



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARN TILL FÖRÄLDRAR MED PSYKISK OHÄLSA

En litteraturstudie

Författare: Elin Edekor, Jonatan Torén

Uppsats/Examensarbete:	Examensarbete i omvårdnad, 15hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2015
Handledare:	Ann-Sofie Magnusson
Examinator:	Tommy Johnsson

Abstract

Titel: Barn till föräldrar med psykisk ohälsa
Title: Children of mentally ill parents
Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program och/eller kurs: Sjuksköterskeprogrammet
Nivå: Grundnivå
Termin/år: Vt/2015
Handledare: Ann-Sofie Magnusson
Examinator: Tommy Johnsson

Nyckelord: Barns upplevelser, psykosociala faktorer, barns utveckling, barn till föräldrar med psykisk ohälsa, föräldrar med psykisk ohälsa

Bakgrund: Hälsa kan delas in i fysisk hälsa och psykisk hälsa, inom somatisk vård tenderar den fysiska hälsan ligga i fokus och den psykiska anses höra hemma i psykiatri. Detta har lett till en stigmatisering kring psykisk ohälsa och många väljer att inte söka vård för sina problem. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa riskerar en mängd olika negativa konsekvenser, ofta kopplat till en otrygg anknytning och det faktum att en sjuk förälder kan ha svårt att se utanför sina egna behov och därför inte på ett fullgott sätt tillgodose sitt barns behov. Barns känslighet gentemot sina föräldrar gör också att negativa känslor som oro och ångest ofta överförs på barnen. **Syfte:** Syftet med det här arbetet är att beskriva barns upplevelser av att ha en förälder med psykisk ohälsa. **Metod:** Detta arbete är en litteraturstudie med sökningar i databaserna Cinahl, Social Services Abstracts, Psykinfo och Google Scholar. **Resultat:** Tre huvudteman identifierades utifrån artiklarna, *Känsla av att vara annorlunda* – barnen var medvetna om att deras familj såg annorlunda ut och de upplevde utanförskap och stigmatisering. *Anpassningsstrategier* – barnen utvecklade en mängd strategier för att hantera sin situation. Ett exempel som framkom var ökad känslighet för föräldrarnas beteende, barnen skapade ofta en egen förståelse för den sjuka föräldern, grundat på sina egna observationer. Så småningom ledde detta ofta till övertagande av föräldrarollen, då föräldrarna, både den sjuka och den friska, ofta inte levde upp till rollen som förälder var det inte ovanligt att något av barnen tog över mycket av hushållssysslorna och även skötsel och omhändertagande av mindre syskon. Det mest genomgående temat var emellertid *kunskapsbrist* vilket beskrevs som en stor källa till oro och rädsla. Den ständigt närvarande bristen på information, både från föräldrar och vårdpersonal ledde till negativa konsekvenser för barnet. **Slutsats:** Barn är en särskilt utsatt grupp då de är helt beroende av framförallt sina föräldrar men även hela sin omgivning för att leva ett gott och utvecklande liv. Utifrån studiernas resultat kan konstateras att det finns en bristande kommunikation och samverkan gällande dessa barn. Barnen bär ofta med sig känslor av skam, oro, sorg och rädsla och uttrycker ett behov att få samtala med någon. På grund av den stigmatisering som finns kring psykisk ohälsa är det svårt för barnen att själva ta upp samtalsämnet och barnen uppmärksammas sällan av vårdpersonal. Det är viktigt att ge barnen information och kunskap så att de får medel att kunna hantera sin vardag.

Innehåll

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Hälsa.....	1
Psykisk ohälsa.....	2
Psykisk ohälsa ur ett relationellt perspektiv.....	5
Psykisk ohälsa och föräldraskap.....	5
Barnets utveckling utifrån en utvecklingsekologisk modell.....	6
Barnets anknytning.....	7
Stressfaktorer och familjeklimat.....	8
Hälso- och sjukvårdens ansvar.....	9
Barns rätt till stöd och information.....	9
Problemformulering.....	12
Syfte.....	12
Metod.....	12
Urval.....	13
Etisk granskning.....	13
Dataanalys.....	13
Resultat.....	14
Känsla av att vara annorlunda.....	14
Utanförskap och stigmatisering.....	14
Mognad och förståelse.....	16
Relationella svårigheter.....	16
Besvikelse, sorg och känsla av förlust.....	17
Anpassningsstrategier.....	18
Att vilja fly.....	19
Ökad känslighet för föräldrarnas beteende.....	20
Övertagande av föräldrarollen.....	20
Kunskapsbrist.....	21
Brist på stöd och information.....	21
Ilska, frustation och hat.....	22
Oro och rädsla.....	22
Skuld och skam.....	22
Maktlöshet.....	22

Ensamhet och isolering	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Resultatdiskussion	26
Referenslista	30
Bilaga 1 Söktabell	34
Bilaga 2 Artikelöversikt	39

Inledning

Inom all verksamhet inom hälso- och sjukvård finns barn. Barn som anhöriga benämns ofta som osynliga eftersom det är en grupp som ofta glöms bort, särskilt inom psykiatrin, då det sällan finns uppgifter dokumenterade om deras existens (Socialstyrelsen, 2006; Skerfving, 2005). Det är svårt att kartlägga exakt hur många barn det finns som har föräldrar med psykisk ohälsa men enligt uppgift från Socialstyrelsen (2006) så hade 28 procent av männen och 37 procent av kvinnorna inom psykiatrisk slutenvård barn under 18 år. Ytterligare kartläggningar har påvisat att minst en tredjedel, upp till hälften av alla som vårdas inom psykiatrin har barn och att majoriteten av barnen bor tillsammans med den sjuke föräldern (Socialstyrelsen, 2013). När en familjemedlem drabbas av ohälsa kommer det oundvikligen att påverka anhöriga. I samband med psykisk ohälsa kan detta vara ännu mer påtagligt då det är något som riskerar att påverka föräldrarollen negativt. Stigmatiseringen som finns kring psykisk ohälsa är ytterligare en aspekt som påverkar barnets upplevelser av situationen. Att vara närstående till någon med psykisk ohälsa innebär ofta stora påfrestningar och utmaningar. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en särskilt utsatt grupp eftersom de är beroende av föräldrarnas omsorg (Socialstyrelsen, 2006; Skerfving, 2005). Sjuksköterskan har ett ansvar att se patienten ur ett helhetsperspektiv, vilket även inkluderar anhöriga. Att belysa barns upplevelser av att ha en förälder med psykisk ohälsa ger en insikt i deras tillvaro samt värdefull information om hur barnen vill bli bemötta. Därigenom kan sjuksköterskan, utifrån barnets individuella behov, göra barnet delaktigt och anpassa information, råd och stöd. Kunskap om barnens upplevelser är även ett sätt att motverka brister och arbeta för att kunna erbjuda en bättre vård.

Bakgrund

Hälsa

Hälsa är ett centralt begrepp inom omvårdnadsvetenskapen och utgör, tillsammans med människa, miljö och omvårdnad, en del av de så kallade konsensusbegreppen (Bergbom, 2012). Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som följande:

”Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och ej blott frånvaro från sjukdom och handikapp” (WHO, 1947).

Vilken omvårdnad patienten får påverkas till stor del av vilket perspektiv sjuksköterskan har på hälsa. Utifrån ett omvårdnadsvetenskapligt perspektiv strävar man efter ett synsätt som innefattar en helhetssyn på människan. Detta har sin bakgrund i den humanistiska läran som betonar vikten av ett holistiskt perspektiv, där människan ses i sin helhet och som en varelse i ständig interaktion med omvärlden.

Ett salutogent perspektiv på hälsa innebär fokus på faktorer som vidmakthåller och främjar hälsa, till motsats från ett patogent perspektiv med fokus på det sjukliga. Begreppet ”salutogenes” myntades ursprungligen av Antonovsky och härstammar från latinets *salus* (hälsa) och grekiskans *genesis* (ursprung). Antonovsky var intresserad av att undersöka vad det var som gjorde att vissa människor föreföll vara mer motståndskraftiga efter att ha genomgått traumatiska upplevelser. Det han kom fram till var vikten av att se människan ur ett helhetsperspektiv och inkludera både biologiska, psykologiska och sociologiska aspekter. Vidare försökte Antonovsky se till individens egna resurser för att kunna hantera situationen istället för att se hindren. Detta resonemang ligger till grund för KASAM-teorin, känsla av sammanhang, vilket inkluderar de tre komponenterna meningsfullhet, hanterbarhet och begriplighet. Individens upplevelse av meningsfullhet kan beskrivas som KASAM:s motivationskomponent och beskriver vikten av att känna sig delaktig, att det finns något slags känslomässigt värde som bidrar till att det känns betydelsefullt att lägga ner energi och fokus på något. Hanterbarhet syftar på individens möjligheter och resurser att kunna möta utmaningar i livet. Denna komponent är viktig för individens självkänsla och självförtroende. Begriplighet beskriver hur yttre och inre stimuli påverkar individen och är avgörande för hur denne kan hantera den information som finns tillgänglig (Claezon, 1996; Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009).

Psykisk ohälsa

Hälsa kan delas upp i en fysisk och psykisk dimension, generellt sätt finns det inom omvårdnad ett större fokus den fysiska dimensionen. Att den psykiska dimensionen får mindre spelutrymme kan förklaras med att den i vissa sammanhang betraktas som en outtalad del i om-

vårdnaden eller att den anses höra hemma inom den psykiatriska vården (Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009). Psykisk ohälsa är dock ett vanligt förekommande problem, i Sverige beräknas 20-40 procent av befolkningen besväras av psykisk ohälsa i varierande grad, både allvarliga tillstånd som psykoser och mer lindriga besvär som bl.a. innefattar oro, ångest och sömnproblematik. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen (2006) så hade 28 procent av männen och 37 procent av kvinnorna inom psykiatrisk slutenvård barn under 18 år. Ytterligare kartläggningar har påvisat att minst en tredjedel, upp till hälften av alla som vårdas inom psykiatrin har barn och att majoriteten av barnen bor tillsammans med den sjuke föräldern (Socialstyrelsen, 2013).

Andelen av befolkningen som har så allvarliga besvär att de är i behov av psykiatrisk vård beräknas till 10-15 procent. Statistik visar dock att endast 3-4 procent söker vård för sina psykiska besvär under ett års tid. Detta skulle kunna förklaras med att patienterna i första hand vänder sig till vårdcentralen där nästan 20 procent av patienterna som sökt vård hos distriktsläkare har haft psykiska besvär. En annan förklaring till varför många inte söker vård är att det finns en stigmatisering kring psykisk ohälsa. Trots att det finns vård att tillgå så väljer många människor att inte söka hjälp på grund av att det finns en föreställning om att psykiska sjukdomar inte är behandlingsbara eller att psykisk ohälsa är kopplat till låg intelligensnivå och obeslutsamhet. Denna stigmatisering kan medföra att individen blir ytterligare isolerad och mår allt sämre (WHO, 2013).

Trots att så liten andel av befolkningen söker vård för sina besvär beräknas psykisk ohälsa vara en av de främsta orsakerna till långtidssjukskrivning och sjukersättning. Försäkringskassan rapporterade att under år 2006 utgjorde psykiska sjukdomar och syndrom 42 procent av alla nyligen beviljade sjuk- och aktivitetsersättningar för kvinnor och för män utgjorde denna siffra 40 procent (Pellmer, Wramner, & Wramner, 2012).

Även utifrån ett globalt perspektiv så är psykisk ohälsa ett utbrett problem. Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2013) så har ca 20 procent av världens befolkning, både bland barn och vuxna, någon form av psykisk problematik. Psykisk ohälsa är kopplat till en ökad dödlighet, personer som lider av allvarlig depression eller schizofreni beräknas ha upp till 40-60 procent större risk att dö i förtid. Förklaringen till detta är att andra sjukdomar som till exem-

pel cancer, hjärt- och kärlsjukdomar förbises eller maskeras av den psykiska åkomman. Ytterligare en riskfaktor är självska debeteende och självmord. Varje år beräknas upp till 800 000 människor ta sitt liv, och detta beräknas vara den näst största dödsorsaken i åldrarna 15-29 år. Vidare innebär psykisk ohälsa inte enbart en risk i sig utan medför även en utökad risk för andra sjukdomar exempelvis cancer, diabetes och hjärtsjukdomar (WHO, 2013).

Psykisk ohälsa innebär inte bara ett lidande för individen och människor i dess omgivning utan ger också betydande ekonomiska konsekvenser. I Sverige beräknades denna kostnad 1997 uppgå till 50 miljarder kronor, varav en tredjedel av denna summa utgör vårdkostnader, resterande samhällets kostnader för sjukskrivning, sjukersättning och produktionsbortfall (Pellmer, Wramner, & Wramner, 2012). Även ur ett globalt perspektiv rör det sig om stora summor för samhället och sjukvården (WHO, 2013).

I Sverige utgår man från DSM-IV, en detaljerad diagnosmanual som ursprungligen utvecklades i USA. Diagnostisering av psykisk ohälsa är inte en helt okomplicerad process, vilket delvis kan förklaras med att det är ett tillstånd som kan komma att förändras över tid (Skerfving, 2005). Vad som definieras som psykisk ohälsa påverkas till stor del av den rådande vetenskapliga uppfattningen men också av samhällets föreställningar och normer.

Det saknas en allmängiltig definition för vad psykisk ohälsa innebär men Ottosson (2009) anger följande fem kriterier för psykisk sjukdom:

- En påvisad förändring utav strukturen eller funktionen av hjärnan.
- Svårighetsgraden utav de psykiska symptomen. En hög symptomprofil har en högre sjukdomsvalör, särskilt så vid psykotiska symptom.
- Patienten ska ha en stark sjukdomskänsla. Inom psykiatrin är väldigt många patienter sjuka endast i en subjektiv mening men lidandet är trots detta ofta stort.
- Funktionsnedsättning - förmågan att fungera i sociala sammanhang och i arbetslivet kan vara kraftigt nedsatt.
- Ett behov av vårdinsatser som sjukpension eller sjukskrivning.

Psykiska sjukdomar kan kategoriseras utifrån två huvudgrupper, *Psykotiska sjukdomar* vilka kännetecknas av en störd verklighetsuppfattning, och *Affektiva* som kännetecknas av ett skiftande känsloläge, som periodvis kan vara förhöjt och periodvis sänkt.

Depression och manodepressivitet (bipolär sjukdom) är exempel på tillstånd som tillhör kategorin affektiva störningar. Psykotiska sjukdomar innefattar bland annat tillstånd som psykoser, vanföreställningar samt schizofreni. Ytterligare en orsak till varför det kan vara svårt att fastställa vilken psykisk sjukdom det rör sig om är att sjukdomen sällan är renodlad, oftast så förekommer en blandad symtombild (Skerfving, 2005).

Psykisk ohälsa ur ett relationellt perspektiv

Psykisk ohälsa påverkar inte enbart individen själv utan kommer oundvikligen även påverka personer i dennes omgivning och vice versa. Att vara närstående till någon med psykisk ohälsa kan innebära stora påfrestningar och utmaningar för individen, detta gäller inte minst för barn som är en särskilt utsatt grupp. Att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa kan innebära att man bär på en genetisk sårbarhet för psykisk ohälsa. Vidare så innebär det en tredubblad risk att själv drabbas av en psykiatrisk diagnos och fyra gånger så stor risk att dö i förtid (Socialstyrelsen, 2013). För barn till föräldrar med psykisk ohälsa kan det innebära ett flertal olika svårigheter såsom emotionell omsorgssvikt på grund av känslomässig avtrubning och försummelse hos föräldern. Vidare är barnen mer utsatta på grund av det faktum att hen är beroende av föräldrarnas omsorg och ofta saknar kunskap om sjukdomen. Som barn kan det också vara svårare att förstå föräldrarnas sjukdom och bakomliggande orsaker (Socialstyrelsen, 2013).

Psykisk ohälsa och föräldraskap

Det är viktigt att veta hur psykisk ohälsa kan påverka föräldraskapet, inte minst utifrån en skyddsaspekt, särskilt vad gäller yngre barn. En aktiv psykos eller allvarlig depression kan innebära en fara för barnet (Skerfving, 2005). Även om en psykisk sjukdom kan vara påfrestande och försätta föräldern i svåra situationer så är det viktigt att poängtera att samma diagnos kan yttra sig på olika sätt och variera över tid. Vissa föräldrar har förmåga att hantera sjukdomen bättre än andra, beroende på individuella egenskaper, barns ålder och utveckling samt stöd utifrån (Skerfving, 2005, Socialstyrelsen, 2013).

Enligt Socialstyrelsen (2013) kan barnets behov bli åsidosatta genom att den "friska" föräldern blir alltför fokuserad på sin partners sjukdom. Vidare framkommer att föräldrarnas för-

måga till så kallad mentalisering, det vill säga att kunna sätta sig in i någon annans situation och se dennes behov, kan vara nedsatt vilket i så fall innebär en försämring i föräldrarollen (Socialstyrelsen, 2013). Känslor av trötthet, oro, ångest samt koncentrationssvårigheter är vanligt förekommande i samband med psykiska åkommor. Oro och ångest är också något som kan överföras till barnen som är mycket känsliga för vuxnas signaler. Medicinering kan också ge biverkningar i form av ökad trötthet och utslätad mimik. Därav kan föräldrarnas beteende ibland upplevas som obegripliga och skrämmande, vilket kan ge negativa konsekvenser för barnets tillit till föräldern.

Psykisk ohälsa kan medföra att tillvaron ibland blir kaotisk och all struktur upplöses. I samband med schizofreni och depression kan föräldrarnas beteende, som till exempel hallucinationer, vanföreställningar eller undvikande beteende, även komma att påverka barnet negativt. I jämförelse med andra familjer utan psykisk ohälsa, så är det vanligare med missbruk, våld, och försummelse av barnets behov (Socialstyrelsen 2013, Skerfving, 2005).

Barnets utveckling utifrån en utvecklingsekologisk modell

För att bättre kunna förstå hur barn påverkas av att ha en förälder med psykisk ohälsa är det nödvändigt att se det sammanhang barnet lever i, vilket bland annat inkluderar sociala, ekonomiska och kulturella faktorer. Ett sätt att göra detta är att utgå från den utvecklingsekologiska modellen som ursprungligen utvecklades av den amerikanske psykologen Urie Bronfenbrenner. Genom denna modell kan man se barnets utveckling utifrån ett helhetsperspektiv i vilken det sker ett samspel mellan miljön och människor i barnets närhet. Modellen är uppdelad i fyra olika analysnivåer, mikro, meso, exo och makro-system, vilka inte ska betraktas som enskilda fristående enheter utan som delsystem som påverkar och påverkas av varandra. Modellen illustreras oftast genom koncentriska cirklar som innesluter varandra, det finns dock ingen hierarkisk ordning utan alla delar är likvärdiga (Skerfving, 2005; Lagerberg & Sundelin, 2000).

Mikrosystemet - Brukar illustreras i mitten av cirkeln och kännetecknar den miljö som barnet och dennes närstående befinner sig i.

Mesosystemet - Så småningom när barnet utvecklas och blir äldre kommer barnets miljö att utvidgas med nya miljöer som till exempel dagis, skola och kompisgrupper. I denna del beskrivs också kommunikationen, relationer och samspelet inom mikrosystemet.

Exosystemet - Faktorer i den yttre omgivningen som inte påverkar barnet i direkt bemärkelse men som ändå påverkar barnets möjlighet till utveckling. Ett exempel som Skerfving (2005) tar upp för att illustrera detta är patienter inom t.ex. vuxenpsykiatri. Patienten påverkas självklart av detta, men det innebär inte att patienten är en del av själva organisationen.

Makrosystemet - den delen som omsluter hela cirkeln och utgör grunder för samhällets utformning. I detta system återfinns grundstenar för samhällets lagar, utbildning, politik, kultur och sociala integration (Skerfving, 2005, Syrén & Lützén, 2012).

Barnets anknytning

Som komplement till den utvecklingsekologiska modellen används anknytningsteorin som ursprungligen utvecklades av Bowlby. Begreppet anknytning kan i detta fall definieras som det känslomässiga band som uppstår mellan barn och vårdgivare. I detta fall är det mer korrekt att använda benämningen "vårdgivare" eftersom det inte nödvändigtvis behöver vara en förälder som barnet knyter an till, utan det är den eller de personer som står för barnets omvårdnad (Skerfving, 2005, Syrén & Lützén, 2012). I sammanhanget är det också relevant att förtydliga innebörden av begreppet familj. Enligt Benzein, Hagberg & Saveman (2012) definieras familj som: "en grupp människor som binds samman av starka emotionella band, en känsla av samhörighet och ett starkt ömsesidigt engagemang i varandras liv" (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012, s.59)

Barnet har dessutom förmåga att skapa anknytningar till flera personer, vilket ofta också sker. För att underlätta för sig själv inför eventuella krissituationer skapar barnet omedvetet en slags rangordning, för att på så sätt veta direkt vem hen ska söka skydd hos. Redan från spädbarnsålder börjar anknytningsprocessen, relationerna som skapas kommer sedan att påverka barnets utveckling genom hela livet. Strävan efter att utveckla känslomässiga band till människor i närmsta omgivningen är enligt anknytningsteorin ett medfött beteende och kan ur ett evolutionsbiologiskt perspektiv tolkas som en överlevnadsinstinkt.

Det finns två faktorer som är avgörande för hur barnet uppfattar sig själv och sin omgivning, viljan att utforska och en trygg anknytning. Att ha en trygg anknytning är nödvändigt för att barnet ska kunna få psykisk vila, vilket i det här fallet innebär möjlighet till tröst, stöd och beskydd. En väl fungerande anknytning bidrar till att stärka barnet i sin förmåga att förstå sig själv och sin livsvärld. Det finns tre grundläggande anknytningsmönster; tryggt, otryggt – undvikande, otryggt – ambivalent och desorganiserad (Syrén & Lützén, 2012).

En undvikande anknytning karaktäriseras av att föräldrarna är för fokuserade på att uppfylla sina egna behov vilket leder till att barnet “glöms” bort. Detta innebär att barnet, på ett känslomässigt plan, måste klara sig själv och reagerar med känslomässig avtrubning. På lång sikt kan detta ge konsekvenser som innebär att individen har svårt med nära relationer, vilket även kan komma att påverka nästkommande generationer. En ambivalent anknytning innebär en oförutsägbarhet för barnet på grund av att föräldern skiftar i sin närvaro och sitt engagemang i omvårdnaden. Ovissheten för barnet, att inte kunna veta om, eller hur, denna ska kunna få bekräftelse och kärlek från föräldern, påverkar barnets utveckling. Barnet kan antingen reagera med att “hänga sig fast” vid föräldern eller att sträva efter att vara “duktig” för att uppfylla sitt behov av bekräftelse. Den tredje varianten av otrygg anknytning, desorganiserad anknytning, kännetecknas av en ständig rädsla hos barnet för omgivningens uppfattningar om familjen. Rädslan för en oförstående omgivning gör att barnet känner sig hotat, vilket skapar en otrygghet för barnet som kan komma att påverka det genom hela livet. Hur barnet påverkas av sin uppväxt beror på en mängd faktorer, och det är viktigt att komma ihåg att inte alla barn med föräldrar som har psykisk ohälsa utvecklar psykiska störningar (Syrén & Lützén, 2012).

Stressfaktorer och familjeklimat

Stress är en reaktion som uppkommer då kraven på individen överstiger förmågan. De fysiska och mentala påfrestningar som individen ställs inför benämns som “stressorer”. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa lever ofta under en oförutsägbar tillvaro och är därför extra känsliga för faktorer som kan påverka familjeklimatet. Denna oförutsägbarhet ger upphov till en psykisk stress som kan medföra att barnet upplever ökad oro och ångest och som på lång sikt kan innebära negativa konsekvenser för det psykiska välmående. Oförutsägbarheten i hemmet kan innebära konsekvenser i form av isolering där barnet tvingas att välja bort umgänge med kamrater, för att kunna upprätthålla hemsituationen, och vara förberedd inför eventuella problem som kan uppstå. Ytterligare en aspekt som påverkar barnet och klimatet i familjen är att psykisk ohälsa för många är starkt förknippat med känslor av skam och skuld. Av denna anledning är det för många barn helt otänkbart att ta hem kamrater. Därutöver är det vanligt att barnen förbjuds att tala om problemen i familjen med utomstående. Detta innebär en svår situation för barnet om denne inte kan prata med någon och be om hjälp (Skervfing, 2005, Socialstyrelsen, 2013, Syrén & Lützén, 2012). Detta kan leda till att barnet tvingas till ett

större ansvar i familjen, detta fenomen när barnet tar på sig rollen som informell vårdgivare, benämns i litteraturen som "parentification". Ett ansvarstagande som överskrider barnets mognadsgrad och ålder kan innebära allvarliga konsekvenser för hälsan såsom depression och dåligt självförtroende (Ahlström, 2010).

Inom vissa familjer ser familjeklimatet ut som så att man helt enkelt väljer att ignorera problemet och reagerar med tystnad. Bakgrunden till detta beteende kan se olika ut, ibland handlar det helt enkelt om att det upplevs som för smärtsamt och känsligt att tala om, ibland för att föräldrarna önskar skydda sina barn mot obehagliga upplevelser och ibland är det en kombination av dessa förklaringar. Denna tystnad, oavsett om den är avsiktlig eller ej, innebär konsekvenser för barnet och familjeklimatet. Barnet kommer oundvikligen förstå att det är något som inte stämmer i familjen och vid avsaknad av information kan det leda till att barnet själv börjar leta efter förklaring utifrån sina egna farhågor och fantasier. I brist på förklaringar kan barnet också börja skuldbelägga sig själv för hemsituationen och föräldrarnas problem (Skervfing, 2005, Socialstyrelsen, 2013, Syrén & Lützén, 2012).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Sjuksköterskan har ett ansvar att se till hela patientens situation, vilket inkluderar anhöriga. Enligt ICN (International Council of Nurses) har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden, att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). En sköterskas omvårdnad gäller enskilda personer likaväl som hela familjer och allmänhet. Dessa etiska grundstenar i kombination med en familjefokuserad omvårdnad, där inte bara patienten utan även dennes familj tas i beaktande borgar för en omvårdnad med helhetssyn där ingen glöms bort eller faller mellan stolarna.

Barns rätt till stöd och information

För att barnet ska kunna uppleva trygghet och förståelse är det nödvändigt att uppmärksamma och uppfylla dennes behov av information och stöd. Detta återspeglas tydligt både i FN:s konvention om barnets rättigheter (UNICEF, 2015), patientsäkerhetslagen (SFS2010:659) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS1982:763). Ytterligare en lag som är relevant i detta avseende är föräldrabalken där följande fastslås:

”1 § Barn har rätt till omvårdnad, trygghet och en god fostran. Barn skall behandlas med aktning för sin person och egenart och får inte utsättas för kroppslig bestraffning eller annan kränkande behandling” (SFS1949:381).

Konventionen om barns rättigheter som ursprungligen antogs av Förenta nationernas generalförsamling den 20:e november 1989, blev ratificerad av Sverige ett år senare. Detta innebär att Sverige folkrättsligt förbundit sig till att följa konventionen och att alla inom den offentliga sektorn har ett ansvar att se till att konventionen respekteras och efterföljs. (Socialstyrelsen, 2013). Enligt svensk lagstiftning och Barnkonventionen avses med begreppet ”barn” varje människa under 18 år. I konventionen framförs vikten av att prioritera frågor som rör barn och barns rättigheter samt framhålls vikten av att barn och ungdomar får stöd och information. Nedan presenteras en kortfattad sammanfattning av några av konventionens 54 artiklar (UNICEF, 2015):

- Artikel 2 fastslår att alla barn har samma rättigheter och lika värde
- Artikel 3 framhåller att barnets bästa alltid ska prioriteras vad gäller situationer som kan komma att påverka barnet
- Artikel 6 framhåller barnets rätt att leva och utvecklas. Detta avser inte enbart den fysiska hälsan utan innefattar fler dimensioner såsom psykisk och social hälsa
- Artikel 12 framhåller barnets rätt att få uttrycka sina åsikter och att bli lyssnat på
- Artikel 17 framhåller barns rätt till information, särskilt information som kan bidra till att främja barnets sociala, fysiska och psykiska utveckling
- Artikel 19 fastslår att barnet har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld, mot vanvård eller utnyttjande av vårdnadshavare

Enligt Socialtjänstlagen, kapitel 14, 1 § har sjukvårdspersonal som misstänker eller har kännedom om att ett barn far illa, en skyldighet att anmäla detta till socialnämnden. Vidare står det i kap. 1 § SoL (SoL2001:453) om Socialtjänstens ansvar för barn och ungdomars uppväxt och utveckling. Denna lagstiftning framhåller också socialtjänstens ansvar att genom samarbete med familjen men även med samhällsorgan och organisationer arbeta för barnets bästa, både i akuta situationer och i förebyggande syfte. I hälso- sjukvårdslagen (HSL1982:763), § 2f finns bestämmelser som anger hälso- och sjukvårdens ansvar att, vid misstanke eller risk för att ett barn far illa, samverka med andra samhällsorgan, organisationer och andra berörda

parter. År 2010 tillkom nya bestämmelser i denna lag som framhåller hälso- och sjukvårdspersonals ansvar att särskilt beakta barnens behov av stöd och information i de fall barnen lever tillsammans med någon som:

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning
- allvarlig fysisk sjukdom eller skada
- ”missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider.” citat från 2 § hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763.

Sammanfattningsvis kan konstateras att inom alla offentliga yrken har vi inte bara en moralisk och etiskt skyldighet att agera för barnens bästa, vi är även ålagda inom ramen av svensk lag att lyfta barns rättigheter och borga för en trygg och utvecklande uppväxt.

Problemformulering

Psykisk ohälsa räknas till en av de stora folkhälsosjukdomarna i Sverige och är även ett utbrett problem globalt. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en särskilt utsatt grupp på grund av att barnet är beroende av föräldrarnas omvårdnad. Barn påverkas också i större utsträckning av förändringar i föräldrarnas beteende eftersom det påverkar barnets utveckling och anknytningsmönster. Med denna litteraturstudie avser vi ta reda på hur det påverkar barnen att ha en förälder som lider av psykisk ohälsa samt beskriva närmare hur barnet upplever detta. Denna kunskap är värdefull för sjuksköterskan när det gäller bemötande och omhändertagande i situationer som även involverar barnen, direkt eller indirekt.

Syfte

Syftet med det här arbetet är att beskriva barns upplevelser av att ha en förälder med psykisk ohälsa.

Metod

Då vårt syfte med detta arbete är att beskriva barnets upplevelser av att ha en förälder med psykisk ohälsa har vi utgått från att analysera artiklar av kvalitativ forskning. Genom att utgå från analys av kvalitativ forskning är det möjligt att ge en fördjupad och nyanserad bild av individens upplevelser och erfarenheter (Friberg, 2006). På så vis framgår också vilka behov samt förväntningar som finns hos individen, vilket i sin tur kan ge vägledning i sjuksköterskans praktiska handlande. Sökprocessen har utgjorts av både en systematisk sökning och en osystematisk sökning. En systematisk sökning innebär en strukturerad sökning på så vis att det finns en plan för upplägget av sökningen. En osystematisk sökning kan anses vara lämplig i en inledande fas för att få inspiration och innebär helt enkelt att sökningar genomförs på måfå för att på så vis få idéer. Båda delar är enligt Friberg (2006) viktiga, och skall för att få ett bra informationsresultat användas parallellt. Den systematiska sökningsprocessen är dokumenterad i söktabeller (se bilaga). De databaser som användes under sökningsprocessen var Cinahl, PsychInfo, Social Services Abstracts samt Google Scholar. Cinahl är särskilt inriktad på litteratur som rör omvårdnadsvetenskapliga ämnen, PsychInfo är en databas som främst riktar sig till litteratur inom psykologi och angränsande ämnesområden såsom psykiatri, medicin, fysiologi, sociologi, språkvetenskap med mera. Social Services abstracts är en databas som främst är kopplad till litteratur rörande sociala frågor. Samtliga databaser är ämnade för

sökning av vetenskaplig litteratur. Vidare användes vid sökningen så kallad boolesk söklogik vilket innebär att fler än ett sökord användes för att optimera sökresultatet (Friberg, 2006).

Urval

Som ett första steg i urvalsprocessen gjordes en sortering utifrån artiklarnas titlar. Därefter genomlästes abstracten och vi valde ut artiklar som var relevanta för syftet med denna litteraturstudie. Slutligen genomlästes samtliga artiklar och kvalitetsgranskades. Några artiklar sållades bort på grund av bristande relevans samt att några visade sig vara översiktsartiklar. För bedömning av artiklarnas vetenskapliga kvalitet användes en granskningsmall utfärdad av SBU (Statens Beredning för medicinsk Utvärdering) för kvalitativa artiklar. Urvalet resulterade i totalt elva artiklar.

Etisk granskning

Samtliga artiklar som användes i denna litteraturstudie granskades ur ett etiskt perspektiv. Samtliga artiklar, med undantag från en artikel (Murdoch et al., 2008) i vilken detta var oklart, hade någon form av etiskt resonemang samt var godkända av en etisk kommitté.

Dataanalys

Artiklarna analyserades utifrån den metod som beskrivs av Friberg (2012) vilket innebär att processen delas upp i fem faser för att på så vis på ett systematiskt tillvägagångssätt kunna få fram ett eget resultat. Fas ett innebär att alla artiklarna lästes igenom med särskilt fokus på resultatdelen för att kunna få en fördjupad förståelse och en helhetsuppfattning av materialet. I fas två identifierades nyckelfynd och gemensamma meningsbärande enheter. Dessa kom sedan under fas tre att sammanfattas med artikelhänvisning för att få en bättre överblick över materialet. I fas fyra identifieras likheter och skillnader i studiernas resultat för att på så vis få fram nya teman. Den femte och sista fasen i dataanalysen innebär en presentation av vad som framkommit på ett lättöverskådligt sätt. Genom detta är syftet att försöka ge läsaren överblick och en helhetsupplevelse av problemområdet (Friberg, 2012).

Resultat

Vi har studerat barns upplevelser av att växa upp med en förälder som har en psykisk ohälsa.

Nedan presenteras de teman och underteman som identifierats vid analysen av artiklarnas resultat. För att särskilt betona huvudteman och underteman har citat använts i resultatdelen, dock har citaten inte översatts då det ansågs finnas risk för felaktig översättning, vilket skulle kunna medföra att innebörden går förlorad.

Huvudteman	Underteman
Känsla av att vara annorlunda	Utanförskap och stigmatisering Relationella svårigheter Besvikelse, sorg och känsla av förlust Mognad och förståelse
Anpassningsstrategier	Att vilja fly Ökad känslighet för föräldrarnas beteende Övertagande av föräldrarollen
Kunskapsbrist	Brist på stöd och information Ilska, frustration, hat Oro, rädsla Skuld och skam Maktlöshet Ensamhet och isolering

Känsla av att vara annorlunda

Känslan av att vara annorlunda och stå utanför är ett genomgående tema för samtliga artiklar som inkluderats i arbetet. Att barnen inte vågade eller var försiktiga med att prata med andra utomstående om sin hemsituation kan delvis förklaras av den stigmatisering som finns kring psykisk ohälsa.

“Some of my best friends say that I can talk to them when I need to, and that is certainly a good thing, but regardless of how much I tell them, they will never really understand. I feel very alone in the middle of all this.” (Trondsen, 2010,p.180).

Utanförskap och stigmatisering

Barnen beskrev en känsla av utanförskap, att andra inte skulle förstå vad de gick igenom. Några av barnen beskrev att de vid några tillfällen då de berättat för kamrater om sina föräld-

rar blivit illa bemötta och att det därutöver fanns en rädsla att det skulle skapas rykten om barnets hemsituation (Murdoch & Hall, 2008; Pölkki, Ervast, Huupponen, Meadus & Johnson, 2000; Somers, 2007). Barnen kände sig ibland, på grund av den stigmatisering som fanns och lojalitet till föräldern, tvungna att ljuga genom att till exempel säga att fadern var på affärsresa, istället för att säga som det var, att fadern vårdades på psykiatrisk klinik. Samtidigt beskrev barnen att det var viktigt att kunna prata med någon för att bevara självkänsla och hantera jobbiga situationer. Det var dock viktigt att denne någon var en person som barnet litade på och som hade förståelse för barnets situation. Detta benämns i Murdoch et. al (2008) som "selective sharing". Vissa av barnen blev förbjudna av sina föräldrar att tala med utomstående om hemsituationen vilket var en försvårande omständighet. I vissa av studierna hade barnen möjlighet att anförtro sig till släktingar vilket ökade deras förståelse och de barnen kände sig mindre isolerade. Att prata med utomstående till exempel kuratorn i skolan var också associerat med ett flertal risker, som att bli betraktade som annorlunda av jämnåriga kamrater eller till och med bli mobbade (Murdoch & Hall, 2008; Pölkki et al., 2004).

I ett flertal artiklar framkom det att även inom familjen pratades det inte om föräldrarnas psykiska ohälsa, då ämnet betraktades som tabu (Van Parys, Bonnewyn, Hooghe, 2014; Van Parys, Smith & Rober, 2014; De Mol & Rober, 2013; Meadus, Johnson., 2000; Somers, 2007)

I studien av Cogan et al. (2008) jämför man barn till föräldrar till psykisk ohälsa med en grupp barn i familjer utan dokumenterad förekomst av psykisk ohälsa. Här kan likheter urskiljas med resultatet som framgick i övriga studier, psykisk ohälsa beskrivs av många barn, både i huvudgruppen och i jämförelsegruppen, som ett osynligt problem vilket illustreras av följande citat:

"I think there's a line to be drawn but, em (.) I think a mental (health) problem is less visible than physical health (problems), obviously because with physical health (problems) you can actually see it or physical disability is easy to see but mental (health) problems (.) you need to look further into it...it's more difficult to understand.[CA31]"(Cogan et al ,s.54)

Vidare framkommer i studien av Cogan et al. (2008) att synen på psykisk ohälsa skilde sig mycket åt mellan de båda grupperna i studien. Större andelen av barnen i jämförelsegruppen beskrev psykisk ohälsa i negativa termer till exempel som "crazy", "not normal", "mental" och "odd". Utöver det rörde det en del missuppfattningar om vad psykisk ohälsa verkligen

innebar. Barnen i huvudgruppen som hade personliga erfarenheter av psykisk ohälsa, i och med föräldrarnas problem, hade ett mer neutralt perspektiv och beskrev det bland annat som “problem”, “bad days” eller “sad”, “depressed” eller “stressed”.

I studien av Summers (2007), vilket också var en jämförande studie, framkom att barn som hade föräldrar med psykisk ohälsa hade högre förekomst av beteendemässiga problem och koncentrationssvårigheter. Föräldrarna till barnen i huvudgruppen rapporterade att deras barn hade mer problem i skolan i jämförelse med kontrollgruppen, barnen i huvudgruppen hade dessutom högre frånvaro. Föräldrarna i huvudgruppen upplevde också fler beteendemässiga störningar, som ilska och udda beteende. Vad gäller barnens upplevelser kunde ingen signifikant skillnad ses vad gäller den fysiska hälsan, känslor gentemot den egna familjen eller vänskapsrelationer.

Mognad och förståelse

Att växa upp i en annorlunda familj var inte enbart kopplat till negativa konsekvenser. I några av studierna (Van Parys et al., 2014) beskrev deltagarna att de genom sin uppväxt blivit mer självständiga och lärt sig hantera svåra situationer.

Det är tydligt trots svårigheterna i hemmet, att barnen hyser stor kärlek och lojalitet till föräldern (Östman, 2008; Van Parys et al., 2013; Murdoch & Hall, 2008). Även om det periodvis uppstod jobbiga situationer i hemmet så beskrev barnen att de upplevde att föräldrarna kunde ge dem god omvårdnad (Van Parys et al., 2013). Många av barnen satte sina föräldrars behov i första hand och gav därför inte uttryck för känslor av ilska, frustration och sorg, utan höll det inom sig för att skydda föräldern: “Suck it in. Don’t cry. Suck it in.” (Murdoch et. al., 2008 s.1140).

I ett flertal av studierna (Murdoch & Hall, 2008; Van Parys et al., 2014) visar barnen ett hänsynstagande och medlidande gentemot föräldrarna och ger uttryck för en önskan att få hjälpa dem: “I love my sick parent but wish she was another person” (Östman, 2008, s. 356).

Relationella svårigheter

I ett flertal av studierna framkommer det att barnen upplever svårigheter att knyta an och skapa relationer till andra människor (Foster, 2010; Van Parys et al., 2013; Trondsen, 2012). I artikeln av Foster (2010) visar det sig att dessa relationella problem kvarstår upp i vuxen ålder, då deltagare beskriver svårigheter att knyta an till sina egna barn. Detta var inte enbart

relaterat till den stigmatisering som fanns kring psykisk ohälsa, utan kan även förklaras med att det kunde vara svårt för barnet att nå fram till föräldern under perioder då denne i sin sjukdom var känslomässigt frånvarande (Van Parys et al., 2013). Vidare framkommer i ett flertal av studierna (Van Parys et al., 2013; Cogan et al., 2008) att barnen höll inne med sina känslor av hänsyn till föräldrarna:

“In the beginning I did not talk about it because I thought, I thought I could not be the one who was burdened by the situation. I’d rather say: ‘It is no big deal’” (Van Pyres et al., 2014, s.6)

Detta kunde vara smärtsamt för barnen, särskilt de äldre, att inte kunna ge uttryck för sina känslor och be om hjälp:

“There was this one time she was really, really bad. I didn’t know what to do. I broke down. She was just so bad talking about wanting to slit her wrists. I didn’t know what to do. I wanted to talk to someone, I was scared. I wanted to help her and I wanted to help me.” (Murdoch et. al., 2008, s.1140)

Besvikelse, sorg och känsla av förlust

Känslor av besvikelse, sorg, och förlust är ett genomgående tema för samtliga artiklar. Som barn till förälder med psykisk ohälsa upplever barnet ofta en stor ovisshet relaterat till avsaknad av rutiner och förälderns pendlande humör. I jämförelse med andra jämnåriga barn upplever barnen i dessa familjen att de saknade något. Detta var inte enbart under perioder då föräldern vårdades på sjukhus utan även när föräldern rent psykisk var närvarande men känslomässigt frånvarande (Somers, 2007).

Barnen upplevde sig ofta bortglömda eller åsidosatta vilket var ytterligare en orsak till besvikelse och sorg, exempelvis i samband med födelsedagar som blev bortglömda på grund av den sjuka föräldern:

“For my 16th birthday, she was in the hospital. The saddest part was she was like, “I forget, where did we go for dinner on your 16th birthday?” We didn’t. I really wish she was really healthy. For me, that was a really big birthday, but that’s the way it went.”(Murdoch et al. 2008, s. 1137)

När barnen blev äldre, och insåg att deras familj var annorlunda i jämförelse med andras, blev dessa känslor ännu mer påtagliga:

“My mom can’t pick me up to take me to school or drive me to school. We don’t usually eat supper at a table. It’s just casual, whenever we’re hungry. I don’t know, we just don’t eat meals together. I don’t think I’ve ever like done that on a regular basis. I wish I had that. I can’t say I miss it, because I never had it.”(Murdoch et al., 2008, s. 1338)

I samtliga artiklar är det tydligt att barnen pendlar mellan olika känslor, allt i från kärlek, sorg, ilska, frustration till besvikelse och upplever stor ovisshet.

“I’ve had so many mixed emotions. I was so mad sometimes. The difference is that I’m not mad at her. I’m just frustrated. I wake up in the morning, no one is here. I come home no one is here.”(Murdoch et. al., 2008, s.1140)

För att kunna avgöra hur de skulle hantera situation beskrev barnen i studien av Murdoch et al. (2008) hur de utvärderade och jämförde situationen mot hur det varit tidigare och med andra familjer. Detta var ett sätt för barnen att kunna utvärdera om situationen i hemmet blev bättre eller sämre, för de äldre barnen var detta särskilt viktigt för att uppnå personlig utveckling. När barnen jämförde sig själv med andra jämnåriga framkom blandade känslor, en del beskrev ilska och frustration, andra ansåg att deras erfarenheter var något som gjorde dem till mer speciella. Särskilt de äldre barnen var medvetna om att andra barn uppfattade dem som annorlunda, vilket kunde göra det svårare för barnet att knyta an och skaffa jämnåriga kamrater (Murdoch & Hall, 2008).

Anpassningsstrategier

För att kunna hantera sin hemsituation utvecklade barnen olika strategier och anpassade sig efter föräldrarnas beteende. Barnen som hade mer kunskap om föräldrarnas åkomma kunde lättare hantera och anpassa sig till situationen. Ytterligare en faktor som avgjorde barnets förmåga att kunna hantera svåra situationer var barnets känslomässiga anknytning till föräldern. En stark anknytning bidrog till en känsla av trygghet vilket i sin tur motiverade barnet till att förbättra relationen till föräldern (Murdoch & Hall, 2008).

Att vilja fly

Barnen beskrev hur föräldrarna i episoder, då sjukdomen förvärrades, inte klarade av föräldrollen vilket kunde leda till att föräldrarna blev okontaktbara/frånvarande, eller det motsatta, överdrivet "klängiga". För att kunna hantera detta utvecklade barnen strategier som innebar att barnet på olika vis distanserade sig från föräldern.

Ett sätt att distansera sig och avleda tankarna var att sysselsätta sig med annat, träna eller träffa kompisar. För de yngre barnen var detta emellertid svårare då de inte hade samma möjlighet till att lämna hemmet på egen hand. Istället kunde de för att avleda uppmärksamheten, hitta en lugn plats i hemmet och t.ex. läsa, spela, eller kela med husdjur. Bland de äldre barnen var det viktigt, för att skapa en känsla av identitet, att kunna styra över sitt liv i största mån och försöka att inte låta sig påverkas av föräldrarnas problem (Murdoch & Hall, 2008).

En annan metod som barnen kunde använda sig av var att försöka hjälpa föräldrarna så mycket som möjligt, alltifrån med hushållssysslor till att bara sitta ned och försöka prata med föräldern. Att prata med andra var också något som barnen upplevde underlättade situationen, det var dock inte alltid denna möjlighet fanns (Pölkki et al., 2004; Foster, 2010; Murdoch & Hall, 2008; Somers, 2007; Meadus et al., 2000).

Ytterligare en strategi som barnen använde sig av för att hantera sin situation var att helt enkelt förlita sig på sig själva och försöka hitta egna lösningar. Ett exempel som beskrivs är när barnet inser att föräldern inte kan lära dem något som de behöver veta, då tar barnet själv ansvar för att lära sig detta genom att exempelvis vända sig till en lärare i skolan. Emellertid användes denna strategi enbart i de fall då barnen inte hade en stark anknytning till föräldern och inte såg några andra alternativ (Murdoch & Hall, 2008).

Som en sista utväg kunde barnen välja att avsluta relationen med föräldern, vilket benämns som "opting out" i studien av Murdoch & Hall (2008). I ett skede då barnet inser att situationen är ohållbar blir detta det enda alternativet. Ett alternativ som emellertid riskerar att försätta barnet i riskfulla miljöer som involverade alkohol, droger och kriminalitet. Vissa av barnen valde att avsluta relationen med föräldern för gott, medan det för andra var ett temporärt skede (Murdoch & Hall, 2008).

Det framkom, särskilt i den retrospektiva studien av Van Parys et al. (2014) att allteftersom att deltagarna blev äldre, började de ta avstånd från föräldrarna, både fysiskt och emotionellt.

Detta gav dem en möjlighet att få ytterligare perspektiv på situationen och att kunna reflektera över sin egen utveckling. Många upplevde det som en lättnad att kunna släppa det tunga ansvar de haft i familjen. Känslomässig distansering kunde innebära att barnet slutade förvänta sig något av sin förälder för att på så sätt undvika besvikelse.

Ökad känslighet för föräldrarnas beteende

Barnen beskrev hur de var uppmärksamma på föräldrarnas beteende, då detta var något som i hög grad påverkade både barnet och hur utomstående såg på familjen (Van Parys & Rober, 2013; Murdoch & Hall, 2008; Meadus et al., 2000). Genom att övervaka föräldrarnas beteende, även om barnen inte alltid kunde förstå symtomen, så gav det dem en känsla av kontroll (Foster, 2010). I studien av Meadus et al. (2000) framkom att barnen kände ett stort ansvar för föräldrarna och att övervaka föräldrarna var ett sätt att försöka skydda dem. Vaksamheten var också ett sätt för barnen att kunna anpassa sig till förändringarna och utveckla strategier för att hantera situationer som kunde uppstå (Murdoch & Hall, 2008)

Övertagande av föräldrarollen

Att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa medförde ett större ansvarstagande för barnet som ibland fick ta över delar av föräldrarollen. Barnen beskrev, att i jämförelse med sina jämnåriga kamrater, var de mer mogna för sin ålder och vana vid ett större ansvar. Detta var något som enligt barnen själva hade gett dem ett större självförtroende. I många fall medförde ett större ansvar negativa konsekvenser i form av att barnet kände sig otillräckligt och ansvaret var övermäktigt (Östman, 2008; Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004). Det utökade ansvaret medförde inte enbart negativa konsekvenser, i Murdoch et al. (2008) beskriver barnen att de kan se fördelar av sina erfarenheter. I jämförelse med sina jämnåriga kamrater upplevde de sig mer mogna och att uppskattade sina föräldrar mer:

“Like my friends complain. I just hate it when my friends are, like, [saying] I hate my parents. They always fight with them for like stupid reasons, but I just see things like a little bit differently.” (Murdoch et al., 2008, s. 1338)

Barnen beskrev att de kände sig ansvariga för föräldrarnas och familjens välmående, både praktiskt och känslomässigt. För att underlätta för föräldern kunde de försäkra denne om att de klarade sig fint och att de gärna hjälpte till med hushållssysslor (Van Pyres et al., 2014; Murdoch & Hall, 2008; Östman, 2008; Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004).

Några av barnen beskrev det som att när de väl axlat detta ansvar, som egentligen hör föräldrarollen till, upplevde barnen att de inte kunde avsäga sig detta ansvar. Utöver kärlek till föräldern så fanns det ett flertal andra förklaringar till varför barnet tog på sig detta ansvar. Det kunde handla om att barnet kände sig moraliskt förpliktigade eller hade skuld känslor. Andra deltagare beskrev att de inte såg ansvaret som en börda eftersom det helt enkelt hade blivit en rutin. Att ta på sig detta ansvar beskrevs också som ett sätt att skydda sig själva, genom att vara "vårdare" istället för barn kunde de undvika känslor av sorg och besvikelse (Van Pyres et al., 2014).

Kunskapsbrist

I samtliga artiklar framkommer det en avsaknad av information och kunskap hos barnen gällande föräldrarnas tillstånd. Brist på kunskap och information ledde till oro och osäkerhet för barnen. De upplevde att de aldrig riktigt kunde veta vad de kunde förvänta sig från den ena dagen till den andra. Att inte ha kunskap om förälderns sjukdom gjorde det svårt för barnet att avgöra vad som var sjukdomen och vad som var en del av förälderns personlighet.

Brist på stöd och information

Barnen fick genom sina observationer en viss förståelse för föräldrarnas problem, men kunde inte förstå vad som var orsaken eller vad det egentligen innebar på grund av bristen på information. Många uttryckte att föräldrarna medvetet undanhöll information, som inte ansågs lämplig i syfte att skydda barnet, vilket ledde till ökad oro för barnet. Att inte få information ledde till att barnet sökte efter förklaringar på egen hand (Van Parys & Rober, 2013; Meadus et al., 2000). Bristen på information medförde att barnen kände sig betydelselösa och utslutna (Van Parys et al., 2014).

I många av studierna framkom att barnen knappt fått någon information överhuvudtaget om föräldrarnas hälsa, vare sig av föräldrarna själva eller av vårdpersonal (Foster, 2010; Van parys et al., 2014; Pölkki et al., 2004; Meadus et al., 2000; Trondsen, 2012). I studien av Somers (2007) framkommer att knappt hälften av barnen i huvudgruppen hade träffat hälso- och sjukvårdspersonal och av dessa hade endast ett barn fått förklarat för sig vad schizofreni innebar. I detta fall fick barnet information från en sjuksköterska. Oftast fick barnet information från

den friska föräldern, det var dock tydligt, både bland föräldrar och hos barn, att de önskade mer stöd och information (Somers, 2007).

Ilska, frustration och hat

Ibland beskrev barnen ilska, frustration och till och med hat över att ha en förälder som betedde sig annorlunda (Östman, 2008; Somers, 2007; Meadus et al., 2000). I studien av Pölkki et al., (2004) gav barnen uttryck för känslor av avund mot andra barn som hade "friska, normala" föräldrar, och uttryckte samtidigt ilska mot sina egna föräldrars svaghet och oförmåga att sköta sig självständigt.

Oro och rädsla

Ytterligare ett genomgående tema för samtliga artiklar som presenteras är oro och rädsla. Största bakomliggande orsaken till rädslan är brist på stöd och information (Pölkki et al., 2004; Meadus et al., 2000; Murdoch & Hall, 2008). Andra orsaker till rädsla och oro hos barnen som framkom var bland annat, rädsla för föräldrarnas hälsa - självskadebeteenden, att själv bli sjuka, rädsla inför framtiden – att bli övergivna och rädsla för vad andra skulle tycka.

"People often tell me how I resemble my mother (physically). And at times when I don't feel very well myself, then I immediately start to think 'I'm going to become like my mother'. In fact I want to fight this tendency to compare everything to my mother's situation." (Van Parys et al., 2014, s. 9)

Skuld och skam

I studien av Östman (2008) framkom att många av barnen skuldbelagde sig själva för föräldrarnas psykiska ohälsa eller för att de inte kunde hjälpa föräldrarna i större utsträckningar. I många fall drogs slutsatsen att det var deras fel eftersom att föräldern blivit sjuk i samband med att barnets födelse, i vissa fall hade de hört det från den friska föräldern. Detta var även ett genomgående tema i flera av de andra studierna (Cogan et al., 2008; Van Pyres et al., 2014; Van Parys & Rober, 2013)

Maktlöshet

Känslan av att inte kunna påverka sin situation och inte ha någon att prata med gav upphov till känslor av ensamhet, maktlöshet och frustration (Murdoch & Hall, 2008; Somers, 2007) Känslan av att inte veta vad som kommer att hända från den ena dagen till den andra beskrivs

i studien av Foster (2010) som en bergochdalbana: ”you’d think ‘this roller coaster was never going to stop’, you know?” (Foster, 2010, s. 3145)

Ensamhet och isolering

Att inte ha någon att anförtro sig till resulterade i känsla av ensamhet. Denna känsla kunde uppkomma vid två olika sammanhang, varav det ena är det som nämnts tidigare om att inte ha någon att prata med. Det andra sammanhanget då barnen upplevde ensamhet var när barnen kände sig åsidosatta, då allt fokus låg på den sjuke föräldern. Särskilt önskade tonåringarna i studien att bli behandlade rättvist och att vuxna i omgivningen skulle ta hänsyn till deras livssituation, inte bara den sjuke föräldern (Murdoch & Hall, 2008; Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004).

I studien av Östman (2008) beskriver barnen upplevelser av att vara ensamma med sina tankar, att inte ha någon att anförtro sig till, och kände ett behov av att få mer information samt att någon lyssnade på dem. Alla barn i studien, oavsett kön och ålder, framhöll att det var viktigt att ha någon utomstående att kunna anförtro sig till och prata med om sin situation. De barnen som hade haft möjlighet till detta upplevde att det underlättade deras förmåga att kunna hantera problemen relaterat till den sjuka föräldern. De barn som inte hade haft den möjligheten uppskattade att få bli intervjuade under studiens gång. Barnen hade inte bara ett behov av att prata om sig själva, utan önskade också kunna få prata om hur de påverkades av föräldrarnas ohälsa. Några av barnen uttryckte att de önskade få prata med en professionell kontakt om sina upplevelser av föräldrarnas psykiska mående och beteende, en önskan som sällan hade beaktats enligt barnen själva (Östman, 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Denna litteraturstudie är baserad på kvalitativa studier. Detta var ett medvetet val då syftet med denna rapport är att undersöka hur det är att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa, det vill säga ta reda på barns subjektiva upplevelser. Kvalitativa studier, och framförallt intervjustudier, är mer lämpade för detta ändamål (Friberg, 2006). Vissa av studierna (Somers, 2007) innehåller inslag av kvantitativa data. Många av studierna har, även för att vara kvalitativa artiklar, förhållandesvis få deltagare. Vi anser ändå att resultatet är relevant eftersom metoden i dessa studier inte skiljer sig nämnvärt, samt att alla studier uppvisar ett likartat resultat.

En svaghet med vår litteratursökning som diskuterades var att vi inte använde oss av funktioner som exempelvis trunkering, för att på så vis möjliggöra fler träffar i databaserna. Utöver sökningarna i de databaser som redovisas i tabellerna gjordes alternativa sökningar i andra databaser bland annat i Scopus, Cochrane library och PubMed, dock utan att hitta artiklar relevanta för denna studie. Därmed ansåg vi att vi uppnått mättnad i sökningsprocessen och beslutade att övergå till analys av resultatet.

För att kunna ge tydlig överblick över hur sökningsprocessen gick till dokumenterades detta från första början i tabeller som redovisas i Bilaga 1 och 2. Vid sökningarna eftersträvades studier av hög kvalitet. För att underlätta sökningen och nå detta mål användes avgränsningskriterier vilket inkluderar följande: artiklarna var peer-reviewed och endast artiklar som var publicerade från år 2000. Att inte äldre artiklar inkluderades i arbetet motiveras med att psykiatri är ett område som under det senaste decenniet genomgått stora förändringar (Skervfing, 2005), varför det inte ansågs relevant att ta med artiklar som var äldre än 15 år. Ytterligare ett krav var att artiklarna skulle finnas tillgängliga i full text. Trots detta uppstod ett problem under sökningsprocessen då en artikel som kunde vara intressant för denna rapport inte fanns tillgänglig, utan var tvungen att beställas, vilket vi valde att avstå från eftersom det fanns andra artiklar att tillgå som bedömdes vara likvärdiga. Vidare är det möjligt att relevanta artiklar inte inkluderats under det tidiga stadiet i urvalsprocessen när vi valde artiklar utifrån studiernas titel.

Artiklarna som valdes kom från Kanada, Norge, England, Skottland, Irland, Sverige, Finland, Belgien och Australien. Kulturella skillnader mellan länderna kan medföra att studiernas resultat inte är applicerbar på den svenska populationen. Emellertid så påvisar alla studierna, trots att det är utförda i olika delar av världen, ett förhållandevis homogent resultat vilket talar för att resultatet ändå är överförbart på den svenska befolkningen. Samtliga artiklar var skrivna på engelska, men alla länder är inte engelskspråkiga, vilket innebär att citat troligtvis är översatta till engelska. Detta innebär i sin tur att det kan ha blivit missförstånd vid översättningen av dessa relaterat till författarnas språkliga kunskaper. Att använda sig av citat medför också en risk att ge läsaren en vinklad bild, det vill säga att författaren väljer ut citat utifrån sina egna föreställningar. Det faktum att detta arbete innehåller berättelser från vuxnas erfarenheter innebär en viss risk för bias eftersom det är möjligt att dessa personer selektivt väljer ut minnen. Detta kan samtidigt betraktas som en styrka då det är möjligt att vuxna deltagare har ett bredare perspektiv på situationen. I en av studierna var föräldrarna närvarande under intervjutillfällena (Van Parys & Rober, 2013) vilket kan tänkas ha påverkat barnens svar och agerande och gett en felaktig bild.

Några av artiklarna som framkom under sökningsprocessen visade sig vara retrospektiva studier, det vill säga studier som undersökte vuxnas upplevelser av att ha vuxit upp med en förälder med psykisk ohälsa. Detta var inte något som eftersträvades från början, utan i första hand söktes studier som belyste barns upplevelser. Emellertid diskuterades huruvida vi skulle inkludera de retrospektiva studierna, och vi beslutade att ta med dem med motiveringen att det ger en bredare bild av fenomenet då man som barn kanske inte kan uttrycka sig på samma sätt. En kvalitetsgranskning av samtliga artiklar genomfördes, samtliga bedömdes vara av hög kvalitet.

Det saknas ett tydligt genusperspektiv i flertal av studierna då majoriteten av de sjuka föräldrarna representerades av en kvinna, alltså modern i familjen. Vissa studier fokuserade enbart på hur det var att växa upp med en sjuk mamma (Van Parys et al., 2014). Det framkommer inte alltid i studierna om det är modern eller fadern som är sjuk, utan författarna använder sig av benämningen "föräldern". Vidare så var majoriteten av barnen i studierna flickor. Åter igen finns ingen tydlig distinktion mellan pojkar och flickor utan deltagarna benämns endast som

”barnen”. Detta medför svårigheter att se eventuella skillnader mellan könen vad gäller barnens reaktioner och upplevelser.

Resultatdiskussion

Barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en särskilt utsatt grupp eftersom barn är beroende av föräldrarnas omsorg, vilket föräldrarna i sin sjukdom inte alltid är kapabla att tillgodose, för att klara sig i livet. Att vara barn till föräldrar med psykisk ohälsa är också förknippat med en genetisk sårbarhet för psykisk sjukdom (Socialstyrelsen, 2013). Därför anser vi att det är viktigt att uppmärksamma dessa barn i tid. Ett av problemen som framkommer i resultatet, men som även varit känt sen innan, är att det finns en stark stigmatisering kring psykisk ohälsa (Skerfving, 2005). Detta kan göra att barnen inte vågar eller till och med förbjuds av föräldrarna att prata om problemen. Barnen uttryckte känslor av utanförskap, ensamhet och isolering vilket både kan kopplas till stigmatisering och brist på kunskap. Att inte kunna få prata med någon, och bära allting inom sig är ett tungt ansvar. Utifrån resultatet framgår det att många av barnen önskar att kunna få tala med någon, samtidigt känner de sig osäkra på vilka de kan lita på och anförtro sig till. Det framkommer även att det av barnen kan upplevas svårt på grund av en stark lojalitet till föräldrarna att prata om deras ohälsa och det kan upplevas som ett svek. Det kan vara svårt för barn att sätta ord på sina känslor, både mot jämnåriga kamrater, andra vuxna och gentemot vårdpersonal. Det finns en rädsla för att andra människor inte ska förstå barnens situation, att de ska bli utdömda eller få ett negativt bemötande. Det är värdefullt för vårdpersonal att ha kunskap om hur barn till föräldrar med psykisk ohälsa upplever sin vardag och vilket stöd de önskar för att veta hur man ska bemöta barnen i dessa situationer. Ofta finns det en oro och rädsla hos barnet, vilket kan härledas till en mängd olika faktorer, men av resultat framgick att barnen ofta oroade sig över föräldrarnas hälsa, över framtiden och farhågor om att själv drabbas av sjukdom. Oavsett vilket känslotillstånd som barnet befinner sig i är det viktigt att uppmärksamma barnet och att erbjuda information och stöd som är individanpassade.

Som framkommit i detta arbete är barn som anhöriga ofta osynliga då det ofta saknas uppgifter om att föräldrarna har barn överhuvudtaget och barnen får sällan den information och stöd de skulle behöva. I samtliga studiers resultat framkom att barnen var bristfälligt informerade eller saknade kunskap om föräldrarnas sjukdomstillstånd. I hemmet var det ett förbjudet samtalsämne och i vårdsammanhang blev barnen ofta förbisedda. Inte desto mindre förstod barnet att det var något som var fel. Att inte få någon förklaring ledde till att barnen drog egna, ibland felaktiga, slutsatser och skapade nya orealistiska farhågor. För att barnet överhuvudtaget ska ha en rättvis chans att kunna hantera sin situation är det av stor vikt att betona hälso- och sjukvårdens ansvar att informera barnet och skapa delaktighet. Detta är något som särskilt betonas i den nya patientlagen (SFS2014:821). Det kan också tänkas vara till hjälp att samtala med föräldern av vikten av att informera barnet eftersom det framgick av studiernas resultat att många föräldrar bar på en uppfattning om att barnen mår bättre av att inget veta. Det är dock viktigt att tänka på hur man framför detta budskap till föräldern eftersom det är möjligt att råd kan uppfattas som kritik och därmed skada vårdrelationen.

Ett sätt för sjuksköterskan att uppmärksamma barnen är att utgå från familjecentrerad omvårdnad. Familjecentrerad omvårdnad grundar sig i teorin på att när en människa drabbas av ohälsa och sjukdom så kommer det påverka andra människor i dess närhet, och vice versa, människor i patientens närhet påverkar patienten. Genom att även fokusera på patientens sociala nätverk och göra familjen mer delaktig så kan vårdpersonal bidra till att patienten upplever ett bättre stöd samt att anhöriga känner sig mer värdefulla. På detta sätt tillvaratas familjens egna resurser och styrkor och bidrar tillsammans med sjuksköterskans kompetens till en bättre vård (Benzein, Hagberg & Saveman, 2009). Enligt Suzie Kim (2000) så är den sociala miljön, samt individens förmåga att hantera sociala relationer avgörande för hur en individ upplever sin hälsa, vilket är ytterligare en anledning till varför det är viktigt som sjuksköterska att inkludera familjen och närstående i vård av patienten. Ett praktiskt exempel på vilket sätt sjuksköterska kan utgå från familjecentrerad omvårdnad är att använda sig av en så kallad nätverkskarta som syftar till att kartlägga patientens nätverk. Genom nätverkskartan är det möjligt att som sjuksköterska få mer förståelse för patientens situation samt att det även kan hjälpa patienten att få en överblick över resurser och tillgångar. En nätverkskarta ger en överblick över det sammanhang både barnet och familjen befinner sig i, vilket utifrån ett utveckl-

ingsekologiskt perspektiv är nödvändigt för att kunna uppnå djupare förståelse för barnets situation (Skervfing, 2005; Lagerberg & Sundelin, 2000).

Genom att få vara delaktig och ta del av information gällande föräldrarnas hälsa, självklart anpassad till barnets individuella behov och förståelse, så är det möjligt att ge barnet en känsla av meningsfullhet och begriplighet. På så vis kan barnet få stöd och hjälp att lära sig skilja på vad som är sjukdomen och vad som är ”den riktiga föräldern”. Vidare tror vi att detta kan vara ett sätt att motarbeta att barnet får skuld och skamkänslor, vilket också var en känsla som beskrevs i samtliga studier. Meningsfullhet och begriplighet är två av komponenterna i KASAM-teorin och är en förutsättning för att individen ska kunna uppnå hanterbarhet (Claezon, 1996; Hedelin, Jormfeldt & Svedberg, 2009).

Att sträva efter att ge barnet en känsla av sammanhang kan vara ett sätt att hjälpa barnet hantera svåra situationer. Om barnet inte får information söker detta efter egna lösningar. Att anta rollen som vårdare till föräldern kunde vara ett sätt att hantera situationen. Barnen själva beskrev det som att de ville hjälpa sin förälder eller att de helt enkelt blivit en vana, och att det var för sent att fransäga sig ansvaret. Detta fenomen kan man teoretiskt härleda till att barnet genom att ta på sig en vårdar-roll strävar efter någon form av struktur och rutin samt att hitta en känsla av sammanhang. Vidare kan det vara ett sätt för barnet att koppla bort känslor av besvikelse och sorg som är relaterat till att ha en frånvarande förälder, genom att istället förvandlas från barn till vårdare. Detta är emellertid ett tungt ansvar för barnet och kan innebära att barnet upplever känslor av ensamhet och isolering, varför det är viktigt att som sjuksköterska uppmärksamma barnen och ge stöd och information (Skervfing, 2005).

En fråga som dyker upp efter analysen av resultatet är varför barn sällan blir informerade av sjukvårdspersonal, framförallt sjuksköterskor. Vår teori är att det finns okunskap i hur barnen ska bemötas samt att man fransäger sig ansvaret över den uppgiften. Det är dock viktigt att, åter igen, poängtera att det är vårt ansvar som sjuksköterska att även se till barnens perspektiv (SFS1982:763). Varför detta ansvar ändå förbises skulle kunna förklaras med att sjuksköterskan bär på en uppfattning att detta är någon annans ansvar, exempelvis socialtjänstens. Ytterligare en förklaring skulle kunna vara att det finns fördomar, som grundar sig i okunskap, om att barn mår bäst av att inte veta. Vad gäller kunskap i hur barnen ska bemötas, anser vi att man som grundutbildad sjuksköterska kanske inte har så mycket kunskap om barnets utveck-

ing. Detta anser vi är något som det borde läggas mer fokus på under utbildningen då barnen trots alls finns överallt inom sjukvården, både som patienter och anhöriga.

Syftet med denna litteraturstudie var att undersöka hur det är att vara barn till en förälder med psykisk ohälsa. Eftersom samtliga artiklar som valdes var kvalitativa studier är det svårt att bedöma reliabiliteten, det vill säga artiklarnas tillförlitlighet (Friberg, 2012). Om samma studie genomfördes på nytt med andra informanter och andra intervjuare är det möjligt att resultatet skulle bli annorlunda. Studiernas validitet bedömdes som tillförlitlig eftersom undersökningarna besvarade syftet. Vi diskuterade kring de valda studiernas överförbarhet, alltså i vilken grad resultat kan överföras till andra informanter och situationer. Visserligen är studierna baserad på kvalitativa data, vilket innehåller subjektiva upplevelser, dock så kunde konstateras att resultaten i samtliga studier innehöll gemensamma teman. Detta trots att studierna genomförts i olika länder, både hos flickor och pojkar, och i olika åldrar. Vi anser att mer forskning behövs inom detta område, särskilt forskning gällande varför sjukvårdspersonalen så sällan informerar barnen.

Sammanfattningsvis ser vi, efter att ha studerat barns upplevelser av att ha en förälder med psykisk ohälsa, att den största risken är bristen på information och kommunikation. Detta är ett problem som med relativ enkla medel skulle kunna avhjälpas. Genom att utgå från en familjecentrerad omvårdnad samt tänka på att samverka med andra professioner ökar möjligheten att kunna uppmärksamma barnen. Sjuksköterskans viktigaste verktyg för att bemöta dessa barn är kommunikation och samtal. Att få en förklaring till förälderns beteende kan bidra till att barnen känner mindre skuld och kan utveckla strategier för hur de ska hantera sin vardags-situation på ett bättre sätt. Det är viktigt att informera barnet om att det finns stöd och hjälp att få, och att denne inte är ensam eller ansvarig för situationen. Som nämnts tidigare är det viktigt att även inkludera resterande familjemedlemmar. Vidare anser vi att det är nödvändigt att inom verksamheten, särskilt inom psykiatrin, att anta ett barnperspektiv, det vill säga se till att upprätta tydliga riktlinjer vad gäller bemötande av barnen.

Referenslista

Ahlström H. B. (2010). Familj- och Barnperspektivet – Hur är det att leva som närstående. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå.* (s. 358-368). Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B. (2012). Att möta familjer inom vård och omsorg. Lund: Studentlitteratur.

Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B.-I. (2009). Kapitel 2. Familj och sociala relationer. In F. Friberg & J. Öhlén (Eds.), *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (1. uppl. ed., pp. 67-88). Lund: Studentlitteratur.

Claezon, I. *Mot alla odds. Barn till narkotikamissbrukare berättar om sin uppväxt.* Stockholm: Mareld. 1996.

Ervast, S., Huupponen, M., & Pölkki, P. (2005; 2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39(1), 151-163. doi:10.1300/J010v39n01_10

Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': Experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3143.

Friberg, F. (2012). Att utforma ett examensarbete. I Friberg (Red.), *Dags för uppsats* (s.81 - 94). Lund: Studentlitteratur

Hedelin B, Jormfeldt H & Svedberg P (2009) Hälsobegreppet – synen på hälsa och sjuklighet. (s.238-258). Friberg, F., Öhlén, J., *Omvårdnadens grunder: Perspektiv och förhållningssätt.* Lund: Studentlitteratur.

Kim H S. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing.* New York: Springer Publishing Cop; 2000. Kapitel 7: The Domain of environmental. Sid 165-182.

Pellmer, K., Wramner, B., & Wramner, H. (2012). Grundläggande folkhälsovetenskap: Kristina pellmer, bengt wramner, håkan wramner ; [foto: Håkan wramner]. Stockholm: Liber

Lagerberg, D., Sundelin, C., & Centrum för utvärdering av socialt arbete. (2000). Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Gothia.

Meadus, R. J., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 383-390. doi:10.1046/j.1365-2850.2000.00319.x

Mordoch, E., & Hall, W. A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127-1144. doi:10.1177/1049732308320775

Ottosson, J. (2009). *Psykiatri*. (7., [uppdaterade] uppl.) Stockholm: Liber.

Riddell, S., Cogan, N., & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: A qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), 47-66. doi:10.1191/1478088705qp024oa

SFS 1949:381, 1949-06-10, Föräldrabalk, Stockholm: Justitiedepartementet L2

SFS 1982:763, 1982-06-30, Hälso- och sjukvårdslag, Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2001:453, 2001-06-07, Socialtjänstlag, Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2010:659. Patientsäkerhetslag. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821 Patientlag. Stockholm: Socialdepartementet.

Skerfving, A. (2005). Att synliggöra de osynliga barnen: Om barn till psykiskt sjuka föräldrar. Stockholm: Gothia.

Socialstyrelsen. (2006). Socialrapport 2006. Hämtad 2010-11-01 från <http://www.folkhalsomyndigheten.se/pagefiles/12984/social-rapport-2006.pdf>

Socialstyrelsen.(2013). Barn som anhöriga. Hämtad den 2015-04-28 från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19114/2013-6-6.pdf>

Somers, V. (2007). Schizophrenia: The impact of parental illness on children. *The British Journal of Social Work*, 37(8), 1319-1334. doi:10.1093/bjsw/bcl083

Svensk sjuksköterskeförening.(2014) ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Hämtad den 2015-04-28 från:http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer/etik/publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Syrén, S., & Lützén, K. (2012). Att leva med psykisk ohälsa: Ett närståendeperspektiv. Lund: Studentlitteratur.

Trondsen, M. V. (2012; 2011). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188. doi:10.1177/1049732311420736

Parys, H. V., Smith, J. A., & Rober, P. (2014). Growing up with a mother with depression: An interpretative phenomenological analysis. *The Qualitative Report*, 19(15)

Van Parys, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., De Mol, J. and Rober, P. (2014). Toward understanding the child's experience in the process of parentification: young adults' reflections on growing up with a depressed parent. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111/jmft.12087

Van Parys, H., & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 330-345. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x

UNICEF. (2015). Barnkonventionen. Hämtad den 2015-04-28 från:
<https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten#full>

World Health Organization. (1948). Health. International Health Conference. New York.
Hämtad 2015-05-06 från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> – 2020 WHO
Geneva, Schweiz, Document Production Services

Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. (2012). Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.
Lund: Studentlitteratur.

Östman, M., Faculty of Health and Society, & Malmö University. (2008). Interviews with
children of persons with a severe mental illness-investigating their everyday situation. *Nordic
Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359. doi:10.1080/08039480801960065

Bilaga 1 Söktabell

Databas: Google Scholar

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
7/4/2015	children parental mental illness	Publication date 2000-2015 Språk: engelska, svenska	19	3	0	0
7/4/2015	"children experience" "parental mental illness" qualitative OR "psychosocial factors"	Publication date 2000-2015 Språk: engelska, svenska	242	7	4	4

Sökning 1:

- 1 artikel valdes bort på grund av att det var en avhandling.
- 2 artiklar valdes bort som inte var studier utan review-articles.

Sökning: 2

- 3 artiklar valdes bort eftersom de visade sig vara review-articles.

Parys, H. V., Smith, J. A., & Rober, P. (2014). Growing up with a mother with depression: An interpretative phenomenological analysis. *The Qualitative Report*, 19(15), 1.

Van Parys, H., & Rober, P. (2013). Trying to comfort the parent: A qualitative study of children dealing with parental depression. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(3), 330-345. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00304.x

Riddell, S., Cogan, N., & Mayes, G. (2005). The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: A qualitative study. *Qualitative Research in Psychology*, 2(1), 47-66. doi:10.1191/1478088705qp024oa

Van Parys, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., De Mol, J. and Rober, P. (2014). Toward understanding the child's experience in the process of parentification: young adults' reflections on growing up with a depressed parent. *Journal of Marital and Family Therapy*. doi: 10.1111/jmft.12087

Databas: Social Services Abstracts

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
7/4-15	effects of parental mental illness on children	2002-2015 Peer reviewd	5	1	1	1
7/4-15	impaired parents AND child development	2002-2015 Peer reviewd	17	0	0	0
7/4-15	children of mentally ill parents	2002-2015 Peer reviewd	45	1	1	1

Sökning 1

Somers, V. (2007). Schizophrenia: The impact of parental illness on children. *The British Journal of Social Work*, 37(8), 1319-1334. doi:10.1093/bjsw/bcl083

Sökning 3

Ervast, S., Huupponen, M., & Pölkki, P. (2005; 2004). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39(1), 151-163. doi:10.1300/J010v39n01_10

31/3	Children AND parental mental illness	Full Text Published Date: 2000-2015 Peer Reviewed	28	6	1	0
Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar

Databas: Cinahl

Sökning 1: tre artiklar valdes bort på grund av det inte var en studie. Tre valdes bort på grund av att de saknade relevans (vuxenperspektiv).

27/03/2015	children of parents with mental illness AND experience	Peer-reviewed Publication date 2000-2015 Qualitative Study	100	6	4	4
27/03/2015	children lived experience parental mental illness	Peer-reviewed	10	1	1	0
27/03/2015	children experience parental mental illness	Peer-reviewed Publication date 2005-2015 Qualitative Study	50	4	1	0
27/03/2015	children experience parental mood disorder	Peer-reviewed Publication date 2005-2015	67	2	1	1
27/03/2015	children experience parental mental illness	Peer-reviewed Publication date 2005-2015 Quantitative Study	80	7	0	0

Databas: PsychInfo

Databas: PsychInfo

Sökning 1: Två artiklar valdes bort, den ena på grund av att den inte fanns tillgänglig, den andra för att den fokuserade på föräldrarnas perspektiv och därmed inte besvarade vårt syfte.

Foster, K. (2010). 'You'd think this roller coaster was never going to stop': Experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3143.

Trondsen, M. V. (2012; 2011). Living with a mentally ill parent: Exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188. doi:10.1177/1049732311420736

Mordoch, E., & Hall, W. A. (2008). Children's perceptions of living with a parent with a mental illness: Finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127-1144. doi:10.1177/1049732308320775

Östman, M., Faculty of Health and Society, & Malmö University. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness-investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354-359. doi:10.1080/08039480801960065

Sökning 2: Denna artikel valdes bort då den inte besvarade vårt syfte.

sökning 3: Tre artiklar sedan tidigare sökning, ytterligare än valdes bort då den ej var tillgänglig.

Sökning 4: En artikel valdes bort då det visade sig att det inte var någon egentlig studie.

Meadus, R. J., & Johnson, B. (2000). The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 383-390. doi:10.1046/j.1365-2850.2000.00319.x

sökning 5: Tre av artiklarna fanns sedan tidigare sökning, resterande två var inte relevant för syfte och inkluderades därför inte i arbetet.

Bilaga 2 Artikelöversikt

Författare	Mordoch, E, & Hall, W.A.
Titel	Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Land/år	Kanada / 2008
Syfte	Hur barn hanterar sina upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk ohälsa
Metod	Grounded theory
Resultat	Det saknas resurser inom vården att ta hand om dessa barn och ett holistiskt synsätt skulle vara till stor hjälp och stöd för barnen.
Kvalite	Hög kvalite, dock oklart om etiskt resonemang förs

Författare	Trondsen, M.V
Titel	Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives
Tidsskrift	Qualitative Health Research
Land/år	Norge / 2012
Syfte	Att utforska ungdomars upplevelser i det vardagliga livet
Metod	Action research
Resultat	Ungdomarna upplever brist på information, ensamhet, oförutsägbarhet i vardagen och även hur dom utvecklar strategier för att hantera sin vardag.
Kvalite	Hög

Författare	Cogan, N., Riddel, S. & Mayes, G.
Titel	The understanding and experiences of children affected by parental mental health problems: a qualitative study
Tidsskrift	Qualitative Research in Psychology
Land/år	England / 2008
Syfte	Att studera barns förståelse och upplevelser inför föräldrars psykiska ohälsa
Metod	Semistrukturerad intervjustudie
Resultat	Stigmatisering är ett vanligare uttryck hos barn i kontrollgruppen (de barn som inte har sjuka föräldrar)
Kvalite	Hög kvalite

Författare	Somers, V
Titel	Schizophrenia: The Impact of Parental Illness on Children
Tidsskrift	British Journal of Social Work
Land/år	England / 2007
Syfte	Studera vilken påverkan schizofreni hos förälder har på barn
Metod	Semistrukturerade intervjuer
Resultat	Barn med sjuk förälder uppvisade mer problem i skolan, hade mindre kontakt med släktningar och spenderade mer tid hemma.
Kvalite	Hög kvalite

Författare	Östman, M
Titel	Interviews with children of persons with a severe mental illness*Investigating their everyday situation
Tidsskrift	Informa Healthcare
Land/år	Sverige / 2008
Syfte	Att utforska upplevelser av barns livssituation där förälder har svår psykisk ohälsa
Metod	Intervjustudie
Resultat	Teman angående behov av samtal, kärlek för familjen, mognad, rädsla och skuld, ensamhet, ansvar och stigma utlästes ur intervjuerna.
Kvalite	Hög

Författare	Meadus, R. J & Johnson, B
Titel	The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder
Tidsskrift	Journal of psychiatric and mental health nursing
Land/år	Kanada / 2000
Syfte	Beskriva barns upplevelser som har en förälder med psykisk ohälsa
Metod	Ostrukturerade intervjuer
Resultat	Barn upplevde frustration och rädsla och en känsla av brist på kunskap
Kvalite	Hög

Författare	Pölkki, P., Ervast, S.A & Huupponen, M
Titel	Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent
Tidsskrift	Social Work in Health Care
Land/år	Finland / 2008
Syfte	Behov och stressreaktioner hos barn med föräldrar med psykisk ohälsa
Metod	Intervjustudie
Resultat	Brist på information, och barnen använde sig av en mängd anpassningsstrategier
Kvalite	Hög

Författare	Van Pyres, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., De Mol, J., & Rober, P.
Titel	Toward UnderstandingThe Child's Experince In The Process Of Parentification: Young Adults' Refelections On Growing Up With A Depressed Parent
Tidsskrift	Journal of Marital and Family Therapy
Land/år	Belgien
Syfte	Hur barn skapar sig en förståelse för sin barndom och vikten av retrospektiv reflektion när föräldrar har psykisk ohälsa
Metod	Intervjustudue
Resultat	Barn agerar i intresse av familjens bästa
Kvalite	Hög

Författare	Van Pyres, H & Rober, P
Titel	Trying to comfort the parent: A qualitative studie of children dealing with parental depression
Tidsskrift	Journal of Marital and Family Therapy
Land/år	Belgien / 2013
Syfte	Barns upplevelser av parentification i familjer där en förälder är inlagd på grund av depression.
Metod	Intervjuer, tematisk analys
Resultat	Barn upplever stora känslor och känner ett behov att inte vidare belasta sina redan tyngda föräldrar.
Kvalite	Hög

Författare	Van Pyres, H., A-Smith, J & Rober, P
Titel	Growing Up with a Mother with Depression: An Interpretative Phenomenological Analysis
Tidsskrift	The Qualitative Report
Land/år	England / 2014
Syfte	Hur är det att växa upp med en psykiskt sjuk förälder ur ett retrospektivt synsätt
Metod	Intervju, idiographic analysis
Resultat	I barndomen känslor av övergivenhet, men även känslor av stöd. I vuxenlivet integreras barndomens upplevelser och de blir en del av individen.
Kvalite	Hög

Författare	Foster, K
Titel	'You'd think this roller coaster was never going to stop': experiences of adult children of parents with serious mental illness
Tidsskrift	Journal of clinical nursing
Land/år	Australien / 2010
Syfte	Upplevelser hos ett vuxet barn till en förälder med psykisk ohälsa
Metod	Ostrukturerad intervju, tolkad genom hermeneutisk metod
Resultat	Fyra teman : osäkerhet, kämpa för att få kontakt, vara ansvarig och söka balans
Kvalite	Hög