

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Föräldrars upplevelse av hur negativa effekter av  
läkemedelsbehandling vid depression påverkar  
föräldraförmågan**

Nicolina Grundström

Examensarbete 30 poäng  
Psykologprogrammet  
Kurskod: PM2519  
Vårtermin 2019

Handledare: Petra Boström  
Jennifer Strand

# Föräldrars upplevelse av hur negativa effekter vid läkemedelsbehandling av depression påverkar föräldraförmågan

Nicolina Grundström

*Sammanfattning.* Syftet med studien var att undersöka föräldrars upplevelse av hur negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression påverkat deras föräldraförmåga. Området undersöktes utifrån en kvalitativ ansats genom semistrukturerade intervjuer med nio deltagare. Genom tematisk analys skapades följande fem teman "Det är fruktansvärt att inte ha någon kontroll", "Känner mig tråkig", "Känner mig mer känslökall", 'Har du tagit din inte-vara-ledsen-medicin [mamma]?', och "Jag sover ju så jag är helt jävla värdelös". De svårigheter temana beskriver orsakades av negativa effekter av de tre vanligaste läkemedelskategorierna vid behandling av depression, antidepressiva läkemedel, ångstdämpande läkemedel och sömnläkemedel. Temana visar på vikten av ta hänsyn till patientens föräldraförmåga vid uppföljning av läkemedelsbehandling vid depression.

En depression påverkar inte bara individen utan även dess omgivning, något som blir extra tydligt när ett barn har en deprimerad förälder. En depression försämrar föräldrarnas förmåga att tillgodose barnets behov och påverkar barnets psykiska hälsa negativt (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000). Således är det viktigt att föräldrar med depression så snabbt som möjligt fångas upp och får tillgång till en bra behandling. Den rekommenderade behandlingen för måttlig till svår depression är läkemedelsbehandling (Socialstyrelsen, 2017), men få studier har undersökt hur behandlingen påverkar föräldraförmågan. Ännu färre studier har undersökt om negativa effekter av läkemedelsbehandling kan påverka föräldraförmågan, vilket är syftet med föreliggande uppsats. Då föräldraförmåga blir ett centralt begrepp för denna frågeställning presenteras en definition av begreppet i det inledande stycket nedan. Därefter följer en beskrivning av hur depression påverkar föräldraförmågan, vilket leder vidare in på hur det nuvarande forskningsläget ser ut kring läkemedelsbehandling av depression.

## *Föräldraförmåga*

Enligt Föräldrabalken (FB, SFS 1949:381) har en förälder ansvar för att tillgodose sitt barns behov av omvårdnad, trygghet och uppfostran. Förmågan att tillgodose barnets behov, föräldraförmågan, har teoretiskt definierats på en rad olika sätt. En övergripande definition av begreppet föräldraförmåga återfinns i Socialstyrelsens skrift Barns behov i centrum (BBIC) (Socialstyrelsen, 2018). Det är denna definition uppsatsen utgått från och den valdes för att den är både heltäckande och skapad i en svensk kontext. Det sistnämnda var viktigt då denna studie genomfördes i Sverige och synen på föräldraförmåga kan skilja sig åt mellan olika länder och kulturer (Eastmond & Åkesson, 2007). Föräldraförmåga beskrivs enligt

definitionen i BBIC utifrån kategorierna; grundläggande omsorg, känslomässig tillgänglighet, stimulans och vägledning samt säkerhet. Grundläggande omsorg innefattar att föräldern tillgodoser barnets behov genom exempelvis mat, sömn, varma kläder, hygien, att passa tider, få tillgång till sjukvård och så vidare (Socialstyrelsen, 2018). Känslomässig tillgänglighet omfattar föräldrarnas förmåga att vara känslomässigt pålitlig, förutsägbar och närvarande. Detta innebär att föräldern behöver kunna kontrollera sina egna känslor och uppfatta barnets känslor samt ge stöd och tröst vid behov (Socialstyrelsen, 2018). Kategorin stimulans och vägledning inbegriper föräldrarnas möjliggörande av lek med andra barn, utvecklande av fritidsintresse samt att föräldern är engagerad i skolarbetet och att uppfostringsstilen är tydlig, empatisk och gränssättande (Socialstyrelsen, 2018). Den sista kategorin, säkerhet, handlar om föräldrarnas förmåga att skydda sitt barn mot fysiskt och psykiskt våld, att bevittna konflikter och våld mellan vuxna, sexuella övergrepp och sexuell exploatering (Socialstyrelsen, 2018). Kategorierna bildar tillsammans föräldrarnas samlade förmåga att tillgodose sitt barns behov, vilken kan variera genom livet. En faktor som visats påverka föräldraförmågan negativt är depression (Lovejoy et al., 2000).

### *Depression och föräldraförmåga*

Nästan en tredjedel av befolkningen drabbas någon gång under sin livstid av depression (Socialstyrelsen, 2017). Ordet depression kommer i den här uppsatsen att användas i betydelsen egentlig depression, vilket inte inkluderar exempelvis postpartumdepression. Depression är ett allvarligt tillstånd och påverkar såväl individens mående som funktionsförmåga (Socialstyrelsen, 2017). En metaanalys av 46 studier (Lovejoy et al., 2000) fann att deprimerade mödrar uppvisade högre grad av avvissande beteende, upplevdes mer oengagerade samtidigt som de ägnade sig mindre åt positiva beteenden så som lek och varmt socialt samspel. Yngre barn drabbades hårdare då de var i större behov av att modern initierade kontakt, medan äldre barn på eget initiativ kunde engagera modern i lek eller annat samspel (Lovejoy et al., 2000). Tidigare forskning (Goodman & Brumley, refererat till i Lovejoy et al., 2000) har också visat att deprimerade mödrar är mindre känsliga inför de signaler deras barn sänder ut. I en litteraturstudie visade Feldman (2007) hur det även i fall av subklinisk depression hos modern går att upptäcka svårigheter i spelet mellan mor och barn (Weinberg & Tronick refererat till i Feldman, 2007). På samma spår fann Beardslee, Gladstone och O'Connor (2011) att barn till deprimerade mödrar mer sällan uppvisade en trygg anknytning.

En longitudinell studie som följde 125 familjer över en tioårsperiod fann att depression hos modern ökade risken för psykisk ohälsa hos barnet (Priel, Djalovski, Zagoory-Sharon & Feldman, 2019). Vid sex och tio års ålder hade 52 % diagnostiserats med någon typ av psykiatrisk diagnos, varav den vanligaste formen var affektiva störningar (Priel et al., 2019). Då studien gjordes på lågriskfamiljer, vilket innebar att föräldrarna var friska, hade gått ut high school, hade en inkomst över fattighetsgränsen samt att båda föräldrarna var gifta eller sammanboende, kan denna siffra vara låg jämfört med högriskfamiljer som utöver depression även har andra svårigheter. Många har valt att undersöka hur depression hos mödrar påverkat barnet. Pilowsky et al. (2014) har istället fokuserat på hur depression hos fäder påverkat barnet och fann att depression hos fäder hade mindre inverkan på barns psykiska hälsa än depression hos mödrar.

Tillbakagång av symptom hos faderns depression hade heller inte lika positiva effekter på barnets psykiska hälsa som tillbakagång av symptom hos modern.

Både arv och miljö har visats påverka uppkomsten av depression (Arborelius, 2016) och barn vars föräldrar lider av depression riskerar därför att vara utsatta för två typer av riskfaktorer. De studier som beskrivits ovan är endast ett axplock av den mängd forskning som visat på den negativa inverkan depression har på föräldraförmågan. Sammantaget visar de på vikten av att depression hos föräldern skall tas på allvar och på betydelsen av att föräldern ges en effektiv behandling.

### *Läkemedelsbehandling vid depression*

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2017) rekommenderas i första hand medicinsk behandling vid medelsvår till svår depression. I enlighet med detta behandlas många föräldrar med antidepressiva läkemedel. En rapport av Hjern och Adelino-Manhica (2013) uppgav att 10,7 % av mödrar samt 5,5 % av fäder till barn under 18 år tog antidepressiva läkemedel, vilket ger en indikation på att många barn i Sverige lever med en deprimerad förälder som också får medicinsk behandling. Det är vanligt att en läkemedelsbehandling vid depression består av antidepressiva läkemedel, antingen enskilt eller i kombination med sömnläkemedel och ångestdämpande läkemedel (Arborelius, 2016). De vanligaste antidepressiva läkemedlen delas upp i grupperna selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare (SNRI), tricykliska antidepressiva (TCA) och alfa-2-receptorantagonister (huvudsakligen mirtazapin) (Arborelius, 2016). De ångestdämpande läkemedlen kan delas upp i bensodiazepiner och antihistaminer. Sömnläkemedel aktuella för denna patientgrupp kan främst delas upp i läkemedel med antihistamineffekter eller läkemedel med bensodiazepinliknande effekter, så kallade z-läkemedel (Arborelius, 2016).

Läkemedel sätts in för att hjälpa patienten att ta sig ur depressionen utan allt för stor påverkan av biverkningar eller andra negativa effekter (Socialstyrelsen, 2017). För att ge en nyanserad bild av hur läkemedelsbehandling vid depression kan upplevas beskrivs både positiva och negativa effekter av behandlingen nedan.

**Positiva effekter.** Behandling med antidepressiva läkemedel vid framförallt medelsvår depression har visats ha god effekt både på depressionssymptom och funktionsnivå (Arborelius, 2016). Mer än hälften av 192 tillfrågade primärvårdspatienter uppgav att de behövde sina antidepressiva läkemedel för att inte må sämre (Brown et al., 2005). En studie av Shelton (2004) visade att både antidepressiva läkemedel i grupperna SSRI och SNRI fungerade bra som långtidsbehandling för att förhindra återfall. Såväl sömnläkemedel som vissa ångestdämpande läkemedel kan hjälpa patienter med depression att sova bättre. Utöver hjälp med sömnen kan ångestdämpande läkemedel även sänka patienternas ångestnivå samt hjälpa dem att slappna av i kroppen (Baldwin et al., 2013).

Det finns studier som vittnar om att personer med depression blir hjälpta av läkemedelsbehandling men få har undersökt vilken påverkan behandlingen har på patientens samspel och funktionsnivå i nära relationer. Mig veterligen finns det bara två studier (Weissman, et al. 2006; Weissman et al., 2015) som undersökt vilka positiva effekter läkemedelsbehandling vid depression kan ha på föräldraförmågan. Den ena studien undersökte hur mödrars tillfrisknande påverkade barnets psykiska hälsa och

fann att 47 % av de 114 mödrar som deltagit mådde bättre av läkemedelsbehandlingen (Weissman et al., 2006). Studien visade även att barnens psykiska mående förbättrades när mödrarnas depression mildrades (Weissman et al., 2006). För att undersöka om den indirekta effekten på barnet skiljde sig mellan olika läkemedel jämfördes i en annan studie tre olika behandlingar av antidepressiva läkemedel (Weissman et al., 2015). Bupropion (som är den aktiva substansen i bland annat läkemedlet Voxra), Escitalopram (som är den aktiva substansen i exempelvis läkemedlet Cipralex) samt en kombination av dessa två substanser testades. Av de 76 mödrar som deltog upplevde 67 % en förbättring av sina symptom efter 12 veckors behandling oavsett läkemedel. En närmare granskning visade emellertid att det bara var de barn vars mödrar fått läkemedel med den aktiva substansen Escitalopram som visade på en förbättring (Weissman et al., 2015). Förbättringen tros bero på att Escitalopram specifikt hjälpt mödrarna att kunna lyssna på och tala med sina barn. Resultatet återspeglades i att barnen i denna grupp rapporterade att deras mödrar blivit mer omhändertagande under behandlingens gång (Weissman et al., 2015).

**Negativa effekter.** Trots att många patienter blir hjälpta av läkemedelsbehandling vid depression finns det en rad olika negativa effekter kopplade till dessa läkemedel. Negativa effekter av behandling med antidepressiva läkemedel har visats vara tre gånger vanligare än vad läkare rapporterar (Zimmerman et al., 2010). På internetforum i trådar om antidepressiva läkemedel fann Pestello och Davis-Berman (2008) att 40 % av inläggen gällde negativa effekter av läkemedelsbehandlingen. De fann även att vissa av inläggsskrivarna ansåg att de negativa effekterna var värre än själva depressionen (Pestello & Davis-Berman, 2008). Gällande negativa effekter av bensodiazepinklassade läkemedel (främst Alprazolam och Diazepam) fann Arbanas, Arbanas och Dujam (2009) att över 90 % av männen och samtliga kvinnor upplevde negativa effekter av läkemedlen. Vid en genomgång av tillgänglig litteratur på området utmärkte sig två kategorier av negativa effekter som extra intressanta utifrån ett föräldraperspektiv, dessa var trötthet, dåsighet och kognitiv långsamhet (Arbanas et al., 2009; Choy, 2007) samt känslomässig avtrubbning (Goodwin, Price, De Bodinat & Laredo, 2017; Kajanoja, Scheinin, Karukivi, Karlsson & Karlsson, 2018; Price, Cole & Goodwin, 2009).

Trötthet, dåsighet och kognitiv påverkan verkar främst kunna kopplas till ångestdämpande läkemedel. En studie av Arbanas et al., (2009) undersökte vilka negativa effekter bensodiazepiner hade på deltagarna och fann att över hälften upplevde att de blev långsammare, tröttare och mer utmattade. Ungefär en fjärdedel upplevde att de blev mer lättirriterade och mer glömska (Arbanas et al., 2009). Användandet av bensodiazepiner har även visats kunna leda till dåsighet (Baldwin et al., 2013) och försämrad uppmärksamhet (Choy, 2007). De negativa effekterna kan påverkas av såväl dos som av hur länge patienten tagit läkemedlet. Hos vissa kan tröttheten och dåsigheten bli bättre med tiden medan minnesproblemen ofta inte blir det (Baldwin et al., 2013). I den ångestdämpande läkemedelskategorin antihistaminer ingår exempelvis läkemedlet Atarax (FASS, 2019) vars vanligaste negativa effekt visats vara trötthet, vilket drabbade ungefär var tredje användare (Choy, 2007). Andra vanliga negativa effekter av detta läkemedel är svårigheter med koncentration och sömnsvårigheter (Choy, 2007).

En negativ effekt av antidepressiva läkemedel som uppmärksamhets först på senare tid är känslomässig avtrubbning. Genom *Toronto Alexithymia Scale* undersöktes om individer som medicineras med antidepressiva läkemedel (SSRI) hade svårare att

identifiera sina känslor än individer i en kontrollgrupp (Kajanoja et al., 2018). Resultatet visade att det kan finnas ett samband mellan antidepressiv läkemedelsbehandling och upplevd svårighet att identifiera sina egna känslor. Read, Cartwright och Gibson (2014) undersökte negativa effekter av antidepressiva läkemedel hos 1829 deltagare och fann att ca 60 % upplevde emotionell avtrubbning, 42 % minskade positiva känslor, 39 % upplevde sig bry sig mindre om andra och 28 % upplevde att de blev mer aggressiva. Negativa effekter som skulle kunna hindra patienternas tillfrisknande eftersom de kan bidra till att patienten relationellt drar sig undan, vilket minskar möjligheten att de ska ta sig ur depressionen (Read et al., 2014). En annan studie fann att 46 % av de som tog antidepressiva läkemedel (SSRI, SNRI, TCA) upplevde känslomässig avtrubbning (Goodwin et al., 2017). Känslomässig avtrubbning definierades i studien som *”brist på positiva eller negativa känslor, att känna sig avskärmad från omvärlden, upplevelsen av att inte bry sig om saker på samma sätt som man gjort tidigare”* (Goodwin et al., 2017, [egen översättning] s. 32). De fann att 38 % upplevde den känslomässiga avtrubbningen positivt medan 37 % upplevde den negativt, vilket enligt Goodwin et al. (2017) kan höra samman med grad av känslomässig avtrubbning. I en kvalitativ studie framkom det att den känslomässiga avtrubbningen av antidepressiva läkemedel påverkade många områden av patienternas liv, bland annat deras familjesituation (Price et al., 2009). Vissa upplevde att det påverkade så mycket att de kände sig bortkopplade från sina barn, medan andra upplevde avtrubbningen som positiv då den bland annat minskade deras tendenser att bli arga och irriterade, något som underlättade deras vardag (Price et al., 2009).

Sammantaget visar de studier som redovisats ovan att det finns ett samband mellan läkemedel som används vid behandling av depression och en rad positiva och negativa effekter. Förutom att det i en studie (Price et al., 2009) omnämns att en deltagare upplever sig bortkopplad från sina barn, finns det mig veterligen ingen som undersökt hur negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression påverkar föräldraförmågan.

## *Syfte*

Barn till föräldrar med depression är en utsatt grupp som riskerar att utveckla egen psykisk ohälsa. Forskning visar att depression påverkar föräldraförmågan negativt men det saknas kunskap om hur föräldrars läkemedelsbehandling påverkar deras föräldraförmåga. Området är angeläget för att kunna avgöra vilka behandlingsformer som kan gynna föräldraförmågan, och genom det även barnets välmående. Ett led i att undersöka detta är att samla in information om hur föräldrar själva upplever att deras förmåga att ta hand om sina barn påverkas av negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression. Syftet med denna uppsats var således att undersöka föräldrars upplevelse av hur negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression påverkat deras föräldraförmåga.

## Metod

En kvalitativ ansats valdes för att undersöka studiens frågeställning. Datainsamlingen gjordes genom semistrukturerade intervjuer uppdelade mellan två intervjuledare. Detta tillvägagångssätt valdes då denna typ av datainsamling gav utrymme att anpassa intervjun och ställa följdfrågor för att få så utförliga svar som möjligt. Den data som samlats in analyserades genom tematisk analys, genomförd utifrån ett kritiskt realistiskt perspektiv.

## Deltagare

Rekryteringsprocessen inleddes genom att en kontaktperson på en öppenvårdsmottagning för affektiva psykiatriska problem, insatt i patientärenden, tog fram en lista på deltagare som bedömdes klara av att delta i forskningsstudien. Inklusionskriterier för deltagande i studien var att patienten 1) hade depression som primär diagnos, 2) var förälder till minst ett barn under 13 år, 3) var sammanboende med barnet, samt 4) hade medicinerats minst sex månader för sin depression. De deltagare som låg i vårdnadstvist sållades bort av kontaktpersonen på mottagningen. Under rekryteringsgången breddades inklusionskriterierna då de visade sig vara för snäva för att kunna generera tillräckligt många deltagare. Ytterligare två personer som inte bodde tillsammans med sina barn, utan främst träffade dem under lov eller varannan helg inkluderades. Deltagarna rekryterades från två olika psykiatriska mottagningar i Göteborgsområdet, mellan december 2018 och februari 2019.

Enhetschefen för en av mottagningarna kontaktade lämpliga deltagare med en förfrågan om att delta i studien. De som tackade ja delades upp mellan intervjuledarna och kontaktades för tidsbokning, samt erbjöds mer detaljerad information om studien. Ett mejl med datum, tid, plats samt ett bifogat samtyckesbrev (se bilaga 1) skickades till alla deltagare. Dagen innan intervjun fick deltagarna en SMS-påminnelse om intervjun där datum, tid och plats upprepades.

Av de tillfrågade ville 14 personer ha mer information om studien. Av dessa var det nio deltagare som fullföljde intervjuerna. De som deltog var män och kvinnor mellan 29-52 år gamla och hade mellan 1-3 heltids- eller deltidboende barn. Barnens åldrar varierade mellan 1-13 år och i vissa familjer fanns ytterligare barn över 13 år. Sju av deltagarna bodde tillsammans med en partner. De personer som deltog hade depression som primär diagnos men det fanns även andra samtida psykiska svårigheter, däribland posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och misstänkt bipolär sjukdom. Två av deltagarna hade en kombination av antidepressiva läkemedel och sömnläkemedel, tre hade en kombination av antidepressiva läkemedel och ångstdämpande läkemedel medan fyra hade en kombination av antidepressiva läkemedel, sömnläkemedel och ångstdämpande läkemedel. Utöver detta hade tre av deltagarna även stämningsstabiliserande läkemedel vilket inte undersöktes i studien.

Vid förfrågan om de ville delta i studien ombads deltagarna att om möjligt ta med en nära anhörig till intervjun. Detta för att hjälpa dem att minnas och få fler perspektiv på frågorna samt stötta deltagaren. Av de nio deltagare som intervjuades tog fyra med sig en nära anhörig. De anhöriga som deltagarna tog med var föräldrar, syskon och partners.

Ett stort tack till enhetschef Peter Sand för allt arbete som lagts ner i rekryteringen av deltagare.

## Instrument

**Intervjuguide.** Den semistrukturerade intervjuguiden (se bilaga 2) inleddes med bakgrundsfrågor kring ålder, antal barn och deras ålder, boendesituation, första vårdkontakt i samband med depression samt hur länge de varit patienter på mottagningen. Därefter följde frågor kring hur det första insjuknandet efter att de blivit föräldrar upplevts, för att ge en bild av hur det varit innan läkemedelsbehandlingen sattes in och skapa en grund i intervjun att jämföra med. Här ställdes även frågor utifrån ett stimulusmaterial (se nedan) om hur sjukdomen påverkat föräldraförmågan. Huvuddelen av intervjuguiden fokuserade på hur läkemedelsbehandlingen påverkat föräldraförmågan. Deltagaren ombads beskriva vilka läkemedel de för tillfället använde och vilka de använt tidigare med stöd i en läkemedelskarta (se nedan). Detta avsnitt om läkemedel inleddes med en öppen fråga som följdes av mer detaljerade frågor kring varje läkemedelskategori (antidepressiva läkemedel, ångestdämpande läkemedel och sömnläkemedel). Nedan följer ett exempel från den del av intervjun som fokuserade på antidepressiva läkemedel *"Om vi tänker speciellt på antidepressiva läkemedel, när tar du dem, och hur tycker du de har påverkat/påverkar din föräldraförmåga?"*. När denna fråga ställdes uppmuntrades deltagaren att berätta om så väl positiva som negativa effekter, samt om eventuella biverkningar av de olika läkemedlen. I slutet av intervjuguiden undersöktes om deltagaren följt läkarens ordinationer och om hen trodde att barnet uppfattade effekten av något läkemedel extra tydligt. Här efterfrågades även deltagarens tankar om hur barnet upplevde hen nu jämfört med innan insättningen av läkemedel. Intervjuguiden avslutades med ett par frågor som berörde deltagarens kontakt med mottagningen. Intervjuguiden testades i tre pilotintervjuer och modifierades därefter innan den slutgiltiga versionen fastställdes. I de fall deltagaren tagit med en anhörig ställde intervjuledaren först frågorna till deltagaren och vände sig sedan till den anhöriga. I intervjuens inledningsskede tydliggjordes det även att det inte gjorde något om deltagaren och den anhöriga inte var överens utan att de skulle bidra med sitt perspektiv på frågorna som ställdes. Intervjuerna pågick mellan 50 och 90 minuter och genomfördes av två intervjuledare. De spelades in med hjälp av en diktafon och inspelningarna transkriberades därefter av den intervjuledare som inte gjort intervjun.

**Stimulusmaterial.** Under intervjuerna presenterades två olika stimulusmaterial, en karta över föräldraförmåga (se bilaga 3) samt en läkemedelskarta (se bilaga 4). Stimulusmaterialet som beskrev föräldraförmåga baserades på Socialstyrelsens forskningssammanställning Barns behov i centrum (BBIC) (Socialstyrelsen, 2018). Föräldraförmåga beskrivs i materialet utifrån kategorierna; *grundläggande omsorg, känslomässig tillgänglighet, stimulans och vägledning* samt *säkerhet*. Läkemedelskartan skapades för att underlätta för deltagarna att beskriva vilka läkemedel de haft tidigare och fortfarande hade. Den bestod av tre listor på vanliga läkemedel i kategorierna antidepressiva läkemedel, sömnläkemedel och ångestdämpande läkemedel, samt de vanligaste biverkningar av de listade läkemedlen. Då listan med biverkningar blev omfattande valdes de biverkningar som inte ansågs relevanta för frågeställningen bort, detta för att inte överväldiga deltagarna med text. Exempel på biverkningar som



presenterades är: trötthet, dåsigheit, försämrad reaktionsförmåga, känslomässig avtrubbning, yrsel, mardrömmar och sömnsvårigheter.

## Analys

Intervjuledarna bekantade sig med allt material och inledde sedan analysen. Materialet kodades i programmet NVivo utifrån ett kritiskt realistiskt perspektiv. Perspektivet innebar en datanära analys och en återhållen grad av egen tolkning med syfte att lyfta fram deltagarnas upplevelse. Materialet kodades inte i sin helhet utan ett selektivt tillvägagångssätt valdes (Braun & Clarke, 2013), vilket i denna uppsats innebar att kodningen genomfördes på de delar av intervjuerna som berörde negativa effekter av läkemedelsbehandlingen. En annan avgränsning gjordes genom att endast analysera deltagarnas svar och inte de anhörigas. Detta då de anhöriga främst hade en minnesstödande roll och inga tydliga meningsskiljaktigheter uppstod mellan deltagare och anhöriga gällande de, utifrån syftet, relevanta frågorna. Även de anhörigas svar valdes att inte Negativa effekter har i materialet definierats utifrån vad deltagarna själva beskrivit som negativa effekter orsakade av deras läkemedelsbehandling. De meningsbärande enheterna kodades systematiskt initialt utifrån en induktiv ansats (se Figur 1 för exempel på kodning).

Dataextrakt	Kod
I: Finns det någon anledning till du tar en [tablett Propavan], när hon [dottern] är där istället för två? För det tänker jag... D: För jag sover hårdare när jag tar två. Jag vill gärna vakna lätt om det är något, oavsett om vi är hos mormor och morfar eller hemma, så vill jag vakna om det är något.	1. Sömnläkemedel 2. Justerar p.g.a. barnet 3. Sover hårdare

Figur 1. Exempel på kodning

Efter att kodningen gått genom och reviderats tematiserades materialet utifrån en abduktiv ansats. Den induktiva kodningen kombinerades med den teoretiska definitionen av föräldraförmåga i BBIC (Socialstyrelsen, 2018). Fyra potentiella teman skapades som besvarade frågan ”Hur upplever deltagarna att de negativa effekterna av läkemedelsbehandlingen påverkar deras föräldraförmåga?”. Dessa teman identifierades utifrån mönster i de koder som berörde deltagarnas beteende snarare än läkemedelskategorier eller grupperingar av negativa effekter. Enligt Braun och Clarke (2013) är det viktigt att ställa en rad frågor för att urskilja om de potentiella teman som tagits fram är enhetliga nog, vilket således blev nästa steg i analysen. Koderna och citaten tillhörande de potentiella temana extraherades ur NVivo och sammanställdes i separata dokument för varje tema. Detta för att säkerställa att de potentiella teman som skapats var grundade i deltagarnas beskrivningar och att dessa beskrivningar handlade om samma sak. Enligt Braun och Clarke (2013) är det även viktigt att fråga sig själv om varje tema berättar något viktigt. I arbetet med att se över samstämmigheten i de potentiella temana skapades ett femte, något mindre utbrett tema. De andra fyra temana återfanns hos flera deltagare medan det sista temat endast återfanns i en intervju. Detta potentiella tema blev trots det ett tema utifrån motivet att det berättade något viktigt

men inte rymdes inom ramen för de andra temana. Slutligen valdes de mest talande citaten för varje tema ut för att presenteras i resultatavsnittet nedan. Alla deltagare representerades i citaten vilka redigerades något för ökad läsbarhet, men utan att förändra innebörden.

## **Etiska överväganden**

Patientgruppen som undersöktes var en sårbar grupp där många led av återkommande depressiva episoder. Även ämnet föräldraförmåga kunde upplevas känsligt, speciellt om föräldrarna upplevde att de brustit i sin roll som förälder. Skyddsåtgärder vidtogs därför i rekryteringen för att i så stor utsträckning som möjligt säkerställa att deltagande i studien inte skulle vara skadligt. De patienter som tillfrågades hade alla en pågående behandling och regelbunden kontakt med en behandlare, vilket kan ses som en skyddande faktor för eventuella efterverkningar av intervjun.

Samtycke inhämtades i ett första skede muntligt när patienterna tillfrågades om de ville delta och inhämtades sedan även skriftligt vid intervjutillfället, från såväl deltagarna som de anhöriga som deltog i intervjuerna. Däremellan hade deltagaren fått samtyckesbrevet via mejl för att kunna läsa igenom informationen om studien i lugn och ro. Här fanns även information om vad som skulle hända om det under intervjuerna framkom att ett barn för illa. Även under intervjuerna gjordes etiska överväganden och intervjuledarna tog ständigt i beaktande att deltagarna var i en sårbar position. Detta innebar att deltagarnas välbefinnande gick före forskningsfrågan och att intervjuledarna valde att inte pressa deltagarna när de uppfattade motvilja till att reflektera kring vissa frågor. Intervjuledarna var oerfarna intervjuledare, men psykologstudenter tillhörande sista terminen och hade således bra förkunskap om depression och patientbemötande. Slutligen avidentifierades all data i transkriberingen för att skydda deltagarnas identitet. Studien är prövad och godkänd av etikprövningsnämnden.

## **Resultat**

Syftet med studien var att undersöka föräldrars upplevelse av hur negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression påverkat deras föräldraförmåga. Vid analysen framkom följande fem teman: *”Det är fruktansvärt att inte ha någon kontroll”*, *”Känner mig tråkig”*, *”Känner mig mer känslökall”*, *’Har du tagit din intervara-ledsen-medicin [mamma]?’*, och *”Jag sover ju så jag är helt jävla värdelös”*. De negativa effekter som dessa teman är uppbyggda kring är kopplade till både nuvarande och tidigare erfarenheter av hur negativa effekter av läkemedelsbehandling påverkat föräldraförmågan. Den initiala insättningsperioden där många läkemedel satts in samtidigt har exkluderats ur analysen. Detta för att det varit en isolerad, kortvarig period med en stor mängd negativa effekter, som skilt sig från den efterföljande vardagen med läkemedelsbehandling. Däremot har negativa effekter av läkemedelbyte och justeringar under behandlingens gång inte exkluderats då den typen av förändringar är en del av deltagarnas vardag.”.

## ”Det är fruktansvärt att inte ha någon kontroll”

Några deltagare beskrev hur de negativa effekterna av läkemedelsbehandlingen gjort att de på olika sätt haft svårt att följa och behålla fokus på sina barn. De blev långsammare, hade svårt att koncentrera sig och hade svårt att hålla ögonen öppna. Dessa negativa effekter påverkade framförallt den del av föräldraförmågan som berörde barnets säkerhet vilket tillhör den del av föräldraförmågan som benämns som *grundläggande omsorg* (Socialstyrelsen, 2018). Deltagarna tillskrev dessa negativa effekter till läkemedel från kategorin ångestdämpande läkemedel. Deltagare I, som ordinerats det ångestdämpande läkemedlet Atarax vid behov, beskrev hur det blivit när hon ansvarat för sitt yngsta barn innan de ångestdämpande läkemedlen hunnit gå ur systemet på följande vis:

*Deltagare: Ja men det är absolut det här att man inte leker, man sitter och typ halvslumrar. Tv:n rullar på och ungen leker med klossar själv, ja men lite som när man var nybliven mamma och ha barn är lite som att ha en katt på något sätt. Har du katt?*

*Intervjuledare: Ja, två.*

*Deltagare: Du ligger i sängen och du hör vad de gör, du vet var de är. Så bara det är lugnt. Det där konstiga ljudet vet jag, nu är han där, han är på den påsen. Ja det är ingen fara och sen hör man ett ljud som är fel, det där är inte som det ska. Och det är lite där man är liksom, man är lite nedstängd, för att alla ljud är bekanta. Ja men han bygger med klossarna, dududu. Ja det är den bilen, nu är han där. Så fort det blir tyst eller det är fel ljud, för jag har ju honom, jag vet ju vilka zoner. Jag skulle ju inte våga ha honom i köket liksom, men jag vet ju vilka zoner i hemmet som är safe. Vardagsrummet, lekrummet safe. Vårt sovrum med grinden stängd safe. Där finns det ingenting farligt, då kan jag ligga och inte sova men...*

*Intervjuledare: Slumra?*

*Deltagare: Som cowboys, ena ögat öppet liksom, man vilar huvud och kropp fast man är väldigt, väldigt nära så fort det är nånting som inte stämmer ”Huh, okej, du stod bara och stirrar på mig”.*

*Intervjuledare: Det blir en större ansträngning att vara närvarande?*

*Deltagare: Ja precis, man stänger av många funktioner. Krisgeneratorn snurrar, så det är inte helt nedsläckt men onödiga saker stängs ned.*

*(Deltagare I)*

Deltagare F reflekterade kring att läkemedel som påverkade koncentrationen hade extra stor inverkan när barnet var litet eftersom det då krävts ständig uppmärksamhet för att följa med. Han beskrev sina koncentrationssvårigheter kopplade till hans ångestdämpande läkemedel Exanor på följande vis ” (...) man måste vara koncentrerad också, men den Exanoren det försämrar koncentrationen, och det är ganska mycket... Alltså man, man kan se det... det är sjukdomen i sig som påverkar, och det är läkemedel också som påverkar”. Deltagare H som tidigare tagit det ångestdämpande läkemedlet Oxascand beskrev hur hon upplevde sig bli obehagligt berusad av läkemedlet. Hon berättade hur hennes partner behövde ta över ansvaret för barnen innan hon kunde ta en sådan tablett. Hon beskrev sina upplevelser på följande vis:

*Deltagare: Ingen rolig känsla, jag har inte koll.  
Intervjuledare: Hur tänker du att det påverkar föräldraförmågan?  
Deltagare: Att inte har kontroll? Ja, jo, alltså det påverkar ju i minsta grad, vartannat litet ord som står där [deltagaren pekar på stimulimaterialet om föräldraförmåga]. Det blir inte alls bra med det. Jag hade aldrig tagit den om jag var själv. [namnet på maken] jag har alltid haft [namnet på maken] där. Jag skulle aldrig vara själv med barnen med en sådan, det hade jag inte gjort.*

*(Deltagare H)*

## **”Känner mig tråkig”**

Mer än hälften av deltagarna beskrev hur de negativa effekterna av läkemedelsbehandlingen påverkat deras involvering i barnens lek och fritidsintresse. De upplevde att den känslomässiga avtrubningen, tröttheten och rastlösheten som de tillskrev läkemedelsbehandlingen gjort det svårare för dem att kunna tillgodose den del av föräldraförmågan som benämns som *stimulans och vägledning*. Svårigheterna ovan kunde inte härledas till en enskild läkemedelskategori utan var relaterade till såväl antidepressiva läkemedel som ångestdämpande läkemedel och sömnläkemedel. Deltagare D som tidigare tagit sömnläkemedlet Remeron gav följande beskrivning av hur tröttheten påverkade hans föräldraförmåga.

*Deltagare: Det blev ju, det blev ju lite jobbigt. Fritidsintressen, möjliggöra lek, alltså det var ju inget jag orkade engagera mig i av ren trötthet. Lek med barnet var ju också någonting som fick stå tillbaka.*

*Intervjuledare: Menar du din lek med barnet eller vad tänker du på?*

*Deltagare: Ja precis, att skulle vi gå ut och spela fotboll eller om något av barnen ville det, eller gå till lekplatsen så orkade inte jag gå ut helt enkelt. Men det kände jag ju väldigt snabbt, just den här segheten. Så dosen ändrades ju. Det var ju bara ett par dagar det var så eftersom jag har varit väldigt restriktiv med medicinen, den där typen av mediciner själv.*

*(Deltagare D)*

Deltagare E upplevde att rastlöshet orsakad av hennes antidepressiva läkemedel hade störst påverkan på hennes samspel med barnen då det gjorde att hon inte kunde ligga still bredvid dem i sängen eller titta på film tillsammans med dem *”Jag hade svårt att ligga med, vid dem i sängen, för att jag kände att jag håller på strypas. Alltså det, jag kunde inte sitta still eller ligga still, eller jag fick ångest och sådant... ”*. För andra som upplevde trötthet som sitt största problem var det precis tvärt om. De beskrev hur aktiviteter som inte krävde så mycket tankeverksamhet eller energi fungerade bättre än exempelvis bullbak och fotboll. Vidare beskrev flera deltagare hur de negativa effekterna av läkemedelsbehandlingen gjort att de inte följt med på utflykter med barnen utan att deras partner då fått ta barnen själv. Deltagaren I beskrev effekten av hennes dåvarande antidepressiva läkemedel Citalopram på följande vis:

*Deltagare: Framförallt den här känslomässiga avtrubningen, för den är inte rolig. Jag kunde vara så där jättespontan förr, men nu (...) det är som om guldkanten som är det där lilla roliga liksom, som både min man och jag*

*tycker är väldigt roligt, den är ju borta för just nu är ingenting roligt, allting är jättetråkigt och jobbigt.*

*Intervjuledare: Och det tänker du är den känslomässiga avtrubbningen då?*

*Deltagare: Mm, och i och med att jag tycker att mycket inte är roligt längre så, så är det inte sådär att liksom att "Jo men visst vi kan väl åka till Leklandet då". Ibland gör jag ju det, många gånger har ni ju åkt själv. Det har ju hänt några gånger att jag varit med. Men det är tråkigt för jag vill ju vara med dem. Jag vill inte vara hemma i min säng, när jag kan vara ute med min man och dotter. Det är väl klart att jag inte vill ligga där, skittråkigt, men det är precis som det sitter två betongfundament på fötterna. Det går ju liksom inte.*

*(Deltagare I)*

När deltagarna talade om lek och möjliggörande av fritidsintressen blev det tydligt att anhöriga tagit ett stort ansvar för att tillgodose barnens behov på detta område. Deltagare D, som tidigare tagit sömnläkemedlet Remeron, beskrev sina tankar om att han inte kunnat tillgodose sina barns behov på följande vis:

*Deltagare: Ja alltså barn vill ju saker hela tiden och det blev ju svårare, de har ju, de hade ju ett driv och en energi och en vilja. Och när man inte hänger med i det så blir det ju på bekostnad av deras vilja helt enkelt. Vad de vill göra. Och det kände jag ju mycket i det här med lek och hitta på saker att, att där fysiskt, jag orkade inte det, det gick inte helt enkelt.*

*(Deltagare D)*

## **"Känner mig mer känslökall"**

Flera deltagare vittnade om hur de negativa effekterna av läkemedelsbehandlingen gjort att de haft sämre tillgång till sina känslor. De beskrev sig som känslomässigt avstängda, tomma och avtrubbade vilket påverkade deras engagemang samt deras förmåga att visa känslor och känna empati. Att utstråla värme och vara känslomässigt närvarande ingår i den del av föräldraförmågan som beskrivs som *känslomässig tillgänglighet*. Engagemang och empatisk förmåga kan också fungera som en kompass i uppfostran och relatera till den del av föräldraförmågan som benämns som *stimulans och vägledning*. Deltagarna tillskrev dessa emotionella svårigheter till läkemedel från kategorin antidepressiva läkemedel. Grad av upplevd känslomässig avtrubbning varierade mellan deltagare. Det varierade även mellan olika läkemedel och verkade ha inverkat på föräldraförmågan i olika stor utsträckning. Nedan följer ett citat av deltagare G som valde att sluta med det antidepressiva läkemedlet Saroten på grund av de emotionella svårigheter det orsakade.

*Deltagare: Mm, och jag kan ju säga att jag var känslomässig... känslomässigt var jag inte närvarande.*

*Intervjuledare: Det var mycket svårare.*

*Deltagare: Och jag kände att det stängde av mig, helt och hållet, jag blev som en zombie och så vill jag inte vara... som mamma.*

*(Deltagare G)*

Deltagare D beskrev hur han upplevde den känslomässiga avtrubningen som skrämmande. Han berättade under intervjun hur han inte längre kunde känna den naturliga kopplingen till sina barn och att det för honom varit mycket påfrestande att han inte kände den kärlek han känt tidigare. För honom var det tydligt att ju högre dos han hade, desto värre blev de negativa effekterna. Nedan följer ett citat där han reflekterade kring sin upplevelse av sin emotionella avtrubning.

*Deltagare: Jo, jo men den här känslan av att inte bry sig, eller snarare så var det att, att min fru tyckte att jag inte brydde mig. Jag själv kunde på något sätt intellektuellt känna att jo men det gör jag ju, men jag gav inte uttryck för det. Hände det saker, om exempelvis någon konflikt på skolan med barnen så var det inget som gick in i hjärtat på mig. Utan det var mer "ah vad jobbigt" men det var inte, jag var inte där. Jag brydde mig liksom inte genuint, utan jag var väldigt oberörd.*

*(Deltagare D)*

Som deltagaren nämnde i citatet ovan berättade även andra att deras anhöriga hade reagerat på den emotionella avtrubningen. Dessa reaktioner hade bestått av anhöriga som påpekat deltagarnas känslomässiga avstängdhet, och reaktioner från deras barn som blivit mer uppmärksamhetsökande. Deltagare A som upplevde dessa negativa effekter beskrev emellertid hur de påverkat hans föräldraförmåga både positivt och negativt:

*Deltagare: O ja, jag är ju helt plan, helt rak. Jag varken gråter eller skrattar.*

*Intervjuledare: Hur påverkar det ditt föräldraskap?*

*Deltagare: Nej det syns inte sådär jättebra, för att jag känner mig lite tom va, alltså jag är ju plan.*

*Intervjuledare: Märks det i din kontakt med dina barn på något sätt att du känner dig tom?*

*Deltagare: Ja det har det gjort. Det har det varit, man kan säga såhär va, att jag är väl plan och rak och känslorna är väl lite likgiltiga kanske. Men det är väl bra, tack vare att jag har varit så uppskruvad innan så att nu har det ju passat för barnen då va, att jag är plan så. För att innan var jag väl som sagt var alldeles för mycket upp och ner. Jag kunde ju gråta inför dem också förut, och jag kunde bli superförbannad och skrika.*

*(Deltagare A)*

### **'Har du tagit din inte-vara-ledsen-medicin [mamma]??'**

Under en av intervjuerna berättade deltagare G om hur mycket ett avbrott i läkemedelsbehandlingen påverkade henne. Om hon glömt eller medvetet låtit bli att ta sitt antidepressiva läkemedel Citalopram upplevde hon något som kan beskrivas som abstinensbesvär och hon kände sig illamående, svimfärdig och fick ont i huvudet. Vid dessa tillfällen brukade hon berätta för barnet hur hon mådde och beskrev att barnet då var väldigt förstående. Hon berättade att dottern anpassade sig genom att ligga still bredvid henne i sängen. Citatet nedan följde på frågan om deltagaren trodde att hennes barn uppfattade effekten av något läkemedel extra mycket:

*Deltagare: Det enda hon säger på morgonen är 'Har du tagit din inte-vara-  
ledsen-medicin?', det kan hon göra. (...) Ja, för hon frågade mig när hon  
var liten att 'Vad är det för något?', och då sa jag att det var inte-vara-  
ledsen-medicin och det håller hon kvar vid nu. För hon vet att jag blir  
illamående och får yrsel, alltså det blir liksom blodtrycksfall man får, så  
man håller på att svimma om man inte tar dem. Det var väl några veckor sen  
jag inte tog dem på tre dagar, eller vad var det... Då måste jag inte bra.*

*Anhörig: Något sådant.*

*Intervjuledare: Vad är det som gör att du inte tar dem, är det något speciellt  
som händer?*

*Deltagare: Nej, jag var hos mamma och pappa och orkade inte gå hem.  
Ganska löjligt egentligen, det tar fem minuter [skratt].*

*(Deltagare G)*

Det blev tydligt att barnet, som var i lågstadieåldern, tagit ansvar för att påminna sin förälder om hennes läkemedelsbehandling för att förhindra abstinens. Att föräldrar anpassar barnets ansvarsområden utifrån barnets ålder och förmåga är en aspekt av den del av föräldraförmågan som benämns som *grundläggande omsorg*.

### **”Jag sover ju så jag är helt jävla värdelös”**

Alla deltagare beskrev under intervjuerna hur de hade erfarenheter av läkemedel vars negativa effekter inneburit att de sovit tyngre, haft svårare att ta sig upp på morgonen och att de behövt sova mer än tidigare. Deltagarna beskrev hur de sov för tungt för att vakna om deras barn behövde dem och att de hade svårt att komma upp ur sängen i tid, vilket påverkade föräldraförmågaområdena *grundläggande omsorg*, *känslomässig tillgänglighet* samt *stimulans och vägledning*. Deltagarna tillskrev dessa negativa effekter till läkemedel från kategorierna ångestdämpande och sömnläkemedel. Deltagare C beskrev sin upplevelse av det ångestdämpande läkemedlet Stesolid på följande vis:

*Deltagare: Ja den dämpade mig men den gjorde också att jag, det var inte  
så att den dämpade mig och så efter 30 minuter kunde jag komma tillbaka.  
Utan då var det liksom off, då var dagen slut och då kom jag tillbaka nästa  
dag.*

*Anhörig: I bästa fall nästa dag skulle jag vilja säga.*

*(Deltagare C)*

Den stora inverkan på föräldraförmågan gjorde att ett par av deltagarna använt dessa vid-behov-läkemedel restriktivt. De baserade användningen på hur mycket de negativa effekterna inverkade på deras föräldraförmåga snarare än deras behov av den positiva effekten av läkemedlen. För några av deltagarna hade de negativa effekterna på föräldraförmågan upplevts så försvårande att de valt att sluta med dessa läkemedel. I det första citatet nedan beskrev deltagare H hur hon ofta väljer att inte ta det ångestdämpande läkemedlet Atarax när hon har ansvar för barnet. I det andra citatet nedan beskrev deltagare D sitt beslut att inte använda sig av sömnläkemedel.

*Deltagare: Behov för dem är när du känner att du har svårt att sova. Men så lätt kan jag inte ta dem, eftersom jag upplever att de slår ut för mycket liksom. För jag måste ju vakna om [namnet på barnet] vaknar, min man tar dem också, han är utslagen. Så när han, han försvinner på nätterna, så måste någon vara vaken.*

*(Deltagare H)*

*Deltagare: Alltså jag har ju testat sömnmedicin men, men min bild är att jag har blivit så kän... Alltså tar jag det har jag svårt att komma upp dagen efter och det har inte jag, jag har behövt komma upp, jag har behövt kunna gå till ett jobb, jag har behövt kunna lämna mina barn [på dagis/skola].*

*(Deltagare D)*

De beskrev även hur dessa negativa effekter av läkemedelsbehandlingen hade påverkat deras förmåga att kunna skjutsa till fritidsaktiviteter samt laga mat till barnen och hur deras anhöriga därför fått ta över det ansvaret. Flera deltagare vittnade om hur de sov tyngre och hade haft svårare att vakna. Så här beskrev deltagare B det ” (...) *en del av de här medicinerna när du väl har tagit, alltså när du väl har somnat så sover du väldigt hårt också. Så det kan ju, alltså det kan ju också påverka när du vaknar och sådana grejer*”. En deltagare berättade hur hon halverade dosen de veckor barnet bodde hos henne för att kunna vakna om det hände något. Trots justeringen valde hon ändå att sova hemma hos sina anhöriga för att få hjälp att komma upp på morgonen. Det framkom även att många deltagare var noga med att informera sina anhöriga om när de tagit läkemedlen för att markera att de inte skulle kunna vara tillräkneliga. Flera av deltagarna lyfte fram vikten av att deras anhöriga kunnat kompensera för deras frånvaro.

*Deltagare: Inte något specifikt tillfälle men jag vet ju att det har hänt många gånger att jag bara säger, bara liksom såhär ”Nej nu går jag och lägger mig” och så tar tablett och så lägger jag mig och så skiter jag i allt. Så vet jag ju att han finns där så att. Jag hade ju inte gjort det om inte han hade funnits där.*

*(Deltagare C)*

## **Diskussion**

Syftet med studien var att undersöka deltagarnas upplevelse av hur deras föräldraförmåga påverkats utav negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression. Nästan alla föräldrar kunde beskriva erfarenheter av hur negativa effekter av läkemedlen på olika sätt hade påverkat deras förmåga att ta hand om sina barn. Det var framförallt de negativa effekterna trötthet och dåsighet från ångestdämpande läkemedel och sömnläkemedel, samt rastlöshet och känslomässig avtrubbnings från antidepressiva läkemedel, som upplevdes ha påverkat föräldraförmågan negativt. Vid analysen skapades fem teman som beskrev vilka områden av föräldraförmågan som påverkats och på vilket sätt. En kort sammanfattning följer nedan innan resultatet diskuteras.

De negativa effekterna funna i denna studie påverkade tre av fyra områden av föräldraförmågan; *grundläggande omsorg, känslomässig tillgänglighet och stimulans och vägledning*. Deltagarna beskrev inga erfarenheter av det sista området *säkerhet*, vilket utgörs av att skydda barn från våld och sexuella övergrepp. Temat ”*Det är*



*fruktansvärt att inte ha någon kontroll*” innehöll beskrivningar av hur trötthet och dåsighet påverkade deltagarnas uppmärksamhet och förmåga att vara närvarande i stunden, vilket påverkade området *grundläggande omsorg*. Även temat *’Har du tagit din inte-vara-ledsen-medicin [mamma]?’* beskrev hur en deltagares problem med abstinensbesvär påverkade området *grundläggande omsorg*. Vidare beskrev temat *”Känner mig tråkig”* hur de negativa effekterna trötthet, känslomässig avtrubning och rastlöshet försvårade lek och stimulans, tillhörande området *stimulans och vägledning*. Temat *”Känner mig mer känslokall”* beskrev hur känslomässig avtrubning påverkade deltagarnas känsla av engagemang och kärlek, vilket påverkade områdena *känslomässig tillgänglighet* och *stimulans och vägledning*. Slutligen handlade temat *”Jag sover ju så jag är helt jävla värdelös”* om hur deltagarna på grund av sina läkemedel sov så pass djupt och mycket att de inte klarade av att upprätthålla sin föräldraförmåga.

De brister i föräldraförmågan som beskrivits ovan kan påverka barn på många sätt. Tröttheten och dåsigheten som gjorde att föräldrarnas uppmärksamhet sviktade kan tänkas påverka deras förmåga att skydda barnen mot skador och olyckor i hemmet (Morrongiello, 2018). Denna brist drabbar enligt Morrongiello (2018) yngre barn hårdare då behovet av konstant uppsikt är som störst när barnen är små. Trötthet och dåsighet tillsammans med känslomässig avtrubning och rastlöshet, bidrog också till vissa föräldrars upplevelse av att de inte orkade tillgodose barnens behov av lek och stimulans. Då barnen är små anses föräldrarna vara den viktigaste källan till samspel och stimulans, medan umgänget med vänner blir allt mer viktigt med stigande ålder (Socialstyrelsen, 2018). Lovejoy et al. (2000) fann att yngre barn drabbades hårdare av mödrars depression eftersom de inte själva kunde initiera samspel. Detsamma skulle kunna gälla för barn vars föräldrars engagemang i lek och samspel brister på grund av negativa effekter av läkemedelsbehandling. Att som barn inte få tillräckligt mycket stimulans kan leda till utvecklingsförseningar och öka risken för psykosociala problem (Milteer, Ginsburg & Mulligan, 2012). Leken anses även spela en viktig roll i att skapa och bibehålla en bra relation mellan förälder och barn (Milteer et al., 2012).

Den känslomässiga avtrubningen påverkade utöver leken även föräldrarnas känsla av att genuint bry sig om eller känna kärlek till sina barn. Barn har under uppväxten behov av att föräldern kan förmedla ett positivt känslomässigt engagemang och ge emotionellt stöd (Socialstyrelsen, 2018), vilket skulle kunna försvåras av känslomässig avtrubning. Om barn inte får sina känslomässiga behov tillgodosedda kan det leda till att barnet inte utvecklar en trygg anknytning, vilket i sin tur kan göra att barnet får svårt att förstå och hantera sina egna känslor (Ziv, Aviezer, Gini, Sagi & Koren-Karie, 2000). En av deltagarna berättade hur hennes barn, som var i lågstadieåldern, ofta påminde henne om att ta sina läkemedel. Att behöva ta ett icke-åldersadekvat ansvar för sin förälders välmående kan leda till rollförvirring, vilket även det kan påverka barnets utveckling negativt (Macfie, Brumariu & Lyons-Ruth, 2015).

Något som stod ut i resultatet, oavsett tema, var hur beroende deltagarna var av stöd från anhöriga för att få vardagen med läkemedelsbehandling och barn att gå ihop. Deltagarna vittnade om att anhöriga hjälpt dem med allt från lek till att ta över ansvaret för barnet för att möjliggöra för dem att ta sina läkemedel. Talati et al. (2007) fann att det var dubbelt så vanligt att ensamstående mödrar avbröt sin läkemedelsbehandling i förtid jämfört med de som levde i en parrelation. Resultatet i denna studie kan bidra till en ökad förståelse för detta fenomen genom att det visar hur beroende föräldrar som upplever negativa effekter av sin läkemedelsbehandling är av sina anhöriga, främst sin partner. Att undersöka möjligheten till hjälp från anhöriga skulle således kunna vara en

viktig aspekt i planeringen och uppföljningen av läkemedelsbehandlingen för att förhindra tidiga avbrott. De anhöriga som deltog i denna studie hade främst en minnesstödande roll. Deras upplevelse av det ökade ansvar deltagarens läkemedelsbehandling inneburit undersöktes därför inte närmare. Det går emellertid att anta att det blir en högre belastning för de anhöriga. Trots att denna belastning kan tänkas vara lägre än före behandlingen, när den anhöriga var deprimerad, kan stödjande insatser behöva tas i beaktning för att säkerställa att barnet inte blir lidande.

Som bland annat Priel et al. (2019) beskrev har depression visats kunna påverka föräldraförmågan negativt på många sätt, vilket i förlängningen även påverkat barnets psykiska hälsa. Det är av stor vikt att föräldrarna får bästa möjliga behandling och en avvägning kommer alltid att behöva ske när negativa effekter uppstår vid en läkemedelsbehandling. Vad är minst dåligt, de depressiva symptomen eller de negativa effekterna av läkemedelsbehandlingen? Deltagare F reflekterade över sin läkemedelsbehandling på följande sätt ”... *man kan vara bättre förälder både om man inte är sjuk och om man inte tar sådana läkemedel*”. Det optimala vore självklart om föräldrarna inte led av depression och därmed inte behövde ta läkemedel, men det är inte ett reellt alternativ. Genom ökad kunskap om hur negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression kan påverka föräldraförmågan, kan en mer informerad uppföljning och avvägning göras avseende om behandlingen går i linje med barnets bästa.

## Studiens begränsningar

Ett tidigt problem som uppstod var svårigheten att rekrytera deltagare och resultatet bör tolkas i ljuset av detta bortfall. Bortfallet kan ha påverkats av att rekryteringsprocessen initialt skedde i för många steg, eller av att ämnet var känsligt och upplevts för jobbigt att intervjuas om. Utifrån att det är ett känsligt ämne bör det tas i beaktning att de föräldrar som valde att delta i studien, kan vara föräldrar som upplevt att de inte brustit allt för mycket i sin föräldraförmåga. En indikation på ovanstående var att många beskrev hur de klarat sig förhållandevis bra. De patienter som låg i vårdnadstvist eller ansågs för svårt deprimerade var inte aktuella för studien. Att de som mådde sämst, och eventuellt även de som tyckt ämnet föräldraförmåga för svårt att intervjuas om, inte fanns representerade i urvalet har förmodligen påverkat resultatet av denna studie och dess generaliserbarhet. Även urvalets storlek bidrar till resultatets begränsade generaliserbarhet.

Båda intervjuledarna upplevde det i flera intervjuer svårt att få deltagarna att reflektera kring föräldraförmåga och mentalisera kring hur deras barn upplevt dem under den aktuella perioden. Deltagarna rekryterades från en psykiatrisk mottagning och många hade lidit av depression i flera år. Det förekom även deltagare med andra diagnoser så som PTSD samt misstänkt bipolär sjukdom. En möjlig förklaring till att deltagarna upplevdes ha svårt att reflektera kring intervjufrågorna kan vara att de mådde för dåligt. Deltagarna kanske fortfarande var för påverkade av sin depression för att klara av det obehag som eventuellt skulle kunna väckas av att reflektera kring hur ens depression och läkemedelsbehandling påverkat och uppfattats av ens barn. En annan förklaring kan vara att de läkemedel deltagarna tog hade en inverkan på deras förmåga till reflektion och mentalisering. Här är det emellertid viktigt att tillägga att de båda intervjuledarna var oerfarna gällande genomförandet av semi-strukturerade intervjuer

vilket också kan ha påverkat möjligheten till reflektion. I ljuset av ovan nämnda svårigheter borde intervjun eventuellt delats upp. Genom att träffa deltagarna mer än en gång eller ge dem möjlighet att på förhand läsa igenom intervjufrågorna skulle mer utrymme för reflektion kunnat skapas, vilket eventuellt kunde gett mer utförliga svar.

Det var under intervjuerna lättare för deltagarna att beskriva de negativa effekter som kommit av de läkemedel de tog vid behov, än de som kommit av de läkemedel de tagit dagligen. De läkemedel de tagit vid behov gav en relativt snabb effekt som de tydligt kunnat koppla till sitt intag av läkemedlet. Det har för vissa därför varit svårare att tänka kring antidepressiva läkemedel än ångstdämpande läkemedel och sömnläkemedel - något som kan ha bidragit till att en del negativa effekter av antidepressiva läkemedel inte blivit synliga i vår studie. Här blev även frågan om vad som ska räknas som en negativ effekt aktuell, speciellt i förhållande till antidepressiva läkemedel. Ett beslut fattades om att gå på deltagarnas definitioner kring vad som skulle räknas som en negativ effekt. Det baserades på att deltagarna själva kände till sin läkemedelsbehandling bäst samt att det var deras upplevelse som eftersöktes i denna studie. Det gjordes således ingen analys kring om det som av deltagarna beskrevs som negativa effekter var någon form av biverkning eller om det i vissa fall kanske handlar om utebliven effekt. Materialet hade eventuellt kunnat bli mer nyanserat om intervjuledarna haft större insyn i deltagarnas läkemedelsbehandling, och kunnat resonera kring denna typ av frågor under intervjuerna.

Slutligen fanns det svårigheter med att göra en retrospektiv studie. Många av deltagarna hade varit sjuka under en lång tid och hade av olika anledningar begränsade minnen av det som hänt. Minnena kan även ha förändras över tid och blivit mindre nyanserade. För att försöka underlätta denna aspekt för deltagarna ombads de ta med en anhörig till intervjuerna som stöd.

## **Kliniska implikationer**

Trots denna uppsats fokus på negativa effekter ska den inte ses som ett ställningstagande mot läkemedelsbehandling, utan ämnar endast belysa vilka konsekvenser vanliga negativa effekter av läkemedelsbehandling vid depression har på föräldraförmågan. Denna studie har visat att många av de vanliga negativa effekterna av läkemedelsbehandling vid depression kan påverka föräldraförmågan negativt. Allt från föräldrarnas känslomässiga tillgänglighet till uppmärksamhet på barnets säkerhet kan försämrats och behovet av anhöriga som kan stötta är stort. Patienter som saknar stöd från anhöriga blir således en extra utsatt grupp i stort behov av fortsatta stödjande insatser även under läkemedelsbehandlingen.

Flera deltagare uttryckte att intervjufrågornas innehåll inte var något de funderat kring tidigare och att de inte talat med sin läkare om denna typ av frågor. Att ta hänsyn till patientens föräldraskap behöver vara en integrerad del av läkarens och annan vårdpersonals repertoar i såväl insättning som uppföljning av läkemedel. Läkaren måste tillsammans med patienten i detalj utforska hur läkemedlen påverkar patientens föräldraförmåga och vid vilken tidpunkt det är lämpligt att patienten tar läkemedel. Det är även viktigt att undersöka om det är något av läkemedlen som är direkt olämpligt med tanke på att patienten är förälder och om det finns en annan vårdnadshavare eller vuxen tillgänglig för avlastning. Det är viktigt att diskutera frågor som de ovanstående och informera föräldrar om hur eventuella negativa effekter av läkemedelsbehandlingen

kan komma att påverka föräldraförmågan. Patienter har enligt svensk lag (PSL, SFS 2010:659) rätt att få anpassad information kring behandling samt potentiella biverkningar och studier visar att denna typ av information förbättrar chansen för tillbakagång av depressionen (Read et al., 2015). Ett alternativ skulle kunna vara att tillsammans med patienten bestämma att föräldraförmågan ska prioriteras och vara huvudfokus för behandlingen. Många deltagare uttryckte under intervjuerna att barnen var det viktigaste de hade och att de känt skuld över att de i perioder inte kunnat vara den förälder de velat vara. Att sätta föräldraförmåga i fokus för behandlingen skulle därför kunna vara motiverande för föräldern. Det skulle även kunna lätta något på den skuld de känt gällande sitt föräldraskap då de börjar ta aktiva steg mot att bli en bättre förälder.

Att följa upp om läkemedelsbehandlingen påverkar föräldraförmågan ligger således i såväl föräldrarnas som vårdens intresse, men främst ligger det i barnets intresse. Det är i slutändan de som drabbas hårdast av en bristande föräldraförmåga. Barnets behov behöver sättas i främsta rummet och vara en viktig parameter i läkemedelsbehandlingsinsättning och uppföljning.

## Referenser

- Arbanas, G., Arbanas, D., & Dujam, K. (2009). Adverse effects of benzodiazepines in psychiatric outpatients. *Psychiatria Danubina*, 21, 103-107.
- Arborelius, L. (2016). *Neurofarmakologi: för psykologer, psykoterapeuter och beteendevetare*. (1. utg.) Stockholm: Natur & kultur.
- Atarax (2019). *FASS*. Hämtad 2019-04-22 från <https://www.fass.se/LIF/product?userType=2&nplId=19570405000021>
- Baldwin, D. S., Aitchison, K., Bateson, A., Curran, H. V., Davies, S., Leonard, B., Nutt, D. J., Stephens, D. N. & Wilson, S. (2013). Benzodiazepines: Risks and benefits. A reconsideration. *Journal of Psychopharmacology*, 27, 967–971. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/0269881113503509>
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., & O'Connor, E. E. (2011). Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: A review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 1098-1109. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jaac.2011.07.020>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. (1. ed.) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Brown, C., Battista, D. R., Bruehlman, R., Sereika, S. S., Thase, M. E., & Dunbar-Jacob, J. (2005). Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: Relationship to self-reported adherence. *Medical Care*, 43, 1203-1207. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/01.mlr.0000185733.30697.f6>
- Choy, Y. (2007). Managing Side Effects of Anxiolytics. *Primary Psychiatry*, 14, 68-76.
- Eastmond, M. & Åkesson, L. (red.) (2007). *Globala familjer: transnationell migration och släktskap*. Hedemora: Gidlund.
- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony and the construction of shared timing; physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal*

- of *Child Psychology and Psychiatry* 48, 329–354.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x>
- Föräldrabalken (SFS 1949:381). Hämtad 2019-04-27 från:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381\\_sfs-1949-381](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/foraldrabalk-1949381_sfs-1949-381)
- Goodwin, G. M., Price, J., De Bodinat, C., & Laredo, J. (2017). Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 221, 31-35.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2017.05.048>
- Hjern, A., & Adelino-Manhica, H. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Nationellt kompetenscentrum anhöriga.
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karukivi, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2018). Is antidepressant use associated with difficulty identifying feelings? A brief report. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 26, 2-5.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/pha0000165>
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20, 561-592. doi:[http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Macfie, J., Brumariu, L. E., & Lyons-Ruth, K. (2015). Parent–child role-confusion: A critical review of an emerging concept. *Developmental Review*, 36, 34-57.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.dr.2015.01.002>
- Milteer, R. M., Ginsburg, K. R., & Mulligan, D. A. (2012). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: Focus on children in poverty. *Pediatrics*, 129, 204-213.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1542/peds.2011-2953>
- Morrongiello, B. A. (2018). Preventing unintentional injuries to young children in the home: Understanding and influencing parents' safety practices. *Child Development Perspectives*, 12, 217-222.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/cdep.12287>
- Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659) Hämtad 2019-04-27 från:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659\\_sfs-2010-659](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659)
- Pestello, F. G. & Davis-Berman, J. (2008). Taking antidepressant medication: A qualitative examination of internet postings. *Journal of Mental Health*, 17, 349-360. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/09638230701498333>
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Poh, E., Hernandez, M., Batten, L. A., Flament, M. F., Stewart, J. W., Blier, P., & Weissman, M. M. (2014). Psychopathology and functioning among children of treated depressed fathers and mothers. *Journal of Affective Disorders*, 164, 107-111.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2014.04.012>
- Price, J., Cole, V., & Goodwin, G. M. (2009). Emotional side-effects of selective serotonin reuptake inhibitors: Qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 211-217.  
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1192/bjp.bp.108.051110>
- Priel, A., Djalovski, A., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2019). Maternal depression impacts child psychopathology across the first decade of life: Oxytocin and synchrony as markers of resilience. *Journal of Child Psychology*

- and *Psychiatry*, 60, 30-42.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/jcpp.12880
- Read, J., Cartwright, C., & Gibson, K. (2014). Adverse emotional and interpersonal effects reported by 1829 new zealanders while taking antidepressants. *Psychiatry Research*, 216, 67-73.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.psychres.2014.01.042
- Read, J., Gibson, K., Cartwright, C., Shiels, C., Dowrick, C., & Gabbay, M., (2015). Understanding the non-pharmacological correlates of self-reported efficacy of antidepressants. *Acta Psychiatr Scand*, 131, 434-445.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/acps.12390
- Shelton, C. (2014). Long-term management of major depressive disorder: are differences among antidepressant treatments meaningful? *J Clin Psychiatry*. 65, 29-33.
- Socialstyrelsen, (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*. Tryckeri AB.
- Socialstyrelsen, (2018). *Grundbok i BBIC; barns behov i centrum*. Tryckeri AB, Falun.
- Zimmerman, M., Galione, J. N., Attiullah, N., Friedman, M., Toba, C., Boerescu, D. A., & Ragheb, M. (2010). Underrecognition of clinically significant side effects in depressed outpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 484-490.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.4088/JCP.08m04978blu
- Ziv, Y., Aviezer, O., Gini, M., Sagi, A., & Koren-Karie, N. (2000). Emotional availability in the mother–infant dyad as related to the quality of infant–mother attachment relationship. *Attachment & Human Development*, 2, 149-169.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/14616730050085536
- Weissman, M. M., Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Talati, A., Wisniewski, S. R., Fava, M., . . . Rush, A. J. (2006). Remissions in maternal depression and child psychopathology: A STAR\*D-child report. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 295, 1389-1398.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1001/jama.295.12.1389
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Pilowsky, D. J., Poh, E., Batten, L. A., Hernandez, M., Flament, M. F., Stewart, J. A., McGrath, P., Blier, P., & Stewart, J. W. (2015). Treatment of maternal depression in a medication clinical trial and its effect on children. *The American Journal of Psychiatry*, 172, 450-459.  
doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1176/appi.ajp.2014.13121679

## Bilaga 1

### INFORMATION TILL PATIENT OM FORSKNINGSPROJEKTET ”Föräldraskap vid medicinsk behandling av depression”

#### **Bakgrund och syfte**

Studien görs i ett samarbete mellan Göteborgs Universitet och Sahlgrenska Universitetssjukhuset. För att öka kunskapen om hur medicinsk behandling påverkar föräldraskapet och barnets välbefinnande vänder vi oss i planerad studie till föräldrar med depression. Att förbättra den psykiatriska vården utifrån ett barn- och föräldraperspektivet är ett viktigt område. Vi utgår från att studien kan bidra till en ökad förståelse för hur föräldraskap påverkas av medicinsk behandling samtidigt som vi tar reda på mer om ett potentiellt förbättringsområde för sjukvården vad gäller i vilken utsträckning barn- och föräldraskapsperspektivet beaktas i psykiatrisk öppenvårdvård.

#### **Förfrågan om deltagande**

Du som är patient på Psykiatrimottagning centrum inbjuds att delta i en intervju tillsammans med barnets andra förälder eller en nära anhörig.

Deltagandet i studien är helt frivilligt och påverkar inte dina möjligheter att få stöd eller behandling. Om du deltar i forskningsprojektet är du inte skyldig att svara på alla frågor som ställs och du behöver inte motivera varför du inte vill svara. Du kan också när som helst säga till någon av forskarna att du önskar att avsluta ditt deltagande utan att motivera varför. Ett sådant beslut påverkar inte heller din behandling på kliniken.

#### **Hur går studien till?**

Du kommer att bli kontaktad per telefon och tillfrågad om att delta i studien. Information om studien kommer då att ges. Om du tackar ja till att delta i studien kommer du att bli intervjuad under cirka fyrtiofem minuters tid. Frågorna kommer att handla om hur den medicinska behandlingen har påverkat dig i rollen som förälder. Forskarna kommer också att fråga om din tillåtelse för att begära ut information om din aktuella diagnos samt din medicinska behandling.

#### **Fördelar och risker med deltagande?**

Genom att undersöka patienters egen erfarenhet kan studien bidra till förbättringsområden för sjukvården.

Eftersom studien kommer behandla frågor som kan vara av känslig karaktär med inriktning mot föräldraskap kan du vid behov erbjudas stöd och uppföljande samtal. Om vi under datainsamlingen får reda på oroväckande uppgifter om ditt barn kommer vi tillsammans med dig verka för att ni får stöd.

#### **Hantering av data och sekretess**

Utförarstyrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset är ansvarig för behandlingen av personuppgifterna. Enligt Personuppgiftslagen (1998:204) har du rätt att ansöka om information om vilka personuppgifter som behandlas. Personuppgiftsombudet är den person som ansvarar för att dina personuppgifter behandlas på ett lagligt och korrekt

sätt. Vid behov kan personuppgiftsombudet hjälpa till så att du kan få information om vad som registrerats och få eventuella rättelser genomförda. [kontaktuppgifter]

Alla svar behandlas konfidentiellt och hanteras enligt personuppgiftslagen (PUL). Dina svar och dina resultat sparas i ett brand- och stöldsäkert utrymme under 10 år. Istället för namn och personnummer får varje deltagare en specifik kod. Listan över koder sparas separat från data så att det inte är möjligt för obehöriga att koppla ihop uppgifterna du lämnar med dig som person. Data som samlas in förvaras åtskilt från journaler och personal vid kliniken kommer inte att ha tillgång till data.

Ljudupptagning av intervjuerna kommer att förvaras i digitalt format samt skrivs ut till text. Utskriven text kommer benämnas "Intervju X" i syfte att tillförsäkra deltagarna konfidentialitet.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Gruppresultat kommer att redovisas på psykiatridagarna 2019. Resultat publiceras också i vetenskapliga publikationer.

### **Försäkring, ersättning**

Den vanliga patientförsäkringen gäller.

### **Ansvariga**

[kontaktuppgifter]



## INFORMERAT SAMTYCKE

Jag har blivit skriftligen och muntligen informerad om projektet ”Föräldraskap vid medicinsk behandling av depression”.

Jag vet

- Att det är helt frivilligt att delta i projektet.
- Att jag kan avbryta min medverkan när som helst utan förklaring och utan att det kommer att påverka behandlingen i övrigt.
- Att min behandlare lämnar information om min diagnos
- Att min behandlare lämnar information om min läkemedelsbehandling

Jag samtycker till att

Delta i projektet och till att personuppgifter som kontaktuppgifter, ålder, kön och svar på intervjufrågor behandlas i projektet i enlighet med den information som framgår av informationsbladet.

Forskningsdeltagarens underskrift

Plats.....

Datum.....

Namn.....

Ansvarig forskare Peter Sand, PhD

Plats.....

Datum.....

Namn.....

## Bilaga 2

### Ingress till intervjun

*Jag vill betona att intervjuens huvudsyfte är att undersöka hur ditt föräldraskap påverkats av din medicinska behandling i samband med depression.*

*Jag kommer att ställa frågor om flera olika delar av föräldraskapet. Jag kommer först att ställa frågan till dig (patienten) och sedan vända mig till dig (partnern) för att få höra bådass perspektiv kring detta. Det är helt ok om ni svarar olika.*

### Bakgrundsfrågor

Hur gammal är du?

Hur många barn har du?

Hur gamla är dina barn?

Bor du tillsammans med dina barn? (heltid/halvtid)

Bor du tillsammans med barnets/barnens andra förälder?

- Om inte, bor du tillsammans med någon annan?

Hur gammal var du första gången du sökte hjälp för din depression?

Hur länge har du varit patient på den här mottagningen?

### Insjuknande

*De första frågorna kommer att behandla hur du upplevde att ditt föräldraskap påverkades när du började må dåligt. De här frågorna ställer vi för att vi skall kunna få en bild av hur den medicinska behandlingen därefter kan ha påverkat ditt föräldraskap.*

- Hur var det när du började uppleva att du mådde dåligt första gången sedan du blivit förälder?
- Hur påverkade ditt mående din föräldraförmåga? (visa mindmapen, fråga om respektive område, låt deltagarna fundera, resonera)
- Hur tror du att ditt barn upplevde dig under den här perioden?

### Nuvarande läkemedelsbehandling och föräldraförmåga

*Många patienter inom psykiatrin tar flera olika läkemedel och vi är intresserade av vilka läkemedel du har och har haft och hur du upplever att de påverkar dig som förälder.*

- Vilka läkemedel tar du just nu?
  - Kan du berätta någonting om ditt föräldraskap påverkas av dina nuvarande mediciner? (titta på mindmapen tillsammans och gå igenom de olika läkemedlen och respektive område)

*Jag tänkte att vi skall titta lite på olika typer av läkemedel och fundera kring både positiva och negativa effekter på föräldraskapet. Här är en lista över vanliga läkemedel och lite biverkningar (visa).*

- Om vi tänker speciellt på antidepressiva läkemedel, när tar du dem, och hur tycker du de har påverkat/påverkar din föräldraförmåga? (positivt/negativt/biverkningar)
- Om vi tänker speciellt på sömnmediciner, när tar du dem, och hur tycker du de har påverkat/påverkar din föräldraförmåga? (positivt/negativt/biverkningar)
- Om vi tänker speciellt på lugnande/ångestdämpande, när tar du dem och hur tycker du de har påverkat/påverkar din föräldraförmåga? (positivt/negativt/biverkningar)
- Tänker du att ditt barn uppfattar effekterna av något av dessa läkemedel?
- Har du någon gång tagit mer eller mindre medicin än vad du skall?
- Hur tror du att ditt barn upplever dig nu i jämförelse med när du inte tog mediciner?

### Kontakt med mottagningen

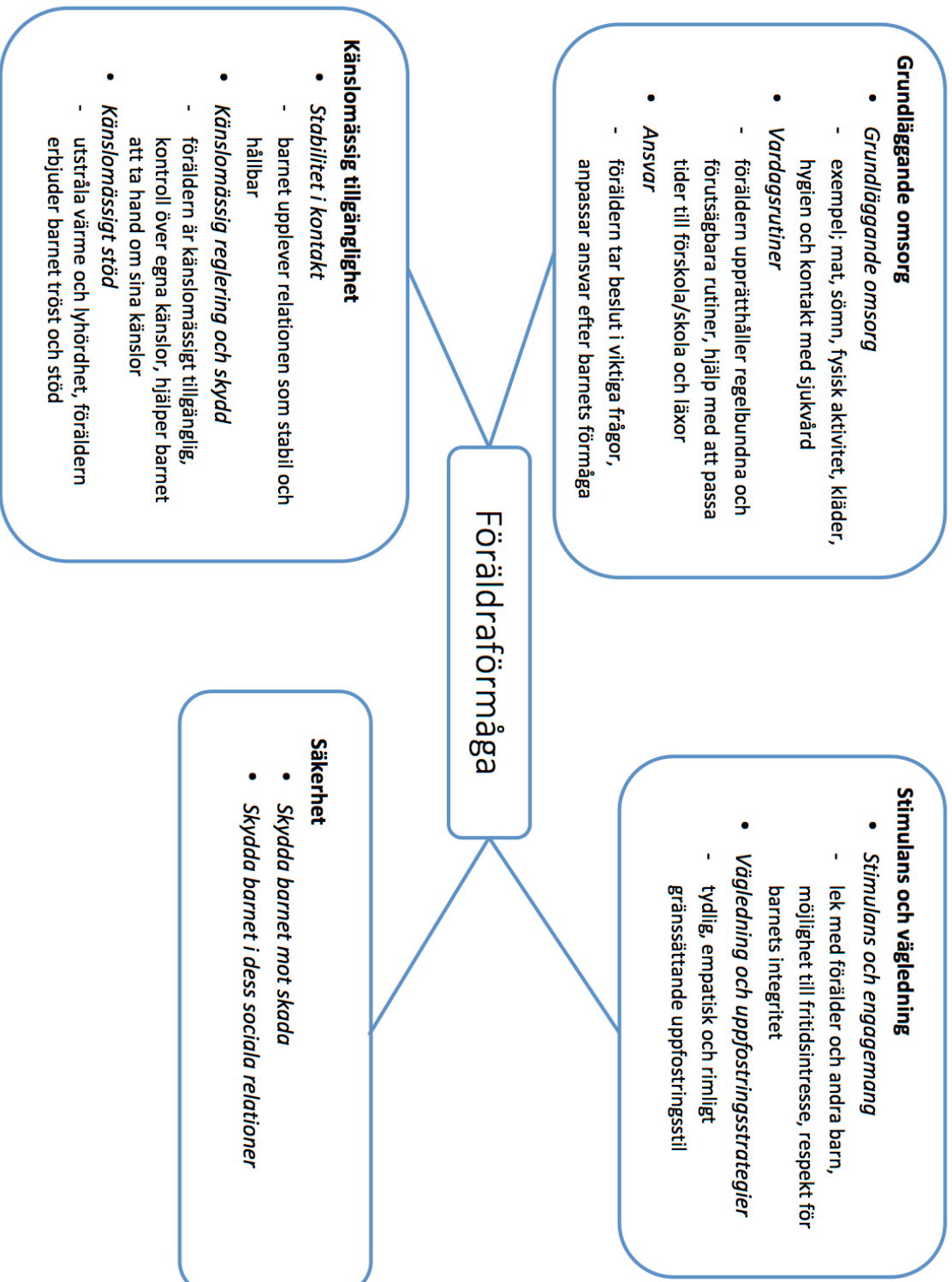
*Nu kommer jag avsluta med ett par frågor som rör din kontakt med mottagningen*

- Hur upplever du stödet från mottagningen i din roll som förälder?
- Har dina barn fått tillgång till stöd efter att du blev sjuk? Vilket?
- Är det här frågor som du och din läkare diskuterar?

### Avslutande fråga

- Är det något jag glömt att fråga om som är viktigt för att jag ska förstå hur läkemedelsbehandling påverkar din föräldraförmåga?
- Hur har det känts att svara på de här frågorna?

## Bilaga 3



## Bilaga 4

### ANTIDEPRESSIVA LÄKEMEDEL

#### SSRI

- Cipramil
- Citalopram
- Cipralex
- Premalex
- Seroxat
- Paroxetin
- Paroxiflex
- Zolofit
- Oralin
- Sertalin
- Serrone
- Fontex
- Fluoxetin
- Fevarin

#### Övriga antidepressiv

- Mirtazapin
- Mirtin
- Remeron och Remeron-S
- Mianserin Mylan
- Edronax
- Bupropion
- Voxra
- Valdoxan
- Aurorix
- Brintellix

#### BIVERKNINGAR

- försämrad reaktionsförmåga
- sömnsvårigheter
- dåsighet
- känslomässig avtrubning
- yrsel
- orolighet
- darrighet
- huvudvärk
- rastlöshet (svårt att sitta/stå still)

#### SNRI

- Efexor Depot
- Venlafaxin
- Aricalm
- Artavi
- Cymbalta
- Duloxetin

#### Tricykliska antidepressiva

- Anafranil
- Klomipramin Mylan
- Amitriptylin Abcur
- Saroten
- Sensaval
- Ludiomil

### LÄKEMEDEL VID SÖMNSVÅRIGHET

#### Antidepressiva

- Remeron-s
- Mirtazapin
- Mirtin

#### Övrigt

- Circadin
- Propavan

#### Bensodiazepinbesläktade

- Imovane
- Zopiclone
- Zopiklon
- Edluar
- Stilnoct
- Zolpidem

#### BIVERKNINGAR

- trötthet och dåsighet dagen efter
- mardrömmar
- huvudvärk
- yrsel
- ont i leder eller muskler
- känna sig matt, darrig eller orolig

### LÄKEMEDEL MOT ÅNGEST

(vanligast att pat. får SSRI/SNRI)

#### Bensodiazepiner

- Oxascand
- Sobril
- Apodorm
- Mogadon
- Nitrazepam Recip
- Flunitrazepam Mylan

#### BIVERKNINGAR

- känna sig trött och dåsig dagen efter
- yrsel
- svaga i musklerna
- se dubbelt
- ont i huvudet
- darrningar
- sluddrigt tal
- känslomässig avtrubning
- förvirrade
- minnesförlust

#### Antihistaminer

- Leriglan
- Theralen

#### Antihistaminer

- känna sig trött och dåsig dagen efter
- tillfällig huvudvärk
- lätt yrsel

Källa: 1177 vårdguide (<https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/>)