i Lund intervjuades. I den tredje delstudien var syftet att undersöka erfarenheter från dem som barnombudsverksamheten riktar sig till, det vill säga

familjer med minderåriga barn som har eller har haft kontakt med barnombuden och här kom totalt sju familjer att intervjuas. I utvärderingen framkom att nästan samtliga barnombud uppfattade att de uppmärksammade barn till psykiskt sjuka föräldrar i större omfattning än de gjort tidigare. Det kom även fram att uppdraget var otydligt för informanterna och att det finns många hinder för funktionens utövande, såsom att patienterna inte ville prata om sina barn, att rollen är anonym, att stöd från ledningen saknas och att den psykiatriska vården av tradition är individualistiskt inriktad. Man anser i utvärderingen att det saknas en organisation i samhället som på ett tydligt sätt svarar mot barnens behov (Östman & Afzelius, 2008).

Hagström (2001) har i studien *Barn på bräcklig grund* kartlagt hur många barn mellan 0 och 7 år som blivit uppmärksammade av socialtjänst, BUP, vuxenpsykiatri och BHV (Barnhälsovården) i tre stadsdelar i Malmö. Studien ingår i det större projektet ”Samverkansprojekt för barn till psykiskt störda föräldrar”, vars syfte har varit att utveckla metoder för att stödja barn och familjer i ett tidigt skede av barnens liv. Hagström har i sin kartläggning ställt frågor till behandlande och utredande personal i verksamheterna ovan. Han har även gjort en enkätundersökning kring bland annat personalens bedömning av föräldraförmåga, personalens samverkan kring barnet, stödåtgärder kring barnet och föräldrarna samt huruvida personalen talat med föräldrarna om föräldraskapet. Hagströms kartläggning har även riktat sig till andra professionella, inte bara vuxenpsykiatri, eftersom alla föräldrar som lider av en psykisk sjukdom inte har en självklar kontakt med vuxenpsykiatri.

I rapporten *Barnperspektiv och föräldraskap- professionellas erfarenheter av möten med psykiskt funktionshindrade föräldrar* (2008) har barnmorskor inom mödrahälsovården och ungdomsmottagningen, distriktssköterskor, biståndshandläggare av SoL och LSS och socialsekreterare intervjuats i fokusgrupper och pratat om sina funderingar kring sin egen praktik och roll i mötet med barn och deras psykiskt sjuka föräldrar. Rapportens författare Ulrika Järkestig-Berggren har försökt fånga vilka fungerande strategier som de professionella använder för att uppmärksamma och ge stöd till barnen och föräldrarna de kommer i kontakt med, men också tagit upp deltagarnas reflektioner om tillkortakommanden. Rapporten är en del av ett länsprojekt i Kalmar län, som i sin tur har ingått i ett uppdrag från Nationell psykiatrisamordning. Rapporten redovisar bland annat hur de professionella tänker kring föräldraskap då föräldrarna är psykiskt sjuka, hur rutinerna kring kontakten med barnen och föräldrarna kan se ut och vilken typ av stöd som de erbjuds. Järkestig-Berggren visar bland annat att resursfrågan är viktig i arbetet med att stödja barnen och de sjuka föräldrarna, men även den kunskap, föreställningar och attityder som de professionella agerar efter spelar stor roll.

3 Metod

3.1 Val av metod

Vi har valt att använda oss av den kvalitativa metoden då vi tycker att den bäst passar syftet med vår studie. Ett syfte med kvalitativa studier är att beskriva och förstå hur människor upplever och förhåller sig till olika teman (Kvale, 2009). Ett kännetecken för den kvalitativa forskningen är att den har ett reflekterande förhållningssätt och syftar till att skapa djupare förståelse inom ett ämne (Widerberg, 2002). Kvalitativa metoder omfattar tre huvudtyper av datainsamling; intervjuer, direkta observationer och dokumentanalyser (Larsson, 2005). Vi bestämde tidigt att vi ville använda oss av intervjuer som metod för datainsamling, då vi ville ta del av attityder, tankar och kunskaper hos professionella inom vuxenpsykiatri. Vi stod

sedan inför valet om vi skulle använda oss av individuella intervjuer eller gruppintervjuer. Vi kom fram till att det för vår studie kunde vara lämpligt att använda oss av gruppintervjuer och då av typen fokusgrupper. Detta då vi ville fånga en kollektiv bild hos professionella inom vuxenpsykiatrin snarare än individuella uppfattningar. Dessutom såg vi en stor fördel i att använda oss av fokusgrupper som metod då man kan samla in mycket data på relativt kort tid (Billinger, 2005). Det hade varit intressant att även genomföra individuella intervjuer, men tyvärr tillät inte tiden detta.

Vi har arbetat utifrån det hermeneutiska synsättet. Beteckningen hermeneutik kommer från grekiskans hermeneuein som betyder ”tolka” eller ”uttolka” (Thomassen, 2007). En forskningsintervju kan beskrivas som ett kunskapande samtal. Om samtalet spelas in på band kan det efter utskrift resultera i en text som kan göras till föremål för tolkning. Tolkningen kännetecknas av den hermeneutiska cirkeln (Larsson, 2005). Den hermeneutiska cirkeln betecknar hur förståelsen utvecklas genom en ständig rörelse fram och tillbaka mellan helhet och del av det material vi försöker förstå. Tolkningen syftar till en enhetlig förståelse som visar på sambandet mellan delarna och den helhet de bildar. Inom det hermeneutiska synsättet är undersökarens förförståelse av stor betydelse (Thomassen, 2007).

Vi har valt att arbeta abduktivt, vilket innebär en kombination av det induktiva och deduktiva arbetssättet. Att jobba induktivt innebär att man studerar ett vist fenomen utan förutfattade hypoteser och där begrepp och teorier väsentligen växer fram ur materialet. Att jobba deduktivt innebär att man utgår från en eller flera teorier och frågorna såväl som forskningsfokus styrs utifrån vad som enligt det teoretiska perspektivet bedöms som relevant att fokusera på (Larsson, 2005). Vi gick in i studien med vissa tänkbara teoretiska perspektiv, men vi har varit öppna för sådant som skulle kunna komma att växa fram ur materialet. Anknypningsteorin och riskfaktorer, skyddsfaktorer och motståndskraftighet är teoretiska perspektiv som vi gick in i studien med. Teorierna om tonåringar och identitetsskapande är däremot teorier som växt fram ur materialet, detta då det visade sig att våra fokusgruppsdeltagare förde ett resonemang kring tonåringar.

3.2 Förförståelse

Vår förförståelse har vi fått under utbildningen samt på olika arbetsplatser. Vi har alla tre läst kursen ”Psyisk ohälsa” där vi fick grundkunskaper gällande psykisk ohälsa. Två av oss läste dessutom kursen ”Barn och familj” som behandlade barn i svåra livssituationer, där psykisk ohälsa hos föräldrar berördes. Praktiken har också bidragit till vår förförståelse. En av oss gjorde sin praktik på en öppen psykiatrisk mottagning. En annan av oss gjorde sin praktik inom socialtjänsten, Utredning Barn & Ungdom, där man kommer i kontakt med barn till föräldrar med olika typ av problematik, däribland psykisk ohälsa. En tredje av oss gjorde praktik inom en stödverksamhet som riktar sig till barn och föräldrar, där bland annat psykisk sjukdom ingick i problematiken hos många av familjerna. Utifrån våra erfarenheter har vi en förförståelse om att barn vars föräldrar lider av psykisk sjukdom ofta kommer i kläm och inte uppmärksammas tillräckligt inom vuxenpsykiatrin, vilket vi tänker leder till att dessa barn inte får den hjälp de är i behov av. Vi vill genom att ta upp vår förförståelse även visa att vi är medvetna om att den påverkar hur vi har närmat oss vårt studieområde, och hur vi har valt att tolka det som framkommit av vår fokusgruppsintervju.

3.3 Fokusgrupper som forskningsmetod

Fokusgrupper är en form av fokuserade gruppintervjuer där en mindre grupp människor möts för att på en forskares uppmaning diskutera ett givet ämne med varandra (Billinger, 2005). Gruppen leds av en samtalsledare, en moderator. I fokusgruppen ger deltagarna sin kollektiva bild, den allmänna meningen av det diskuterade ämnet. Betoningen ligger på det kulturella snarare än på det individuella. Intresset ligger alltså mer på hur deltagare i en grupp tillsammans tänker kring ett fenomen än på vad enskilda individer tycker. Ett vanligt syfte med analysen av material från fokusgrupper är att komma åt innehållsliga aspekter av det som sägs (Wibeck, 2000).

Beroende på forskningsfråga väljs en mindre strukturerad form av fokusgrupp. Vid strukturerade fokusgrupper styr moderatorn frågorna och utövar stark kontroll över vilka ämnen som ska diskuteras. Vid en ostrukturerad fokusgrupp finns det inte en rad specifika frågor som måste besvaras utan det huvudsakliga syftet är att lyssna till vad gruppmedlemmarna tycker är viktiga aspekter av ett visst ämne. Målet är en fri diskussion och moderatorn går enbart in med frågor när ett ämne riskerar att hoppas över helt eller när det blir tyst. En ostrukturerad fokusgruppsintervju innebär att gruppmedlemmarna i så stor utsträckning som möjligt får tala med varandra och inte med moderatorn. Fördelen med en ostrukturerad fokusgrupp är att deltagarnas egna intressen kan analyseras. Även om det finns vissa specifika frågeställningar som ska besvaras är det högst relevant att få veta om gruppmedlemmarna naturligt låter diskussionen röra sig kring samma aspekter av ämnet som forskarna är intresserade av (Billinger, 2005). Ostrukturerade fokusgrupper gör det också möjligt för deltagarna att tala om sina speciella intressen av ett ämne, vilket i sin tur kan medföra att forskaren kan upptäcka aspekter av ämnet som han eller hon inte kunnat förutse (Wibeck, 2000).

Hur många grupper som är lämpligt att ha i en studie är beroende av syftet med studien och studiens omfång (Billinger, 2005). Tids- och resurstillgång spelar också in (Wibeck, 2000). Det kan vara en fördel att använda sig av homogena grupper, då människor med gemensamma erfarenheter och intresseområden ofta är mer villiga att dela åsikter med varandra (Wibeck, 2000). När det gäller antalet gruppmedlemmar en fokusgrupp bör bestå av finns det lite olika åsikter. Wibeck menar att det är lämpligt att vara mellan fyra och sex deltagare i en fokusgrupp. Billinger (2005) tycker att det är lämpligt att vara mellan fyra och sju deltagare medan Svenning (2003) talar om att sex till sju deltagare är ett lämpligt antal vid en gruppintervju.

3.4 Urval och tillvägagångssätt

Vi startade vår studie med ambitionen att få till stånd två fokusgrupper, bestående av professionella inom vuxenpsykiatri. Vi valde att inrikta oss på öppensykiatriska mottagningar, dels för att vi ville begränsa oss och dels för att vi tänkte att risken att man inte uppmärksammade barnen kunde vara större på en öppensykiatrisk mottagning. Vi förstod utifrån våra erfarenheter och utifrån litteraturen vi läst att man inom slutenvården på ett mer naturligt sätt såg behovet av att uppmärksamma barnen vid en inläggning. Vi kontaktade tio mottagningar där första kontakten togs via telefon eller mejl. Några av mottagningarna meddelade att de inte hade möjlighet att medverka på grund av hög arbetsbelastning. Några skulle höra av sig men gjorde aldrig det. Andra, vilka vi mejlat en förfrågan till, svarade aldrig. Till slut fick vi napp på en mottagning som meddelade att de där var villiga att ställa upp för en fokusgruppsintervju. Vår kontakt togs via enhetschefen på mottagningen.

Enhetschefen var den som sedan rekryterade deltagare till gruppintervjun och därmed gjorde urvalet. Innan intervjun genomfördes skickade vi ut ett brev, via mejl, rörande uppsatsens syfte och etiska aspekter, som vi bad enhetschefen att vidarebefordra till gruppdeltagarna. Vi hade därför aldrig någon personlig kontakt med gruppdeltagarna innan intervjun, förutom med enhetschefen som också deltog i intervjun.

Trots valet av en ostrukturerad form lade vi ner mycket tid på att utforma frågorna till fokusgruppsintervjun, eftersom vi inte ville att deltagarna skulle föra diskussionen allt för långt bort från det vi ville undersöka. Till slut hade vi konstruerat fem diskussionsfrågor. Vi konstruerade frågorna så att de två första frågorna var övergripande medan de tre sista var mer detaljerade. Våra frågor var följande: *Hur tänker ni kring barns situation och barns behov när en förälder lider av en psykisk sjukdom? Hur tänker ni kring föräldraförmågan när man lider av en psykisk sjukdom? Vad anser ni att det innebär att arbeta utifrån ett barnperspektiv? Hur ser ni på vuxenpsykiatrins ansvar när det gäller barnen till psykiskt sjuka föräldrar? Vad kan man från vuxenpsykiatrins sida göra för att stödja barn och föräldrar då en förälder lider av psykisk sjukdom?*

Vi använde oss av den ostrukturerade formen av fokusgruppsintervju med målet att få igång en diskussion gruppdeltagarna emellan med så lite påverkan av oss som möjligt. Vi behövde bara ställa de tre första frågorna. Det visade sig nämligen att deltagarna, utifrån dessa tre frågor, naturligt lät diskussionen föra sig kring samma aspekter av ämnet som de två sista frågorna handlade om. Vår påverkan under intervjun var därmed liten och deltagarna diskuterade med varandra istället för med oss.

Vår fokusgrupp bestod av sex deltagare, vilka alla arbetade tillsammans på en öppenpsykiatrisk mottagning i en grannkommun till Göteborg. De olika yrkesgrupperna som fanns representerade i gruppen var socionom, försteskötare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och psykolog/enhetschef.

Vår fokusgruppsintervju genomfördes på mottagningen, i personalens fikarum. Detta ser vi som en fördel då den fysiska omgivningen är av betydelse för fokusgruppsessionen. En grupp kan känna sig främmande i en ovan miljö. I en fokusgrupp är det också viktigt att skapa ett passande avstånd mellan deltagarna. Kommunikation mellan gruppdeltagare som sitter mitt emot varandra är vanligare än mellan personer som sitter i andra positioner (Wibeck, 2000). Vi hade tänkt på detta när vi arrangerade sittplatserna och vi som var moderatörer tänkte på att sätta oss lite vid sidan om.

Innan intervjun sattes igång inhämtade vi skriftligt samtycke av samtliga deltagare, genom att de fick skriva på ett papper där etiska aspekter med studien tydliggjordes. Intervjun pågick i cirka en timma. Vi var alla tre närvarande vid intervjun. Två av oss agerade som moderatörer där en av oss höll i inledningen och den andre ställde frågorna. Den tredje av oss satt vid ett bord i bakgrunden och antecknade. Vi spelade in intervjun med hjälp av en bandspelare och en mp3spelare.

Efter genomförandet av fokusgruppsintervjun transkriberade vi intervjun, genom att vi skrev ner intervjun ord för ord. Utskriften har varit vårt empiriska material som vi sedan har arbetat utifrån, vilket vi har bedömt som trovärdigt då vi anser att väldigt lite av materialet har ändrats eller förlorats när det gått från bandad intervju till nerskriven text (Kvale, 1997). Efter transkriberingen satte vi oss ned och läste igenom materialet tillsammans. Ur materialet utkristalliserades tre teman: barn, föräldrar och professionella, och vi sorterade materialet

under dessa tre teman. Under barn respektive föräldrar samlade vi in sådant som deltagarna tagit upp allmänt gällande barns behov samt föräldrars förmåga när en förälder lider av psykisk sjukdom. Under temat professionella samlade vi in sådant som rörde vuxenpsykiatri, såsom tankar kring vuxenpsykiatrians ansvar och roll samt tankar kring att arbeta utifrån ett barnperspektiv. Under bearbetningen av det transkriberade materialet skrev vi dessutom upp reflektioner som dök upp hos oss som skulle kunna vara underlag för en analys. Vi läste igenom materialet flera gånger då varje genomläsning gav nya infallsvinklar. Vår analys kan sägas vara en meningstolkning. Meningstolkning syftar till att förstå meningen och att tolka det som sagts. Tolkningen kan ske i valda analysperspektiv och mot bakgrund av en hermeneutisk förståelse (Larsson, 2005). När vi analyserade materialet försökte vi tolka innebörden av det som sagts. Vår tolkning har gjorts utifrån teoretiska perspektiv och tidigare forskning. Eftersom vi arbetat abduktivt har vi också varit öppna för nya teoretiska perspektiv och ny tidigare forskning som har kunnat kopplas till materialet.

3.5 Etiska överväganden

Innan intervjun genomfördes skickade vi ut ett brev till mottagningen där vi tog upp de etiska aspekterna. Vi delade dessutom ut ett formulär om informerat samtycke som deltagarna fick skriva under innan intervjun sattes igång, där de etiska aspekterna på samma sätt som i brevet togs upp.

I brevet vi skickade ut och i formuläret som deltagarna fick skriva under tog vi upp att allt material rörande undersökningen skulle komma att behandlas konfidentiellt och att de enda som skulle ha tillgång till materialet under uppsatsskrivandet var vi själva och vår handledare. Vi klargjorde att det som skulle komma diskuteras under träffen skulle spelas in, men att materialet enbart skulle användas till vår uppsats och att det därefter skulle makuleras. Vi lovade att undersökningens resultat skulle presenteras på ett sådant sätt att ingen deltagare skulle kunna identifieras. Vi tydliggjorde också att deltagandet var frivilligt och att den som deltog i studien när som helst kunde välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva ange något skäl till detta.

Vi anser att konfidentialitet har uppnåtts i vår studie. Vi nämner varken mottagningens namn eller deltagarnas namn och uppgifter som skulle kunna röja deltagarnas identiteter har tagits bort. Det är bara vi och vår handledare som har haft tillgång till materialet rörande undersökningen under uppsatsskrivandet, och allt material som skulle kunna röja deltagarnas identitet har makulerats.

3.6 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Reliabilitet innebär att olika forskare, oberoende av varandra skall komma fram till samma resultat när de studerar ett material (Wibeck, 2000). Reliabilitet är inget man kan fastställa på ett enkelt och tydligt sätt i kvalitativ forskning eftersom man inte gör någon direkt mätning utan främst vill beskriva ett visst fenomen (Larsson, 2005). Om en annan forskare gjort om vår studie så är det troligt att resultatet blivit annorlunda, eftersom det är vår tolkning och vår förförståelse som ligger till grund för vår analys av materialet. Vi anser dock att det faktum att vår påverkan under intervjun var liten är något som kan ha ökat reliabiliteten. Vi styrde inte intervjun och gav därmed deltagarna möjlighet att ge uttryck åt sina egna tankar och uppfattningar så som de var vid intervjutillfället. Det faktum att vi varit tre forskare tror vi kan ha ökat reliabiliteten i vår studie, då vi under studiens gång har fört en dialog och delgett varandra olika perspektiv på ämnet.

Validitet finns enligt Thurén (2007), när man har undersökt det man ville undersöka och ingenting annat. Validitet avser att man mäter det som är relevant i sammanhanget, alltså hur giltig empirin är i förhållande till syftet, frågeställningarna och de teoretiska begreppen (Svensson & Starrin, 1996). Vi tycker att vi har fått svar på våra frågeställningar och därmed undersökt det vi från början ville undersöka. Intervjun fångade in det vi ville och vi tycker att vi har kopplat empirin till lämpliga teoretiska begrepp och lämplig tidigare forskning för att få svar på våra frågeställningar.

För att nå hög validitet i kvalitativa undersökningar måste man ständigt ifrågasätta och förhålla sig kritisk till sina upptäckter, och välja mellan konkurrerande tolkningar (Kvale, 2009). Att vi har varit tre författare till uppsatsen tror vi bidrar till att validiteten ökat. Vi har under uppsatsskrivandets gång ständigt fört en dialog kring hur vi kan tänkas ha påverkat resultaten och har därigenom prövat rimligheten i våra tolkningar.

Målet med generalisering är enligt Kvale (2009) att försöka fastställa det typiska och allmänna. Det faktum att vi har använt oss av en kvalitativ metod gör det svårt att dra några generella slutsatser av de resultat som studien har gett. Syftet med en fokusgruppsstudie är inte att dra generella, statistiskt underbyggda slutsatser om hela grupper. Forskaren kan däremot urskilja tendenser som gäller för en viss grupp (Wibeck, 2000). Det faktum att vi har haft endast en fokusgrupp i vår studie gör att vi har ett för litet material för att kunna dra några generella slutsatser. Däremot kan det tänkas att vi har fångat tendenser i synsätt gällande även för andra professionella inom vuxenpsykiatri, men det är inget vi vågar säga säkert.

3.7 Studiens begränsningar

Vi har använt metoden med fokusgrupper som enda metoden i studien. Om vi hade haft fler metoder hade vi kunnat ge en mer mångfacetterad bild. Det hade varit intressant att även göra individuella intervjuer med verksamma inom vuxenpsykiatri, men tyvärr tillät inte tiden detta. Brist på tid och resurser gjorde att vi bara fick till stånd en fokusgrupp i vår studie. Om vi hade haft fler fokusgrupper hade vi fått ett bredare och ännu mer nyanserat resultat. Vi anser ändå att vi fick ut ett rikt material av vår fokusgruppsintervju. Det faktum att fokusgruppen blev en relativt stor grupp, bestående av sex deltagare, kan ha bidragit till det.

Det faktum att vi alla tre närvarade under intervjun kan ha påverkat resultatet. En fokusgrupp är inte någon stor grupp och Wibeck (2000) tar upp det faktum att ytterligare en person påverkar interaktionen även om han eller hon sitter tyst under hela intervjun. Vi var medvetna om detta och diskuterade om vi alla tre skulle närvara eller inte men tog beslutet att alla skulle vara med. Vi tyckte inte att det kändes som att deltagarna kände sig hotade av att vi alla tre närvarade men det är svårt att avgöra hur deltagarna upplevde det, och om de till exempel försökte tolka våra diskussionsfrågor utifrån vad de trodde vi ville höra, och inte vad de direkt kände kring ämnet.

Wibeck (2000) talar om att social makt är en faktor som kan påverka interaktionen i en fokusgrupp. Vissa gruppmedlemmar kan av de andra upplevas ha expertmakt genom sin utbildning eller sina erfarenheter, detta kan bli fallet om man exempelvis blandar chefer och underlydande. I vår fokusgrupp deltog enhetschefen, något som vi tänker kan ha påverkat resultatet. Vi tänker att de övriga deltagarna kanske blev hämmade av att chefen deltog, men det är inget vi kan veta säkert. Chefens närvaro kan ju ha bidragit till att man inte yttrade

några kritiska kommentater till den egna ledningen, eller till att diskussionen inte rörde vid sådant som deltagarna oftare diskuterar då chefen inte är med.

4 Resultat

Utifrån det material som vår fokusgruppsintervju genererade kunde vi urskilja tre teman; barn, föräldrar och professionella, vilka vi kommer att presentera nedan. Resultatet visade bland annat att deltagarna såg på barns behov på olika sätt utifrån deras ålder. Deltagarna tänkte att föräldraförmågan påverkas av bland annat föräldrarnas diagnos. Vidare tog deltagarna upp att en viktig del i vuxenpsykiatriens arbete handlar om att motivera föräldrarna till att ta emot hjälp från socialtjänsten. Resultatet visade också att socionomen var den som alla i gruppen ansåg vara den som har som uppgift att bevaka barnperspektivet.

4.1 Barn

4.1.1 Barn till psykiskt sjuka som en riskgrupp

Deltagarna talade om barn till psykiskt sjuka som en riskgrupp då dessa barn ofta lever i dåliga miljöer och ofta saknar den känslomässiga närkontakten med föräldrarna. De uttryckte att de i många fall inser eller tänker att barnen måste fara illa då de ser hur dåligt föräldrarna mår och vet hur sjukdomen påverkar dem. *”Man vet hur dåligt de här föräldrarna mår, så då far ju barnen illa, det gör dom ju. Om man är krass.”*

4.1.2 Vem ser barnen?

Deltagarna hade tankar om att det kan vara svårt att fånga upp barn till psykiskt sjuka, till exempel i skolan. De talade om att barn till psykiskt sjuka föräldrar många gånger blir experter på att skydda sig själva och sina föräldrar genom att dölja vad som sker hemma, och att de i många fall anpassar sig och blir duktiga i stället.

4.1.3 Grundläggande behov

Det första deltagarna tänkte på när det gäller barnens behov var om det finns någon hemma om en förälder blir inlagd, som kan ta över och sörja för barnens grundläggande behov, såsom att se till att de får mat. Man tog även upp att det kan vara viktigt att veta om det finns andra anhöriga i barnets närhet, såsom en mormor eller morfar, som kan finnas nära barnet och stötta och hjälpa till.

4.1.4 Små barn respektive tonåringar

Deltagarna tänkte att barnens ålder är avgörande för hur deras behov ser ut och talade om barnen utifrån två kategorier, de små barnen respektive de äldre barnen, tonåringarna. När det gällde de små barnen talade man om att anknytningen mellan barn och förälder är viktig. Deltagarna menade att det för ett litet barn kan vara svårt och många gånger förödande att vara med en deprimerad förälder. *”En allvarligt deprimerad förälder är ju inte lämplig med små barn.”* När deltagarna talade om små barn talade de om vikten av att se till att de får sina behov tillgodosedda. Ett sätt att ta reda på detta ansågs vara att träffa den andra föräldern och se om den är *”good enough”*. När det inte finns en andra förälder får man ta reda på om

det finns någon annan i barnets närhet som kan tillgodose barnets behov. När deltagarna talade om de äldre barnen, tonåringarna, hade man lite olika åsikter. Vissa menade att tonåringar kan förstå och hantera problem på ett annat sätt än små barn och att man som tonåring ”överlever för att man har ett eget liv”. Andra menade att det kan vara minst lika svårt för tonåringar och att tonåringar behöver sina föräldrar lika mycket som små barn.

Deltagarna sade att de upplever att tonåringar många gånger kan vara svåra att nå. De tänkte att tonåringarna kan må bra av att få träffa andra tonåringar med liknande problem. I samband med detta nämnde de dock att det är sällan tonåringarna kommer till gruppverksamheterna som kommunen erbjuder. Man talade också om att det är viktigt att tonåringar får information, som till exempel information om vilka mediciner föräldrarna tar, varför de medicinerar, vad man som barn kan göra och vad man inte ska göra. Någon av deltagarna menade att det kan vara bra för barnen att följa med sin förälder till vuxenpsykiatrien på exempelvis läkarbesök för att få information, medan en annan tyckte att man i stället borde ha speciella kurser för föräldrarna där de kan lära sig hur man informerar sina barn på ett bra sätt.

4.1.5 Skuld och ansvars känslor

Deltagarna tog upp att både barn och tonåringar ofta kan tänka att de bär ansvaret för föräldrarna och att allt hänger på dem. Tonåringarna tar ofta över ansvaret hemma och blir de som sköter sina föräldrar. Deltagarna tänkte att bara vetskapen om att mamma eller pappa har någon att gå till, till exempel en behandlare, kan vara avlastande för barnen. *”Att det finns någon, mamma eller pappa har någon att gå till, det är jätteviktigt för många gånger får man ta hand om sina föräldrar och tror att det inte finns någon annan, tror att de är själva med hela ansvaret.”*

4.2 Föräldrar

4.2.1 Föräldrarnas diagnos

Deltagarna pratade om att föräldrarnas diagnoser skapar olika förutsättningar för föräldraförmågan. Den grupp psykiskt sjuka som deltagarna ansåg vara svårast att möta, och som kanske varken vuxenpsykiatrien eller socialtjänsten kommer åt, är de föräldrar som lider av svår personlighetsstörning. Deltagarna menade att svårigheterna ligger i att dessa föräldrar inte ser att barnen far illa, vilket gör dem obenägna att ta emot hjälp. De kan ha det bra materiellt sett och vara väldigt noga med sina barn till det yttre, men de brister i den känslomässiga omvårdnaden. Deltagarna menade att deprimerade föräldrar själva lider av att de inte kan ta hand om sina barn vilket gör dem mer benägna att ta emot hjälp. Dessutom är depressioner behandlingsbara och enligt deltagarna lättare att uppmärksamma. Samtidigt sade man att det kan vara förödande för små barn att vara med en deprimerad förälder.

4.2.2 Dubbel problematik

I de fall där det finns missbruk med i bilden såg deltagarna svårigheter, då det blir en dubbel problematik, där den psykiska sjukdomen ligger i botten men ”skuggas” av missbruket. Deltagarna pratade även om att det är problematiskt i de familjer där båda föräldrarna är sjuka, då man skyddar varandra inom familjen. Detta gör att det kan dröja väldigt länge innan familjens problem kommer upp till ytan och när det väl händer något kan det bli väldigt drastiskt, då det kanske blir tal om ett omhändertagande av barnen.

4.2.3 Nätverket som mur

Deltagarna tog upp att nätverket runt en familj, så som vänner och anhöriga, ibland kan fungera som en ”mur”, som skyddar familjen genom att hindra insyn. Detta gör att barnens verklighet inte blir synlig.

4.2.4 Föräldrarnas rädslor och skamkänslor

Framträdande i diskussionen om föräldrarna var att man upplever föräldrarna som väldigt rädda, att de blir rädda så fort deras barn nämns. Denna rädsla tänkte deltagarna främst bottnar i att man tror att barnen kommer att omhändertas. Deltagarna upplevde att föräldrarna har en stark motvilja mot socialtjänsten, då socialtjänsten ses som ett hot. *”Så fort man pratar om socialtjänsten så är de livrädda att barnen skall tas omhand.”* Det är först när föräldrarna inser att det inte är så farligt som de vågar ta emot hjälp från socialtjänsten, något som kan ta tid. En annan anledning till att man är rädd när barnen nämns tänkte man är att man många gånger skäms för sin sjukdom. *”Det är fortfarande lite skamfyllt att vara psykiskt, lida av psykisk ohälsa. Det är inte så enkelt.”* Deltagarna menade att föräldrarnas skamkänslor gör att de ofta inte vill att barnen ska vara med på nätverksmöten eller i kommunens gruppverksamheter. Deltagarna såg en stor problematik i detta, då föräldrarna i dessa fall blir de som motarbetar barnen.

4.2.5 ”Den friska föräldern”

Deltagarna tänkte att ”den friska föräldern” har en bra möjlighet att se hur barnen påverkas av att ha en förälder som inte fungerar. ”Den friska föräldern” kan också vara den som vet vilka hjälpinsatser som behövs för barnet. Därför såg man att en möjlighet att verkligen ta reda på hur barnet har det kan vara att prata med ”den friska föräldern”. I de fall då det inte finns någon frisk förälder tänkte man att en anhörig eller den som patienten hänvisar till som den som ska ta hand om barnet också kan ha denna insikt och att den personen kan vara viktig att träffa. Även om man inte alltid träffar ”den friska föräldern” eller någon anhörig har man en önskan om att göra det.

4.3 Professionella

4.3.1 Stöd som kan erbjudas från vuxenpsykiatrins sida

Gruppen betonade att det är viktigt att man inom vuxenpsykiatri inte går in och tar över: *”Vi jobbar inte med barn, vi tar inte emot barn som patienter, och ska inte göra det heller.”*

Deltagarna menade att det är socialtjänstens skyldighet att göra något åt saken och som har ansvaret att ge hjälpen. Däremot menade man att man från vuxenpsykiatrins sida kan slussa barnen vidare till socialtjänsten och se till att de får hjälp.

För de äldre barnen tyckte man dock att man från vuxenpsykiatrins sida kan göra något mer aktivt än för de små barnen, genom att finnas till hands, informera och svara på frågor. Man sade att man dock i alldeles för liten utsträckning bjuder in tonåringar till information och samtal. För de små barnen menade man att kommunen får ta över.

4.3.2 Att prata med föräldrarna om barnen

Deltagarna tog upp att många gånger då patienter kommer så handlar det mycket om patienten och patientens sjukdom vilket innebär att det kanske inte alltid blir en genomlysning av barnens situation. *”Man tar upp barnet men det är inte barnet i fokus.”* Deltagarna menade att

föräldrarna är väldigt känsliga för att prata om barnen och att det kan upplevas som hotfullt om man frågar om barnen. Därför är det inte alltid man frågar om barnen men man tänkte att det är viktigt att man från vuxenpsykiatrins sida vågar fråga hur barnen har det. *”Det är väl mycket det här att man ska våga”*. Det är först när man har en relation och en allians med en patient som deltagarna menade att det blir naturligt att prata om barnen. *”Det är väl alltid så, vi har en allians först innan man... för det är så känsligt så.”* Även i de fall där man har en relation och en allians med patienten uttryckte man att man ser man en risk i ta upp barnen, då risken finns att man förstör alliansen.

4.3.3 Uppgiften att motivera föräldrarna

Då deltagarna upplevde föräldrarna som väldigt rädda för att ta emot hjälp från socialtjänsten ansåg de att vuxenpsykiatrin har en viktig uppgift i att motivera föräldrarna till att ta emot stödåtgärder eller hjälp. *”För det är väl kanske det, det största arbetet vi har som jobbar med vuxna, det är att få föräldrarna att se att det här är något gott och att det här är bra för mitt barn... och även om de är rädda och så... att man motiverar dem att vara modiga”*.

4.3.4 Skyldigheter och ansvar

Vuxenpsykiatrin har, enligt deltagarna, en skyldighet att dokumentera om det finns barn i hemmet, och då hur många barn och i vilken ålder barnen är. *”Vi har ju en inskriven skyldighet att uppmärksamma hur barnen har det, alltså vi har en speciell rubrik i vår dokumentation.”* Genom att dokumentera barnen får man in barnperspektivet i det dagliga arbetet menade deltagarna. En deltagare menade att man genom att ta reda på om det finns barn tvingas tänka efter vilka behov barnen har och hur deras situation ser ut. En annan deltagarna uttryckte dock att även om man tar reda på om det finns barn är det är inte alltid man ställer följdfrågan *”hur har dom det då?”*.

Anmälningsplikten togs upp som något centralt när man talade om vuxenpsykiatrins ansvar. Deltagarna tog upp att alla i teamet har anmälningsplikt och man är skyldig att anmäla om man misstänker att ett barn far illa. Deltagarna menade att innan en anmälan görs försöker man se om man kan hitta ett samarbete med föräldern, eller så har man något möte ihop med socialtjänsten för att se om stödåtgärder kan sättas in.

4.3.5 Processen som tar tid

Deltagarna tog upp svårigheten med att lagarna ibland blir hinder och att de inte alltid räcker till. Man tyckte också att byråkratin gör att allt tar sådan tid och man önskar att processen ibland vore lite snabbare. En av deltagarna uttryckte att det tar tid innan det händer något, då processen innefattar så många steg. Deltagarna tog upp att man ser fördelarna med att koppla in en socialsekreterare genom att bjuda med dessa till besök på vuxenpsykiatrin eller till hembesök hos patienter. Det blir då som en slags anmälan som snabbas på lite menade man, det kanske inte behöver bli någon anmälan heller utan socialtjänsten kanske på så sätt kan erbjuda hjälp. Genom att göra på detta sätt, att bjuda in socialtjänsten när föräldrarna själva är närvarande, tror deltagarna bidrar till att det inte blir så hotfullt för föräldrarna.

4.3.6 Socionomen som barnansvarig

Socionomen i teamet är den som av de andra ses som ”barnansvarig” och som experten på barn. Socionomen är den man kan fråga om man undrar något gällande barn. Deltagarna

uttryckte att det är skönt att socionomen är den som ”kan” barn och har kunskap om barns behov. Socionomen är den som man menade är den ska bevaka barnperspektivet. Man tänkte att det är bra att det ansvaret ligger på en person då risken finns att det lätt missas om ansvaret ligger på alla.

4.3.7 Tankar kring barnperspektivet

Deltagarna tyckte att barnperspektivet är ett ganska självklart perspektiv nu för tiden, till skillnad från förr. Förr tänkte man att det var synd om föräldrarna om de blev av med sina barn, men nu tänker man att det är synd om barnen som måste bo hos sina föräldrar. Med åren har man mer och mer förstått vad barn behöver.

Deltagarna tyckte att de har med sig barnperspektivet i sitt arbete, men sade att man alltid kan bli bättre. Ett sätt att arbeta utifrån ett barnperspektiv inom vuxenpsykiatri ansåg man kan vara att man har med tanken på om det finns barn i bilden när man fattar beslut, så som remissbeslut och teambeslut. När man talade om barn i detta sammanhang talade man om små barn och sade att det händer att man tar emot patienter med utgångspunkt i att de har små barn. Socionomen trodde dock att de kan bli bättre på att ha barnen i fokus när de fattar beslut genom att fråga *”hur blir det för barnen i den här situationen?”* och *”hur drabbas dom och vad kan de behöva för stöd?”*.

Socionomen menade att Sverige inte alltid följer barnkonventionen på så sätt att man inte alltid har med sig barnperspektivet när man fattar beslut, och syftade då på hela samhället och inte bara på vuxenpsykiatri. Socionomen sade att hon tror att alla i samhället kan komma att behöva ta större ansvar och att barnkonventionen på sikt kan komma in mer även i vuxenpsykiatriens dagliga arbete. Som exempel tog socionomen upp ett kommande krav på att det ska finnas en barnombudsman på varje mottagning som enbart arbetar utifrån barnens perspektiv. En av deltagarna funderade över hur långt barnperspektivet kan komma att dras inom vuxenpsykiatri och kring hur det skulle gå om man i varje beslut man tog tvingades att utreda hur det skulle komma att påverka eventuella barn.

Deltagarna funderade kring att vuxenpsykiatri behöver ha mer barnperspektiv i svåra tider. Man menade att vid nedskärningar av resurser i skola och på dagis blir det färre som uppmärksammar barnen och då kan man inom vuxenpsykiatri behöva vara extra uppmärksam på barnen.

5 Diskussion

Vi har valt ut vissa delar ur resultatet som vi anser är intressanta att diskutera. Detta kommer att presenteras utifrån våra tre teman. Under temat barn kommer vi att diskutera om alla barn till psykiskt sjuka föräldrar bör ses som en riskgrupp. Vi kommer även att ta upp vikten av att även äldre barn uppmärksammas, då vi tänker att även de kan bära på skuld- och ansvarskänslor och vara i behov av stöd. Under temat föräldrar kommer vi bland annat att diskutera om diagnoserna alltid är avgörande för föräldraförmågan och under temat professionella kommer vi bland annat att diskutera vilken plats barnperspektivet har inom vuxenpsykiatri.

5.1 Barn

5.1.1 Barnen som riskgrupp?

Deltagarna talade om barn till psykiskt sjuka som en riskgrupp då de ofta lever i dåliga miljöer och saknar den känslomässiga närkontakten med föräldrarna. Enligt forskning innebär dock psykisk sjukdom hos föräldrar inte nödvändigtvis att barnen löper en ökad risk att skadas fysiskt eller psykiskt (Aldridge & Becker, 2003; Cederblad, 2003; England & Sim 2009). Ingen enskild riskfaktor kan anses leda till psykisk sjukdom, utan det handlar om balansen mellan riskfaktorer och skyddsfaktorer (Cederblad, 2003; England & Sim 2009).

Enligt Rutter och Taylor (2002) kan en otrygg anknytning till primära omsorgspersoner få helt olika följder för olika individer beroende på vilken omgivning de befinner sig i. Granath (1997) tar upp att positiva skyddsfaktorer är att det finns ett socialt nätverk kring familjen och att barnet har trygga vuxna omkring sig eller en nära vän att anförtro sig åt. Barnen i Granaths undersökning uttryckte att de människor som fanns i närmiljön, som till exempel klasskamrater, vänner och släktingar, kunde innebära ett stöd för dem, vilket stämmer överens med deltagarnas tankar kring anhörigas roll.

Vi ser diskussionen kring resurspersoner i familjers nätverk som viktig att föra inom vuxenpsykiatrin då vi tänker att de personer som är viktiga för familjen förhoppningsvis kan ge barn och föräldrar en känsla av trygghet om sjukdomen skulle kräva att någon annan vuxen tar över ansvaret. Forskning visar att man kan förebygga och behandla barns psykiska problem antingen genom att minska antalet riskfaktorer eller genom att öka antalet skyddsfaktorer (Werner & Smith, 2002). Med detta som bakgrund tänker vi att stödnätverket kan ses som en viktig skyddsfaktor som borde vara en del av behandlingsprocessen.

5.1.2 Barns behov i förhållande till ålder

Grunden för en trygg anknytning läggs under de första levnadsåren och barnets förmåga att utveckla en trygg anknytning är beroende av att föräldern kan reagera adekvat på barnets signaler (Allmänna Barnhuset, 2007). Barnets tidiga anknytningserfarenheter gör det lättare eller svårare för barnet att känna tillit vilket får konsekvenser för den fortsatta utvecklingen av relationer till andra (Broberg et al, 2006). Psykisk sjukdom kan påverka föräldraförmågan och anknytningen till barnet negativt, vilket kan skada barnets psykiska, fysiska och sociala utveckling (England & Sim, 2009).

Både de professionella i vår fokusgrupp och mycket av litteraturen vi läst har mest fokuserat på den tidiga anknytningen när det gäller barn till psykiskt sjuka föräldrar. Vi tänker att den tidiga anknytningen är avgörande för barns utveckling, men med tanke på vad som framkom i resultatet tänker vi att det finns en risk att de äldre barnen inte uppmärksammas, då vi tror att psykisk sjukdom hos föräldrar även kan påverka äldre barn på ett negativt sätt. Enligt Erikssons teorier om utvecklingen från barndom till vuxen ålder är tonårstiden inget som bara sköter sig självt (Marcia, 2006). Vi tänker att de tonåringar som saknar stöd i sin närhet och som aldrig har fått en förklaring eller pratat med någon om vad som sker med den sjuka föräldern riskerar att inte lyckas utveckla en trygg eller fullbordad identitet. Har tonåringarna tidigt fått ta en ansvarsfull roll i familjen, och därmed tvingats sätta sina egna behov åt sidan under en lång tid, finns det kanske inte möjlighet att få utforska nya roller utan att få dåligt samvete eller känna oro över vad som kommer att hända med föräldern om man inte längre finns till hands (Marcia, 2006).

Deltagarna hade olika syn på behoven hos de större barnen. Resjös (2001) studie visade att även om tonåringarna inte visade några symptom utåt så var de ledsna och oroliga då föräldern var sjuk. Tonåringarna beskrev hur de hanterat föräldrarnas sjukdom genom en pendling mellan att försöka vara behjälpliga, till att dra sig undan familjens problem och ägna sig åt sina egna intressen.

Vi tänker att många tonåringar kan ge sken av att klara sig själva och vara duktiga och därmed kan vuxna tro att de inte har tagit skada av konsekvenserna från den psykiska sjukdomen hos föräldern. Men oavsett ålder hos barnen tror vi att det är mycket viktigt att vuxenpsykiatri även uppmärksammar barn och tonåringar som verkar trygga och tycks klara sig själva.

5.1.3 Känslor av skuld och ansvar hos barnen

Deltagarna tog upp att barn till psykiskt sjuka föräldrar ofta tar ett stort ansvar för föräldrarna och att de ofta känner skuld. Även barnen i Granaths (1997) undersökning uttryckte att de fick ta ett stort ansvar för sina psykiskt sjuka föräldrar. Det framkom även att de ofta trodde att de varit orsak till föräldrarnas sjukdom. Insikt och förståelse om föräldrarnas sjukdom är en viktig skyddsfaktor (Skerfving, 2005). Även våra deltagare pratade om vikten av att barnen får information om föräldrarnas sjukdom. Då det främst är psykiatri som har kunskap och erfarenhet när det gäller psykisk sjukdom tänker vi att de professionella inom psykiatri kan fylla denna funktion och ge barn konkret kunskap, på en åldersadekvat nivå, om hur föräldern påverkas av sin sjukdom. Vi tänker att kunskapen kan leda till en förståelse för att det inte är barnen som bär skulden till föräldrarnas sjukdom.

5.2 Föräldrar

5.2.1 Diagnoser som referensram

Deltagarna pratade om att föräldrarnas olika diagnoser skapar olika förutsättningar för föräldraförmågan. När det gäller depression menade de att det kan vara "förödande" för små barn att vara med en deprimerad förälder. Killén (2009) skriver att depression hos en förälder kan inskränka föräldrafunktionen och att det finns risk att barn till deprimerade föräldrar utvecklar en otrygg anknytning. Hagström (2001) beskriver hur depressionens symptom har betydelse för samspelet mellan mamman och det lilla barnet. Det sänkta stämningläget, tomheten och glädjelösheten som en depression kan medföra, kan göra att barnets kontaktförsök inte besvaras. I Resjös (2001) studie berättar flera av föräldrarna med depressionsdiagnos att de haft problem med att orka engagera sig i sina barn.

Vidare menade deltagarna att svårt personlighetsstörda föräldrar många gånger inte kan se barnens behov och många gånger är obenägna att söka hjälp. Detta stämmer överens med det som Killén (2009) säger, då hon pratar om att föräldrar med personlighetsstörning många gånger är upptagna med sina egna behov, vilket hindrar dem från att se barnens behov. Hon talar också om att det kan vara oerhört svårt att hjälpa dessa föräldrar då de sällan själva inser att de behöver hjälp. Vi tänker att det kan finnas en risk att man på förhand dömer ut föräldraskapet utifrån en diagnos. Enligt Skerfving (2005) är det viktigt att tänka på att samma diagnos kan yttra sig på olika sätt hos olika individer och variera i intensitet och varaktighet. Hon påpekar att samma diagnos kan se olika ut över tid. Vi tänker att diagnoserna är ett sätt för vuxenpsykiatri att förhålla sig till de människor de möter, men vi tror att det kan finnas en risk att de generaliserar utifrån diagnoserna. Vi anser att det är viktigt att inte bara koppla samman den psykiska sjukdomen med föräldraförmågan. Vi tänker att man även måste titta på familjen i stort och se till vilka skyddande faktorer som faktiskt kan finnas.

5.2.2 Det dubbla nätverket

Ett väl fungerande nätverk har visat sig vara en skyddsfaktor för barn under perioder när föräldrarna brister i omsorgsförmåga och det är ofta så man talar om nätverket i samband med psykiskt sjuka och deras barn (Killén 2009). I vårt resultat framkom dock att deltagarna inte bara såg nätverket som något positivt, utan upplevde att vänner och familj även kan utgöra ett hinder för att barnens situation ska uppmärksammas. Vi tänker att anledningen till att nätverket ibland kan utgöra ett hinder kan ha att göra med skuld och skamkänslor hos den sjuke och dess familj och nätverk. Vi tycker att professionella inom vuxenpsykiatri kan utgöra en viktig del i barnens nätverk. Forskning visar att barn till psykiskt sjuka behöver stöd av sociala nätverk och professionella hjälpare för att motverka dålig självkänsla, oro, isolering och ett alltför stort ansvarstagande (SoS 1999:11).

5.2.3 Den andra förälderns roll

De ”friska” föräldrarna fyller enligt våra deltagare en viktig funktion, då de kan se hur barnen påverkas och vilka hjälpinsatser som kan behövas. I Granaths (1997) undersökning talar de barn som haft en ”frisk” andra förälder, om hur viktig den föräldern har varit för dem. I fall där den andre föräldern också har varit sjuk eller icke ”frisk” har denne förälder varit en ytterligare belastning för barnen. Enligt Glistrup (2005) kan den andre föräldern själv befinna sig i kris, vilket kan göra det svårt för denne att av egen kraft hjälpa barnet att förstå situationen och sina känslor. Hon menade att även om det finns en ”frisk” förälder i barnens närhet ska detta inte hindra professionella att erbjuda familjen stöd. Deltagarna framhöll den friske föräldern som en tillgång för barnen. Vi tänker också att den ”friske” föräldern är en tillgång för barnen, men vi tror också att det är viktigt att tänka på att dessa föräldrar många gånger kan vara överbelastade och i behov av stöd i sitt föräldraskap. Därför tror vi att man bör vara försiktig med att tillskriva den andre föräldern en alltför stor roll.

5.3 Professionella

5.3.1 Vad vuxenpsykiatri kan/bör göra för barnen

Vuxenpsykiatri, barnomsorgen, skolan, primärvården och alla vi andra har ett delat ansvar för att uppmärksamma barn till psykiskt sjuka föräldrar, medan det är socialtjänstens ansvar att utreda, ge råd och stöd och att avhjälpa allvarliga brister (Skerfving 2005). Enligt deltagarna jobbar vuxenpsykiatri inte med barn och ska heller inte göra det. De menade att det viktigaste arbetet de har när det gäller barn till psykiskt sjuka är att motivera föräldrar att ta emot stöd från socialtjänsten. De ansåg även att vuxenpsykiatri bör slussa barnen vidare och se till att de får hjälp. Vi ser vissa svårigheter i att det är socialtjänsten som har det yttersta ansvaret, då socialtjänsten inte alltid har några naturliga kontaktytor med barn och barnfamiljer, utan är beroende av att andra verksamheter uppmärksammar barns behov. Det är alltså en förutsättning att verksamheter som till exempel vuxenpsykiatri verkligen ser barnen och slussar dem vidare till socialtjänsten så att de får den hjälp de behöver.

För oss känns det otydligt vem som ska göra vad när det gäller barn till psykiskt sjuka föräldrar, och hur långt vuxenpsykiatri ansvar sträcker sig. Östman (2008) påpekar att det saknas en organisation som på ett tydligt sätt svarar mot barnens behov och funderar över om det kanske borde finnas ett gemensamt organ för att tillgodose barnens behov då det är otydligt om det är vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, socialtjänsten, eller någon annan verksamhet som bör stå för insatserna. Vi tänker att det här kan vara en organisatorisk fråga och att det kanske skulle krävas ett sådant här organ för att på ett bra sätt kunna tillgodose behoven av barn till psykiskt sjuka.

5.3.2 Att tala med föräldrarna

Deltagarna talade om vikten av att våga prata med föräldrarna om barnen, men sade att det först är när man har en allians med patienten som det känns naturligt att göra detta. Samtidigt säger de att det finns en risk att alliansen med patienten skadas om de tar upp barnen. Det tycks alltså finnas en dubbelhet i detta; man uttrycker en tveksamhet till att tala om barnen innan man har en allians med patienten, men man ser även en svårighet i att ta upp barnen när man väl har en allians, då man är rädd för att det ska förstöra alliansen. Vi ser detta som ett dilemma för de professionella. Utifrån deltagarnas diskussion fick vi intryck av att vuxenpsykiatrin sällan pratar om barnen med föräldrarna. Vi funderar över om detta kan grunda sig i osäkerhet och okunskap när det gäller barn och barns behov.

Vi tänker även att man kanske ibland tar för givet att föräldern inte vill prata om sina barn, trots att så inte är fallet. Enligt Östman och Afzelius (2008) finns en oro hos föräldrarna kring barnen som inte verkar nå fram till psykiatrin. Samtliga föräldrar i deras studie önskar mer hjälp från psykiatrin för att våga berätta för sina barn om sin sjukdom då de kan sakna ord och förmåga att prata med barnen om sin sjukdom.

Deltagarna tog även upp föräldrarnas motvilja mot socialtjänsten. I samband med detta tänker vi att föräldrarnas motvilja kanske skulle kunna minskas om vuxenpsykiatrin pratade mer om vilket stöd som kan erbjudas från socialtjänstens sida.

5.3.3 Synen på barnperspektivet

Vi upplevde att det bland deltagarna fanns olika tankar huruvida man har med barnperspektivet i det dagliga arbetet eller inte. I gruppen ansåg man att socionomen är den som har som uppgift att bevaka barnens behov, och att det är socionomen som är expert på barn. Deltagarna uttryckte att det är bra att ansvaret ligger på en person, då risken finns att barnen annars missas. Vi tänker att övriga i gruppen ser detta som en säkerhet och kanske skjuter över mycket ansvar på denne person och litar på att denne ser barnen. Vi undrar dock om det bara finns positiva följder av att ha en person som är barnansvarig. Vi tänker att detta skulle kunna leda till att andra behandlare inte har med tanken på barnen i sitt dagliga arbete, då de förlitar sig på den som är barnansvarig.

Socionomen problematiserade barnperspektivet och menade att man kan bli bättre inom vuxenpsykiatrin på att uppmärksamma barn. Socionomen trodde att barnkonventionen på sikt kommer att komma in mer i vuxenpsykiatrins dagliga arbete. Det verkade som att det uppstod lite oro när man pratade om att barnperspektivet kan komma att uppmärksammas mer. Någon undrade hur långt det kan dras inom vuxenpsykiatrin. Vi tänker att denna oro kan bestå i en oro över att man skall få mer ansvar och mer jobb, men att det också kan böttna i att man inte har en tradition av barn- och familjeinriktat arbete inom vuxenpsykiatrin.

6 Avslutande kommentarer

Syftet med vår uppsats var att undersöka hur personal inom Vuxenpsykiatrin ser på barn, barns behov och föräldrars förmåga när föräldrar lider av psykiska problem.

Vår första frågeställning löd: *Hur ser professionella inom vuxenpsykiatri på behoven hos barn då föräldrar lider av psykisk sjukdom?* Av resultaten i vår studie framgick det att man gjorde skillnad i barnens behov beroende på ålder. Små barns behov verkade vara lättare att definiera än de större barnens. När man pratade om små barn diskuterade man anknytningen medan man när man pratade om större barn, tonåringar, diskuterade vikten av att få information och att möta andra tonåringar i samma situation. Man ansåg att både små och stora barn har behov av att få veta att det inte är de som är ansvariga för föräldrarnas sjukdom.

Vår andra frågeställning löd. *Hur resonerar professionella inom vuxenpsykiatri kring föräldraförmågan då föräldrar lider av psykisk sjukdom?* Resultaten visade att man anser att olika diagnoser skapar olika förutsättningar för föräldraförmågan. Man tog upp depressioner och svåra personlighetsstörningar och menade att deprimerade föräldrar själva lider av att de inte kan tillgodose barnens behov medan de svårt personlighetsstörda föräldrarna inte ser att barnens behov inte tillgodoses.

Vår tredje frågeställning var: *Hur ser professionella inom vuxenpsykiatri på barnperspektivet och hur påverkar det deras arbete?* Resultaten visade att man anser att ett sätt varpå man får in barnperspektivet i sitt dagliga arbete är att man har en skyldighet att dokumentera om det finns barn i hemmet. Det var dock delade meningar huruvida denna skyldighet bidrar till att man tar reda på mer om barnens situation eller inte. Socionomen sågs av de andra i gruppen som expert på barn och var den som man menade förväntas bevaka barnperspektivet. Man ansåg att man har med sig barnperspektivet i sitt arbete men man sade att man alltid kan bli bättre. Man trodde att barnet på sikt kommer att hamna mer i fokus inom all sjukvård, däribland även inom vuxenpsykiatri. Ett sätt att arbeta utifrån ett barnperspektiv ansåg man är att tänka på om det finns små barn med i bilden när man beslutar om att ta emot en patient eller inte.

Vår sista frågeställning var: *Vad anser professionella inom vuxenpsykiatri att de kan eller bör göra för att möta behoven hos barnen?* Resultaten visade att man inom vuxenpsykiatri inte jobbar med barn och inte heller skall göra det. Det är socialtjänstens ansvar att ge hjälpen medan det är vuxenpsykiatrians ansvar att se till att man får hjälp genom att slussa patienterna vidare till socialtjänsten. Anmälningsskyldigheten togs upp som något centralt när man pratade om vuxenpsykiatrians ansvar. Man ansåg att man har en viktig uppgift i att motivera föräldrarna till att ta emot hjälp, då de många gånger är rädda eller obenägna att ta emot hjälp. För se större barnen tyckte man att man kan göra något mer aktivt genom att finnas till hand och svara på frågor. När det gäller de små barnen menar man att kommunen får ta över för att ge hjälpåtgärder.

Vi gick in i uppsatsarbetet med en ganska kritisk inställning till vad vi trodde vuxenpsykiatri gör för barnen till psykiskt sjuka föräldrar. Vissa delar av det som kom fram i fokusgruppsintervjun bekräftade att det finns mycket arbete kvar för att barns behov ska uppmärksammas inom vuxenpsykiatri. Samtidigt fick vi en ny förståelse och nya perspektiv på de professionellas arbete. Vi inser att deras arbete är omfattande och att det kanske inte alltid går att få in alla perspektiv i det vardagliga arbetet. Vi har valt att använda oss av teoretiska perspektiv som fokuserar på barn, men hade vi valt andra teorier, som till exempel försöker förstå de professionellas organisation, så hade vi kanske fått svar på varför barnperspektivet inte är så uttalat inom vuxenpsykiatri. Detta leder oss till förslag på fortsatt forskning som kan ta upp organisatoriska problem och samarbetsfrågor. Något vi skulle tycka vara intressant att undersöka närmare är hur barns behov kan tillgodoses i samhället och hur

de olika organisationerna svarar mot barnens behov, vilka insatser de gör och vilket ansvar de anser sig ha.

7 Referenser

7.1 Litteratur

Aldridge, Jo & Becker, Saul (2003). *Children caring for parents with mental illness: perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: Policy.

Allmänna barnhuset (2007). *Att knyta an, en livsviktig uppgift. Om små barns anknytning och samspel*. Skriftserie, 2007:5.

Barnombudsmannen (2002). *Att förverkliga barnkonventionen*. Stockholm.

Bender, Eve (2006). Children of Depressed Parents Have More Health Problems
Psychiatric News 2006; 41:11:18-33.

Billinger, Kajsa (2005). Fokusgrupper- en datainsamlingsmetod. I Sam Larsson, John Lilja & Katarina Mannheimer (red): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Broberg, Anders, Granqvist, Pehr, Ivarsson, Thord & Risholm, Mothander, Pia (2006). *Anknytningsteori, betydelsen av nära känslomässiga relationer*. Falkenberg: Natur och Kultur.

Caspi, Avshalom, Kim-Cohen, Julia, Moffitt, Terrine, Polo, Tomas, Monica & Rutter, Michael (2006). The Caregiving Environments Provided to Children by Depressed Mothers With or Without an Antisocial History. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1009–1018.

Cederblad, Marianne (2003). *Från barndom till vuxenliv – en översikt av longitudinell forskning*. Stockholm: Elanders Graphic Systems.

Cullberg, Johan (2005). *Dynamisk psykiatri*. Finland: WS Bookwell.

Dickstein, Susan & Seifer, Ronald (2000). Parental Mental illness and infant development. I Charles Zeanah (ed): *Handbook of infant mental health*. New York: Guildford press.

England, Mary Jane & Sim, Leslie (2009). *Depression in Parents, Parenting, and Children: Opportunities to Improve Identification, Treatment, and Prevention*. Washington DC: The National Academies Press.

Frisén, Ann & Hwang, Philip (2006). Inledning och översikt. I Ann Frisé, & Philip Hwang (red): *Ungdomar och identitet*. Stockholm: Natur och Kultur.

Glistrup, Karen (2005). *Det barn inte vet... har de ont av*. Hässelby: Runa.

Granath Kristina (1997). *"Det var så mycket jag inte förstod.."* En intervjuundersökning med vuxna barn till psykiskt sjuka föräldrar. Stockholm: Marknadsgrupper, Typoprint.

- Hagström, Birthe (2001). *Barn på bräcklig grund. En kartläggning av barn mellan noll och sju år som har en psykiskt störd förälder*. Malmö: Högskolan.
- Hammarberg, Thomas (2006). *Mänskliga rättigheter: konventionen om barns rättigheter*. Stockholm: Utrikesdepartementet.
- Havnesköld, Leif & Risholm Mothander, Pia (2002). *Utvecklingspsykologi. Psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Järkestig-Berggren, Ulrika (2008). *Barnperspektiv och föräldraskap – professionellas erfarenheter av möten med psykiskt funktionshindrade föräldrar*. Kalmar: Fokus Kalmar län.
- Karlsson, Kay (2008). *Anknytning - om att tolka samspelet mellan föräldrar och små barn*. Stockholm: Gothia förlag.
- Killén, Kari (2009). *Barndomen varar i generationer: Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Lund: Studentlitteratur.
- Killén, Kari (1999). *Svikna barn. Om bristande omsorg och vårt ansvar för de utsatta barnen*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Kvale, Steinar & Brinkman, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, Sam (2005). Kvalitativ metod, en introduktion. I Sam Larsson, John Lilja & Katarina Mannheimer (red): *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Lundén, Karin (2004). *Att identifiera omsorgssvikt hos förskolebarn*. Göteborg: Kompendiet.
- Marcia, James (2006). *Jagidentitet och objektrelationer*. I Ann Frisé & Philip Hwang (red): *Ungdomar och identitet*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Nathiel, Susan (2007). *Daughters of madness – Growing up with a mentally ill mother*. Westport, the United States of America: Praeger Publishers.
- Resjö, Ulla (2001). *Barn till föräldrar med psykisk ohälsa – En intervjuundersökning av hur familjer upplever Mobila teamets BUP-resurs vid Lasarettet i Motala*. Primärvårdens Forsknings- och Utvecklingsenhet. Rapport 2001:3.
- Rutter, Michael & Sroufe, Alan (2000). Developmental Psychopathology: Concepts and challenges. *Cambridge University Press* 2000; 12:3:265-296.
- Rutter, Michael & Taylor Eric A. (2002). *Child and adolescent Psychiatry*. Oxford: Blackwell publishing company.
- Sigling, Inga-Lisa (2002). *Att möta barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Katarina Tryck.
- Skerfving, Annemi (2005). *Att synliggöra de osynliga barnen : om barn till psykiskt sjuka föräldrar* Stockholm: Gothia Förlag.

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapport 2005*.

Socialstyrelsen. *Social rapport 2006*.

SoS-rapport 1999:11. *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Socialstyrelsen.

Sundgren, Magnus (2005). Sjukdom, handikapp, funktionshinder. I Magnus Sundgren & Alain Topor (red): *Social psykiatri*. Stockholm: Bonnier utbildning

Svenning, Conny (2003). *Metodboken. Samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling: klassiska och nya metoder i informationssamhället: källkritik på Internet*. Eslöv: Lorentz.

Svensson, Per-Gunnar & Starrin, Bengt (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Söderblom, Britta & Inkinen, Matti (2009). *Skapa förståelse tillsammans – Stödgrupper för barn och föräldrar med psykisk ohälsa*. Göteborg: Mareld.

Thomassen, Madeleine (2007). *Vetenskap kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö:Glerups.

Thurén, Torsten (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Stockholm: Liber.

Werner, Emmy & Smith, Ruth (2003). *Att växa mot alla odds – från födelse till vuxenliv*. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri.

Wibeck, Victoria (2000). *Fokusgrupper : om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Widerberg, Karin (2002). *Kvalitativ forskning i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

Östman, Margareta & Afzelius, Maria (2008). *Barnombud i psykiatrin – i vems intresse?* Malmö Högskola: FoU. Rapport 2008:2.

Östman, Margareta & Eidevall, Lena (2005). Illuminating parents with children up to 18 years of age – a one day inventory study in a psychiatric service. *Nordic Journal of Psychiatry* 59 2005(5): 388-92.

7.2 Elektroniska källor

<http://kuling.nu/Forum/Forum1/> Hämtad 2009-11-20.

Psykisk sjukdom. Vad är det? Vart vänder man sig? (Psyke kampanjen 2000). Hämtad 2009-11-18: <http://www.sverigesinre.nu.canit.se/psyke2.pdf>

Vad är psykisk sjukdom? Forskning.se. Hämtad 2009-11-18: <http://www.forskning.se/temaninteraktivt/teman/bakomvansinnet/tiofragorsvar/tiofragorochsvar/vadarpsykisksjukdom.5.303f5325112d7337692800013597.html>

8 Bilagor

8.1 Brev

Hej!

Vi är tre socionomstudenter från Göteborgs universitet som nu är i färd med att skriva vår C-uppsats. Vi är intresserade av hur personal inom Vuxenpsykiatri ser på barn, barns behov och föräldrars förmåga när föräldrar lider av allvarliga psykiska problem. Vi har tänkt oss att använda av oss av s.k. fokusgrupper och undrar nu om du/ni vill hjälpa oss genom att i grupp diskutera några frågeställningar. Detta kommer att ske vid ett tillfälle på en plats som passar er, och det kommer att ta högst en och en halv timma. Självklart bjuder vi på fika.

Det som diskuteras under träffen kommer att spelas in. Allt material rörande undersökningen kommer att behandlas konfidentiellt och de enda som har tillgång till materialet under uppsatsskrivandet är vi själva och vår handledare. Materialet kommer enbart att användas till vår uppsats, därefter kommer det att makuleras. Undersökningens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att ingen deltagare kan identifieras. Uppsatsen kommer att presenteras skriftligt och muntligt på universitetet. Deltagandet är frivilligt och den som deltar i studien kan när som helst välja att avbryta sitt deltagande utan att behöva ange något skäl till detta.

Tack på förhand!

Med vänlig hälsning

Sara Riekwel
Josefine Persson
Carina Johansson

8.2 Intervjuguide

Hur tänker ni kring barn situation och barns behov när en förälder lider av en psykisk sjukdom?

Hur tänker ni kring föräldraförmågan när man lider av en psykisk sjukdom?

Vad anser ni att det innebär att arbeta utifrån ett barnperspektiv?

Hur ser ni på vuxenpsykiatrins ansvar när det gäller barnen till psykiskt sjuka föräldrar?

Vad kan man från vuxenpsykiatrins sida göra för att stödja barn och föräldrar då en förälder lider av psykisk sjukdom?

Avslutande reflektioner?

8.3 Samtycke till deltagande i studien

Syftet med vår uppsats är att undersöka hur personal inom Vuxenpsykiatri ser på barn, barns behov och föräldrars förmåga då föräldrar lider av psykisk sjukdom.

Det som diskuteras under träffen kommer att spelas in. Allt material rörande undersökningen kommer att behandlas konfidentiellt och de enda som har tillgång till materialet under uppsatsskrivandet är vi själva och vår handledare. Materialet kommer enbart att användas till vår uppsats, därefter kommer det att makuleras.

Undersökningens resultat kommer att presenteras på ett sådant sätt att ingen deltagare kan identifieras. Uppsatsen kommer att presenteras skriftligt och muntligt på universitetet.

Deltagandet är frivilligt och den som deltar i studien kan när helst välja att avbryta sitt deltagande utan att ange något skäl till detta.

Sara Riekwel
Carina Johansson
Josefine Persson

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien

Namn

Datum