

Hur många barn och hur går det för barnen?

Kapitel 8 Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård - Hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?,
Gisela Priebe, Maria Afzelius



Att se barn som anhöriga - Om relationer, interventioner och omsorgsansvar

Under redaktion av
Ulrika Järkestig Berggren
Lennart Magnusson
Elizabeth Hanson

Nka  **Linneuniversitetet**
Kalmar Växjö

Att se barn som anhöriga

- Om relationer, interventioner och omsorgsansvar

Redaktörer

Ulrika Järkestig Berggren,

Lenhart Magnusson

Elizabeth Hanson

Barn som anhöriga 2015:6

Förord

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har hälso- och sjukvården sedan år 2010 ett ansvar att beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, psykisk störning eller funktionsnedsättning, missbrukar beroendeframkallande medel eller när en förälder oväntat avlider. Baserat på det har regeringen tagit initiativ till ett brett nationellt utvecklingsarbete, där Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för att stärka stödet till barn och unga i utsatta situationer. En fråga som förutom hälso- och sjukvården i allra högsta grad berör kommunernas socialtjänst och skola och förskola.

Linnéuniversitetet och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har i uppdrag av Socialstyrelsen att ta fram och sprida kunskap inom området "Barn som anhöriga" och att bygga upp en bas för kunskapsproduktion och kunskaps-spridning samt stimulera och stödja utvecklingen inom området. Som en del i detta arbete har ett tvärvetenskapligt forskarnätverk "Barn som anhöriga" med engagerade forskare bildats. Forskarnätverket koordineras från Nka och Linnéuniversitetet. Under ett av forskarnätverkets första möten togs initiativ till att producera en antologi om aktuell forskning och utveckling inom området.

Syftet med antologin är att sammanställa aktuell forskning och utveckling inom området barn som anhöriga. Antologin fångar viktiga aspekter av anhörigskap för barn. Författarna lyfter centrala och aktuella aspekter utifrån sina forskningsområden. Huvudfokus i antologi är den svenska kontexten med sina specifika förutsättningar, men antologin innehåller också internationella utblickar till Storbritannien, där "Young carers" är ett etablerat forskningsområde. Totalt har 28 forskare medverkat i antologin som omfattar 18 kapitel och undertecknade har varit redaktörer.

Antologin vänder sig till studerande på sjuksköterske-, läkar-, socionom- och lärarprogrammet samt övriga professionsutbildningar som i sin yrkesverksamhet möter anhöriga, barn och deras föräldrar i behov av stöd. Den är även avsedd för beslutsfattare, verksamhetsutvecklare, enskilda personer och idéburna organisationer som söker kunskap om barns livsvillkor som anhöriga. För att göra den lättillgänglig finns den publicerad i tryckt form och som pdf. Det är möjligt att ta del av antologin som helhet och kapitlen var för sig som pdf via Nka:s webbsida.

Lennart Magnusson Elizabeth Hansson Ulrika Järkestig Berggren
Verksamhetschef, FoU-ledare, professor Universitetslektor
docent

Nka, Linnéuniversitetet www.anhoriga.se

Inledning

Ulrika Järkestig Berggren, Lennart Magnusson,
Elizabeth Hanson

Barn är anhöriga. De är anhöriga till föräldrar, till syskon, till far- och morföräldrar och till andra vuxna eller barn som de bor med. Att betrakta minderåriga barn som anhöriga kan uppfattas som ett nytt sätt att förstå barns verklighet i vilken relationen till familjen lyfts fram, men det visar också på barnets position i ett samhälleligt och rättsligt sammanhang.

Bakgrunden till temat för denna antologi står att finna i en förändring av hälso- och sjukvårdslagen som lyfter barns behov i positionen anhöriga. I hälso- och sjukvårdslagen infördes 2010 en ny paragraf §2g, som ger hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar att:

beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller andra droger. Detsamma gäller om barnets förälder oväntat avlider. (HSL §2g)

Denna lagparagraf innebär att barns behov ges en rättslig status genom deras position som anhöriga. Vidare innebär paragrafen att professionella i hälso- och sjukvården ska beakta barns behov och att på ett adekvat sätt kunna informera, ge råd och stöd. För detta krävs kunskap, kompetens och tillgång till effektiva interventioner. Lagparagrafens tillkomst kan ses i ljuset av FN:s barnkonvention som ett försök att implementera barns rätt enligt konventionen i hälso- och sjukvårdslagen. Vad det innebär att se barn som anhöriga i dessa situationer utgör därför en empirisk fråga att beforska.

Anhörigskap uttycker förutom en rättslig position, också en känslomässig relation och en beroenderelation. I anhörigskapet finns en utsatthet då de svårigheter som drabbar t e x en förälder också drabbar barnen i familjen, men samtidigt i anhörigskapet finns också ofta ett aktörskap. Båda dessa sidor av anhörigskap gäller för barn som är anhöriga. Barn är utsatta för det som händer deras föräldrar eller syskon och de kan ha behov av information för att förstå sin situation och vad som händer. De kan ha behov av mer konkret stöd, men också ibland av skydd. I de situationer som lagtexten räknar upp utsätts barn för situationer i sin hemmiljö som är stressande och som på sikt kan riskera att påverka barns utveckling negativt. Samtidigt besitter barn egna resurser och tar sig också ett eget aktörskap i sin familj. Barn och ungdomar tar ibland på sig uppgifter i hemmet och ansvar

för sina föräldrar och syskon. När det gäller vuxna talas det om anhängvårdare, men det förekommer också att barn tar på sig omsorgsansvar. Ett annat sätt för barn att vara aktörer är att söka olika sätt att hantera de situationer som uppstår genom att söka stöd i andra relationer. I antologin speglas såväl barns utsatthet som deras aktörsskap i anhängrelationen.

Hur barns anhängskap betraktas påverkas också av vilket perspektiv som ”barn” och ”barndom” beskrivs utifrån. Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv på barn som becomings lyfter fram barns beroende och sårbarhet, samt föräldrars ansvar att tala för sina barn och formulera barnens behov. I detta perspektiv är det viktigt att också skydda barn från en negativ utveckling i vuxen ålder. Ett fokus på barns egna perspektiv sätter istället fokus på barn som medborgare, som beings, med rätt att bli hörda och att få ha inflytande och delaktighet över sin situation här och nu. Vidare innebär anhängskap att barn ingår i en familj och kan då betraktas som en del i familjens större enhet. Familjerelationer är därför den centrala utgångspunkten för antologins samtliga kapitel. I några kapitel lyfts också frågor om vad ett familjeperspektiv innebär. Hur kommer barns perspektiv fram i ett familjeperspektiv och vems röst formuleras i ett familjeperspektiv? Att se barn som anhänga bör innebära att hålla två fokus samtidigt: Barns eget perspektiv ska tydliggöras, samtidigt som barns position och relation till sin familj kommer i fokus.

Denna antologi har kommit till på initiativ av forskarnätverket ”Barn som anhänga” i syfte att ställa samman svensk aktuell forskning om barn i deras position av att vara anhänga. Antologin utgör ett första försök att fånga viktiga aspekter av anhängskap för minderåriga barn. Författarna lyfter aspekter som de uppfattar som centrala och aktuella utifrån sitt forskningsområde, men kunskapsområdet kan såväl vidgas som fördjupas. Även om lagstiftningen medför nya utmaningar och att se barn i positionen anhänga ställer nya frågor, har forskare under lång tid forskat om barns och familjers utsatthet, risker och resiliens i situationer som är stressande. Internationell forskning bidrar också med nya perspektiv på barns anhängskap. Ett exempel i antologin är barns omsorgsansvar som är ett etablerat forskningsområde i England men som hittills inte har beforskats i någon större utsträckning i Sverige. Huvudfokus i denna antologi utgör dock den svenska kontexten med sina specifika förutsättningar. Det finns behov av att lyfta svensk forskning och utveckling inom området. Ett initiativ för att göra detta är forskarnätverket.

Forskarnätverket ”Barn som anhänga” har kommit till genom initiativ i projektet ”Barn som anhänga” vilket är ett nationellt utvecklingsarbete på initiativ av regeringen, där Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för att stärka stödet till barn och unga i utsatta situationer. Nationellt Kompetenscentrum anhänga (Nka) har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att i samverkan med Linnéuniversitetet ta fram och sprida kunskap inom området ”Barn och unga som anhänga” och att långsiktigt bygga upp en bas för kunskapsproduktion och kunskapsspridning, stimulera och stödja utvecklingen inom detta område och implementeringen av den nya lagparagrafen.

Forskarnätverket utgör ett tvärvetenskapligt sammanhang där forskare möts som kommer från många olika discipliner och verksamheter för att samverka.

Tvåvetenskapligheten betyder att kapitlen i antologin har många olika teoretiska och metodologiska infallsvinklar på barns anhörigskap, vilka förhoppningsvis sammantaget kan besvara fler och mer komplexa frågor än vad som är möjligt att göra i var disciplin för sig.

Presentation av antologins kapitel

Huvudsakligen griper antologin över fem teman: Barns centrala relationer till sin familj och den utsatthet som kan följa med i dessa relationer då familjen utgör grundvalen för barns liv och utveckling samt visar på omfattning av och konsekvenser på sikt av barns anhörigskap. Ett tema handlar om interventioner för barn som behöver stöd i sin position som anhöriga. Barn som upplever våld i familjen tillhör en grupp som inte definieras i lagstiftningen, men de har en svår situation och ett av antologins teman tar därför upp forskningsläget, erfarenheter av och förekomst av våld. Ett specifikt område av anhörigskap, som ofta står i fokus när vuxnas anhörigskap diskuteras men som hittills inte har varit i fokus när det gäller barn, behandlas främst i antologins avslutande tema: barns omsorgsansvar för sin förälder eller syskon.

Barns anhörigskap

I antologins första avsnitt, *Barns anhörigskap*, diskuteras utifrån olika infallsvinklar vad anhörigskap för barn kan innebära. Kapitel ett inleder med en diskussion av vad det innebär att se barn i positionen anhöriga. Författarna Elisabet Näsman, professor i sociologi vid Uppsala universitet, Karin Alexanderson, lektor Uppsala universitet, Stina Fernqvist, lektor Uppsala universitet och Johanna Kihlgård, socionom verksam i Uppsala kommun, för en teoretisk diskussion utifrån barndomssociologi för att försöka tydliggöra och problematisera aspekter av barns anhörigskap. De undersöker också hur barns anhörigskap uttrycks i centrala publikationer utgivna av Socialstyrelsen.

I kapitel två diskuterar Gunvor Andersson, professor emerita Lunds universitet, barns utsatthet, huvudsakligen utifrån forskning om den kommunala barnavården, men hon pekar också på barns utsatthet i andra situationer t ex i kriminalvården till föräldrar i fängelse. Kapitlet sammanfattar och problematiserar kunskap om barn som lever i utsatta familjer. Hon pekar också på en rad områden där det finns kunskapsluckor, t ex forskning om spädbarn och små barn upplevelser och hur de påverkas i sina familjer med problem.

Det tredje kapitlet presenterar ett empiriskt exempel från unga vuxna som berättar om sina erfarenheter av att ha bott i kontaktfamilj av Lotta Berg Eklundh, fil lic, FOU Nordost. Insatsen ges som stöd till föräldrar, men det är barnen och ungdomarna som blir föremål för insatsen. Kapitlet diskuterar vad ett anhörigperspektiv i socialtjänsten skulle kunna innebära i termer av förändrade arbetsformer i socialtjänsten.

Även Mikaela Starke, docent Göteborgs universitet, lämnar i kapitel ett empiriskt bidrag med röster från unga vuxna som berättar om sin uppväxt med mammor som har intellektuellt funktionshinder. I kapitlet uttrycks både de unga vuxnas syn på sin egen sårbarhet och utsatthet i sin familj, men också hur de har uppfattat professionellas frånvarande närvaro i deras liv. I kapitlet diskuteras också möjligheter att stödja processer av resiliens för barn som växer upp i familjer där en förälder har intellektuellt funktionshinder.

Hur många barn och hur går det för barnen?

I antologins andra avsnitt, *hur många barn och hur går det för barnen?* presenteras studier som har undersökt omfattningen av hur många barn som är anhöriga enligt den definition som §2g HSL avser och hur det går för dem i skolan. Vidare presenteras vilka konsekvenser en förälders död kan få för barnets eget liv och hälsa. Slutligen presenteras en studie om i vilken omfattning barn till patienter i psykiatri registreras och får insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I kapitel 5 presenterar Anders Hjern, forskningsledare och professor CHES och Karolinska institutet, en nationell registerstudie över hur många barn som är anhöriga till patienter i vården och berörs av §2g HSL. Studien utgör den första svenska studien att beräkna omfattningen av antalet berörda barn. Därefter i kapitel 6 presenteras hur det går för anhöriga barn i skolan, baserat på en registerstudie över meritvärde och gymnasiebehörighet när barnen slutade nionde klass.

Mikael Rostila, docent CHES Stockholms Universitet, diskuterar i kapitel 7 konsekvenser för barns hälsa och dödlighet när de har förlorat en förälder. Data bygger på en nationell registerstudie av barns ökade dödlighet och kapitlet tydliggör behov av långvarigt stöd för dessa barn.

Kapitel 8 presenterar resultat av en registerstudie över registrering av om patienter i Vuxenpsykiatri har barn och vilka insatser de får. Gisela Priebe, docent Lunds universitet och Maria Afzelius, doktorand Malmö högskola, har studerat resultat av implementeringen av lagen i Vuxenpsykiatri med Region Skåne som exempel. I kapitlet presenteras också barnombudens erfarenheter av registrering men också av att försöka implementera §2g HSL.

Interventioner

Antologins tredje avsnitt, *interventioner*, tar upp kunskapsläget om metoder för stöd till barn och föräldrar när en förälder blir allvarligt sjuk, eller när en förälder avlider samt visar i tre kapitel på exempel på dels nya webbaserade interventioner, en vanligt förekommande intervention- stödgrupper, och dels en av de mest välbeforskade interventionerna inom psykiatrisk vård; Beardslees familjeintervention.

I kapitel 9 visar Ulrika Järkestig Berggren lektor Linnéuniversitetet, och Elizabeth Hanson professor Linnéuniversitetet, inledningsvis på forskning om barns erfarenheter av att ha en allvarligt fysiskt sjuk förälder. Därefter presenteras utifrån resultat från en kunskapsöversikt, kunskapsläget om metoder som finns att tillgå för att ge stöd till barn och förälder när en förälder är allvarligt sjuk.

På samma sätt visar Ann-Sofie Bergman, lektor Linnéuniversitetet, och Elizabeth Hanson, professor Linnéuniversitetet, i kapitel 10, på forskning om barns erfarenheter av att förlora en förälder. Kapitlet visar också utifrån en kunskapsöversikt på kunskapsläget om metoder för att ge stöd till barn och förälder när en förälder avlider. Slutligen identifieras behov av ytterligare kunskapsutveckling.

I kapitel 11 presenterar Tobias Elgán, forskare STAD, Helena Hansson med dr. Lunds universitet, Ulla Zetterlind med dr. Lunds universitet och Nicklas Kartengren metodutvecklare STAD, implementering, genomförande och utvärdering av en ny webbintervention riktad till ungdomar som har en förälder som missbrukar. De redogör också i kapitlet för kunskapsläget om risk och skyddsfaktorer för barn när en förälder missbrukar och hur skyddsfaktorer genom att användas i en webbintervention är tänkta att bidra till ungdomars resiliens.

Ulla Forinder, docent Stockholms universitet, Yvonne Sjöblom docent Stockholms universitet, och Agneta Rönn, samordnare Familjehuset Helsingborg, bidrar i kapitel 12 med en presentation av stödgruppsverksamhet för familjehemsplacerade barn. Kapitlet presenterar inledningsvis familjehemsplacerade barns specifika situation för att därefter presentera ett exempel på en pågående utvärdering av stödgruppsverksamhet för familjehemsplacerade barn vid Familjehuset Helsingborg. I kapitlet delges erfarenheter av att skapa och implementera en stödgruppsverksamhet för denna barngrupp.

Beardslees familjeintervention är en i forskning väldokumenterad metod för riskprevention, avsedd att användas i psykiatrisk verksamhet. I kapitel 13 redogör Anita Cederström, lektor emerita Ersta högskola, Heljä Pihkala överläkare Psykiatriska kliniken Skellefteå lasarett och Umeå universitet, för kunskapsläget. Metoden beskrivs också och exemplifieras med en fallbeskrivning av en familjs väg genom interventionen.

Margaretha Jenholt Nolbris, leg. Barnsjuksköterska fil.dr. Centrum för barns rätt till hälsa på Drottning Silvias barn & ungdomssjukhus i Göteborg, lyfter syskonrelationen i kapitel 14. Hon presenterar inledningsvis forskning om barns erfarenheter och reaktioner på att ett syskon får cancer och även sorgereaktioner om syskonet avlider. Utifrån klinisk praktik och forskning presenteras olika metoder/interventioner som kan användas för att ge det friska syskonet stöd.

Våld i familjer

Antologins fjärde avsnitt fokuserar på *våld i familjer*. Avsnittets två kapitel presenterar kunskapsläget för barn som upplever våld i familjen, samt resultat från en svensk enkätstudie riktad till unga vuxna som besvarat frågor om upplevelse av våld i familjen.

I kapitel 15 redogör Karin Grip, lektor Göteborgs universitet och Ulf Axberg, lektor Göteborgs universitet, för kunskapsläget om hälsokonsekvenser för barn när det förekommer våld mellan deras omsorgspersoner. De visar med hjälp av anknytningsteori och, stress-respons på sätt att förstå barns reaktioner och strategier att hantera upplevelser av våld i familjen.

Åsa Källström Cater, professor Örebro universitet, presenterar i kapitel 16 resultat från en nationell registerstudie där unga vuxna slumpmässigt valts att besvara frågor om upplevelser av våld i familjen. Hon presenterar förekomst av våld och vilka långtidseffekter av våldet som de unga vuxna uppgivit. Vidare diskuteras om kön spelar in i upplevelsen av våld och även offer respektive förövare diskuteras utifrån kön.

Barn som omsorgsgivare

Slutligen, i antologins femte avsnitt, står *barns omsorgsansvar* i fokus. Barn tar ibland på sig ett stort ansvar för uppgifter i hemmet, för syskon och för föräldrar. Om det sker till den grad att barn tar över föräldrars ansvar och uppgifter används ibland begreppet föräldrafiering (parentifiering). I England har forskning om young carers, unga omsorgsgivare, bedrivits under längre tid och i avsnittet får vi en inblick i denna forskning från England. Området är nytt i Sverige och i ett kapitel ges exempel från två olika problemscenarier i familjer där anhöriga barns omsorgsansvar diskuteras.

I kapitel 17 analyserar Elisabet Näsman, professor i sociologi vid Uppsala universitet, Karin Alexanderson lektor Uppsala universitet, Stina Fernqvist lektor Uppsala universitet, två fall där barn är anhöriga till föräldrar med missbruk i det ena fallet och föräldrar med kognitiv begränsning i det andra. Utifrån en analys av forskning visar de på vilka olika perspektiv som framträder av barns anhörighet och omsorgsgivande.

Avslutningsvis, redogör Saul Becker, prorektor och prefekt vid Institutionen för samhällsvetenskap vid Birmingham University och professor i socialpolitik och socialt arbete Nottingham University, för sin forskning om young carers i England. Med hänvisning till forskning från även t ex Australien och USA diskuteras var forskningsfronten befinner sig idag och i kapitlet relateras till socialpolitisk medvetenhet och åtgärder i olika länder.

Författarpresentation

Gisela Priebe är docent vid Lunds universitet, Institutionen för psykologi. Hon är legitimerad psykolog och psykoterapeut med inriktning mot familjeterapi och har klinisk erfarenhet från både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. År 2009 disputerade hon med en avhandling om ungas erfarenheter av sexuella övergrepp. Hon har sedan fortsatt att forska om barns och ungas utsatthet och psykiska hälsa. Flera studier har handlat om sexuell utsatthet såsom sexuell exploatering (unga som säljer sex), oönskade internetrelaterade händelser och olika typer av sexuellt riskbeteende. På senare år har hon även intresserat sig för barn som anhöriga, framför allt barn med föräldrar som har en psykisk sjukdom. I denna antologi bidrar Gisela tillsammans med Maria Afzelius med ett kapitel om hur lagen (HSL) om barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder har en allvarlig psykisk sjukdom efterföljs i den kliniska vardagen inom vuxenpsykiatri, med Skåne som exempel.

Maria Afzelius är doktorand i Hälsa och Samhälle, anställd vid institutionen för Hälsa – och välfärdsstudier på Malmö högskola. Hon är socionom och legitimerad psykoterapeut med inriktning mot familjeterapi. Maria arbetar med en avhandling om familjearbete inom vuxenpsykiatri och socialtjänst när en förälder har en psykisk sjukdom. I denna antologi bidrar Maria tillsammans med Gisela Priebe med ett kapitel om hur lagen (HSL) om barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder har en allvarlig psykisk sjukdom efterföljs i den kliniska vardagen inom vuxenpsykiatri, med Skåne som exempel.

Kapitel 8

Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård - Hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Gisela Priebe, Maria Afzelius

Omfattande forskning pekar på att en förälders psykiska ohälsa kan utgöra en riskfaktor för barnens psykiska utveckling och hälsa, inte minst när den psykiska ohälsan gör det svårt för föräldern att fullt ut fungera som förälder. Sedan år 2010 finns ett tillägg i hälso- och sjukvårdslagen om att vården ska beakta barnens behov av information, råd och stöd och det finns idag ett flertal insatser att välja bland. Detta kapitel redovisar resultat från en studie som undersöker hur lagen efterföljs inom vuxenpsykiatrin, med Psykiatri Skåne som exempel.

Barnen, lagen och den kliniska vardagen – bakgrund

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa kan ha en livssituation som de har svårt att förstå och hantera. Barnen kan vara med om svåra och potentiellt traumatiserande upplevelser och förhållanden som äventyrar en god och åldersadekvat utveckling. Föräldern förmår kanske inte alltid att tillgodose barnets emotionella och fysiska behov fullt ut och det är inte säkert att det finns ytterligare en vårdnadshavare eller ett socialt nätverk som kan kompensera för detta. Familjens socioekonomiska position kan vara låg från början eller bli det som en följd av föräldrarnas psykiska ohälsa (Hjern & Manhica 2013). Risken att själva drabbas av psykisk ohälsa är förhöjd för barn till föräldrar med psykisk ohälsa (Focht-Birkerts & Beardslee 2000; Rutter & Quinton 1984; Weissman et al 2006). Föräldrarnas psykiska ohälsa utgör en riskfaktor för barnen, men det behöver inte alltid innebära att barnen med nödvändighet utvecklar en egen problematik.

Sedan år 2010 föreskriver ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) att vården ska beakta barnens behov av information, råd och stöd (HSL § 2g). Många föräldrar med psykisk ohälsa har kontakt med vuxenpsykiatrin och därmed blir detta en viktig uppgift för vuxenpsykiatrin. Lagtillägget får bara genomslagskraft och kommer barnen till nytta om den implementeras i det dagliga kliniska arbetet. För det första behöver behandlare uppmärksamma att deras patient har minderåriga barn. För det andra behöver man ta ställning till om barnet och dess föräldrar behöver insatser och i så fall vilka. Olika insatser kan bli aktuel-

la, till exempel att ge information om föräldrarnas sjukdom och hur den kan påverka barnet och livet i familjen, att förmedla kontakt med socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri eller att erbjuda samtal om barnens situation. Insatserna kan vara direkt riktade till barnen, enbart till föräldrarna eller till hela familjen. Syftet kan vara preventivt för att förebygga framtida psykisk ohälsa hos barnen, men även barnens nuvarande behov behöver beaktas. Greenhalgh, Robert, MacFarlane, Bate och Kyriakidou (2004) beskriver implementering som aktiva och planerade ansträngningar för att integrera en nyhet inom en organisation. Det rör sig om komplexa processer (Fixsen et al 2005; Greenhalgh et al 2004).

Kapitlet inleds med en litteraturgenomgång av tidigare studier, både svenska och internationella, som belyser hur många barn som kan antas ha föräldrar med psykisk ohälsa och vad som görs för att möta barnens behov. I kapitlets huvuddel presenteras sedan resultat från en studie om hur tillägget i lagen efterföljs med Psykiatri Skåne som exempel. Syftet med vår studie är att undersöka hur många minderåriga barn till patienter med psykisk ohälsa som hade registrerats i Psykiatri Skånes patientdatabas, vilka insatser för dessa barn och deras föräldrar som hade dokumenterats och hur fördelningen såg ut med avseende på föräldrarnas kön, ålder och huvuddiagnos, verksamheten där föräldern fått sin vård (öppen eller sluten vård) och barnens ålder. Vår studie handlar därmed inte om implementeringsprocessen i sig utan om dess resultat vid tidpunkten för undersökningen. Många personer med psykisk ohälsa behandlas idag inom primärvården, men de har i regel en lättare problematik och vi valde därför att fokusera på vuxenpsykiatri. Undersökningen gjordes som en registerstudie med kompletterande intervjuer. Resultaten ger viktig kunskap om hur lagtillägget efterföljs i den kliniska vardagen. Kapitlet avslutas med en diskussion och med rekommendationer om vilka åtgärder som behövs för att ytterligare förbättra implementeringen.

Litteraturgenomgång av tidigare studier

Studier i Norge, Finland och Australien visar ungefär samma mönster, att drygt 25 procent av patienterna inskrivna inom vuxenpsykiatri har barn under 18 år (BarnsBeste 2013; Handley et al 2001; Havåg & BarnsBeste 2013; Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2010; Maybery et al 2009).

Ett lagtillägg som motsvarar den svenska genomfördes år 2010 även i Norge. År 2013 gjordes vid Sørlandet Sykehus en genomgång av 720 slumpmässigt utvalda patientjournaler vid den psykiatriska, medicinska och kirurgiska kliniken (Havåg & BarnsBeste 2013; BarnsBeste 2013). Det rörde sig i huvudsak om patienter inom slutenvården. För 87 procent av patienterna fanns dokumentation om de hade barn eller inte. Av dessa hade 27 procent av patienterna inom psykiatri minderåriga barn. En finsk studie visade också att 27 procent av vuxenpsykiatriens patienter var föräldrar till minderåriga (Korhonen et al 2010). Vidare visade två australiensiska studier att mellan 14 och 29 procent av personer med psykisk ohälsa, beroende på undersökningsgrupp, hade barn under 18 år (Handley et al 2001; Maybery, et al 2009).

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Det finns också svenska studier där man har undersökt hur många barn och föräldrar med psykisk ohälsa som har kontakt med vuxenpsykiatri. Två av dessa (Skerfving 2007; Östman & Eidevall 2005) genomfördes redan innan tillägget i lagen kom. Skerfving (2007) försökte också att uppskatta vilka insatser dessa familjer hade fått. Hjern och Manhica (2013) beräknade antalet barn med utgångspunkt i flera register, men fokuserade inte på hur barnen och eventuella insatser registrerades inom sjukvården.

Östman och Eidevall (2005) genomförde år 2001 en endagsinventering inom vuxenpsykiatri i Lund. Sammanlagt uppgav 36 procent av patienterna att de var föräldrar till minderåriga barn; 51 procent inom öppenvården och 28 procent inom slutenvården. Av de föräldrar som ingick i studien hade 40 procent en affektiv sjukdom¹, 21 procent en psykosjukdom och 38 procent hade andra psykiatriska diagnoser. En majoritet av föräldrarna uppgav att de själva hade informerat sina barn om sin psykiska ohälsa. Enligt föräldrarna hade 14 procent av barnen fått information om föräldrarnas psykiska ohälsa av den psykiatriska vården.

Under åren 2002 respektive 2004 genomförde Skerfving (2007) två registerstudier vid vuxenpsykiatri i södra Stockholm för att undersöka i vilken utsträckning patienterna hade minderåriga barn, vilka insatser som erbjöds barnen och deras föräldrar samt om samverkan skedde mellan vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst. Studien visade att det inte förekom någon registrering av barnen och av insatser som riktades specifikt till barnen eller föräldrarna i vuxenpsykiatriens vårdregister. Därför länkades vårdregistret samman med SCB:s befolkningsregister samt med barnpsykiatriens och socialtjänstens register. Man fann att 30 procent av patienterna (27 procent av männen och 32 procent av kvinnorna) var föräldrar till minderåriga barn. Två tredjedelar av barnen hade en förälder med affektiva störningar (31 procent) eller ångest/stressreaktioner (31 procent). Betydligt färre barn hade en förälder med en psykosdiagnos (7 procent) eller missbruk/personlighetsstörning (4 procent) medan knappt en fjärdedel hade en förälder utan psykiatrisk diagnos (22 procent). Av patienterna som hade minderåriga barn hade 27 procent fått en insats som på något sätt skulle kunna relateras till anhöriga. Detta var dock en osäker uppskattning. Vidare hade 10 procent av föräldrarnas barn som var folkbokförda hos dem och som varit aktuella inom socialtjänsten och åtta procent hade barn aktuella inom barn- och ungdomspsykiatri. Två procent av patientföräldrarna hade ett eller flera barn som var aktuella både hos barn- och ungdomspsykiatri och hos socialtjänsten.

Hjern och Manhica (2013) genomförde en studie med utgångspunkt i Patientregistret, Folk- och Bostadsräkningen och Dödsorsaksregistret för att få en övergripande bild av hur många barn som direkt berörs av lagtillägget. Man valde här att koncentrera analysen på barn vars föräldrar hade fått heldygnsvård. Av de barn som föddes mellan 1987 och 1989 hade 7,8 procent minst en förälder som under barnens barndom vårdats i heldygnsvård på grund av psykisk ohälsa eller missbruk av alkohol eller narkotika. Mer specifikt hade 5,7 procent av barnen en

¹ Termen affektiv sjukdom eller affektiv störning används vanligen om bipolära och depressiva syndrom, men det förekommer också att man avser ångestsyndrom som panik, fobier och s+tressyndrom (Psykologiguiden, 2014).

förälder som vårdats inneliggande på sjukhus på grund av psykisk ohälsa. Under ett genomsnittligt enskilt år från 2006 till 2008 handlade det om 26 000 barn med en förälder som fått heldygnsvård på grund av något av dessa problem.

Utifrån ovan nämnda studier, såväl internationella som nationella, kan man utgå från att ungefär en tredjedel av vuxenpsykiatrins patienter har minderåriga barn, om man inkluderar både patienter i öppen och i slutenvård. Siffran är lägre om man som Hjern och Manhica (2013) endast inkluderar patienter som har fått slutenvård. Frågan är då i vilken utsträckning detta dokumenteras i den kliniska vardagen i Sverige och hur vanligt det är att vården tillhandahåller någon form av insats med fokus på barnen.

Psykiatri Skånes riktlinjer för att beakta barns behov

I Psykiatri Skåne bedrivs ett aktivt arbete för att omsätta ovan nämnda lagtillägg i praktiken. Man har utarbetat riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar (Psykiatri Skåne 2010). Riktlinjerna innebär att det skall finnas särskilda barnombud vid varje vårdenhets (Östman & Afzelius 2008, 2011). De ska aktivt påminna om barnperspektivet på sin vårdenhets och ha kunskap om vilket stöd som finns att tillgå för barnen och deras familjer. Inom varje verksamhet ska det finnas ett handlingsprogram som beskriver lokala rutiner för hur information ska ges till barnen och deras föräldrar, hur barnens behov ska bedömas och vem som kan ge stöd. Information om arbetet med barn som anhöriga finns både på den interna webbsidan för medarbetare och på den externa webbplatsen som är öppen för allmänheten. Vidare skall minderåriga barn till patienter och de insatser som dessa barn och deras föräldrar har fått registreras i en patientdatabas.

För närvarande (2014) pågår också ett samarbetsprojekt "Barn som anhöriga" mellan Psykiatri Skåne och Region Hovedstadens Psykiatri (Danmark) som syftar på att förbättra insatserna för barn som har föräldrar med psykisk ohälsa. Inom projektet har man gjort en kartläggning bland medarbetare som avser arbetet med barn som anhöriga och förutsättningarna för det (Interreg-projekt: Barn som anhöriga 2013). Bland medarbetarna i Psykiatri Skåne uppgav 19 procent att de inte kände till riktlinjerna för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. Vidare svarade 38 procent att de alltid eller ofta registrerade patienternas barn i patientdatabasen eller bad någon annan att göra det, medan 58 procent registrerade barnen alltid eller ofta i journalen.

Skåne hade 2013 drygt 1,2 miljoner invånare, varav cirka 260 000 var under 18 år gamla (SCB 2013). Av de vuxna söker mer än 30 000 personer öppen eller slutenvård psykiatrisk vård under ett år (se nedan, avsnittet om tillvägagångssättet i studien). Baserad på ovan nämnda studier kan man utgå från att cirka 10 000 av dessa har minderåriga barn. Det har hittills inte funnits några aktuella data om barnens åldersfördelning och föräldrarnas diagnos. Även i vilken omfattning den psykiatriska verksamheten uppfyller lagtilläggets krav att uppmärksamma dessa barns behov av information, råd och stöd är utforskat.

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

I följande avsnitt redovisas först registerstudien och sedan intervjuerna med nyckelpersoner, följt av en gemensam diskussion och rekommendationer. Undersökningen har prövats och godkänts av Regionala Etikprövningsnämnden i Lund.

Registerstudien – tillvägagångssätt och resultat

Tillvägagångssätt

I registerstudien användes uppgifter ur en befintlig patientdatabas inom Psykiatri Skåne som för forskningsprojektets räkning togs fram av en behörig medarbetare. Undersökningen är en totalundersökning av de 32 305 personer som var registrerade i patientdatabasen och som var aktuella för behandling den 1 april 2013. Patienterna var födda mellan 1915 och 1994 och bodde i 33 olika kommuner. Endast patienter födda 1945 eller senare inkluderades i studien, eftersom äldre patienter mycket sällan har minderåriga barn. Den slutgiltiga undersökningsgruppen bestod av 29 677 personer, varav 53 procent kvinnor och 47 procent män.

Uppgifter om patienten avsåg kön, födelseår, förekomst av heldygnsvård under det senaste året och huvuddiagnos enligt det internationella diagnossystemet ICD-10. Diagnoserna sammanfattades i grupper enligt följande: schizofreni eller psykos, förstämningssyndrom (till exempel depression eller bipolär sjukdom), ångest och stressreaktioner samt somatoforma syndrom², missbruk av alkohol eller droger, personlighetsstörningar, hyperaktivitetsstörningar och andra beteendestörningar samt emotionella störningar med debut vanligen under barndom och ungdomstid och slutligen övriga störningar.

Barnens ålder delades in i kategorier utifrån deras födelseår: småbarn (födda 2011 – 2013), förskolebarn (födda 2007 - 2010), skolbarn (födda 2001 – 2006) och tonåringar (födda 1995 – 2000). I familjer med flera barn i olika åldrar kunde flera kategorier förekomma.

Insatser för barnen eller föräldrarna inkluderade

- *Information, råd och stöd.* Till exempel informationsbrev har delats ut eller samtal om vilket stöd man kan få som förälder har förts (som en del av ett vanligt läkarsamtal eller medicineringsuppföljning eller ett specifikt samtal om detta).
- *Föra barnen på tal.* En preventiv manualbaserad metod för samtal mellan behandlare och föräldrar med syfte att stödja föräldraskapet och barnens utveckling (Solantaus 2006). Behandlaren gör också en bedömning av barnens och familjens behov av andra stödjande insatser eller skyddsåtgärder. I Skåne används den så kallade ”miniversionen” som omfattar ett till två samtal.

² Till somatoforma syndrom räknas till exempel somatiseringssyndrom eller hypokondri (ICD-10-SE).

- *Beardslees familjeintervention*. En preventiv manualbaserad metod där behandlaren har sex samtal med familjen i en viss ordning och i olika konstellationer. Metoden beskrivs närmare i ett annat kapitel i denna antologi.
- *Samtal med föräldrar och barn*. Här registreras samtal som inte bygger på Föra barnen på tal eller Beardslees familjeintervention, till exempel en manual för samtal som har tagits fram i Malmö.
- *Samtal utan förälder*.
- *Barn- och ungdomspsykiatri*. Här registreras att barnet/barnen eller familjen har remitterats dit eller att man fått veta att de redan har en pågående kontakt.
- *Socialtjänsten*. Här registreras att familjen har kontakt med socialtjänsten, oavsett om detta skett via ansökan om bistånd för barnens skull eller via anmälan enligt 14 kap 1§ i SOL (SFS 2001:453).

Resultat

I följande avsnitt visas hur stor andelen patienter var där minderåriga barn hade registrerats. Barnens ålder och föräldrarnas huvuddiagnosgrupp redovisas. Vidare visas andelen patienter med registrerade barn som hade fått minst en insats och vilka insatser som hade dokumenterats.

Andel patienter med registrerade barn

Minst ett minderårigt barn hade registrerats för 13 procent av patienterna eller 3 707 patienter. Bland kvinnor med psykisk ohälsa var andelen 15 procent jämfört med 10 procent bland männen, se tabell 1. Vanligast var att barn hade registrerats om patienten var född 1965 – 1974 (23 procent) eller 1975 – 1984 (21 procent). Bland patienterna födda 1985 – 1994 hade barn registrerats för drygt en procent.

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Tabell 1. Andelen patienter där minst ett minderårigt barn har registrerats, uppdelat efter patientens kön, ålder, huvuddiagnos och förekomst av heldygnsvård. N= 29 677

Uppgifter om patienten	Andel bland patienter inom respektive kategori där minst ett minderårigt barn har registrerats %
Patientens kön Kvinna, n=15 767 Man, n=13 910	15 10
Patientens födelseår 1945 – 1954, n=3 838 1955 – 1964, n=5 789 1965 – 1974, n=6 551 1975 – 1984, n=6 650 1985 – 1994, n=6 849	1 8 23 21 5
Patientens huvuddiagnos Schizofreni, psykos, n=3 192 Förstämmningssyndrom, n=6 677 Ångest och stressreaktioner, n=6 665 Missbruk, n=3 152 Personlighetsstörningar, n=1 214 Hyperaktivitetsstörningar, n=2 487 Övriga störningar, n=2 981 Ingen huvuddiagnos, n=3 309	8 15 15 16 11 13 8 7
Patienten har fått heldygnsvård Ja, n=4 655 Nej, n=25 022	18 11

Andelen patienter där barn hade registrerats var störst bland dem med huvuddiagnoserna missbruk (16 procent), förstämmningssyndrom (15 procent) och ångest- och stressreaktioner (15 procent), se tabell 1. Lägst var andelen med registrerade barn bland dem med huvuddiagnosen schizofreni eller psykos (8 procent) och dem som saknade huvuddiagnos (7 procent).

Andelen patienter där barn hade registrerats var större bland dem som hade fått heldygnsvård (18 procent) än bland dem som under det senaste året enbart hade behandlats inom öppenvården (11 procent), se tabell 1.

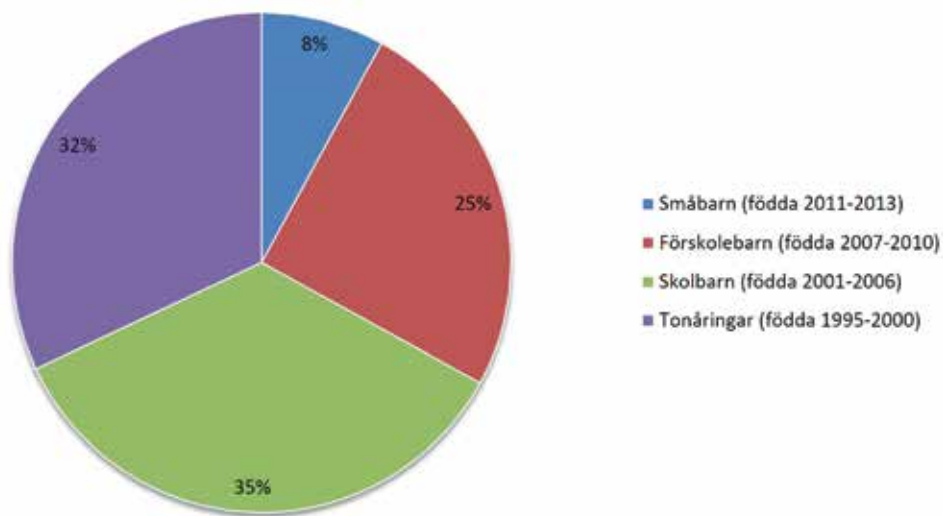


Diagram 1. Åldersfördelning hos registrerade barn. N=6 594

Patienterna hade mellan ett och nio barn var; 47 procent hade ett barn, 48 procent hade två eller tre barn och 5 procent hade fyra eller fler barn. Sammanlagt rörde det sig om 6 594 barn vilket motsvarar knappt tre procent av alla minderåriga i Skåne år 2013. Ser man på ålderssammansättningen hos barnen i respektive familj så var skolbarn vanligast (35 procent), följd av tonåringar (32 procent) och förskolebarn (25 procent), medan småbarn var mindre vanliga (8 procent), se diagram 1.

Fler än hälften av de registrerade barnen hade en förälder med antingen förstämningssyndrom (28 procent) eller ångest/stress (28 procent) som huvuddiagnos. Två relativt stora grupper var barn till föräldrar med missbruk (13 procent) respektive hyperaktivitetsstörning (9 procent) som huvuddiagnos. Mindre vanligt var att barnen hade en förälder med huvuddiagnosen schizofreni eller psykos (6 procent) eller personlighetsstörning (3 procent). Sju procent av barnen hade en förälder med övriga störningar och sex procent hade en förälder som saknade diagnos.

Andel patienter med registrerade barn som hade fått minst en insats

Insatserna redovisas per familj, eftersom det i familjer med flera barn inte framgick av registret vilket eller vilka av barnen insatsen avsåg. Sammanlagt hade 28 procent av familjerna fått minst en insats. Vanligast var att familjen hade fått en insats (18 procent), men det förekom också att familjerna fick två insatser (7 procent) eller tre eller fler insatser (3 procent). Majoriteten av familjerna (72 procent) hade dock inte fått någon insats alls.

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

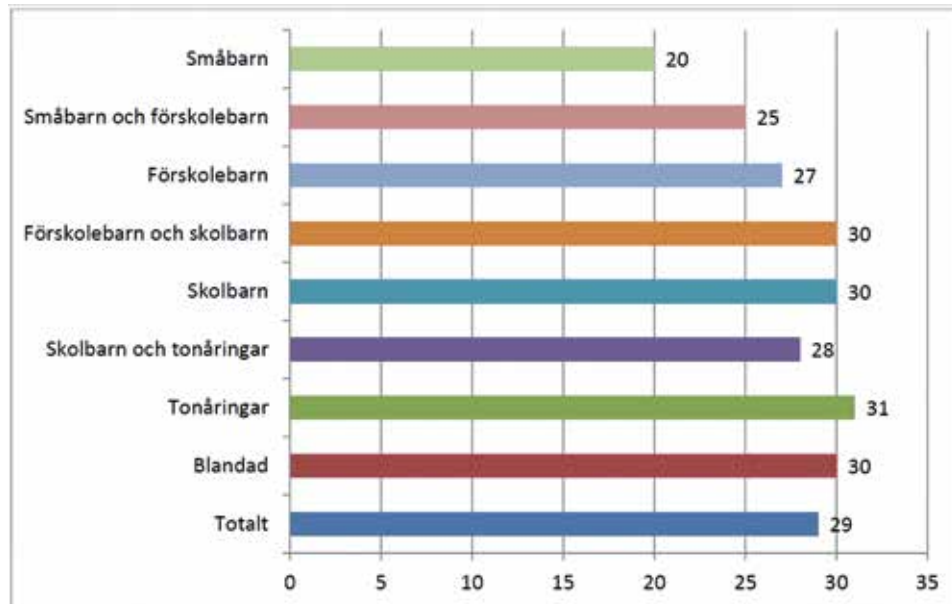


Diagram 2. Andel av familjer som har fått minst en insats, uppdelat efter barnens ålder. N= 3 707. Uppgifter i procent.

Det var ovanligare att familjer med små barn hade fått någon insats jämfört med familjer med äldre barn, se diagram 2. Till exempel hade en femtedel av familjerna med enbart småbarn fått minst en insats, jämfört med en tredjedel av familjerna med tonåringar. I familjer med flera barn var det inte möjligt att se om insatsen avsåg flera barn eller bara ett och i så fall vilket barn.

Tabell 2. Andelen patienter med minst ett registrerat barn där minst en insats har registrerats, uppdelat efter patientens kön, födelseår, huvuddiagnos och förekomst av heldygnsvård. *N=3707.*

Uppgifter om patienten	Andel patienter inom respektive kategori som har minst ett minderårigt barn och där minst en insats har registrerats %
Patientens kön	
Kvinna, n=2 290	31
Man, n=1 417	23
Patientens födelseår	
1945 – 1954, n=46	41
1955 – 1964, n=455	30
1965 – 1974, n=1 486	30
1975 – 1984, n=1 398	28
1985 – 1994, n=322	22
Patientens huvuddiagnos	
Schizofreni, psykos, n=245	47
Förstämningssyndrom, n=1 013	30
Ångest och stressreaktioner, n=1 016	28
Missbruk, n=514	25
Personlighetsstörning, n=127	33
Hyperaktivitetsstörningar, n=317	21
Övriga störningar, n=246	24
Ingen huvuddiagnos, n=229	21
Patienten har fått heldygnsvård	
Ja, n=853	26
Nej, n=2 854	28

Andelen patienter där minderåriga barn hade registrerats skiljde sig åt beroende på patientens kön, ålder och huvuddiagnos. Det var vanligare att familjer där mamman var patient hade fått en insats (31 procent) jämfört med familjer där pappan var patient (23 procent), se tabell 2. Det var också vanligare att familjer med äldre patienter hade fått en insats jämfört med familjer där patienten var yngre, se tabell 2. Till exempel hade 41 procent av familjerna där patienten var född 1945 – 1954 fått en insats och 22 procent av familjerna där patienten var född 1985 – 1994.

Nästan hälften av familjerna där föräldern hade schizofreni eller psykos som huvuddiagnos hade fått en insats (47 procent), se tabell 2. Bland alla övriga huvuddiagnoser hade betydligt färre familjer fått någon insats. Det fanns dock relativt stora skillnader mellan grupperna. Bland familjer med en förälder med förstämningssyndrom eller personlighetsstörning hade en tredjedel fått en insats, jämfört med en femtedel bland familjer där en förälder hade en hyperaktivitetsstörning som huvuddiagnos. Det var också relativt ovanligt att familjer där föräldern saknade diagnos hade fått någon insats (21 procent), se tabell 2. Det fanns

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

ingen större skillnad mellan familjer där föräldern hade fått heldygnsvård jämfört med familjer där föräldern enbart hade fått behandling inom den psykiatriska öppenvården (26 procent respektive 28 procent).

Insatserna kunde bestå av information, Beardslees familjeintervention, Föra barnen på tal eller Samtal med barnen utan förälder/föräldrar. Kontakt med barn- och ungdomspsykiatri och kontakt med socialtjänsten registrerades också. Det framgår inte om dessa kontakter hade initierats av vuxenpsykiatri eller inte. Det är viktigt att tänka på att samma familj kan ha fått flera insatser.

Tabell 3. Typ av insats, uppdelat efter barnens ålder och förälderns diagnos**.

N=3707

*I familjer med flera barn kan barnen vara i olika åldersgrupper, t.ex. "småbarn och förskolebarn".

**Procentsatser under en procent anges med en decimal.

Barnens ålder och förälderns huvuddiagnos	Typ av insats						
	Information %	Beardslee %	Föra barnen på tal %	Samtal föräldrar och barn %	Samtal utan föräldrar %	Barn- och ungdomspsykiatri %	Socialtjänst %
Barnets/barnens ålder*							
Småbarn	12	0	3	0,4	0	3	8
Småbarn och förskolebarn	11	0	6	2	0	2	9
Förskolebarn	17	0	6	0,7	0	2	10
Förskolebarn och skolbarn	22	1	4	2	0	3	9
Skolbarn	21	2	6	3	0,2	4	12
Skolbarn och tonåringar	19	3	5	3	0,6	3	11
Tonåringar	22	2	5	2	0,5	4	11
Olika åldrar	21	2	7	0,9	0,3	5	13
TOTALT	20	1	5	2	0,2	3	11
Förälderns huvuddiagnos							
Schizofreni, psykos	34	4	8	6	2	3	19
Förstämmningssyndrom	22	1	6	2	0,1	4	8
Ångest och stressreaktioner	21	2	7	2	0,2	4	9
Missbruk	14	0,4	2	0,4	0	0,4	17
Personlighetsstörningar	24	2	8	2	2	6	15
Hyperaktivitetsstörningar	15	0,6	3	0,3	0	5	7
Övriga störningar	14	2	6	2	0	4	7
Ingen huvuddiagnos	10	0,4	5	3	0	0,9	11
TOTALT	20	1	5	2	0,2	3	11

Generellt är alla typer av insatser relativt ovanliga, oavsett barnens ålder eller föräldrarnas diagnos, se tabell 3. Vanligast är att familjen har fått information (20 procent), följd av kontakt med socialtjänsten (11 procent), Föra barnen på tal (5 procent), kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (3 procent), Samtal med föräldrar och barn (2 procent), Beardslees familjeintervention (1 procent) och Samtal utan föräldrar (0,2 procent).

Jämfört med familjer med barn i andra åldersgrupper hade familjer med småbarn eller med både småbarn och förskolebarn mindre ofta erhållit information eller haft kontakt med socialtjänsten, se tabell 3. Till exempel hade 12 procent av familjer med småbarn fått information jämfört med 22 procent av familjer med tonåringar. Vissa insatser som Beardslees familjeintervention och Samtal utan förälder hade inte alls getts till familjer med små barn. Det kan förklaras av att dessa insatser helt eller delvis består av samtal med barn. I Föra barnen på tal samtalar behandlaren enbart med föräldrarna eller föräldern och samtalsinnehållet anpassas till barnens ålder från graviditet till tonår (Solantaus 2006), men även här var insatsen mer ovanlig bland familjer med små barn (3 procent) jämfört med familjer med skolbarn (6 procent) eller barn i olika åldrar (7 procent), se tabell 3. Skillnaderna mellan familjer med skolbarn, tonåringar och barn i olika åldrar är mycket små när det gäller hur vanligt det är att man har fått olika typer av insatser.

Ser man på insatserna med utgångspunkt i föräldrarnas huvuddiagnos, har till exempel bland familjer med en förälder med huvuddiagnosen schizofreni eller psykos 34 procent fått information, 19 procent haft kontakt med socialtjänsten, 8 procent fått Föra barnen på tal och 4 procent har fått Beardslees familjeintervention, se tabell 3. Därmed får denna grupp relativt sett fler insatser än familjer där föräldern har en annan huvuddiagnos. Jämfört med andra familjer har familjer där en förälder har huvuddiagnosen schizofreni eller psykos också oftare kontakt med socialtjänsten (19 procent). Även i familjer där en förälder har en missbruksdiagnos har relativt ofta kontakt med socialtjänsten registrerats (17 procent), men jämfört med familjer där en förälder har diagnosen schizofreni eller psykos har betydligt mer sällan någon annan typ av insats registrerats, se tabell 3. Till exempel är andelen familjer som har fått information mindre än hälften så stor i familjer där en förälder har en missbruksdiagnos jämfört med familjer där en förälder har diagnosen schizofreni eller psykos. Kontakter med barn- och ungdomspsykiatri var relativt sett vanligast i familjer där en förälder hade diagnostiserats med en personlighetsstörning (6 procent) eller en hyperaktivitetsstörning (5 procent). Vi återkommer till sambandet mellan huvuddiagnos och insatser för barnen/familjen i diskussionsdelen.

Intervjuer med nyckelpersoner – tillvägagångssätt och resultat
För att få en mer nyanserad bild av hur Psykiatri Skånes riktlinjer används i den kliniska vardagen genomfördes ett antal kvalitativa intervjuer (Kvale 1997). Inom Psykiatri Skåne finns på varje enhet en eller två medarbetare med tilläggsuppdraget att uppmärksamma patienternas minderåriga barn, och dessa benämns barn-

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

ombud. Varje verksamhetsområde har även en så kallad barnsamordnare med samordnansvar för barnombuden. En närmare beskrivning av barnombudens uppdrag och hur deras arbete upplevs av patientföräldrar, deras partner och barn ges av Östman och Afzelius (2008, 2011). En av kapitelförfattarna (M A) vände sig till barnsamordnarna för att få kontakt med barnombud som var intresserade av att bli intervjuade i studien. Fyra kvinnor från olika verksamheter blev intervjuade om sina erfarenheter av arbetet med Psykiatri Skånes riktlinjer, användande av insatserna och arbetets betydelse för barnen. Två av intervjupersonerna arbetade som socionomer och två som sjuksköterskor. Två av informanterna hade utbildning i Föra barnen på tal och en i Beardeslees familjeintervention.

Uppdraget som barnombud

Informanterna försökte hålla barnperspektivet levande på sina arbetsplatser samt informera om riktlinjerna. En informant hade utformat en egen barnpärm med information om olika stödåtgärder för barn som behandlarna kunde använda. Samtliga informanter uppfattade att riktlinjernas intention att uppmärksamma patienternas barn hade nått ut i verksamheterna och att de flesta behandlare visste om deras patienter hade barn eller inte. De insatser som informanterna använde var framför allt att ge information till patienten, undersöka om patienten/familjen hade kontakt med socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri samt vid behov etablera sådan kontakt. Informanterna arbetade också med skriftligt material såsom broschyrer för att förmedla information och stöd till patienten, men uppfattade att det saknades lättfattlig information om psykiska sjukdomar.

Samtliga informanter upplevde att de hade stöd för arbetet kring barnens behov på sina arbetsplatser. De hade möjlighet att bjuda in representanter från till exempel socialtjänsten för att informera personalen. De kunde även ta hjälp av andra barnombud för att genomföra familjesamtal om det behövdes. Informanterna uppfattade att information om barnperspektivet uppskattades av de andra behandlarna. De hade också möjlighet att åka på olika konferenser som behandlade barnperspektivet.

Omständligt system för registrering

Informanterna beskrev att registreringen av patientens barn, ålder samt insatser organiserades på olika sätt i verksamheterna. På en del enheter var det behandlaren själv som registrerade, medan det på andra enheter var sekreteraren. Själva registreringen var omständlig. Det räckte inte att gå in i patientens journal utan det krävdes att behandlaren gick in i ytterligare ett register som var kopplat till datajournalen. Varje insats måste registreras för sig och inom systemet fanns ingen möjlighet att påminna om att behandlaren behövde uppdatera när nya insatser eller nya barn hade tillkommit. Denna omständlighet bidrog enligt informanterna till att insatser tappades bort.

Svårighet att motivera till registreringen

Informanterna fick ofta påminna sina kollegor om att de inte skulle glömma bort att registrera patienternas barn. De menade att anledningen till den bristande registreringen var att riktlinjerna inte var förankrade hos behandlarna eller ledningen vilket gjorde att det inte uppfattades som så viktigt att registrera och uppmärksamma barnen. Någon informant önskade att ta del av resultatet från vår studie för att på så sätt få behandlarna att vara mer aktiva med att uppmärksamma patienternas barn. En annan informant önskade att implementeringen av riktlinjerna skulle utföras av någon utomstående, inte som en uppgift för barnombud. Informanterna hade också mött behandlare som menade att frågan om patientens barn var för privat att ställa till patienten, och att den kunde äventyra relationen mellan patienten och behandlaren.

Timing

I intervjuerna poängterades vikten av att tänka på hur man som behandlare ställde frågor om barn till patienten och när en eventuell insats erbjöds. Informanterna menade att det var viktigt att tänka på vilken attityd behandlare förmedlade till patienten när de frågade om barnen, för att undvika att patienten känner sig i underläge och i värsta fall avbryter kontakten. Om föräldern var i ett akut skede av sin sjukdom så kunde det vara känsligt att fråga om barnen. En del patienter kunde bli rädda för att förlora vården om sina barn. Ett barnombud hade kommit i kontakt med personal som avstått från att göra insatser för patientens barn av rädsla för att samarbetet med patienten skulle förloras. Informanterna påpekade att om patienten av olika anledningar inte kunde ta emot någon insats så var det viktigt att denna information fördes vidare till nästa vårdenhets som behandlade patienten som kunde aktualisera frågan om insatser när situationen för patienten hade förändrats.

Betydelse för barnen

Informanterna hade märkt att deras patienter kunde bli lättade när de frågades om sina barn, speciellt om de var oroliga för barnen. Att tillsammans med patienten ta del av en broschyr kring föräldraskap och psykisk ohälsa kunde bidra till att patienten fick upp ögonen för sitt barn och reflektera kring det. Informanterna uppfattade att det var ovärderligt att möta hela familjen. Det bidrog till information om familjen och deras relationer samtidigt som det också gav en förståelse för barnens situation. En informant nämnde att oro för en patients barn kan sprida sig i personalgruppen. Denna oro kunde lugnas något om barnombudet eller socionomen engagerade sig i patienten och satte in insatser för patienten, barnen eller hela familjen.

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Diskussion

Huvudresultaten i registerstudien visar att få barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatrin på grund av psykisk ohälsa registreras och att få av dessa familjer får någon form av insats med fokus på barnens behov. Detta gäller oavsett föräldrarnas diagnos, kön och ålder eller barnens ålder, även om det finns skillnader mellan till exempel olika diagnosgrupper. De kvalitativa intervjuerna med nyckelpersoner belyser svårigheter som kan finnas med registreringen, vikten av stöd från arbetsplatsen och betydelsen av insatserna för barnen.

Andel patienter med registrerade barn

Vår studie visar att andelen patienter inom vuxenpsykiatrin där barn registreras är lägre än man med utgångspunkt i tidigare studier skulle kunna förvänta sig. Tidigare studier (t ex Skerfving 2007 och Östman & Eidevall 2005) visar med god överensstämmelse att cirka en tredjedel av patienterna inom vuxenpsykiatrin har minderåriga barn, men i vår studie har bara 13 procent av patienterna registrerats som föräldrar. Studien visar alltså att det rör sig om en betydande underrapportering. I en norsk studie fann man vid en genomgång av patientjournaler vid en vuxenpsykiatrisk klinik att 27 procent av patienterna hade minderåriga barn (Havåg & BarnsBeste 2013). Men endast för 22 procent av dessa patienter hade uppgiften om barn också förts in i patientdatabasen trots att det ska göras rutinmässigt (Havåg & BarnsBeste 2013). Uppgifter om patienternas barn kan alltså vara dolda i en ibland omfattande journaldokumentation och därmed bli svårtillgängliga. Det är troligt att vi hade kunnat hitta hänvisningar till fler barn, om vi i likhet med den norska undersökningen även hade gått igenom journaltexterna.

I det ovan nämnda projektet "Barn som anhöriga" framkom också att det är vanligare att medarbetare i Psykiatri Skåne registrerar barnen i föräldrarnas patientjournal än i patientdatabasen (Interreg-projekt: Barn som anhöriga 2013). I intervjuerna med nyckelpersoner i vår studie framkom att kunskapen om patienternas barn visserligen ofta finns i verksamheterna, men att det är betydande svårigheter med att registrera patientens barn och insatser som görs för barnen. I det dagliga behandlingsarbetet är det dock inte rimligt att till exempel nya behandlare ska läsa igenom ibland omfattande journaler för att få en uppfattning om patienten har barn och vilka insatser som har genomförts. Detta gäller i ännu högre grad i de fall då barnen inte alls dokumenteras utan behandlaren har en tyst kunskap som inte förmedlas vidare till andra behandlare.

Insatser för barnen eller föräldrarna

Undersökningen visar också att få av de familjer där barn hade registrerats hade fått någon form av insats. Sannolikt har det skett en underrapportering även här. Familjer med små barn har mer sällan fått insatser än familjer med större barn. Med tanke på att just små barn är mer sårbara och mer beroende av föräldrarna än äldre barn är det angeläget att mer fokus läggs på insatser för dessa barn. Alla typer av insatser passar inte familjer med små barn, men de som finns skulle

kunna utnyttjas mer och nya metoder för familjer med små barn behöver etableras mer. Typen av insatser skiljer sig också åt beroende på föräldrarnas diagnos. Relativt sett är familjer där en förälder har schizofreni eller psykos bäst tillgodosedda, vilket dels kan bero på att det rör sig om en allvarlig problematik, men också att vårdkontaktarna ofta är långa och behandlarna lär känna patienterna och deras familjesituation väl. Samtidigt har nästan två tredjedelar av de registrerade barnen en förälder med förstämningssyndrom eller ångest och stressreaktioner. Inom dessa grupper skulle betydligt fler föräldrar och barn kunna få insatser. När det gäller familjer där en förälder har en missbruksdiagnos verkar man ofta nöja sig med att det finns kontakt med socialförvaltningen; dessa familjer får relativt sällan andra typer av insatser.

Hittills har fokus för registreringen legat på barn vars biologiska respektive adoptivföräldrar har psykisk ohälsa. Samtidigt talar lagtillägget även om vuxna som barnet varaktigt bor tillsammans med. Detta skulle till exempel kunna inkludera nya partner när de biologiska föräldrarna har separerat. I vissa fall har barnen mer kontakt med dessa personer än med den ena av sina biologiska föräldrar, och de blir ofta inkluderade i de insatser som erbjuds familjen. Det innebär att registreringen behöver anpassas för att även kunna ta med dessa barn, samtidigt som den behöver uppdateras med jämna mellanrum för att beakta eventuellt ändrade familjeförhållanden.

Till och med om man enbart utgår från de barn som faktiskt har registrerats i patientregistret blir det tydligt att det handlar om ett stort antal barn enbart i Region Skåne som har en förälder med psykisk ohälsa. Frågan blir då hur insatserna kan graderas och prioriteras så att de passar barnens och familjernas behov. Man skulle kunna tänka sig att alla barn och familjer är i behov av någon form av information medan betydligt färre behöver en relativt omfattande insats som Beardslees familjeintervention. Många föräldrar med psykisk ohälsa har långa eller återkommande kontakter med den psykiatriska vården. Det är inte rimligt att förvänta sig att barnens och familjernas behov kan tillgodoses ”en gång för alla” genom en insats. I takt med barnens utveckling och förändringar i föräldrarnas problematik och vård behövs återkommande uppföljningar av barnens behov. Små barn som inte kan tillgodogöra sig till exempel Beardslees familjeintervention kan ha nytta av det några år senare i de fall då föräldrarnas psykiska ohälsa är långvarig eller återkommande. Samtidigt behövs en fortsatt utveckling och utvärdering även av metoder som passar små barn.

Implementering av ett nytt arbetssätt

Implementeringen av nya metoder och arbetssätt i en befintlig verksamhet är en komplex uppgift. Fixsen et al (2005) och Greenhalgh et al (2004) har gjort var sin omfattande genomgång av implementeringslitteraturen. Greenhalgh och medarbetare (2004) utgår framför allt från hälso- och sjukvården medan Fixsen och medarbetare (2005) fokuserar på spridningen av evidensbaserade metoder inom socialt arbete. Fixsen och medarbetare (2005) definierar implementering som “a specified set of activities designed to put into practice an activity or program of

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

known dimensions” och beskriver ett antal kärnkomponenter som samverkar och som är av betydelse för en framgångsrik implementering: val av metod, förberedande träning, konsultation och handledning, val av medarbetare, utvärdering samt administrativt stöd. När det gäller barns behov som anhöriga till föräldrar inom vuxenpsykiatrin, finns idag flera olika metoder och insatser, men ingen sammanhängande modell för när vilka insatser ska ges. Detta var också något som kom fram i våra intervjuer med nyckelpersonerna. En insats, som till exempel Beardslees familjeintervention var inte lämplig att använda i en patients akuta sjukdomsfas medan insatsen information kunde fungera mer framgångsrikt. Någon specifik modell för när och hur insatserna skulle ges till patienten och barnen framkom inte utan verkade vara upp till enskild behandlare att bedöma.

Flera internationella studier visar på svårigheten med att implementera ett mer barnfokuserat arbete inom vuxenpsykiatrin (Fudge et al 2004; Kim & Salyers 2008; Maybery & Reupert 2009). Det finns också flera norska studier om implementeringen av metoder för att uppmärksamma barnens behov inom vuxenpsykiatrin (Lauritzen & Reedtz 2013; Lauritzen et al 2014; Reedtz, Lauritzen & van Doesum 2012). Resultaten stämmer väl överens med fynden från vår studie. Många medarbetare är väl medvetna om vilka konsekvenser föräldrarnas psykiska ohälsa kan ha för barnen och vilka skyldigheter de har enligt tillägget i lagen, men bara drygt hälften uppgav att de brukade registrera om patienterna har minderåriga barn (Lauritzen & Reedtz 2013). Ett antal faktorer relaterade till ledning och organisation, medarbetare, patienterna och deras familjer samt övrig kontext främjar en framgångsrik implementering, till exempel resurser i form av tid och antal medarbetare, stabilitet i personalgruppen och etablering av tilltro hos familjen (Lauritzen & Reedtz 2013).

I vår studie hade nyckelpersonerna en positiv bild av att arbeta med patientens familj. De uppfattade att också patienten upplevde det som ett stöd. Att som förälder med psykisk ohälsa få lov att prata om sina barn och den oro de känner för dem beskrivs också av Skärsäter (2006). Samtidigt pekade nyckelpersonerna i vår studie på att frågor om barn och föräldraskap kan vara ett känsligt område hos patienterna och behöver förmedlas med respekt. Nyckelpersonerna hade erfarenhet av att personal inte vågade fråga om barnen av rädsla för att patienten skulle avbryta behandlingen. Maybery & Reupert (2006, 2009) har undersökt vilka hinder som finns i en vuxenpsykiatrisk verksamhet när det gäller att arbeta med barn till föräldrar med psykisk ohälsa. En farhåga som omnämns är att alliansen mellan patienten och personalen kan gå förlorad eller försämras när personalen tar upp frågan kring barnen och om patienten behöver något stöd i detta. Andra hinder som beskrivs är tidsbrist, begränsade resurser att utföra arbetet och att patienten inte själv uppfattade sig som psykiskt sjuk. En finsk studie (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen & Pietilä 2008) beskriver bristen på tid hos personalen som en bidragande faktor till att man inte arbetar med patientens familj, men också bristen på kunskap om ett familjeorienterat arbetssätt inom vuxenpsykiatrin.

Inom Psykiatri Skåne är arbetet med barnombud för att identifiera barn till föräldrar med psykisk ohälsa etablerat sedan 15 år tillbaka (Östman & Afzelius 2008).

Trots det uppfattade nyckelpersonerna i vår studie att de ofta fick påminna sina kolleger om att de inte skulle glömma bort att registrera patientens barn och insatser, och att motivationen bland kollegerna att registrera fattades. Nyckelpersonerna i vår studie hade behov av att verksamheterna skulle få kunskap om vikten av att uppmärksamma patienternas barn via registreringarna. Det framkom också att riktlinjerna inte helt var förankrade i verksamheterna och det fanns en önskan om att ansvaret för att implementera dem inte skulle åläggas nyckelpersonerna. Trots att nyckelpersonerna uppfattade att de hade stöd på sin arbetsplats så framkom det svårigheter med att arbeta med riktlinjerna. Östman och Afzelius (2008) studie visar att uppgiften som barnombud kan vara förenad med en del osäkerhet. En tredjedel av barnombuden uppfattade sitt uppdrag som luddigt och det var ibland svårt att framgångsrikt föra fram patienternas barn och deras situation.

Registerstudiens begränsningar

En registerstudie som denna har flera begränsningar. Till exempel bygger uppgifterna i patientdatabasen på behandlarnas rapportering. Det innebär att det kan finnas felkällor varav den vanligaste förmodligen är underrapportering av barn, trots att man hade kännedom om dem och bristande rapportering av insatser som har gjorts vilket också framkom i intervjuerna med nyckelpersonerna.

Otydligheter i själva patientdatabasen leder till att data kan vara svårtolkade. Om till exempel en patient är förälder till flera barn är det inte möjligt att se vilket eller vilka barn en insats avsåg. Det kan också vara så att en del av insatserna avsåg äldre syskon som nu är myndiga. Det har heller inte varit möjligt att se i patientdatabasen i vilken utsträckning båda föräldrarna har kontakt med vuxenpsykiatri. Det innebär att det finns en risk för viss överrapportering av antalet barn. Samtidigt vet vi från tidigare forskning att dessa barn är relativt få. Skerfving (2007) anger att 1,5 procent av barnen i hennes studie har föräldrar som båda var patienter, medan Hjern och Manhica (2013) fann att 0,3 procent av barnen födda 1987 – 1989 hade två föräldrar som under deras barndom hade vårdats i heldygnsvård på grund av missbruk eller psykisk sjukdom. Tvillingar och andra syskon som är födda samma år registreras bara som ett barn, vilket i sin tur skulle kunna leda till en viss underregistrering. Sammanfattningsvis skall uppgiften om att minderåriga barn har registrerats hos 13 procent av patienterna inte ses som en absolut siffra. Men även om det hade varit möjligt att justera för de ovan nämnda faktorerna kvarstår att det handlar om en betydande underrapportering.

Patientdatabasen innehåller inga uppgifter om patientens socioekonomiska status eller etnicitet, faktorer som Hjern och Manhica (2013) har visat är av stor betydelse för familjernas situation. Det finns heller ingen information i patientdatabasen om barnet bor tillsammans med patientföräldern. Att stadigt bo tillsammans med en förälder med psykisk ohälsa kan vara en stor belastning för ett barn. Samtidigt vet vi att även barn som inte bor tillsammans med en patientförälder kan bära på mycket oro för hur föräldern klarar sig (Sundström 2012).

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Slutsats och rekommendationer

Barnens behov när en förälder har psykisk ohälsa behöver beaktas i större utsträckning och motsvarande tillägg i hälso- och sjukvårdslagen behöver implementeras tydligare i den vuxenpsykiatriska verksamheten.

För att uppnå detta rekommenderar vi:

- att barn- och familjekompetensen utvecklas både generellt bland alla medarbetare och mer specifikt bland dem som genomför insatser. Vuxenpsykiatrik fokuserar traditionellt på den individuella vuxne patienten. Det är därför viktigt att förstärka attityden att beaktandet av barnens behov är en naturlig del av vuxenpsykiatriks uppgifter. Vidare behövs fortsatt utbildning i olika typer av insatser och kompetensutveckling för att kommunicera med barn i olika åldrar.
- att en modell utvecklas för när vilka insatser ska ges till vilka familjer. En sådan modell underlättar inte bara för den enskilde medarbetaren i valet av lämpliga insatser, utan tydliggör också vilka resurser i form av tid och utbildning som behöver tillföras inom organisationen. För patienter med långa eller återkommande kontakter med vuxenpsykiatrik behöver insatserna uppdateras utifrån familjens sammansättning och barnens utveckling.
- att registreringen i patientdatabasen förtydligas, förenklas och regelbundet följs upp. Själva registreringen ska vara så enkel och tidsbesparande som möjligt för medarbetarna och de data som samlas in ska användas för feedback och fortsatt utveckling av arbetet med att beakta barnens behov.

Denna studie kan ses som ett steg i den riktningen.

Tack till Folkhälsomyndigheten för finansiering av projektet.

Referenser

- BarnsBeste (2013). *Registrering og oppfølging av barn som pårørende ved Sørlandet sykehus*. Kristiansand: Sørlandet Sykehus.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network (FMHI Publication #231).
- Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W. R. (2000). A child's experience of a parental depression: encouraging relational resilience in families with affective illness. *Family Process*, 39, 417-434.
- Fudge, E., Falkov, A., Kowalenko, N., & Robinson, P. (2004). Parenting is a mental health issue. *Australasian Psychiatry*, 12, 166-171.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Handley, C., Farrell, G., Josephs, A., Hanke, A., & Hazelton, M. (2001). The Tasmanian children's project: The needs of children with a parent/carer with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 221-228.
- Havåg, E. B., & BarnsBeste (2013). *BarnsBeste Journalinnsyn "Barn som pårørende"*. Kristiansand: Sørlandet Sykehus.
- Hjern, A., & Manhica, H. A. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Nka Barn som anhöriga 2013:1.
- Hälso- och sjukvårdslag (HSL 1982:763).
- Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)*. Systematisk förteckning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Interreg-Projekt: Barn som anhöriga (2013). *Barn som anhöriga inom psykiatrin – Kartläggning av insatserna i Psykiatri Skåne och Region Hovedstadens Psykiatri*. Hämtad 22 augusti, 2014, från [Http://www.skane.se/Public/psykiatri_skane/fouu/barn%20som%20anh%3%b6riga/17332_rapport_svensk_FINAL.pdf](http://www.skane.se/Public/psykiatri_skane/fouu/barn%20som%20anh%3%b6riga/17332_rapport_svensk_FINAL.pdf)

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Kim, H.-W., & Salyers, M.P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 44, 337-345.

Korhonen, T., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä, A.-M. (2008). Implementing child-focused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 17, 499-508.

Korhonen, T., Pietilä, A. M., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? A questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 24, 65-74.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lauritzen, C., & Reedtz, Ch. (2013). Support for children of service users in Norway. *Mental Health Practice*, 16, 12 – 18.

Lauritzen, C., Reedtz, Ch., van Doesum, K., & Martinussen, M. (e-publ 15 March 2014). Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *Journal of Child and Family Studies*.

Manual för Beardslees familjeintervention (utan datum). Översättning från William Beardslees manual.

Maybery, D., & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657-664.

Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 784-791.

Maybery, D.J., Reupert, A., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin*, 33, 22 – 26.

Psykiatri Skåne, Förvaltningsledningen (2010, rev. 2011). *Riktlinjer för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Dnr 1003912/FS

Reedtz, Ch., Lauritzen, C., & van Doesum, K.T.M. (2012). Evaluating workforce developments to support children of mentally ill parents: Implementing new interventions in the adult mental healthcare in Northern Norway. *BMJ Open*, 2:e000709.

Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853 – 880.

Skerfving, A. (2007). *Patienternas barn. Om prevalens, insatser och samverkan inom allmänpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst – Två registerstudier vid vuxenpsykiatri i Södra Stockholm*. Stockholm: Stockholms läns sjukvårdsområde.

Skärsäter, I. (2006). Parents with first time major depression: Perception of social support for themselves and their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20, 308-314.

Socialtjänstlag (SFS 2001:453).

Solantaus, T. (2006). *Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok*. Bearbetning och anpassning till svenska förhållanden: Marianne Borgengren, 2010. THL (Finska institutet för hälsa och välfärd)

Sundström, E. (2012). *Jag är också viktig. Att vara ung anhörig till en familjemedlem som är sjuk eller har ett funktionshinder*. Stockholm: MBM Förlag.

Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008.

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

Östman, M., & Afzelius, M. (2011). Children's representatives in psychiatric services: What is the outcome? *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 144 – 152.

Östman, M., & Eidevall, L. (2005). Illuminating patients with children up to 18 years of age – A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59, 388-392.

Elektroniska källor

Psykologiguiden. Hämtad 2014-11-30, från <http://www.psykologiguiden.se>

Psykiatri Skånes externa hemsida om barn som anhöriga. Hämtad 2014-11-30, från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Barnsom-anhoriga/>

Projekt "Barn som anhöriga", ett samarbete mellan Psykiatri Skåne och Region Hovedstadens Psykiatri (Danmark). Hämtad 2014-11-30, från <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/FoUU/Utvecklingsarbeten-och-projekt/Barn-som-anhoriga/>

Kapitel 8. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård- hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?

Statistiska centralbyrån, befolkningsstatistik för 2013. Hämtad 2014-11-30, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistikdatabasen/Variabelvaljare/?px_tableid=ssd_extern%3aBefolkningNy&rxid=c61e8774-6e5a-4876-987e-c05ca677d6b6

Att se barn som anhöriga

- Om relationer, interventioner och omsorgsansvar

Följande kapitel ingår i antologin och kan laddas ner var för sig på www.anhoriga.se

Barn är anhöriga

- 1 Att se barn som anhöriga, Elisabet Näsman, Karin Alexanderson, Stina Fernqvist & Johanna Kihlgård
- 2 Barn som anhöriga - i skuggan av föräldrar med problem, Gunvor Andersson
- 3 Att betrakta barnen som anhöriga inom socialtjänsten, exemplet kontaktfamilj, Lotta Berg Eklundh
- 4 Varför såg ingen mig?- om oviljan att uppmärksamma det obekväma, Mikaela Starke

Hur många barn och hur går det för barnen?

- 5 Barn som anhöriga i vården –hur många är de?, Anders Hjern, Helio Adelino Manhica
- 6 Barn som anhöriga - hur går det i skolan?, Anders Hjern, Lisa Berg, Mikael Rostila, Bo Vinnerljung
- 7 Barn som förlorar en förälder: konsekvenser för hälsa och dödlighet, Mikael Rostila
- 8 Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård - Hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?, Gisela Priebe, Maria Afzelius

Interventioner

- 9 Stöd riktat till barn vars förälder har en allvarlig fysisk sjukdom, Ulrika Järkestig Berggren, Elizabeth Hanson
- 10 Stöd till barn när en förälder avlider, Ann-Sofie Bergman, Elizabeth Hanson
- 11 Barn i familjer med alkoholproblem –kan ett webbaserat program hjälpa ungdomar?, Tobias Elgán, Helena Hansson, Nicklas Kartengren, Ulla Zetterlind
- 12 Stödgrupper för familjehemsplacerade barn och unga, Ulla Forinder, Yvonne Sjöblom, Agneta Rönn
- 13 Beardslees familjeintervention -en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer, Anita Cederström, Heljä Pihkala
- 14 Att vara ett syskon som närstående till ett barn med cancer, Margaretha Jenholt Nolbris

Våld i familjer

- 15 Barn som tvingas växa upp med våld mellan sina omsorgspersoner, Karin Grip, Ulf Axberg
- 16 Barndomsupplevelser av våld och konflikter mellan föräldrarna –unga vuxnas erfarenheter och hälsa, Åsa Källström Cater

Barn som omsorgsgivare

- 17 Barn som anhöriga, utsatta och omvårdare - två typexempel, Karin Alexanderson, Stina Fernqvist, Elisabet Näsman
- 18 Gestaltning av begreppet ”unga omsorgsgivare” och politiskt gensvar: ett transnationellt perspektiv, Saul Becker

Nka: Barn som anhöriga

2015:6

ISBN 978-91-87731-26-6

www.anhoriga.se