



SAHLGRENKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

BARN TILL FÖRÄLDRAR MED PSYKISK SJUKDOM

Upplevelse av det dagliga livet

Rebecca Ridderskär & Erika Bergström

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Handledare:	Marie Wendel
Examinator:	Margaretha Jenholt Nolbris

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svensk)	Barn till föräldrar med psykisk sjukdom
Titel (engelsk)	Children of parents with a mental illness
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2017
Författare	Rebecca Ridderskär & Erika Bergström
Handledare:	Marie Wendel
Examinator:	Margaretha Jenholt Nolbris

Sammanfattning:

Bakgrund: Psykisk ohälsa har ökat i samhället och likaså antalet föräldrar drabbade av psykisk sjukdom med ansvar för minderåriga barn. Forskning och annan litteratur har visat att föräldrarnas omsorgsförmåga varierar och därmed i vilken utsträckning barnen får sina behov tillgodosedda. Det har även visat sig att barnen ofta tar ett stort ansvar i familjen vilket kan leda till att deras upplevda känsla av sammanhang påverkas negativt och resultera i ohälsa. Stigmatisering ses kring psykisk sjukdom vilket har bidragit till att många föräldrar inte söker vård och har därmed försvårat arbetet med att identifiera barnen. Lagar och riktlinjer har upprättats för att hälso- och sjukvårdspersonal ska uppmärksamma barnens behov vilka inte alltid efterföljs. **Syfte:** Syftet var att belysa barn och ungas upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom. **Metod:** En litteraturstudie gjordes med sökningar i databaserna Pubmed, CINAHL, PsycINFO, Scopus och Google Scholar. **Resultat:** Tre teman identifierades. *Att skapa sig en uppfattning om familjesituationen* innebar att barnen insåg att deras familj var annorlunda jämfört med andras. Bristande information om föräldrarnas sjukdom från både sjukvårdspersonal och föräldrar försvårade barnens förmåga av att förstå familjesituationen. *Att hitta strategier för att hantera familjesituationen* omfattades av att barnen själva fick utveckla strategier för att klara av att hantera vardagen, såsom att stänga in sig på sitt rum, umgås med vänner eller i vissa fall bruka alkohol och droger. Flertalet barn fick en ansvarsroll i familjen och tog hand om både syskon, föräldrar och hushåll. Brist på stöd var vanligt förekommande. *Att känna psykiskt lidande* inbegrep en upplevelse av konstant rädsla och oro, känslor av skuld och skam samt att känna sig utelämnad och ensam. **Slutsats:** Barn till föräldrar med psykisk sjukdom var i stort behov av information och stöd. Här har sjukvårdspersonal, inte minst sjuksköterskan, ett ansvar i att identifiera barnen och ge dessa stöd där stor vikt ligger på att de lagar och riktlinjer som finns också efterföljs.

Nyckelord: *"barn och välbefinnande", "barn till föräldrar med psykisk sjukdom, "barns upplevelser", "familjefokuserad omvårdnad"*

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	2
Hälsa	2
Psykisk ohälsa.....	2
Psykisk sjukdom	2
Barn till föräldrar med psykisk sjukdom	3
Prevalens	3
En utsatt grupp i samhället	3
Lagar och riktlinjer	4
Barnets rättigheter	4
Föräldrarnas skyldigheter.....	5
Hälso- och sjukvårdens skyldigheter	5
Barnperspektiv och barnets perspektiv	6
Omvårdnadsteorier	6
KASAM	6
Familjefokuserad omvårdnad.....	7
Problemformulering.....	7
Syfte	7
Metod	7
Urval	7
Datainsamling	8
Kvalitetsgranskning	9
Etik.....	9
Dataanalys	9
Resultat.....	10
Att skapa sig en uppfattning om familjesituationen	10
Att erhålla information och kunskap.....	10
Att befinna sig i en annorlunda familj	11
Att hitta strategier för att hantera familjesituationen.....	11
Att få ett utökat ansvar	12
Att hitta copingstrategier.....	13
Att erhålla socialt stöd	13
Att känna psykiskt lidande	14

Att känna rädsla och oro	14
Att känna skuld och skam	15
Att känna sig utelämnad och ensam.....	16
Diskussion	16
Metoddiskussion.....	16
Resultatdiskussion	18
Brist på information och kunskap	18
Brist på omsorg	19
Copingstrategier	20
Psyiskt lidande	21
Slutsats.....	22
Kliniska implikationer	22
Vidare forskning	23
Referenslista	24

Bilagor

Bilaga 1: Söktabell

Bilaga 2: Protokoll för kvalitetsbedömning

Bilaga 3: Artikelöversikt

Inledning

Inom all hälso- och sjukvårdsverksamhet kan sjuksköterskan möta barn till föräldrar som lider av psykisk sjukdom. Det är svåruppskattat hur stor denna grupp är men enligt Socialstyrelsen (2013a) beräknas 33–50 procent av alla patienter inom psykiatri vara föräldrar, vilka i de flesta fall lever tillsammans med sina barn. Ett betydande mörkertal föreligger på grund av att den drabbade och dess omgivning ser psykisk sjukdom som något skamligt vilket därmed blir något man helst inte vill prata om. Att ämnet är tabubelagt resulterar även i att många föräldrar som har barn att ansvara för inte söker hjälp trots att de verkligen behöver det. Föräldrarnas psykiska sjukdom påverkar barnen som blir en särskilt utsatt grupp eftersom de är beroende av omsorg från föräldrarna. Föräldrarnas förmåga att tillgodose barnens behov varierar med den sjuka föräldrarnas aktuella tillstånd och riskerar dessutom att svikta hos den andra föräldern, eller annan vuxen i familjen, om den sjuke föräldern själv har stora omsorgsbehov. Tidigare forskning har påvisat konsekvenser av både psykisk och social karaktär om barnen och familjen inte får stöd från samhället. Till exempel är risken för att ett barn, vars förälder lider av psykisk sjukdom, själv drabbas av psykisk ohälsa tredubblad jämfört med andra barn. Socialstyrelsen (2014) framhåller att all vårdpersonal, inklusive sjuksköterskan, har ett ansvar för att vara uppmärksam på om ett barn riskerar att fara illa och i de fallen förhindra att barnets hälsa och utveckling påverkas negativt. Att hälso- och sjukvårdspersonal beaktar barns behov av information, råd och stöd, vars föräldrar lider av psykisk sjukdom, är dessutom ett lagkrav i Sverige. Idag finns få studier ur barnets perspektiv som tagit hänsyn till barnets subjektiva upplevelse av att leva tillsammans med en förälder med psykisk sjukdom. För möjligheten att kunna identifiera och möta barns behov krävs kunskap och förståelse av barns upplevelse och erfarenhet där syftet dels innebär att minska risken för att dessa barn glöms bort inom hälso- och sjukvården och dels att arbeta för att kunna erbjuda ett individanpassat stöd utifrån barnens behov.

Bakgrund

I bakgrunden definieras de begrepp som anses relevanta för att få en tydlig bild över litteraturstudien och dess problemområde. Specifikt beskrivs prevalensen avseende barn till föräldrar med psykisk sjukdom samt varför dessa barn är en utsatt grupp i samhället. Därefter skildras lagar och riktlinjer som är av betydelse för barnet och dess omgivning. Slutligen redogörs studiens teoretiska referensram.

Hälsa

Enligt WHO (2014) definieras begreppet hälsa som ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte endast som frånvaro av sjukdom eller funktionsnedsättning. Psykisk hälsa definieras i sin tur som ett tillstånd av välmående där varje individ inser sin egen potential, klarar av att hantera normala påfrestningar i livet, kan arbeta produktivt och förmår att bidra till samhället.

Psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är ett övergripande begrepp som innefattar allt från lindrigare psykiska besvär, såsom oro och nedstämdhet, till allvarliga psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013b). Uppkomst av psykisk ohälsa kan orsakas av både biologiska och psykosociala faktorer där till exempel stress, ekonomiska svårigheter och brist på stöd kan öka risken för att en person insjuknar (Skärsäter, 2014). Nationellt sett är psykisk ohälsa vanligt förekommande och ungefär 31 procent av den vuxna befolkningen uppskattades lida av svår ångslan, oro eller ångest år 2015 (Folkhälsomyndigheten, 2016). Antalet personer drabbade av psykisk ohälsa är dock svåruppskattat, delvis på grund av att alla inte söker hjälp och delvis till följd av att den psykiska ohälsan inte alltid upptäcks när personen söker vård på grund av andra sjukdomstillstånd (Socialstyrelsen, 2013a). Eftersom sjuksköterskan möter patienter med psykisk ohälsa överallt inom hälso- och sjukvården, och inte endast inom psykiatri, understryks vikten av att sjuksköterskan kan identifiera dessa tillstånd, men även ge bästa möjliga vård till dessa patienter, oavsett var de befinner sig i vårdkedjan (Skärsäter, 2014).

Psykisk sjukdom

Enligt WHO (2016) inkluderar psykisk sjukdom depression, bipolär sjukdom, schizofreni och andra psykoser, demens, intellektuella funktionsnedsättningar och utvecklingsstörning, inklusive autism. Psykisk sjukdom karaktäriseras generellt som en kombination av onormala tankar, uppfattningar, känslor, beteenden och relationer med andra. Globalt sett är depression den vanligast förekommande psykiska sjukdomen följt av bipolär sjukdom och schizofreni inklusive andra psykoser. Enligt Socialstyrelsen (2017) har nationellt sett psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar ökat med 259 procent inom öppenvården, där siffran visade att 142 338 personer var drabbade år 2005 och 369 021 personer år 2015. Enligt Försäkringskassan (2015) var psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar dessutom den vanligaste orsaken till sjuk- och aktivitetsersättning år 2015, där 39 procent av de personer som erhöll sjukersättning respektive 69 procent av de som erhöll aktivitetsstöd var drabbade av dessa tillstånd.

I dagens samhälle råder stigmatisering kring psykisk sjukdom, det vill säga att sjukdomen ses som något skamligt, vilket kan upplevas av både den drabbade och dennes omgivning.

Skamkänslorna leder till att många personer som lider av psykisk sjukdom, samt deras anhöriga, väljer att inte prata om sjukdomen. Dessutom kan den upplevda skammen bidra till att psykiskt sjuka föräldrar inte inkluderar sina barn i sjukdomssituationen på grund av att de upplever eller intalar sig själva att barnen inte märker av problemen (Socialstyrelsen, 2013a).

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom

Prevalens

Enligt Socialstyrelsen (2013a) uppskattas 33–50 procent av alla patienter inom psykiatri vara föräldrar där de flesta lever tillsammans med sina barn. Siffran är i enlighet med en svensk prospektiv tvärsnittsstudie av Östman och Eidevall (2005) som undersökte prevalensen av patienter inom psykiatrisk slutenvård och öppenvård som även var föräldrar. Resultatet visade att 36 procent av patienterna var föräldrar till minderåriga barn (0–18 år) varav 81 procent hade vårdnad om barnen och 74 procent levde tillsammans med dessa. Vidare redogör Socialstyrelsen (2013a) för att sex procent av alla barn mellan åldrarna 0–15 år har en förälder som någon gång vårdats inom psykiatrisk slutenvård.

En utsatt grupp i samhället

Sveriges Riksdag (SOU 1998:31) framhäver att barn som bor med en psykiskt sjuk förälder är en sårbar grupp i behov av extra stöd där samhället ej har tagit sig tid att uppmärksamma barnen och deras behov. När en förälder blir psykiskt sjuk kan vardagen förändras drastiskt och upplevas som kaotisk och skrämmande för barnet, vilken blir tvungen att anpassa sig efter den nya situationen och mogna snabbare (Skerfving, 2005). Socialstyrelsen (2013a) uppger att barn som bevittnar starka känsloutbrott, hallucinationer, vanföreställningar och undandragande kontakt hos föräldern utsätts för stora psykosociala påfrestningar och kan leda till att barnet får ta hand om både sig själv, sina syskon och sin sjuka förälder, samt ta ansvar för hushållssysslor. Det utökade ansvaret kan liknas vid Nka:s (2014) definition av att vara ung omsorgsgivare vilket beskrivs som barn som regelbundet vårdar eller bistår med hjälp till en anhörig, ofta en förälder med psykisk eller fysisk sjukdom. Att i ung ålder ha regelbundna omsorgsuppdrag kan bidra till att barnets utveckling sker i en negativ bemärkelse med mindre möjligheter till delaktighet i samhället. I en studie av Moore och McArthur (2007) framhöll barn som unga omsorgsgivare att de tog på sig ett utökat ansvar i familjen i form av att bland annat stötta föräldern med tvättning, påklädning, medicinering och transporter. Barnen uttryckte emellertid en önskan om att få hjälp med dessa uppgifter för att kunna ägna sig åt exempelvis skolan. Därtill uppger Nka (2016) att omkring tre procent av alla 15-åriga barn stannar hemma från skolan minst en dag i veckan för att ta hand om sin sjuka förälder. Socialstyrelsen (2013a) uppger att risken för att barnet tar på sig en ansvarsroll i familjen ökar i de fall omsorgsförmågan hos föräldern brister, där omsorgsförmågan påverkas av föräldrarnas aktuella tillstånd och barnets ålder. Dessutom riskerar förmågan att tillgodose barnets behov att svikta hos en eventuellt frisk förälder, eller annan vuxen i familjen, om den sjuka föräldrarnas psykiska problem dominerar familjesituationen. Skerfving (2005) menar på att föräldern som ska utgöra ett stöd för barnet istället kan bli en belastning om denne är för upptagen av sig själv och sina egna problem. I en översiktsartikel av Reupert och Maybery (2016) framkom å andra sidan att en förälder som får adekvat stöd, behandling och/eller medicinering för sin psykiska sjukdom kan utgöra en kompetent förälder.

Enligt tidigare forskning löper barn till föräldrar med psykisk sjukdom en ökad risk för att själva drabbas av psykisk ohälsa, till exempel ångest. Riskgraden påverkas av både risk- och skyddsfaktorer som interaktionen i familjen, omgivande miljö samt barnets egenskaper

inklusive sårbarhet (Socialstyrelsen, 2013a; Reupert & Maybery, 2016). Den ökade risken för att drabbas av psykisk ohälsa påvisas även i en tvärkulturell studie som inkluderade 13 europeiska länder, varav Sverige var ett av dessa, som undersökte förekomsten av psykiska problem bland barn och ungdomar liksom riskfaktorer associerade med dessa (Ravens-Sieberer, Erhart, Gosch & Wille, 2008). Resultatet visade bland annat på att svagt socialt stöd, bristande föräldra-barn relationer samt psykisk sjukdom hos föräldrar var förknippat med en ökad risk för barn och ungdomar att drabbas av psykisk ohälsa. Att barnen någon gång själva kommer att vårdas för en psykisk sjukdom är enligt Socialstyrelsen (2013a) tre gånger så hög jämfört med barn till föräldrar utan psykisk sjukdom, och risken av förtida död är fyrdubblad. Dessutom löper barnen en ökad risk för självmordsförsök samt alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser.

Inom hälso- och sjukvården förbises ofta barn till föräldrar med psykisk sjukdom vilket Skerfving (2005) beskriver som att barnet är osynligt för vårdpersonalen till följd av att deras fokus enbart ligger på den psykiskt sjuka föräldern. Att vårdpersonal inte ser till barnen stärks i studien av Östman och Eidevall (2005), vilka uppgav att barnen hade informerats om sin förälders psykiska tillstånd av vårdpersonal i endast 14 procent av fallen. En av orsakerna till att man ofta blundar för barnen skulle kunna vara att många sjuksköterskor saknar kunskap avseende bemötandet av barn till föräldrar med psykisk sjukdom, vilket även framhålls i en studie av Houlihan, Sharek och Higgins (2013). I studien, som utfördes i Irland, framkom det att 91 procent av de deltagande sjuksköterskorna saknade vidareutbildning avseende bemötande och stöttning av barn vars föräldrar lider av psykisk sjukdom och 65 procent ansåg sig inte ha någon kunskap alls. Femtiofem procent uppgav att de inte frågade om barnet var i behov av information eller stöd där 86 procent heller aldrig gav barnet någon information om föräldrarnas tillstånd. Vidare upplevde 64 procent av sjuksköterskorna brist på självförtroende och kunskap när det kom till att bedöma barnets behov.

Lagar och riktlinjer

Barnkonventionen definierar ett barn som ”varje människa under 18 år” (UNICEF Sverige, 2009) vilket även kommer vara definitionen av ett barn i denna litteraturstudie. Under sin uppväxt utvecklas barnet både fysiskt och psykiskt och för att utvecklingen ska ske i en positiv bemärkelse, där barnet klarar av att hantera utmaningar under uppväxten, är det grundläggande att barnet får sina behov tillfredsställda (Enskär & Golsäter, 2014). Både globalt och nationellt sett råder lagar och riktlinjer som berör barnets rättigheter av att bland annat få sina behov tillgodosedda, samt föräldrarnas och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldigheter gentemot barnet. Lagar och riktlinjer som berör området beskrivs nedan.

Barnets rättigheter

Globalt föreligger bestämmelser om barnets rättigheter i FN:s konvention om barnets mänskliga rättigheter, även kallad barnkonventionen. Nästintill samtliga av världens länder har skrivit under konventionen och därmed förpliktat sig att följa denna, inklusive Sverige (UNICEF Sverige, 2009). Regeringar som inte efterföljer bestämmelserna kan dock endast ställas till svars ur en moralisk aspekt till följd av att barnkonventionen är en så kallad ”mjuk lag” (Regeringskansliet, 2006). I Sverige har man valt att, istället för att inkorporera konventionen i landets lagar, använda sig av en transformeringsmetod vilket innebär att redan existerande lagar ändrats och anpassats efter konventionens bestämmelser. Fyra av konventionens 54 artiklar utgör grundläggande principer vilka alltid ska beaktas i frågor gällande barn:

- Artikel 2 – ”Alla barn har samma rättigheter och lika värde”
- Artikel 3 – ”Barnets bästa ska beaktas i alla beslut som rör barn”
- Artikel 6 – ”Alla barn har rätt till liv och utveckling”
- Artikel 12 – ”Alla barn har rätt att uttrycka sin mening och få den respekterad”

Utöver grundprinciperna innefattar konventionen barnets rätt till att bli omvårdad av sina föräldrar så långt det är möjligt (artikel 9), barnets rätt till att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld, övergrepp, vanvård eller utnyttjande (artikel 19), barnets rätt till en god hälsa och sjukvård (artikel 24) samt barnets rätt till lek, fritid, vila och återhämtning (artikel 31) et cetera (UNICEF Sverige, 2009).

Föräldrarnas skyldigheter

Enligt barnkonventionen, artikel 18, bär föräldrar eller annan vårdnadshavare huvudansvaret för barnets uppfostran och utveckling där barnets bästa alltid ska beaktas (UNICEF Sverige, 2009). Nationellt sett framhävs föräldrarnas ansvar i Föräldrabalken (SFS 1949:381) vilken anger att barnets vårdnadshavare ansvarar för barnet tills dess att det fyllt 18 år. Vårdnadshavaren är skyldig att tillgodose barnets behov av omvårdnad, trygghet och en god uppfostran, där barnets bästa ska beaktas i beslut som rör vårdnad, boende och umgänge. I de fall föräldrarnas omsorgsförmåga brister till den grad att bestående skada på barnets hälsa och utveckling riskeras kan vårdnaden fräntas föräldern.

Hälso- och sjukvårdens skyldigheter

Inom Sverige framkommer hälso- och sjukvårdens skyldigheter gentemot barnet i diverse nationella lagar. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) ska vårdpersonal särskilt beakta barnets behov av information, stöd och råd om dennes förälder eller annan vuxen som barnet bor med har en psykisk funktionsnedsättning eller störning. Lagen är i enlighet med barnkonventionen, artikel 17, som framhåller att barnet har rätt till information där syftet är att främja barnets hälsa både socialt, fysiskt och psykiskt (UNICEF Sverige, 2009). Enligt patientlagen (SFS 2014:821) ska den information som ges vara anpassad till barnets ålder med hänsyn till mognad, erfarenhet, språkkunskap samt andra förutsättningar och den som delger informationen ska förvissa sig om att barnet förstått innebörden. Hälso- och sjukvårdspersonal ska även möjliggöra för patientens närstående, i detta fall barnet, att medverka vid planering och genomförande av patientens vård om inte sekretess föreligger (SFS 2014:821).

Vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa har hälso- och sjukvårdspersonal anmälningsplikt till socialnämnden enligt Socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Definitionen av begreppet barn som far illa innefattar enligt Socialstyrelsen (2014) ”alla former av övergrepp, försummelse och utnyttjande som leder till faktisk eller potentiell skada för barnets hälsa eller utveckling” vilket gäller ”oavsett om det är avsiktligt eller oavsiktligt, har kulturella bakgrundsfaktorer eller beror på okunskap om barns behov”. Risken för att barnet far illa ökar om föräldrarnas omsorgsförmåga brister och barnets grundläggande behov ej tillgodoses där psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning hos föräldern anses vara en riskfaktor (Socialstyrelsen, 2014). I frågor rörande barn som far illa eller riskerar att göra det ska hälso- och sjukvården samverka med andra berörda samhällsorgan och organisationer (SFS 1982:763).

Utöver att ta hänsyn till ovanstående lagar har sjuksköterskan dessutom ett ansvar över att styra sitt arbete i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Svensk

sjuksköterskeförening, 2014). Den etiska kodens riktlinjer framhåller att sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden är att främja hälsa, återställa hälsa och välmående, vara med och förebygga uppkomst av sjukdom samt att lindra lidande. Det är sjuksköterskans uppgift att ge vård med respekt oberoende av ålder, kön, bakgrund, religion, sjukdomar eller annan funktionsnedsättning. Sjuksköterskan ska erbjuda vård till familjer liksom den enskilda individen eller samhället. Därutöver är sjuksköterskan skyldig till att skydda enskilda individer eller familjer vars hälsa är hotad av andra människors beteenden och handlingsätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Barnperspektiv och barnets perspektiv

Inom hälso- och sjukvården kan sjuksköterskan bemöta barnet ur ett barnperspektiv eller barnets perspektiv. Att tillämpa ett barnperspektiv innebär att sjuksköterskan försöker se genom barnets ögon och känna in hur barnet mår för att få en förståelse av hur denne upplever sin livsvärld. Ur barnperspektivet fungerar sjuksköterskan som ett ombud för barnet, utifrån sin egen uppfattning, när barnet själv inte kan uttrycka vad problemet är (Bischofberger, Dahlquist, Edwinson-Månsson, Tingberg & Ygge, 2004). Att istället bemöta barnet ur barnets perspektiv innebär att barnet förmedlar vad denne upplever, förstår, känner, tänker och erfar vilket alltså handlar om barnets subjektiva uppfattning och berättelse. Sjuksköterskan utgår sedan utifrån barnets berättelse i sina handlingar (Nilsson et al., 2015).

Omvårdnadsteorier

I denna studie användes KASAM och familjefokuserad omvårdnad som teoretisk referensram.

KASAM

Antonovskys (1987) teori om känsla av sammanhang (KASAM) är ett relevant begrepp för att förstå barnets upplevelse av hälsa, där begreppet är uppbyggt av de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet omfattar till vilken grad en person förstår händelser som drabbar denne själv eller uppstår i omgivningen och hanterbarhet hur personen upplever sig kunna hantera händelserna samt har resurser för detta. Meningsfullhet avspeglar i sin tur personens upplevelse av motivation att engagera sig i en händelse och anses vara den viktigaste komponenten. Om en person upplever låg KASAM associeras detta med sämre hälsa, livskvalitet och hantering av tunga situationer, till exempel sjukdom, vilket kan resultera i att livet känns meningslöst.

Antonovsky (1987) beskriver att barnets KASAM kan stärkas under de första levnadsåren, beroende på den familj barnet växer upp med, då föräldrarnas KASAM även påverkar barnets. Om för höga krav ställs på barnet eller om barnet utsätts för så kallade livshändelsestressorer, till exempel om en förälder drabbas av sjukdom, kan barnets KASAM påverkas negativt. Hur pass skadliga följderna blir beror på hur stark barnets KASAM ursprungligen är. Under tonåren riskerar sedan barnets KASAM att raseras ytterligare på grund av bland annat kulturella miljöer, till exempel att barnet känner sig för ung eller gammal för att passa in i vissa grupper i samhället. Barnets KASAM kan även reduceras på grund av samhällets normer, som att barnet förväntas se ut eller vara på ett visst sätt, men även till följd av andra faktorer som föräldra- och vänskapsrelationers påverkan på barnet. Först i det tidiga vuxenlivet blir det definitivt om barnets KASAM utfaller som stabil och stark eller vacklande.

Familjefokuserad omvårdnad

Benzein, Hagberg och Saveman (2012a) benämner den familjefokuserade omvårdnaden som en omvårdnadsrelation mellan sjuksköterska och familj. Inom den familjefokuserade omvårdnaden definieras begreppet familj som en enhet där samtliga medlemmar utgör en viktig del. Vilka personer som ingår i familjen bestäms av familjen i fråga där medlemmarna kan vara sammanbundna via blodsband, lagar, känsla av samhörighet, starka emotionella band eller engagemang i varandras liv (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012b).

Benzein et al. (2012a) beskriver hur sjukdom och ohälsa kan ses som en social företeelse till följd av att sjukdom och/eller upplevd ohälsa hos en familjemedlem inte enbart påverkar den drabbade utan även berör människor i personens omgivning, såsom vänner och övriga familjemedlemmar men kanske främst barn. Att vara närstående och eventuellt vårdgivare kan vara tungt och vårdpersonal behöver därför ta hänsyn till hur situationen påverkar de närstående och vilken betydelse situationen har för dessa. Genom att tillämpa en familjefokuserad omvårdnad läggs fokus avseende vård och omsorg på hela familjen och inte enbart den drabbade. FN:s konvention om de mänskliga rättigheterna, artikel 16, framhåller även familjens rätt att erhålla skydd från stat och samhälle där familjen anses vara samhällets grundläggande enhet (Regeringskansliet, 2012).

Problemformulering

Enligt tidigare forskning är det väl känt att barn till föräldrar med psykisk sjukdom löper en ökad risk för att drabbas av ohälsa. Trots denna kunskap förbises barnen alltför ofta inom hälso- och sjukvården vilket leder till att deras behov inte tillgodoses. Sjuksköterskan har här en framträdande roll i att identifiera barnen och därmed kunna förebygga att barnen själva drabbas av psykisk ohälsa. I denna litteraturstudie ämnar vi därför att ta reda på barnets upplevelse, ur barnets perspektiv, av att ha en förälder med psykisk sjukdom och att därmed identifiera det utsatta barnets behov.

Syfte

Att belysa barn och ungas upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom

Metod

Denna litteraturstudie är utförd i enlighet med Fribergs (2012) beskrivning av en litteraturöversikt vilken kompletterats med Willman, Stoltz och Bahtsevanis (2011) metod för informationssökning och kvalitetsgranskning av artiklar. Metoden användes för att skapa en förståelse av området samt redogöra för redan publicerad forskning och belysa dess fynd. Elva artiklar inkluderades i studiens resultat.

Urval

Primärt fastställdes avgränsningar till peer-reviewed, engelskt språk och en publikationsperiod mellan år 2007–2017. Sekundärt utvidgades publikationsperioden till år 2000–2017 för att hitta fler artiklar av relevans. För att en artikel skulle inkluderas i studien var den tvungen att avse barn upp till 18 år, där åldersspannet sedan utvidgades till upp till 26 år, med minst en förälder med psykisk sjukdom samt innefatta en kvalitativ metodik och behandla det efterfrågade området. För att skapa ett någorlunda homogent urval valde vi att

endast inkludera studier som var utförda i västerländska industriländer. Studier som innefattade en urvalsgrupp som, utöver barn till föräldrar med psykisk sjukdom, även tog hänsyn till barn vars föräldrar hade någon annan typ av sjukdomstillstånd exkluderades.

Datainsamling

Enligt Friberg (2012) sker en informationssökning i två steg vilka tillämpades i denna studie. Det första steget, en inledande informationssökning, gjordes för att samla in bakgrundsinformation och möjliggöra för processens andra steg, den systematiska egentliga informationssökningen, vilken syftar till att finna det slutliga urvalet av litteratur.

Den egentliga informationssökningen pågick mellan 170228–170318 och gjordes primärt i databaserna Pubmed, CINAHL och PsycINFO vilka samtliga innefattar vetenskapliga artiklar inom omvårdnad. För att fånga upp artiklar som eventuellt inte inkluderades i den primära sökningen gjordes en sekundär sökning i databasen Scopus, vilken är den största databasen avseende granskad litteratur som inkluderar forskningsområdet hälsa och medicin men även andra områden, samt Google Scholar. Varje sökning startade med en grov sortering där samtliga artiklars titlar lästes igenom och därefter de kvarvarande artiklarnas abstrakt. Om ett abstrakt ansågs som relevant för syftet med denna litteraturstudie granskades sedan artikeln i sin helhet.

En boolesk söklogik tillämpades genom att olika sökblock skapades för att sedan kombineras med varandra vilket Willman et al. (2011) beskriver är en strategi som med fördel kan identifiera en stor del av den relevanta litteraturen. Först söktes indexeringsord i respektive databas ämnesordlista (Svensk MeSH, CINAHL Headings och PsycINFO 2015 Thesaurus) där Karolinska Institutets (2013) ”Termer för ’Upplevelser’ och ’Bemötande’ i olika former” användes som hjälp för att inkludera samtliga relevanta termer relaterade till ”barns upplevelser”. För att bredda sökningen skapades sedan fritextord där trunkering användes för att inkludera ett ords samtliga ändelser och citattecken för att förhindra omkastning av sammansatta ord. Slutligen bestod varje sökblock av indexeringsord och/eller fritextord där blocken justerades för respektive databas på grund av att dessas ämnesordlistor inte ser exakt likadana ut. Inom varje sökblock kombinerades sedan samtliga indexerings- och fritextord med den booleska sökoperatören OR och blocken kombinerades sedan i sin helhet med sökoperatören AND. Sökord redovisas i figur 1 och söktabeller för respektive databas i bilaga 1.

Figur 1. Översikt över sökord.

	Sökblock 1 <i>Sökord relaterade till gruppen barn till föräldrar med psykisk sjukdom</i>	Sökblock 2 <i>Sökord relaterade till psykisk sjukdom hos föräldrar</i>	Sökblock 3 <i>Sökord relaterade till barnets upplevelser</i>
Indexeringsord, Svensk MeSH	Child of Impaired Parents	Mental Disorders	Social Adjustment Adaption, Psychological
Indexeringsord, CINAHL Headings	Children of Impaired Parents	Mental Disorders	Life experiences Adaption, Psychological Coping
Indexeringsord, PsycINFO	-	Mental Disorders	Coping Behaviour Social Adjustment

Fritextord	”Child* of impaired parent*” ”Offspring* of impaired parent*”	”Mental disorder*” ”Mental illness*” ”Parental mental disorder*” ”Parental mental illness*” ”Mentally ill parent*”	”Child* experience*” ”Child* perspective*” ”Child* perception*” ”Social Adjustment*” Coping
-------------------	--	--	---

När våra sökningar i de olika databaserna inte längre genererade nya artiklar gjordes en manuell sökning i de valda artiklarnas referenslistor vilket beskrivs som en sökstrategi för att erhålla ytterligare relevant litteratur (Willman et al., 2011).

Kvalitetsgranskning

Vid kvalitetsgranskning av artiklar valde vi att använda en modifierad version av ”Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod” av Willman et al. (2011) vilka framhåller att protokollet bör anpassas efter varje unik litteraturstudie. Vi valde att utveckla protokollets övergripande frågor med mer detaljerade frågeställningar utifrån SBU:s (2014) ”Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik”. Även ett fåtal egenformulerade frågeställningar inkluderades. Det modifierade granskningsprotokollet presenteras i bilaga 2.

För att kunna avgöra artiklarnas kvalitet utifrån granskningsprotokollet valde vi att använda oss av ett poängsystem där varje artikel erhöll ett poäng för varje frågeställning som besvarades positivt. Sammanlagt kunde 24 poäng erhållas där minst 14 poäng (60 procent) krävdes för att artikelns kvalitet skulle anses som medel och 19 poäng (80 procent) för att kvaliteten skulle anses som hög. Nackdelen med att tillämpa denna typ av poängsystem är att artikelns kvalitet lätt kan under- eller övervärderas och vi valde därför att inte benämna artiklarnas kvalitet i sifferform (Willman et al., 2011). Ingen av de granskade artiklarna bedömdes ha låg kvalitet och därför inkluderades samtliga 11 artiklar i studien. För att generera en tydlig och övergripande bild över de valda artiklarna skapades en översiktstabell vilken presenteras i bilaga 3.

Etik

Samtliga artiklar som användes i denna litteraturstudie är etiskt granskade. Helsingforsdeklarationen (1964) som ligger till grund för de etiska principerna vid medicinsk forskning som involverar människor beskriver att det är av yttersta vikt att forskaren informerar deltagaren om vad som ska ske samt erhåller samtycke ifrån denne. Forskaren är även ansvarig för att deltagaren anonymiseras och personuppgifter får enbart nyttjas i forskningsändamål.

Dataanalys

Vi valde att analysera de valda artiklarna utifrån Fribergs (2012) tillvägagångssätt för analys av kvalitativa studier. För att få en uppfattning av innehållet i de valda artiklarnas resultat läste båda författarna, var för sig, igenom artiklarna upprepade gånger och diskuterade sedan innehållet tillsammans. Nyckelfynd identifierades genom att artiklarna lästes igenom ytterligare en gång där meningsbärande enheter, som svarade på studiens syfte, skrevs ned på post-it lappar. Nyckelfynden jämfördes sedan med varandra för att finna likheter och skillnader och grupperades därefter för att bilda teman. Under varje tema skapades sedan subteman där dessa tillsammans utgjorde strukturen för vårt resultat.

Resultat

Utifrån de granskade artiklarna identifierades tre teman med underliggande subteman vilka presenteras i figur 2.

Figur 2. Översikt över resultatets teman och subteman.

Tema	Subtema
Att skapa sig en uppfattning om familjesituationen	Att erhålla information och kunskap Att befinna sig i en annorlunda familj
Att hitta strategier för att hantera familjesituationen	Att få ett utökat ansvar Att hitta copingstrategier Att erhålla socialt stöd
Att känna psykiskt lidande	Att känna rädsla och oro Att känna skuld och skam Att känna sig utelämnad och ensam

Att skapa sig en uppfattning om familjesituationen

Vanligtvis erhöll barnen lite information om föräldrarnas sjukdom från vårdpersonal och i många fall ingen information alls. För att skapa sig en uppfattning om familjesituationen sökte barnen istället kunskap på egen hand eller insåg att de befann sig i en annorlunda familj genom att jämföra sig med andra barn.

Att erhålla information och kunskap

Enligt Valiakalayil, Paulson och Tibbo (2004) uttryckte barnen varierande kunskap kring sin förälders sjukdom. Endast två studier beskrev att vissa av barnen kunde namnge sjukdomen vid dess diagnos men att barnen framhöll sig osäkra kring vad sjukdomen innebar (Riebschleger, 2004; Backer, Murphy, Fox, Ulph & Calam, 2016). Vidare beskrev Valiakalayil et al. (2004) att åtskilliga barn trodde att sjukdomen uppkommit till följd av tidigare beteenden hos föräldern som alkohol- och narkotikamissbruk, huvudskada, stress eller psykiska problem. Symtomen sågs i sin tur inte vara ett resultat av sjukdomen utan något föräldern hade kontroll över, vilket kunde uttryckas som att föräldern ansågs som lat om denne sov under dagen eller inte städade huset.

Av samtliga granskade studier framkom det att ytterst få barn informerats om sin förälders sjukdom av hälso- och sjukvårdpersonal. I de fall barnen hade informerats av vårdpersonal erhöles informationen från en psykiatrisjuksköterska inom kommunen eller av skolhälsovården (Somers, 2007; Hedman Ahlström, Skärsäter & Danielson, 2011). De flesta barn uppgav andra källor för information och kunskap om föräldrarnas sjukdom såsom vänner eller olika typer av mediekkanaler, till exempel tv-program, samt den sjuka och/eller friska föräldern vilka barnen kunde diskutera familjesituationen med och hur de påverkades av denna (Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007; Hedman Ahlström et al., 2011; Backer et al., 2016). I en studie hade ett barn blivit volontär vid en självhjälpsorganisation för personer med

samma typ av psykiska sjukdom som sin förälder för att erhålla mer kunskap (Meadus & Johnson, 2000). En del av barnen hade inte fått någon information om sin förälders tillstånd överhuvudtaget, trots att de levde tillsammans med sin sjuka förälder, och de som fått information ansåg den bristfällig (Meadus et al., 2000; Pölkki, Ervast & Huupponen, 2004; Trondsen, 2012). En önskan om att få veta mer om föräldrarnas sjukdom och behandlingar, inklusive medicinering, var gemensamt för barnen samt behovet av råd om hur dessa kunde hjälpa föräldern, använda sig av copingstrategier och komma i kontakt med hjälp under svårare perioder (Pölkki et al., 2004; Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007). Trondsen (2012) beskrev hur bristen på information gav upphov till många obesvarade frågor och därmed känslor av oro, rädsla och frustration vilket gjorde att barnen kände sig osynliga.

Avseende familjens öppenhet om situationen beskrev Mechling (2016) hur barnen uttryckte att den sjuka föräldern, dennes partner samt andra släktingar dolde diagnos, behandlingar, självmordsförsök och sjukhusinläggningar väl. I vissa fall kunde barnen erhålla indirekt information, till exempel genom att hitta sin förälders dagbok, vilket fick flera av barnen att reflektera över om föräldern egentligen ville att de skulle upptäcka sjukdomen så den blev officiell eller för att erhålla barnets empati och stöd. Enligt Trondsen (2012) blev i andra fall barnen först medvetna om sin förälders sjukdom när en dramatisk händelse uppstod som att föräldern försökte ta sitt liv, försvann, fick en psykos eller blev inlagd på sjukhus, vilket barnen upplevde som både skrämmande och smärtsamt.

Att befinna sig i en annorlunda familj

Barnen uppmärksammade att den egna familjen var annorlunda, och inte minst den sjuka föräldern, genom att jämföra sin familj med andras (Riebschleger, 2004; Hedman Ahlström et al., 2011; Mechling, 2016). Vetskapen om att vara annorlunda upplevdes både som frustrerande eller något som gjorde barnet mer intressant. Det framkom även att de äldre barnen hade högre förväntningar på sin familj och såg det egna familjelivet som mer negativt jämfört med andras, medan de yngre barnen istället kunde uttrycka sina liv som ”normala”. Barnen jämförde även familjens aktuella situation med tidigare perioder för att erhålla en uppfattning om familjesituationen samt den sjuka föräldrarnas tillstånd förbättrades eller försämrades, där en noterad försämring minskade hoppet om förbättring (Mordoch & Hall, 2008).

I flera studier uttryckte barnen att den sjuka föräldern inte alltid var kapabel till att tillfredsställa barnets skiftande behov. Några exempel som framkom var att föräldern inte kunde trösta barnet i samma utsträckning som andra föräldrar vilket resulterade i att barnet fick trösta sig själv, att föräldern inte kunde lära barnet saker denne ville veta, att föräldern missade flera av barnets sportevenemang eller dansuppvisningar samt att föräldern inte fanns där för barnet emotionellt, vilket i vissa fall resulterade i en saknad anknytning till föräldern (Meadus et al., 2000; Valiakalayil et al., 2004; Hedman Ahlström et al., 2011; Backer et al., 2016; Mechling, 2016). Andra barn framhöll sin förälders bristande omsorgsförmåga genom att direkt uttrycka att föräldern var oförmögen till att hantera sitt föräldraskap eller att denne hade en inkonsekvent föräldraförmåga (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Trondsen, 2012). I studien av Mordoch et al. (2008) uppgav dock de flesta barn att de uppskattade sin förälder och ansåg att denne gjorde sitt bästa trots sina begränsningar.

Att hitta strategier för att hantera familjesituationen

Till följd av en bristande omsorgsförmåga hos den sjuka föräldern erhöll många barn ett utökat ansvar i familjen och tog i vissa fall på sig en föräldraroll. För att kunna hantera

vardagen med det utökade ansvaret, men även familjesituationen generellt, hittade barnen olika typer av copingstrategier där vikten av socialt stöd från närstående och/eller personal inom hälso- och sjukvården och skolan uttrycktes frekvent.

Att få ett utökat ansvar

Ett flertal författare beskrev hur barnen upplevde att de fick ta på sig ett större ansvar i hemmet, jämfört med andra barn i samma ålder, och ansvarade för uppgifter som att laga mat till hela familjen, städa sitt rum och hålla huset rent, diska, tvätta familjens kläder och uträtta tjänster som att handla den mat familjen behövde. Vissa barn fick själva bestämma när de skulle gå upp på morgonen och gjorde då frukost till sig själva och ibland även till de övriga familjemedlemmarna. Dessutom fick vissa barn helt ta ansvar för hur de skulle lägga upp sin vardag och lära sig att självständigt lösa problem utan att få hjälp från sin förälder (Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007; Mordoch et al., 2008; Östman, 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016). Andra ansvarsuppgifter kunde utgöras av att betala räkningar, ringa till föräldrarnas jobb och sjukanmäla föräldern samt skjutsa och hämta denne men även hålla kontakt med sjukhuset för eventuella utskrivningsdatum eller återbesök (Valiakalayil et al., 2004).

Barnen tog i många fall på sig en föräldraroll genom att ansvara för sina syskon och såg bland annat till att dessa kom till och från skolan, att de fick mat och mådde bra samt höll sig undan bråk och konflikter. Barnen uttryckte även ett ansvar över att skydda sina syskon mot föräldern när denne upplevde sämre perioder i sin sjukdom (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Mordoch et al., 2008; Trondsen, 2012). Dessutom tog ett flertal barn hand om sin sjuka förälder där känslan av att vilja hjälpa och stötta denne var stor. Barnen uttryckte att de gjorde allt för att finnas till för föräldern under svårare perioder av sjukdomen och kände ett stort medlidande (Pölkki et al., 2008; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016). En del barn ansåg sig vara ansvariga för att hålla sin förälder vid liv, till exempel genom att barnet såg till att föräldern tog sina mediciner i rätt dos samt höll ett vakande öga och värnade om föräldrarnas säkerhet under den största delen av dygnet (Meadus et al., 2000; Somers, 2007; Mordoch et al., 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012; Mechling, 2016).

Den utökade ansvarsrollen uttrycktes inkräkta på barnens egna liv och resulterade i att dessa inte kunde fokusera fullt ut på skolan, där vissa barn missade skoldagar under perioder då föräldern mådde som sämst. Barnen hann heller inte alltid med det skolarbete de förväntades göra då den mesta tiden gick åt till att utföra sysslor i hemmet, passa syskon och kolla till sin förälder (Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007; Mordoch et al., 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012). I studien av Östman (2008) framhöll sig barnen ändå älska sin sjuka förälder väldigt mycket, även under svårare perioder av sjukdomstillståndet. I andra studier framkom positiva aspekter av ett utökat ansvar i form av att barnen upplevde sig ha en högre mognadsgrad än sina jämnåriga vänner. Känslan av mognad bottnade i att barnen självständigt tog hand om syskon, föräldrar och hushåll men även såg efter sig själva genom att till exempel självständigt lösa vardagsproblem, lära sig nya saker och ta egna beslut. Andra positiva aspekter uttrycktes som att bli mer ansvarsfull, få bättre tålamod, erhålla en god gemenskap i familjen och att få en bättre förståelse för andra människor drabbade av sjukdom (Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Mordoch et al., 2008; Östman, 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Backer et al., 2016). Därutöver uttryckte en del barn att ansvarsrollen bidrog till att de hittade sig själva och fann sin identitet (Mordoch et al., 2008).

Att hitta copingstrategier

För att barnen skulle klara av att hantera sin vardag och familjesituation skapade de olika strategier för att koppla av, bevara sig själva eller förtränga allt för en stund. Strategierna kunde innebära att stänga in sig på sitt rum, lyssna på musik, sitta på ett café eller ha lite tid för sig själv. Många umgicks mycket med vänner eller släktingar medan andra pratade med husdjur om sina tankar och känslor. Vissa barn uppgav att de försökte tänka positivt för att på så sätt undvika smärtsamma tankar och minnen och att utöva en hobby eller träna gjorde att familjesituationen för tillfället glömdes bort. Andra fokuserade på att göra bra ifrån sig i skolan, skriva dagbok för att rensa sina tankar eller sträva efter rutiner för att hitta en struktur i vardagen. Somliga av barnen uppgav också mer negativa copingstrategier i form av att inta alkohol eller droger för att distansera sig från nuet (Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004; Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Mordoch et al., 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016). Att dela med sig av sina tankar och erfarenheter till vänner med liknande erfarenheter var i sin tur en strategi som ingav trygghet hos vissa barn medan andra valde att inte tala om sin familjesituation. Tystnaden kunde bero på att barnen ville hemlighålla situationen, slippa tänka på den, passa in bland vänner och klasskamrater, undvika att störa andra med sina egna problem eller att föräldrarna hade bett barnen hålla sjukdomen hemlig (Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004; Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007; Mordoch et al., 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016). Utöver dessa strategier uttryckte barnen i två av studierna att hopp var viktigt för att kunna hantera vardagen. Känslan av hopp beskrevs hjälpa barnen, men även föräldrarna, att ta sig igenom svårare perioder och ett barn uppgav sig hoppfull över att föräldern skulle bli frisk (Mordoch et al., 2008; Mechling, 2016).

Barnen utvärderade om deras strategier för att anpassa sig till situationen hade en positiv eller negativ effekt genom att observera föräldrarnas reaktion (Mordoch et al., 2008). En del barn tog till exempel ut sin förälder för att ta en promenad, dels för att göra föräldern på bra humör men även för att avleda sina egna tankar, då detta visat sig fungera tidigare. Andra frågade istället föräldern direkt om de kunde göra något för att denne skulle bli glad och uttryckte en vilja av att vara extra snäll mot sin sjuka förälder. I situationer där barnen inte funnit någon strategi som genererade en positiv effekt försökte barnen istället att vara sin förälder till lags och undvek att göra denne arg genom att hålla sig undan och vara tyst för att inte förvärra situationen (Riebschleger, 2004; Mordoch et al., 2008; Trondsen, 2012). I de fall föräldrarnas sjukdom upplevdes bli för mycket att hantera tog barnen avstånd från sin sjuka förälder och gav upp relationen helt. Genom att dra sig undan fick barnen en möjlighet till återhämtning men kunde även leda till att avstånd togs från den friska föräldern. Dessa barn kände att föräldrarnas sjukdom tog överhanden över barnets eget liv, vilket gjorde dem oförmögna att leva sina liv till fullo samt blev avskilda från personer i sin omgivning (Mordoch et al., 2008). I studien av Somers (2007) beskrevs att vissa barn hade försökt att ta sina liv när föräldrarnas sjukdom upplevdes bli för mycket.

Att erhålla socialt stöd

I flera studier uppgav barnen att de erhöll stöd i situationen från sina familjemedlemmar. Till exempel hölls så kallade familjemöten inom ett fåtal familjer där alla fick göra sin röst hörd, ställa frågor och utgöra ett stöd för varandra. Det beskrevs även hur familjemedlemmarna ställde upp för och stöttade varandra om den sjuka föräldern blev inlagd på sjukhus (Mordoch et al., 2008). En del barn betonade vikten av att ha en ytterligare, välmående, förälder som utgjorde ett bra stöd och ingav trygghet, vilken de upplevde att de kunde prata med om problem, tankar och funderingar (Backer et al., 2016). Avseende relationen med den sjuka

föräldern uppgav flera barn att de fått ett starkare band till sin förälder efter att denne blivit sjuk och upplevdes som ett stöd. Den stärkta relationen tillsammans med dagliga rutiner skapade i sin tur säkerhet och trygghet i familjen. Barnen uppgav att de mådde bra och trivdes i sin familj de dagar den sjuka föräldern kunde förmå att hålla en konversation, läsa en bok för barnet eller titta på tv tillsammans med denne, stödja barnet i läsläsning, arbeta samt betala räkningar (Pölkki et al., 2004; Riebschleger, 2004; Mordoch et al., 2008). Inom familjen ansågs även släktingar vara en viktig del av barnens liv, speciellt mor- och farföräldrar, vilka distraherade barnen från familjesituationen och utgjorde en möjlighet till att få positiv uppmärksamhet (Backer et al., 2016).

Flera barn framhöll vikten av att ha någon utomstående att prata med och få stöd ifrån, där barnets förtroende för en person avgjorde om denne valde att dela med sig av sin situation eller inte. I vissa fall initierade den sjuka föräldern kontakt med kuratorer som tillhandahölls av skolhälsovården vilket vissa barn såg som hjälpsamt och andra inte (Mordoch et al., 2008). Somliga barn uttryckte även ett behov av att kommunicera med en yrkesverksam person med erfarenhet av psykisk sjukdom vilket sällan tillgodoseddes (Östman, 2008). Vidare uttrycktes vänner vara ett bra stöd som frambringade glädje, minskade känslan av ensamhet och gjorde att barnen kände sig uppskattade, även om de nödvändigtvis inte pratade om sin familjesituation (Trondsen, 2012; Backer et al., 2016). Att dela med sig av sina erfarenheter kunde emellertid upplevas som skrämmande då somliga av barnen erfarit att de ofta blivit lämnade av vänner, att de blivit skickade mellan olika instanser inom psykiatrin, fått prata med många olika personer och därmed upprepat sin historia flertalet gånger för att sedan bli skickade vidare igen. Att prata med utbildade personer inom området, till exempel en psykolog, uttryckte en del barn ha hjälpt dem igenom många svåra år och bidragit till ett förbättrat självförtroende (Trondsen, 2012).

Att känna psykiskt lidande

Att känna psykiskt lidande grundade sig ofta i form av känslor som rädsla, oro, skuld, skam och ensamhet. Rädsla och oro uppstod i samband med familjesituationens oförutsägbarhet och skuld på grund av att barnen klandrade sig för sin förälders sjukdom eller för att inte kunna hantera situationen. Skam uppstod i sin tur till följd av den stigmatisering som råder kring psykisk sjukdom i samhället och ensamhet till följd av bristen på stöd.

Att känna rädsla och oro

Barnen uttryckte att de inte visste vad de hade att förvänta sig från den ena dagen till den andra och upplevde en osäkerhet kring hur de skulle förhålla sig till sin familjesituation. Känslan av osäkerhet inbegrep svårigheter i att förstå föräldrarnas förvandling från att vara en normal förälder till att bli en förälder med en oviss sjukdom, där barnen upplevde en oförmåga av att förstå dennes beteende (Valiakalayil et al., 2004; Mordoch et al., 2008; Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2016). Den upplevda osäkerheten och oförutsägbarheten genererade i många fall känslor av rädsla och oro hos barnen som bland annat, till följd av föräldrarnas skiftande humör, kände sig rädda för föräldern när denne var arg och därmed även rädsla för att reta upp föräldern (Riebschleger, 2004; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016; Mechling, 2016). Ett av barnen betonade svårigheten över att ha ett normalt liv till följd av att vara konstant rädd (Trondsen, 2012). Under mer akuta episoder av föräldrarnas sjukdom orsakade dessutom symtom som vanföreställningar, hallucinationer och paranoia starka känslor av rädsla hos barnen (Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007; Trondsen, 2012). I vissa fall förekom våld och överfall inom familjen, mot barnen själva såväl

som syskon och den friska föräldern (Östman, 2008). Ett barn hade dessutom hört talas om psykiskt sjuka personer som mördat familjemedlemmar och uttryckte en oro över möjligheten att det skulle kunna hända i den egna familjen (Trondsen, 2012).

En annan återkommande källa för rädsla var fruktan över att den sjuka förälderns tillstånd skulle förvärras och leda till eventuella självmordsförsök och i värsta fall i självmord (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Somers, 2007; Östman, 2008; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012; Mechling, 2016). Rädslan över att föräldern skulle ta sitt liv kunde grunda sig i att föräldern gjort tidigare självmordsförsök eller att barnet hört föräldern prata om att vilja ta livet av sig, alternativt läst detta i självmordsbrev (Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012; Mechling, 2016).

Känslor av oro för att ärva förälderns sjukdom var frekvent förekommande och förstärktes om barnet upplevde symptom förknippade med sjukdomen som att känna sig ovanligt ledsen eller att generellt oro sig över saker (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007; Trondsen, 2012). Barnen kunde även oro sig över sina syskons hälsa, speciellt om deras beteende gradvis blev mer likt den sjuka föräldern (Hedman Ahlström et al., 2011). Känslor av rädsla och oro förekom därutöver i samband med att föräldern blev inlagd på sjukhus där flera barn associerade sjukhuset med död och uttryckte sig oroliga över vad som pågick på avdelningen om föräldern upplevdes vara rädd för att bli inlagd (Riebschleger, 2004; Mordoch et al., 2008). I de fall barnen besökte sin förälder på sjukhuset upplevdes en rädsla mot övriga patienter på avdelningen och barnen oroade sig över vad dessa skulle kunna göra mot dem (Somers 2007; Mordoch et al., 2008). I övrigt förekom oro över att barnet skulle behöva flytta till exempelvis ett fosterhem om föräldern blev inlagd på sjukhus, om förälderns tillstånd förvärrades eller om något skulle hända den friska föräldern (Riebschleger, 2004; Somers, 2007; Mordoch et al., 2008).

Att känna skuld och skam

Riebschleger (2004) och Östman (2008) beskrev att barnen klandrade sig själva för sin förälders sjukdom och Backer et al. (2016) att barnen upplevde sig själva vara orsaken till förälderns sinnesstämning, till exempel om barnet varit olydigt. Barnen klandrade även sig själva för att inte kunna hantera familjesituationen, hjälpa sin sjuka förälder i tillräcklig omfattning eller lyckas skapa en familjeatmosfär där föräldern kunde bli frisk (Östman, 2008). I de fall barnen flyttat hemifrån uppstod skuldkänslor till följd av den begränsade möjligheten av att alltid finnas hos föräldern och utgöra ett stöd (Mechling, 2016). Vidare upplevde barnen dåligt samvete om de konfronterade föräldern med det som ansågs vara fel (Hedman Ahlström et al., 2011). Ur ett omvänt perspektiv försökte en del barn istället undvika att skuldbelägga föräldern för de problem som sjukdomen skapade (Mordoch et al., 2008).

Åtskilliga barn uppgav att de var medvetna om stigmatiseringen som råder kring psykisk sjukdom i samhället (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Östman, 2008). Trots stigmat upplevde dock inte alla barn sin förälders psykiska sjukdom som något skamligt utan såg på sjukdomen som vilken sjukdom helst (Meadus et al., 2000). I andra fall uttrycktes känslor av skam över familjesituationen som rädslan över att föräldern skulle få ett utbrott eller uppträda konstigt offentligt (Valiakalayil et al., 2004; Somers, 2007). Känslan av stigmatisering från andra människor som vänner, bekanta eller främlingar var frekvent förekommande och i vissa fall hade denna uttrycks direkt emot barnen i form av till exempel kommentarer eller mobbning (Meadus et al., 2000; Somers, 2007; Mordoch et al., 2008; Östman, 2008). Vissa

av barnen upplevde att vänner och grannar inte skulle förstå deras familjesituation och ville helst inte prata om denna utanför familjen på grund av rädslan över att rykten och skvaller skulle uppstå (Somers, 2007; Mordoch et al., 2008).

Att känna sig utelämnad och ensam

Trots att barnen levde tillsammans med andra familjemedlemmar i familjen kände sig flertalet av barnen ensamma och utelämnade i att självständigt hantera sina känslor och tankar samt vardagliga sysslor (Valiakalayil et al., 2004; Hedman Ahlström et al., 2011; Trondsen, 2012). Ensamheten kunde upplevas som ett resultat av att den sjuka föräldern tog all uppmärksamhet i familjen vilket även var fallet när vårdare befann sig i hemmet. Att inte erhålla något stöd eller få hjälp med att hantera sin vardag gav i sin tur upphov till att barnen upplevde lidande och negativa känslor (Mordoch et al., 2008; Östman, 2008). Barnen kände sig även ensamma och utelämnade under perioder då föräldern var inaktiv och sov under stora delar av dagen. Föräldrarnas bristande uppmärksamhet upplevdes av flera barn som en avsaknad av vägledning och interaktion från föräldern, vilket uttrycktes som ensamt och smärtsamt, medans andra framhöll en frihet med mindre restriktioner att förhålla sig till (Valiakalayil et al., 2004). Vidare kunde barnen dessutom lämnas fysiskt ensamma i hemmet om föräldern blev inlagd på sjukhus vilket genererade en känsla av förlust (Somers, 2007). Att barnen upplevde sig ensamma trots att de levde i en familj kunde därutöver ses i form av att de saknade sin sjuka förälder då sjukdomen upplevdes göra föräldern till en annan person (Trondsen, 2012).

Känslan av att vara utelämnad och ensam kunde därtill uttryckas som sorg och förlust, till exempel över att barnet inte hade den relation de önskade med sin sjuka förälder (Valiakalayil et al., 2004; Trondsen, 2012). Många gånger kom även föräldrarnas sjukdom i vägen för firandet av födelsedagar eller andra speciella händelser vilka kunde förstöras eller lämnas oplanerade. Även om barnen försökte överse förlusten av dessa händelser upplevde de sig ofta besvikna. Sänkte barnen istället sina förväntningar avseende föräldrarnas engagemang vid dessa tillfällen bedömde de nackdelarna överväga fördelarna med att leva i familjen (Mordoch et al., 2008).

Diskussion

Metoddiskussion

Studiens syfte av att belysa barn och ungas upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom anses som uppfyllt. Enligt Friberg (2012) bidrar kvalitativa studier till en ökad förståelse av fenomen utifrån människors upplevelser och erfarenheter och vi valde därför att endast inkludera artiklar med en kvalitativ metodik i denna litteraturstudie. Till följd av att psykisk ohälsa är ett vitt begrepp som inkluderar allt från lindrigare psykiska besvär till allvarliga psykiska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2013a) valde vi att endast inkludera barn till föräldrar med psykisk sjukdom för att smalna av vår litteratursökning. Dessutom exkluderades studier där urvalsgruppen även innefattade barn till föräldrar med andra tillstånd än psykisk sjukdom vilket innebär att eventuella specifika upplevelser hos dessa barn inte inkluderades i resultatet. Samtliga studier utfördes i västerländska industriländer som generellt sett inte skiljer sig så mycket åt vilket bidrar ytterligare till att stärka studiens resultat.

Under den primära sökningen fann vi endast tre artiklar som var relevanta för studiens syfte och vi valde därför att bredda sökningen genom att inkludera artiklar publicerade under hela

2000-talet, vilket genererade ytterligare tre artiklar av relevans. Sex artiklar ansågs fortfarande vara för lite för studien, där ett minimum var satt till 10 stycken. Vi beslutade därför att göra en manuell sökning av referenslistorna i de artiklar som valts ut för både studiens resultat och bakgrund vilket resulterade i två till funna artiklar. Karlsson (2014) beskriver att det är av stor vikt att den information man använder sig av är aktuell och vi ville därför inte inkludera studier publicerade före år 2000. För att hitta fler artiklar valde vi istället att utvidga åldersspannet på barnen som undersöktes till unga vuxna upp till 26 år vilket genererade ytterligare två artiklar av relevans. Slutligen gjordes en sökning i Google Scholar och en sista artikel hittades. Sammanlagt erhöles 11 artiklar för studiens resultat, varav fyra uppskattades ha medel kvalitet och sju hög.

Artiklarna söktes i databaserna Pubmed, Cinahl, PsycINFO, Scopus samt Google Scholar och valdes ut från ett flertal olika tidskrifter där Pubmed var den databas som genererade flest artiklar. Enligt Willman et al. (2011) bör en litteratursökning inkludera flertalet databaser för att få en tillfredsställande omfattning och litteratur väljas ut från flera olika källor för att motverka publiceringsbias. Vår sökstrategi av att inkludera åtskilliga databaser och tidskrifter anser vi därmed ökar trovärdigheten för studiens resultat. Att sökningen skedde i flera databaser som inkluderar det omvårdnadsvetenskapliga området stärker studiens trovärdighet ytterligare (Henricson, 2012). Under litteratursökningen upptäckte vi ganska snart att det fanns få studier som undersökt barns upplevelser av att ha en förälder med psykisk sjukdom utifrån barnets perspektiv. Vårt första sökblock, avseende gruppen barn till föräldrar med psykisk ohälsa, inkluderade endast två begrepp vilket kan ha begränsat sökningen. Togs sökblocket bort alternativt att begreppet "child*" lades till genererades dock alltför många sökträffar för att det skulle vara rimligt att granska samtliga och sökblocket behölls därför i sin ursprungliga form. Att vi valde att endast inkludera studier utförda i västerländska industriländer bidrog ytterligare till svårigheten i att hitta artiklar då urvalet blev mindre och sökningarna mer begränsade. Svårigheten i att hitta studier utifrån barns perspektiv kan även bero på att vårdnadshavarens samtycke krävs för barnets möjlighet att delta i en studie (CODEX, 2016). Att erhålla föräldrarnas godkännande kan säkerligen vara både känsligt och svårt till följd av att familjesituationen och den egna sjukdomen kommer att tillkännages.

Dataanalys skedde enbart av de valda studiernas resultat vilket är i enlighet med Friberg (2012). Under dataanalysen granskade båda författarna enskilt samtliga artiklars resultat där meningsbärande enheter plockades ut för att undvika att nyckelfynd missades. De meningsbärande enheterna sattes sedan ihop till teman av båda författarna gemensamt. Enligt Henricson (2012) stärks en studies pålitlighet av att dataanalysen utförs av författarna individuellt, där författarnas granskningar sedan jämförs med varandra. Även kvalitetsgranskningen skedde av båda författarna enskilt där bedömningarna sedan jämfördes och enighet uppnåddes vid bristande överensstämmelse.

En styrka hos denna litteraturstudie är att föräldrarnas psykiska sjukdomar inte var alltför varierande utan främst utgjordes av depression, bipolär sjukdom eller schizofreni. Sammanlagt undersökte de inkluderade studierna 155 stycken barn varav 43 procent utgjordes av flickor och 40 procent av pojkar, för resterande 17 procent av deltagarna redovisades dock inte kön. Att barnen var nästintill lika många flickor som pojkar, bortsett från de tre studier där kön inte redovisades, stärker att vår studies resultat inte påverkats av barnens kön. Nio av 11 studier undersökte barn under 18 år och i de två artiklarna som inkluderade unga vuxna upp till 26 år var medelåldern i den ena artikeln 17,5 år.

En svaghet i studien är barnens varierande åldrar med ett spann på 4–26 år vilket påverkade gruppens homogenitet negativt. Överförbarheten av studiens resultat till samtliga barn vars förälder lider av en psykisk sjukdom finner vi därför begränsad till följd av att barnens upplevelser med stor sannolikhet skiljer sig åt mellan de olika åldrarna. Överförbarheten anses även begränsad på grund av att symtomen hos de olika psykiska sjukdomarna kan variera vilket påverkar föräldrarnas beteende, speciellt avseende psykotiska episoder och djupa depressioner, och därmed barnets upplevelse. Vidare framkom det inte tydligt i tre av de inkluderade artiklarna om de var etiskt granskade. Efter mailkorrespondens med tidskrifterna bekräftades emellertid att samtliga var etiskt godkända.

När det gäller kvalitetsgranskningen av artiklarna hade det underlättat arbetsgången om vi använt oss av en färdig mall. Ursprungligen använde vi oss av Willman et al. (2011) granskningsprotokoll i sin originalform och upptäckte senare att denna uppmanades utformas efter varje unik litteraturstudie, vilket resulterade i extra arbete. Att bedöma en artikels kvalitet är komplext och vi upplevde en del osäkerhet i vår kvalitetsgranskning på grund av bristande erfarenhet.

Resultatdiskussion

I resultatet framkom tre teman utifrån studiens syfte av att belysa barn och ungas upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom, *att skapa sig en uppfattning om familjesituationen, att hitta strategier för att hantera familjesituationen och att känna psykiskt lidande*. I resultatdiskussionen kommer vi att diskutera kring de framträdande aspekterna under dessa teman vilka kopplas till den teoretiska referensramen KASAM och familjefokuserad omvårdnad.

Brist på information och kunskap

Inledningsvis fann vi att de flesta barn upplevde sig oinformerade kring sin förälders psykiska sjukdom och att den information som erhållits var bristfällig (Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004; Trondsen, 2012). Avsaknaden av information resulterade i att barnen hade svårt att förstå sin familjesituation vilket Antonovsky (1987) beskriver påverkar barnets KASAM negativt. I jakten på att skapa sig en uppfattning om familjesituationen jämförde istället flertalet barn sin sjuka förälder och familj med andras, och uppmärksammade därigenom att deras familj var annorlunda. Att inte vara som alla andra kan leda till att barnets KASAM raseras ytterligare på grund av känslan av att inte leva upp till samhällets normer av hur barnet ska vara (Antonovsky, 1987). Många barn uttryckte en önskan om att få veta mer om sin förälders psykiska sjukdom vilket enligt Föräldrabalken är föräldrarnas skyldighet ur den aspekt att de ska tillgodose barnets behov (SFS 1949:381). Även i barnkonventionen, artikel 5, framkommer det att föräldrarna ska tillhandahålla barnet det som barnet har rätt till (UNICEF Sverige, 2009). Därtill uppger Socialstyrelsen (2013a) att öppenhet om förälderns sjukdom är en faktor som bidrar till att barnet klarar av att hantera sin situation bättre. Till följd av barnens upplevelse av brist på information trots föräldrarnas skyldighet att möta barnets behov understryks vikten av att både den sjuka föräldern och en eventuell partner får stöd i sin föräldraroll, den sjuka föräldern för att kunna prata med sina barn om sin sjukdom och dennes partner för att vid behov kunna ta ansvaret över att förse barnet med information. Inom hälso- och sjukvården blir det därmed viktigt i mötet med den psykiskt sjuka föräldern att tillämpa en familjefokuserad omvårdnad för att även inkludera och stödja de övriga familjemedlemmarna (Benzein et al., 2012b).

Det framkom att endast ett fåtal barn informerats av vårdpersonal om sin förälders psykiska sjukdom (Somers, 2007; Hedman Ahlström et al., 2011). Sedan år 2010 är det i Sverige emellertid hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att beakta barnets behov av information när barnet bor tillsammans med en psykiskt sjuk förälder (SFS 1982:763; Socialstyrelsen, 2010). Endast en av de granskade artiklarna var utförd i Sverige efter år 2010 och det blir därmed svårt att sätta lagen i relation till studiens resultat. Vilka lagar som råder kring hälso- och sjukvården i de övriga länderna, där resterande studier var utförda, framkommer inte och det finns heller inget avsnitt i barnkonventionen som täcker detta område.

Att samtliga av världens länder upprättar lagar och riktlinjer som avser hälso- och sjukvårdens ansvar i att beakta barnets behov av information anser vi vara av stor vikt. Inte minst till följd av att barnen generellt upplevde bristande information som en bidragande faktor till starka känslor av rädsla, oro och ett onödigt lidande (Valiakalayil et al., 2004; Mordoch et al., 2008; Östman, 2008; Trondsen, 2012; Mechling, 2016). Därtill understryker vi betydelsen av att barn erhåller information om vart de kan vända sig för att få hjälp, då barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller deras sjuka föräldrar, inte alltid befinner sig inom vården. I Sverige behandlar bland annat barnombudsmannen (2015) och BRIS (u.å.) dessa frågor vilka vi därmed anser bör få större plats i nationell media. Massmedias roll i att förse barnet med information som främjar barnets hälsa och välbefinnande framhävs i barnkonventionen, artikel 17, och är något som staten ska ta ansvar för (UNICEF Sverige, 2009).

Brist på omsorg

Vidare framkom det tydligt i denna studie att barnen upplevde den sjuka föräldrarnas omsorgsförmåga som sviktande, där barnen bland annat uttryckte en brist på känslomässigt stöd när de till exempel var ledsna och behövde tröst (Meadus et al., 2000; Valiakalayil et al., 2004; Backer et al., 2016). Föräldrarnas skyldighet att ge barnet en god omvårdnad och tillgodose dennes behov (SFS 1949:381) anser vi borde vara en självklarhet, vilket alltså inte var fallet i vårt resultat. Här anser vi det viktigt att barnkonventionen, artikel 18, beaktas vilken framhäver statens skyldighet i att ge föräldrarna stöd i deras ansvar avseende barnets uppfostran och utveckling. Vidare betonar artikel 9 barnets rätt att vårdas av sina föräldrar (UNICEF Sverige, 2009).

Föräldrarnas bristande omsorgsförmåga resulterade i att barnen fick ett utökat ansvar i familjen, i många fall i form av en föräldraroll, där ansvarstagandet ledde till att barnen tvingades växa upp snabbare än sina vänner i samma ålder (Meadus et al., 2000; Riebschleger, 2004; Valiakalayil et al., 2004; Trondsen, 2012). Att barnen axlar ett ansvar som är långt över deras egen förmåga utgör en risk för att deras psykiska hälsa försämras då ansvarsuppgifterna inte är naturliga relaterat till barnens åldrar, såsom att ta ansvar för att föräldern inte ska ta sitt liv. Det oproportionella ansvaret beskriver Antonowsky (1987) utgör en risk för att barnets upplevelse av KASAM reduceras. Konsekvensen blir därmed att barnets utökade ansvar i familjen, där denne tar hand om både föräldrar, syskon och hushåll, löper en ökad risk för både låg KASAM och psykisk ohälsa på grund av att barnen inte får den hjälp och det stöd de behöver i sin familjesituation. Därtill framkom att flertalet barn blev bundna till hemmet genom att de stannade hemma från skolan för att hjälpa till i familjen (Somers, 2007; Mordoch et al., 2008) vilket stärker Nka:s (2014) beskrivning av att barn som unga omsorgsgivare har mindre möjligheter till delaktighet i samhället. Den minskade delaktigheten leder i sin tur till mindre möjligheter för barnet att socialisera sig med andra människor, delta i fritidsaktiviteter, fullfölja sin skolgång och att i framtiden kunna söka jobb eller påbörja studier långt ifrån barndomshemmet.

Trots barnens upplevelse av att den sjuka föräldrarnas omsorgsförmåga var bristande uttryckte många barn att relationen till föräldern stärktes och att familjemedlemmarna utgjorde ett bra stöd för varandra (Pölkki et al., 2004; Riebschleger, 2004; Mordoch et al., 2008). Här vill vi återigen understryka vikten av att inom hälso- och sjukvården tillämpa en familjefokuserad omvårdnad för att stärka familjens egna resurser i form av familjemedlemmarnas förmåga att stötta varandra (Benzein et al., 2012a). Dels genom att ge stöd till föräldrarna så att de kan utgöra kompetenta föräldrar till sina barn och dels genom att se till att barnens behov möts i de fall föräldrarnas omsorgsförmåga brister. Vi vill även betona att barnen uttryckte att de mätte bra vid de tillfällen som föräldern interagerade mer med barnet, till exempel att föräldern höll en konversation med barnet eller att de tittade på tv tillsammans, vilket vi tolkar som att väldigt små saker kan göra väldigt mycket för barnens välmående.

Copingstrategier

För att klara av att hantera sin vardag och det utökade ansvaret i familjen skapade barnen olika typer av strategier. Strategierna kunde innebära att barnen emellanåt försökte komma bort från hemmet och familjesituationen genom att till exempel ägna sig åt en hobby eller umgås med vänner. Andra strategier var att prata med och erhålla stöd från andra familjemedlemmar, släktingar, vänner eller någon utomstående, till exempel en kurator (Meadus et al., 2000; Pölkki et al., 2004; Valiakalayil et al., 2004; Mordoch et al., 2008; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016). I vissa fall utvecklades copingstrategier av negativ karaktär i form av att ta droger eller dricka alkohol vilket stärker teorin om att barn till föräldrar med psykisk sjukdom löper en ökad risk för att drabbas av alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser (Socialstyrelsen, 2013b). Vi anser därmed att sjuksköterskans grundläggande ansvar i mötet med barn som använder alkohol eller droger är att undersöka om det finns problem i hemmet som kan vara en utlösande faktor. Barnen bör även få stöd i att hitta copingstrategier som inte enbart i den aktuella situationen, utan även på sikt, bidrar till upplevelsen av en ökad hanterbarhet och ett minskat lidande. Att få hjälp med att utveckla copingstrategier var även något som många barn uttryckte ett behov av och en önskan om, där sjuksköterskans roll i att förse barnen med denna typ av stöd är i linje med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, ur den aspekt att sjuksköterskan ska främja hälsa och lindra lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

En annan strategi för att erhålla stöd i situationen var att känna hopp, vilket avspeglades i två av de granskade studierna, där barnen uttryckte att hoppet hjälpt dem att ta sig igenom svårare perioder av föräldrarnas sjukdom (Mordoch et al., 2008; Mechling, 2016). Att hopp är en viktig komponent för att främja hälsa är något som betonas i Svensk sjuksköterskeförenings (2016) värdegrund och vidare beskriver Benzein (1999) känslan av hopp som viktig för en individs överlevnad. Att barnen känner sig hoppfulla om att deras situation kommer att bli bättre skulle kunna bidra till motivationen av att barnen engagerar sig i det som sker kring dem vilket bidrar till en stärkt KASAM (Antonovsky, 1987).

Vissa barn upplevde en trygghet i att dela med sig av sin familjesituation till vänner med liknande erfarenheter. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är det hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge barnet adekvat stöd där stödgrupper skulle kunna utgöra ett bra alternativ i de fall barnen känner sig trygga i att prata om sina upplevelser. Stödgrupper för barn med liknande erfarenheter kan inge barnet en känsla av att inte vara ensam i situationen och därmed bidra till att barnen upplever en bättre vardag men är även ett sätt för att erhålla information om föräldrarnas sjukdom utifrån andras perspektiv (Nilsson, Gustafsson & Jenholt Nolbris, 2014). I sin tur beskriver Gatsou, Yates, Goodrich och Pearson

(2015), ur ett familjefokuserat perspektiv, att det även för familjen kan upplevas som ett bra stöd av att prata i grupp, antingen familjen enskilt eller tillsammans med andra familjer. Dessa typer av familjesamtal framhålls höja hela familjens medvetenhet och kunskap om den psykiska sjukdomen samt bidra till att ett förtroende mellan familjemedlemmarna byggs upp. Genom att stödja relationer och förbättra kommunikationen om känslor och upplevelser mellan alla parter ges en ökad förståelse för situationen och kan öka välbefinnandet i familjen. Benzein et al. (2012b) beskriver dessa typer av stöd som en del i den familjefokuserade omvårdnaden.

Psykiskt lidande

Slutligen framkom det i denna studie att nästintill samtliga barn upplevde någon form av psykiskt lidande orsakat av familjesituationen, där känslorna av rädsla, oro och ensamhet dominerade. Flertalet barn uttryckte en rädsla för sin sjuka förälder när denne var arg eller när psykotiska symtom var framträdande och vissa barn upplevde även våld i hemmet (Riebschleger, 2004; Östman, 2008; Trondsen, 2012; Backer et al., 2016; Mechling, 2016). När barnen lever med en konstant känsla av rädsla inkräktar det i hög grad på deras psykiska välbefinnande och därmed upplevelsen av hälsa utifrån WHO:s (2014) definition av begreppet. Istället för att föräldern utgör barnets trygga bas i tider av rädsla och oro är det alltså föräldrarna som bidrar till dessa känslor vilket reducerar barnets upplevelse av trygghet och anknytning till föräldern (Bowlby, 1994). Trots barnets rätt att skyddas mot psykiskt och fysiskt våld, vilket framhävs i barnkonventionen artikel 19 (UNICEF Sverige, 2009), och hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att göra en anmälan vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa (SFS 2001:453) lever alltså flertalet barn under en konstant rädsla för sin psykiskt sjuka förälder. Att dessa förhållanden inte kommer fram eller anmäls tror vi delvis kan bero på sjuksköterskans okunskap och osäkerhet när det gäller att bemöta barn till föräldrar med psykisk sjukdom, vilket framkom i studien av Houlihan et al. (2013). Förutom att sjuksköterskorna i studien uppgav att de kände en stor osäkerhet kring bemötandet av barn till föräldrar med psykisk sjukdom framkom att endast tio procent av sjuksköterskorna upplevde sig ha förmågan av att bedöma karaktären av relationen mellan förälder och barn. Dessutom uppgav enbart 21 procent att de visste vilka konsekvenser förälderns sjukdom kunde ha på barnet. I en annan studie som utfördes på Nya Zeeland undersöktes hälso- och sjukvårdspersonalens syn på barn som bor med en psykiskt sjuk förälder. Personalen beskrev att de tog för givet att om barnet även levde ihop med en frisk förälder skulle denne ansvara för barnets omsorg och personalen frågade i dessa fall inte ens om det fanns behov av extra stöd i familjen. Personalen uppgav vidare att fokus låg på att få patienten frisk och förväntade sig att problemet skulle lösa sig därefter, vilket kunde resultera i att barnen förbisågs tills dess att de själva mådde så dåligt att de fick läggas in på en psykiatrisk klinik (Pfeiffenberger, D'Souza, Huthwaite & Romans, 2014).

Utifrån Houlihan et al. (2013) och Pfeiffenberger et al. (2014) studieresultat tror vi att bättre kunskap inom ämnet kan bidra till att fler barn till föräldrar med psykisk ohälsa identifieras och att lagar och riktlinjer bättre efterföljs. Den sistnämnda studien visar på att sjukvårdspersonal i många avseenden har helt fel bild av vad som är deras skyldighet i detta sammanhang och speglar även deras okunskap av hur det är att växa upp med en psykiskt sjuk förälder utifrån barnets perspektiv. Istället för att engagera sig och fånga upp barnen hoppas man på att problemet ska lösa sig av sig självt. Dessutom uppger Priebe och Afzelius (2015) att det i Sverige sker en underrapportering av antalet föräldrar med psykisk sjukdom, som ansvarar för sina barn under 18 år, och att både barn och föräldrar inte ges tillräckligt med hjälp och stöd. Här måste sjukvårdspersonalen förbättra inrapporteringen av psykiskt sjuka

föräldrar, som även är vårdnadshavare till sina barn, för att förbättra barnens situation och kunna erbjuda den hjälp de har rätt till enligt lag.

Somers (2007) och Mordoch et al. (2008) beskrev att flera barn upplevde skamkänslor och stigmatisering kring sin familjesituation vilket vi tror kan grunda sig i en generell okunskap kring psykisk sjukdom i samhället. Många barn ville inte dela med sig av sina erfarenheter, vilket i vissa fall var en önskan från föräldrarna eller grundade sig i barnens rädsla över att bli utstötta av vänner och uttittade av grannar. Att barnen varken vågar eller väljer att berätta om sin familjesituation försvårar arbetet med att identifiera barnen vilket vi därför anser vara ett samhällsproblem. För att förhindra stigmatiseringen kring psykisk sjukdom och inge barn och ungdomar mod att våga berätta om sin situation tror vi det skulle vara gynnsamt att belysa ämnet i skolan. Socialstyrelsen (2013a) beskriver även att känslor av skuld och skam är faktorer som kan bidra till att varken barn eller föräldrar vill prata om problemen som uppstår i samband med psykisk sjukdom och leder till att hjälp inte söks. Vi misstänker därför att mörkertalet är stort gällande antalet barn som lever med en psykiskt sjuk förälder och barnen blir återigen, som Skerfving (2005) benämner dem, osynliga. Alla sjuksköterskor behöver bli bättre på att fråga patienter med psykisk sjukdom om de har barn och i sådana fall undersöka barnens eventuella behov av stöd. Sjuksköterskan bör även ta reda på om det finns en frisk förälder som förmår ta hand om barnet och stötta denne, samt ta reda på om ytterligare stöd behövs.

Då Antonovsky (1987) beskriver att komponenten hanterbarhet är en viktig del av att uppleva känsla av sammanhang tror vi att barnens KASAM kan stärkas genom att de får stöd i att hantera sina känslor av rädsla, oro, skuld och skam.

Slutsats

Centralt när det gäller barn och ungas upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom är att barnets behov av information, råd och stöd tillgodoses med rätt till att få uttrycka sina åsikter och självbestämmande. Väsentligt är även att utvärdera föräldrarnas förmåga av att vara kompetenta föräldrar, och i de fall omsorgsförmågan brister ska adekvat och snabbt stöd ges av samhället. Sjuksköterskan har ett stort ansvar och en viktig roll i att vara lyhörd och fånga upp dessa barn oavsett var de påträffas inom hälso- och sjukvården, som patienter eller som anhöriga.

Kliniska implikationer

Trots den förstärkta lagstiftning som avser hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet av att beakta barnets behov av information, råd och stöd, vars förälder har en psykisk funktionsnedsättning eller störning, verkar det som att denna skyldighet ofta förbises. Att frågan ignoreras tror vi bottnar i en osäkerhet hos personalen, dels hur man bemöter barnen och deras föräldrar och dels hur man går vidare med att erbjuda stöd till hela familjen. Vi tror även att många föräldrar tänker mycket på hur svårigheterna i familjesituationen påverkar barnet och att de kan känna en lättnad över att någon tar upp frågan. Som vårdpersonal ska vi aldrig tveka utan våga fråga! Hälso- och sjukvårdspersonal är dessutom anmälningsskyldiga vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa och ska heller aldrig tveka över att göra en anmälan. Att utbilda vårdpersonal, i syfte att ge kunskap och trygghet inom området, anser vi därmed blir mycket viktigt. Redan under sjuksköterskeutbildningen borde denna kunskap implementeras.

En gynnsam strategi för att identifiera barn till föräldrar med psykisk sjukdom kan vara att använda en familjefokuserad omvårdnad utifrån ett systematiskt perspektiv, att hela familjen påverkas när en familjemedlem blir sjuk och att hela familjen därmed bör involveras. Sjuksköterskan måste kunna se familjen som en enhet där barnen får synas och ta plats, deras röster bli hörda och hänsyn tas till hur de upplever sin situation av att ha en psykiskt sjuk förälder. Att göra alla familjemedlemmar delaktiga kan ge en ökad känsla av stöd och ta vara på individernas egna resurser vilket leder till en bättre vård. Genom att även se till det enskilda barnet och dess behov av information och stöd i att hantera sin familjesituation kan sjuksköterskan bidra till att barnets KASAM stärks. Adekvat stöd, både till familjen som helhet och det enskilda barnet, skulle kunna utgöras av bland annat stödgrupper. Hälso- och sjukvården behöver även bli bättre på att samarbeta med andra instanser såsom skola och socialtjänst. Finns det flera aktörer som arbetar runt patienten utifrån ett familjefokuserat förhållningssätt kan det bidra till att familjen får det stöd som behövs.

Vidare forskning

Få studier är gjorda som undersöker barns upplevelser av att växa upp med en förälder med psykisk sjukdom ur barnets eget perspektiv. Att barnets perspektiv tillämpas inom hälso- och sjukvården är emellertid grundläggande för att vårdpersonal ska kunna förstå hur barnet upplever och erfar sin livsvärld och därigenom ha förmågan av att sätta in rätt stödåtgärder. Vidare forskning skulle också kunna innebära att ta fram metoder som syftar till att förbättra arbetssättet inom hälso- och sjukvården kring barn till föräldrar med psykisk sjukdom, samt utveckla effektiva metoder som möjliggör ett bättre samarbete mellan olika myndigheter med *barnens bästa* som utgångspunkt.

Referenslista

- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Backer, C., Murphy, R., Fox, J. R. E., Ulph, F., & Calam, R. (2016). Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-17. doi: 10.1111/papt.12099
- Barnombudsmannen. (2015). *Om du har det jobbigt*. Hämtad 2017-04-11, från <https://www.barnombudsmannen.se/for-dig-under-18/om-du-har-det-jobbigt/>
- Benzein, E. (1999). *Traces of hope* (Doctoral thesis, Umeå University Medical Dissertations, 636). Umeå: Umeå Universitet.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012a). Teoretiska utgångspunkter för familjefokuserad omvårdnad. I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 29–44). Lund: Studentlitteratur AB.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012b). Varför ska familjen ses som en enhet? I E. Benzein, M. Hagberg & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (s. 23–27). Lund: Studentlitteratur AB.
- Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinson-Månsson, M., Tingberg, B., & Ygge, B-M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber AB.
- Bowlby, J. (1994). *En Trygg Bas - Kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- BRIS. (u.å.) *Prata med en kurator*. Hämtad 2017-04-11, från <https://www.bris.se/for-barn-och-unga/just-nu/>
- CODEX. (2016). *Forskning som involverar barn*. Hämtad 2017-04-04, från <http://www.codex.vr.se/manniska1.shtml>.
- Enskär, K., & Golsäter, M. (2014). Från barndom till ungdom - den växande människans omvårdnadsbehov. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder - perspektiv och förhållningssätt* (s. 91–121). Lund: Studentlitteratur AB.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Folkhälsan i Sverige 2016 - Årlig rapportering*. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Friberg, F. (2012). *Dags för uppsats*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Försäkringskassan. (2015). *Sjuk- och aktivitetsersättning - Antal mottagare efter diagnos 2003-*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Gatsou, L., Yates, S., Goodrich, N., & Pearson, D. (2015). The challenges presented by parental mental illness and the potential of a whole-family intervention to improve outcomes for families. *Child & Family social work*, 22(1), 388-397. doi: 10.1111/cfs.12254

- Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2011). Children's View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(9), 560-567. doi: 10.3109/01612840.2011.579689
- Helsingforsdeklarationen. (1964). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hämtad 2017-03-20, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 471–478). Lund: Studentlitteratur AB.
- Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: an assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(4), 287-295. doi: 10.1111/J.1365-2850.2012.01923.X
- Karlsson, E-K. (2014). *Informationssökning*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 95–113). Lund: Studentlitteratur AB.
- Karolinska Institutet. (2013). *Termer för "Upplevelser" och "Bemötande" i olika former*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- 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.
- Mechling, B. (2016). From Shadows to Hope: Shared Experiences of Emerging Adults Who Grew Up with a Depressed Parent in the Home. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(4), 211-218. doi: 10.3109/01612840.2016.1140252
- Moore, T., & McArthur, M. (2007). We´re all in it together: supporting young carers and their families in Australia. *Health and Social Care in the Community*, 15(6), 561-568. doi: 10.1111/j.1365-2524.2007.00719.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
- Nilsson, S., Björkman, B., Almqvist, A-L., Almqvist, L., Björk-Willén, P., Donohue, D., ... Hvit, S. (2015). Children´s voices - Differentiating a child perspective from a child´s perspective. *Developmental Neurorehabilitation*, 18(3), 162-168. doi: 10.3109/17518423.2013.801529.
- Nilsson, S., Gustafsson, L., & Jenholt Nolbris, M. (2014). Young adults´ childhood experiences of support when living with a parent with a mental illness. *Journal of Child Health Care*, 19(4), 444-453. doi: 10.1177/1367493513519296
- Nka. (2014). *Unga omsorgsgivare i Sverige*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum.
- Nka. (2016). *Fakta om barn som anhöriga*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum.
- Pfeiffenberger, A., D´Souza, A., Huthwaite, M., & Romans, S. (2014). The well-being of children of parents with a mental illness: the responsiveness of crisis mental health services in

Wellington, New Zealand. *Child & Family Social Work*, 21(4), 600-607. doi: 10.1111/cfs.12186

Priebe, G., & Afzelius, M. (2015). *Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk - Hur efterföljs lagen? En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne*. Lund: Nationellt kompetenscentrum.

Pölkki, P., Ervast, S-A., & Huupponen, M. (2004). Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent. *Social Work in Health Care*, 39(1-2), 151-163. doi: 10.1300/J010v39n01_10

Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Gosch, A., & Wille, N. (2008). Mental Health of Children and Adolescents in 12 European Countries - Results from the European KIDSCREEN Study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 154-163. doi: 10.1002/cpp.574

Regeringskansliet. (2006). *Mänskliga rättigheter - Konventionen om barnets rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet.

Regeringskansliet. (2012). *FN:s konvention om Mänskliga rättigheter*. Stockholm: Regeringskansliet.

Reupert, A., & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37(2), 98-111. doi: 10.1080/0145935X.2016.1104037

Riebschleger, J. (2004). Good Days and Bad Days: The Experiences of Children of a Parent with a Psychiatric Disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(1), 25-31. doi: 10.2975/28.2004.25.31

SBU. (2014). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården - en handbok*. Stockholm: SBU.

SFS 1949:381. *Föräldrabalken*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2001:453. *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: Förlagshuset Gothia AB.

Skärsäter, I. (2014). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder - Hälsa och ohälsa* (s. 611-638). Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen. (2010). *Meddelandeblad - Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2013a). *Barn som anhöriga - Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen. (2013b). *Psykisk ohälsa bland unga - Underlagsrapport till Barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Barn som far illa eller riskerar att fara illa - En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017). *Statistikdatabas för diagnoser i öppen vård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Somers, V. (2007). Schizophrenia: The Impact of Parental Illness on Children. *British Journal of Social Work*, 37(8), 1319–1334. doi:10.1093/bjsw/bcl083
- SOU 1998:31. *Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Trondsen, M. V. (2012). Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives. *Qualitative Health Research*, 22(2), 174-188. doi: 10.1177/1049732311420736
- UNICEF Sverige. (2009). *Barnkonventionen – FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: UNICEF.
- Valiakalayil, A., Paulson, L. A., & Tibbo, P. (2004). Burden in adolescent children of parents with schizophrenia - The Edmonton High Risk Project. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 528-535. doi: 10.1007/s00127-004-0778-9
- WHO. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hämtad 2017-03-06, från http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- WHO. (2016). *Mental disorders*. Hämtad 2017-03-06, från <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
- Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Östman, M. (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
- 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(5), 388-392. doi: 10.1080/08039480500330164

Bilagor

Bilaga 1

Söktabell

Datum Databas	Sökord	Avgränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
2017-02-28 Pubmed	(child of impaired parents OR "offspring* of impaired parent*") AND (mental disorders OR "mental illness*" OR "parental mental disorder*" OR "parental mental illness*" OR "mentally ill parent*") AND (social adjustment OR adaptation, psychological OR "child* experience*" OR "child* perspective*" OR "child* perception*" OR coping)	2000-2017, engelska	274	34	11	Trondsen (2012) Östman (2008) Mordoch et al. (2008) Pölkki et al. (2004) Valiakalayil et al. (2004)
2017-03-06 CINAHL	(Children of Impaired Parents OR "offspring* of impaired parent*") AND (Mental Disorders OR "mental illness*" OR "parental mental disorder*" OR "parental mental illness*" OR "mentally ill parent*") AND (Social Adjustment OR Adaptation, Psychological OR Life Experiences OR Coping OR "child* experience*" OR "child* perspective*" OR "child* perception*")	Peer Reviewed, 2000-2017, engelska	34	14	7	Mechling (2016) Mordoch et al. (2008) * Pölkki et al. (2004) *
2017-03-07 PsycINFO	("child* of impaired parent*" OR "offspring* of impaired parent*") AND (Mental Disorders OR "mental illness*" OR "parental mental disorder*" OR "parental mental illness*" OR "mentally ill parent*") AND (Social Adjustment OR Coping Behavior OR "child* experience*" OR "child* perspective*" OR "child* perception*")	Peer reviewed, 2000-2017, engelska	47	11	4	Riebschleger (2004) Pölkki et al. (2004) *
2017-03-18 Google Scholar	("parental mental disorder*" OR "parental mental illness*" OR "mentally ill parent*") AND ("child* experience*" OR "child* perspective*" OR "child* perception*")	2015-2017	106	8	2	Backer et al. (2016)

Till följd av att inga artiklar av relevans hittades i databasen Scopus, utöver de som redan påträffats, inkluderas inte denna söktabell.

*Artikel funnen vid tidigare sökning

Manuell sökning utifrån referenslistor

Artikel	Valda artiklar
Trondsen (2012)	Meadus et al. (2000)
Mechling (2016)	Hedman Ahlström et al. (2011)
Houlihan et al. (2013)	Somers (2007)

Bilaga 2

Protokoll för kvalitetsbedömning

Modifierat utifrån Willman et al. (2011) och SBU (2014) med tillägg av egenformulerade frågeställningar

	Ja	Nej	Oklart
Syfte			
Har studien ett tydligt syfte? *			
Är kontexten presenterad avseende problemområdet?*			
Är kvalitativ metodik lämpligt för att besvara syftet? **			
Etik			
- Är studien godkänd av en etisk kommitté? ***			
- Erhålls informerat samtycke från deltagarna? ***			
Urval			
- Är deltagarna relevanta för det fenomen man vill studera? ***			
- Är urvalet strategiskt? *			
- Framkommer det hur deltagarna rekryterades? **			
- Redovisas inklusionskriterier? **			
- Framkommer det om någon deltagare valde att inte delta och i sådana fall varför? **			
- Redovisas deltagarantalet? *			
- Redovisas deltagarnas ålder? *			
- Redovisas deltagarnas kön? *			
Datainsamling			
- Framgår datainsamlingsmetod? **			
- Framkommer det vem som utförde datainsamlingen? **			
- Råder datamätnad? *			
Analys			
- Framgår analysmetod? *			
- Framkommer det vem som utförde analysen? ***			
- Har forskaren resonerat kring sin egen roll, potentiell bias eller inflytande under analysprocessen? **			
- Råder analysmättnad? *			

* Frågeställning utifrån Willman et al. (2011) "Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod"

** Frågeställning utifrån SBU:s (2014) "Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik"

*** Egenformulerad frågeställning

	Ja	Nej	Oklart
Resultat			
- Framkommer teman/kategorier i form av huvudrubriker och ev. underrubriker? **			
- Förs ett adekvat resonemang kring resultaten? **			
- Redovisas citat? ***			
Diskussion/Slutsats			
- Diskuteras resultaten i förhållande till tidigare forskning/litteratur? ***			
Total poäng (max 24)			

* Frågeställning utifrån Willman et al. (2011) "Protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod"

** Frågeställning utifrån SBU:s (2014) "Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik"

*** Egenformulerad frågeställning

Bilaga 3

Artikelöversikt

Författare	Backer C., Murphy, R., Fox, J. R. E., Ulph F. & Calam R.
År, Land	2016, Storbritannien
Titel	Young children's experiences of living with a parent with bipolar disorder: Understanding the child's perspective
Tidskrift	Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice
Syfte	Att undersöka barns upplevelser av att leva med en förälder med bipolär sjukdom samt hur deras emotionella välbefinnande påverkas
Metod	Innehållsanalys av semi-strukturerade intervjuer
Urval	n=10, 4–10 år, 9 pojkar och 1 flicka
Resultat	Fyra teman framkommer i studien: <i>uppfattning av föräldrar, kunskap och medvetenhet av bipolär sjukdom, hantering av familjelivet med en bipolär förälder samt leva i en familj med bipolär sjukdom</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Hedman Ahlström, B., Skärsäter, I. & Danielson, E.
År, Land	2011, Sverige
Titel	Children's View of a Major Depression Affecting a Parent in the Family
Tidskrift	Issues in Mental Health Nursing
Syfte	Att utifrån barnets perspektiv belysa betydelsen av familjelivet när en förälder lider av egentlig depression
Metod	Innehållsanalys av narrativa intervjuer
Urval	n=8, 6–26 år, kön framkommer ej
Resultat	Två teman framkommer i studien: <i>att vara en rädd observatör</i> samt <i>att vara en frustrerad observatör</i>
Kvalitet	Medel

Författare	Meadus, R.J. & Johnson, B.
År, Land	2000, Kanada
Titel	The experience of being an adolescent child of a parent who has a mood disorder
Tidskrift	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing

Syfte	Att beskriva upplevelser hos ungdomar, utifrån deras egna perspektiv, av att leva tillsammans med en förälder som lider av förstämningssyndrom
Metod	Innehållsanalys av ostrukturerade intervjuer
Urval	n=3, 17 år, 3 flickor
Resultat	Tre teman framkommer i studien: <i>otillgänglighet av den sjuka föräldern, brist på kunskap och förståelse samt att komma till rätta</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Mechling, B.
År, Land	2016, USA
Titel	From Shadows to Hope: Shared Experiences of Emerging Adults Who Grew Up with a Depressed Parent in the Home
Tidskrift	Issues in Mental Health Nursing
Syfte	Att retrospektivt undersöka unga vuxnas upplevelser av att ha haft en förälder drabbad av depression samt att identifiera likheter som kan främja en ökad förståelse av deras upplevelse
Metod	Innehållsanalys av ostrukturerade intervjuer
Urval	n=10, 18–25 år, 7 tjejer och 3 killar
Resultat	Fyra teman framkommer i studien: <i>osäkra förväntningar, att dölja det, fortsatt oro samt hopp</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Mordoch, E. & Hall, W.A.
År, Land	2008, Kanada
Titel	Children's Perceptions of Living With a Parent With a Mental Illness: Finding the Rhythm and Maintaining the Frame
Tidskrift	Qualitative Health Research
Syfte	Att undersöka hur barn hanterar sina upplevelser av att leva med en förälder med psykisk sjukdom
Metod	Grounded theory av semi-strukturerade intervjuer
Urval	n=22, 6–16 år, 14 pojkar och 8 flickor
Resultat	Tre teman framkommer i studien: <i>att hitta rytmen, att bibehålla ramen samt emotionella strömmar</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Pölkki, P., Ervast, S-A. & Huupponen, M.
-------------------	--

År, Land	2004, Finland
Titel	Coping and Resilience of Children of a Mentally Ill Parent
Tidskrift	Social Work in Health Care
Syfte	Att undersöka yngre och äldre barns personliga erfarenheter vars föräldrar är allvarligt psykiskt sjuka
Metod	Grounded theory av tematiska intervjuer
Urval	n=6, 9–11 år, kön framkommer ej
Resultat	Fem kategorier framkommer i studien: <i>barnens upplevelser av deras förälders allvarliga psykiska problem, barnens ansvar i familjer med en psykiskt sjuk förälder, stressreaktioner hos barn med en psykiskt sjuk förälder, coping och motståndskraft hos barn med en psykiskt sjuk förälder samt rollen avseende professionell hjälp</i>
Kvalitet	Medel

Författare	Riebschleger, J.
År, Land	2004, USA
Titel	Good Days and Bad Days: The Experiences of Children of a Parent with a Psychiatric Disability
Tidskrift	Psychiatric Rehabilitation Journal
Syfte	Att undersöka barnets perspektiv av att dag för dag leva i en familj där en förälder lider av psykisk störning
Metod	Grounded theory av individuella intervjuer samt fokusgruppsintervjuer
Urval	n=22, 5–17 år, 11 pojkar och 11 flickor
Resultat	Fyra teman framkommer i studien: <i>bra dagar, dåliga dagar, syn på psykiatrisk störning samt uppfattning om psykiatrisk rehabilitering</i>
Kvalitet	Medel

Författare	Somers, V.
År, land	2007, Irland
Titel	Schizophrenia: The Impact of Parental Illness on Children
Tidskrift	British Journal of Social Work
Syfte	Att undersöka vilken påverkan föräldrar med schizofreni har på ett barns liv utifrån barnets dagliga liv och upplevelser
Metod	Semi-strukturerade intervjuer
Deltagare	n=37, 8–16 år, 20 pojkar och 17 flickor

Resultat	Fyra teman framkommer i studien: <i>barnets upplevelse av psykisk sjukdom, medvetenhet avseende symtom, barn som vårdare samt barnens syn på psykiatrisk vård</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Trondsen, M.V.
År, Land	2012, Norge
Titel	Living With a Mentally Ill Parent: Exploring Adolescents' Experiences and Perspectives
Tidskrift	Qualitative Health Research
Syfte	Att ge en djupare insikt i barns och ungdomars perspektiv och erfarenheter avseende deras vardagliga liv med en psykiskt sjuk förälder
Metod	Innehållsanalys av meddelanden postade i ett själv-hjälps forum på internet
Urval	n=16, 15–18 år, 15 flickor och 1 pojke
Resultat	Fem teman framkommer i studien: <i>brist på information och öppenhet, oförutsägbarhet och instabilitet, rädsla, ensamhet samt förlust och sorg</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Valiakalayil, A., Paulson, L.A. & Tibbo, P.
År, Land	2004, Kanada
Titel	Burden in adolescent children of parents with schizophrenia
Tidskrift	Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology
Syfte	Att undersöka de bördor som beskrivs av ungdomar till föräldrar med schizofreni för att utforska vilken påverkan sjukdomen har på barnens liv
Metod	Innehållsanalys av semi-strukturerade intervjuer
Urval	n=13, 13–18 år, kön framkommer ej
Resultat	Sex teman framkommer i studien: <i>kännetecken, att hantera symtom, förändrade roller, personliga känslor, coping samt positiva aspekter av relationen</i>
Kvalitet	Hög

Författare	Östman, M.
År, Land	2008, Sverige
Titel	Interviews with children of persons with a severe mental illness - Investigating their everyday situation
Tidskrift	Nordic Journal of Psychiatry

Syfte	Att undersöka hur barn mellan åldrarna 10–18 år upplever deras livssituation i en familj där en förälder lider av allvarlig psykisk ohälsa
Metod	Innehållsanalys av semi-strukturerade intervjuer
Urval	n=8, 10–18 år, 5 flickor och 3 pojkar
Resultat	Åtta teman framkommer i studien: <i>konversation, kärlek, mognad, rädsla, skuld, ensamhet, ansvar</i> samt <i>associerad stigma</i>
Kvalitet	Medel