

VUXNA MASKROSBARN BERÄTTAR

Betydelsen av stöd från hälso- och sjukvården under uppväxten

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 2018-01-22

Kurs: 48

Författare: Ida Svensson

Författare: Matilda Prim

Handledare: Margareta Westerbotn

Examinator: Sissel Andreassen Gleissman

SAMMANFATTNING

Bakgrund

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom drabbas ofta konsekvenser i form av fysiskt och psykiskt lidande. Om barnet klarar av att bemästra situationen och växa upp till ett välfungerande liv benämns dessa som maskrosbarn. För att möjliggöra för barnen att bemästra situationen kan stödet ha en betydande roll. Enligt lag är hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att bistå barnen med stöd och information. Trots detta förekommer det brister inom hälso- och sjukvården kring kunskap inom området och implementeringen av aktuell lagstiftning.

Syfte

Syftet var att beskriva hur vuxna barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom upplevde sin situation som barn samt deras behov av stöd under uppväxten.

Metod

En kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade frågor genomfördes med sju deltagare, vilka identifierade sig som maskrosbarn. Resultatet analyserades genom en induktiv innehållsanalys.

Resultat

Resultatet visade att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom ofta drabbas av lidande och upplever skuld och skam till följd av sin förälders sjukdom. Vidare visade resultatet att hälso- och sjukvården brister i att ge barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom det stöd och den information de behöver för att hantera sin situation.

Slutsats

Stöd från hälso- och sjukvården är av betydelse för att lindra lidande hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom. Ökade kunskaper inom hälso- och sjukvården om hur dessa barn uppmärksammas och bemöts, samt implementering av aktuell lagstiftning i verksamheterna, kan leda till att barnens lidande lindras och ökar möjligheterna till att de växer upp till att bli maskrosbarn.

Nyckelord: Beroendesjukdom, Lidande, Maskrosbarn, Psykisk sjukdom, Stöd.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Maskrosbarn.....	1
Psykisk ohälsa.....	1
Barnens rättigheter inom hälso- och sjukvården.....	3
Mötets möjligheter.....	4
Att uppleva och lindra lidande.....	4
Stöd som en del av vården.....	5
Problemformulering.....	6
SYFTE	6
METOD	6
Val av Metod.....	6
Urval.....	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys.....	8
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT	10
Att växa upp som maskrosbarn.....	11
Söka stöd för att hantera tillvaron.....	12
DISKUSSION	14
Resultatdiskussion.....	14
Metoddiskussion.....	17
Slutsats.....	19
REFERENSER	21

BILAGA A-D

BAKGRUND

Maskrosbarn

Definitionen av maskrosbarn kan skilja sig åt beroende på olika synsätt. Övergripande har följande definitioner en likvärdig betydelse. Nationalencyklopedin (2017) definierar maskrosbarn som “barn som lever under svåra villkor och lär sig att bemästra dem”. Cronström (2003) definierar maskrosbarn enligt följande:

Att som barn ha vuxit upp i hem som präglats av föräldrar som på grund av missbruk och/eller allvarlig psykisk störning under långa perioder inte har kunnat ta hand om sig själva, ännu mindre fungera som förälder för sina barn. Att som vuxen vara psykiskt frisk och ej missbrukande, och kapabel att ta hand om sig själv och eventuella barn. Att kunna kvalificera sig för ett arbete – och behålla det, och ha förmågan att etablera nära relationer – och behålla dem – med vänner såväl som med det motsatta könet (s.17).

Maskrosbarn är följaktligen en person som under uppväxten levt med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom. Ett maskrosbarn kan i vuxen ålder präglas av sin uppväxt, men trots detta leva ett välfungerande liv genom att hitta strategier som hjälper dem att bemästra sitt sociala arv (Cronström, 2003; Nationalencyklopedin, 2017).

Psykisk ohälsa

Psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom omfattar flera olika diagnoser och symptom, dessa med olika intensitet och uttrycksformer (Skerfving, 2013). Enligt Socialstyrelsen är schizofreni, förstämningssyndrom, psykos, manodepressiv sjukdom, neurotiska symptom samt personlighetsstörningar olika typer av psykiska sjukdomstillstånd (SoS rapport 1999:11).

Under de senaste decennierna har det skett stora förändringar inom vuxenpsykiatrin (Skerfving, 2013). I slutet av 1960-talet påbörjades avvecklingen av de stora mentalsjukhusen runt om i Sverige. Avvecklingen ledde till stora neddragningar av vårdplatser, som mest fanns det 30 000 vårdplatser på mentalsjukhusen runtom i Sverige (Ottosson, 2003), jämfört med de 4151 vårdplatser som fanns inom den specialiserade psykiatriska vården år 2016 (Sveriges Kommuner och Landsting, 2017). Som ersättning till långvarig inlåsning på institution byggdes den psykiatriska öppenvården ut och användningen av psykofarmaka, psykoterapi och psykosociala stödinsatser ökade (Ottosson, 2013). Patienterna, som tidigare varit inlåsta på institutioner, bor numera hemma och vårdas inom den öppna psykiatriska vården. Detta har medfört att föräldrarnas perioder på slutenvårdsavdelning är färre och kortare. Istället för att de psykiskt sjuka föräldrarna skiljs från sina barn på grund av längre tids inläggning på slutenvårdsavdelning, kan föräldrarna idag leva tillsammans med barnen i hemmet. Detta har medfört att barnens tidigare svårigheter med separationen från sin förälder minskat, och istället ersatts med föräldrarnas svårigheter och problem som även drabbar barnen (Skerfving, 2013).

Beroendesjukdom

Beroendesjukdom är ett sjukdomstillstånd som uppstår då bruket av en drog, exempelvis alkohol, narkotika, andra illegala substanser eller läkemedel av icke-medicinskt syfte, övergår till en okontrollerad användning. Tidigare användes begreppet missbruk för att beskriva ett beroende, ett begrepp som inte längre används inom hälso- och sjukvården på grund av dess stigmatiserande klang. Att lida av en beroendesjukdom innebär att personen tvångsmässigt fortsätter bruka en drog trots att det orsakar skada och problem såväl för en själv som för närstående och personer i sin omgivning (Franck & Nylander, 2015).

World Health Organisation [WHO] (1994) definierar ett beroende som en grupp av beteendemässiga, kognitiva och fysiologiska fenomen som kan utvecklas efter en upprepad användning av substanser. Fenomenen innefattar en stark önskan att ta drogen, ökad tolerans, nedsatt kontroll och en fortsatt användning, trots de skadliga konsekvenser drogen tillför. Brukandet av drogen får en högre prioritet än andra aktiviteter och skyldigheter. När drogen inte tillförs resulterar detta i en negativ fysiologisk och känslomässig reaktion (WHO, 1994).

Föräldraskap vid psykisk sjukdom/beroendesjukdom

Studier visar att föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom är ovilliga att söka hjälp med rädsla för att förlora sina rättigheter som vårdnadshavare. Samtidigt finns det en vilja hos dessa föräldrar att barnen ska erbjudas hjälp att prata om sina erfarenheter (Gullbrå, Smith-Sivertsen, Rortveit, Anderssen & Hafting, 2016a; White, McGrew & Salyers, 2013). För att kunna möjliggöra att barnen får en god livskvalitet påtalade de flesta föräldrar i en studie av Gullbrå et al. (2016a) att det var viktigt att de hade professionellt stöd från personal som var insatta i deras situation.

Konsekvenser för barnen

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom befinner sig i riskzonen för att drabbas av lidande i form av sociala, fysiska och psykiska konsekvenser på såväl kort som lång sikt (Skerfving, 2013; Werner & Malterud, 2016). Drost, van der Krieke, Sytema och Schippers (2016) beskriver i sin studie att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom löper högre risk att själva drabbas av negativa psykiska hälsoeffekter än barn till friska föräldrar. Ytterligare två studier, av Nygaard Christoffersen (1999) och Wlodarczyk, Schwarze, Rumpf, Metzner och Pawils (2017), visar att barn till föräldrar med ett alkohol- eller narkotikaberoende löper hög risk att själva utveckla ett alkohol- eller narkotikaberoende. Gällande självmordsförsök hos barn kunde studien av Nygaard Christoffersen (1999) inte påvisa ett säkert samband med psykisk sjukdom hos en eller båda föräldrarna. Emellertid visade studien att koncentrationssvårigheter i skolan, en stark önskan att fly hemmet innan 16 års ålder och barn som blivit slagna av sina föräldrar var riskfaktorer för självmordsförsök hos barn.

För barn till föräldrar med beroendesjukdom blev familjeaktiviteter och rutiner störda, vilket skapar en osäkerhet och otrygghet (Werner & Malterud, 2016). Flertalet barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom kan uppleva att de har ett ansvar gentemot sina föräldrar, vilket kan resultera i ombytta roller. Barnen kan då anta rollen som vårdnadshavare, såväl för sina syskon som för sina föräldrar (Cornwallis, 2013). Att som barn inta rollen som vårdnadshavare kan innebära att barnet tar ansvar för att hushållet och de vardagliga sysslorna fungerar (Houlihan, Higgins & Sharek, 2013). Detta kan innefatta att barnet ser till att handla och tillaga mat, tvätta och städa. Då barnet känner att de agerar ett stöd och har ett ansvar för sina syskon kan de uppleva det som att det är deras roll att hjälpa syskonen med deras läxor och se till att de kommer iväg till

skolan, på bekostnad av att barnets egen skolgång blir lidande och bristfällig. Att barnet ständigt oroar sig för föräldern och vad som sker i hemmet då barnet befinner sig i skolan kan leda tankarna bort från skoluppgifter och fokus på lärande, och därmed påverka skolgången negativt. Den ständiga oron och tankar kring hemsituationen kan även leda till svårigheter för barnet att skapa relationer med kamrater (Socialstyrelsen, 2013). Att som barn anta föräldrarollen och vårda sin psykiskt sjuka och/eller beroendesjuka förälder leder till negativa konsekvenser för barnens hälsa enligt Drost et al. (2016). I andra studier framkommer ett samband mellan en förälders psykiska sjukdom och/eller alkoholproblem och lägre betyg hos barnen, koncentrationssvårigheter och svårigheter att anpassa sig i skolmiljön (Berg, Bäck, Vinnerljung & Hjern, 2016; Gauffin, Vinnerljung & Hjern, 2015; Torvik, Rogmo, Ask, Røysamb & Tambs, 2011).

Barnens rättigheter inom hälso- och sjukvården

Anställda inom hälso- och sjukvården är skyldiga att omgående anmäla till socialnämnden om de genom sitt arbete får misstankar eller kännedom om att ett barn far illa (SFS, 2001:453). År 2010 tillkom ytterligare bestämmelser i Hälso- och sjukvårdslagen gällande särskilda skyldigheter i fråga om barn. Hälso- och sjukvårdslagen fastställer att ett barns behov av information, råd och stöd ska tas i särskilt beaktande om de varaktigt bor tillsammans med en förälder med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom (SFS, 2017:30).

De resurser som finns att tillgå inom hälso- och sjukvården idag kan anses tillräckliga för att bistå med adekvat hjälp för de utsatta barnen. Exempelvis kan stresshanteringskurser hjälpa barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom att hantera den stress som uppstår till följd av föräldrarnas sjukdom och problem. Familjeinterventioner kan stärka föräldrarna i deras roller som vårdnadshavare, samt att dessa interventioner även kan stimulera och motivera att barnen söker stöd och hjälp (Van Loon, Van de Ven, Van Doseum, Hosman & Witteman, 2017).

Studier har visat att kunskapen inom hälso- och sjukvården är begränsad kring tillvägagångssätt för identifiering av barn som behöver stöd och hur hälso- och sjukvårdspersonal kan erbjuda en adekvat och respektingivande vård för barnen (Lauritzen, Reedtz, Doesum & Martinussen, 2015; Taylor & Kroll, 2004; Werner & Malterud, 2016). Enligt Drost et al. (2016) framkommer att barns behov av information om familjens situation inte alltid blir tillgodosedda, och att barnen anser det viktigt att få denna information från hälso- och sjukvårdspersonal eller andra vuxna de kan lita på. I studien framkommer även att barnen sällan söker hjälp, på grund av den självständighet som de byggt upp till följd av deras utsatta situation. Gullbrå, Smith-Sivertsen, Hauskov Graungaard, Rortveit och Hafting (2016b) menar att när barnen väl söker sig till hälso- och sjukvården är detta i regel inte för att få stöd och hjälp, utan för att få hjälp med somatiska besvär, till exempel huvudvärk och magont. När barnen söker för somatiska besvär har hälso- och sjukvårdspersonalen en möjlighet att ta initiativet till att prata med barnen om deras hemsituation. I en studie av Mackrill, Elklit och Lindgaard (2012) framkommer att även om vuxna personer i barnens närhet är medvetna om barnens utsatta situation väljer barnen att inte prata om detta med dessa personer, trots att barnen påverkas negativt av sina upplevelser. Drost et al. (2016) förklarar även att barnen samtidigt uppger att deras förväntningar är att bli uppmärksammade som familjemedlemmar och vara en del utav vården av föräldrarna, genom att tillhandahålla information om föräldrarnas diagnos och dess påverkan på familjens dagliga liv. I studien beskrivs även att hälso- och sjukvårdspersonal ofta upplever sig kränka föräldrarnas integritet i uppmärksammandet och

stödet av barnen, samt att de anser sig ha begränsad kunskap om hur de ska hjälpa barnen. Detta leder till att hälso- och sjukvårdspersonal finner det svårt att implementera och följa aktuell lagstiftning gällande stödet av barn (Drost et al., 2016).

Mötets möjligheter

I mötet mellan sjuksköterskan och patienten ges möjlighet att bilda förtroende och uppnå partnerskap genom ömsesidig öppenhet. Med grund i de mänskliga rättigheterna har sjuksköterskan och patienten ett lika värde, samtidigt som vårdrelationen är asymmetrisk då mötet sker utifrån patientens behov. I mötet är det viktigt att sjuksköterskan är medveten om och reflekterar över de olika aspekterna av makt, där patienten och de närstående befinner sig i beroendeställning gentemot sjuksköterskan (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Att möta patienter med respekt och integritet genom öppna frågor och lyhördhet, samt att vara fysiskt och mentalt närvarande, möjliggör för patienten att få utrymme att berätta om sina tankar och känslor (Hammarlund, Falk, Lind & Thorstensson, 2015). I mötet med patienten är det därför betydelsefullt att sjuksköterskan respekterar individens integritet och autonomi för att patienten ska ges möjlighet till upplevelsen av tillit, hopp och lindrande av lidande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Enligt omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee är omvårdnad en mellanmänsklig process som sker i mötet mellan sjuksköterskan och patienten. I mötet är sjuksköterskans roll att upptäcka och hjälpa en individ och/eller en familj, genom att förebygga och bemästra upplevelsen av sjukdom och lidande samt att finna mening i denna. För att möjliggöra detta går interaktionen mellan sjuksköterskan och individen och/eller familjen genom flera olika faser. Den första fasen bygger på det första mötet där individerna bildar sig ett första intryck baserat på observationer och bedömningar av andra personer. I mötet är det viktigt att sjuksköterskan förbiser stereotypa uppfattningar, så att hen har möjlighet att upptäcka den unika individen och se dennes identitet och personlighet. Vidare i interaktionen mellan sjuksköterskan och individen och/eller familjen följer fasen som bygger på vikten av sympati. Travelbee menar att sympati är sammankopplat med viljan att lindra lidande genom medkänsla (Travelbee, 1971). Att frambringa sympati kräver mod, då det innebär att sjuksköterskan ska våga uttrycka en känsla av att individen och/eller familjen befinner sig i nöd, och att åtgärder bör vidtas för att lindra nöden (Rich, 2003). Om interaktionen mellan sjuksköterskan och individen och/eller familjen fungerar väl utmynnar detta i en ömsesidig kontakt och förståelse mellan dessa, där de kan dela varandras tankar och känslor. Genom interaktionen i mötet och tillgången till individens och/eller familjens tankar och känslor kan sjuksköterskan identifiera deras behov av stöd och hjälp (Travelbee, 1971).

Att uppleva och lindra lidande

Enligt Svenska Akademiens Ordbok (1940) innebär betydelsen av att lida att en person befinner sig i ett tillstånd som karakteriseras av kroppslig eller själslig smärta. Enligt Arman (2012) är syftet med all vård att lindra lidande. Sjuksköterskans förståelse och kunskap om lidande är därför viktigt för att på ett engagerat och medkännande sätt kunna möta patienten i sitt lidande. Lidandet är subjektivt och baserat på den mänskliga helhetsupplevelsen. Det är inte kroppen utan det är människan som lider. Enligt Wiklund Gustin (2015) måste lidandet bekräftas samtidigt som patienten ska tillåtas befinna sig i lidandet. Först då är det möjligt att genom försoning ta sig ur lidandet.

Psykiskt lidande är en individuell upplevelse av ofrivillig uteslutning från det vardagliga livet, ansträngningar att försöka härda ut och upplevelse av ångest och oro (Arman, 2012). Homlong, Rosvold, Sagatun, Wentzel-Larsen och Haavet (2015) framhåller i sin studie att oro, ångest, skuldkänslor samt en nedsatt livskvalité är faktorer som är vanligt förekommande hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom. Homlong et al. (2015) beskriver i sin artikel att föräldrar som lider av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom ofta utvecklar ett osunt föräldraskap, där familjekonflikter, våld i hemmet, skilsmässa och fattigdom är vanligt förekommande. Det osunda föräldraskapet kan i sin tur leda till en negativ påverkan i barnets kognitiva och känslosamma utveckling, och därav föra det sociala arvet vidare. Vidare beskrivs i artikeln att föräldrars psykiska ohälsa är en bidragande faktor till barnens psykiska lidande.

Enligt Travelbee (1971) kan separation från närstående, minskad känsla av egenvärde och förluster leda till lidande. Barn i alla åldrar har, enligt Skerfving (2013), ett behov utav att föräldrarna lyckas skapa en bra livssituation för barnen, genom trygga och varaktiga relationer utan separationer, uppbrott och förluster. Travelbee (1971) menar att lidandet hänger samman med individens upplevelse av vad hen finner betydelsefullt i sitt liv. Travelbees omvårdnadsteori styrker vikten av att sjuksköterskan i mötet med en individ identifierar och bekräftar individen och dennes lidande, så att sjuksköterskan har möjlighet att bistå individen med det stöd och hjälp hen behöver för att bemästra sitt lidande.

Stöd som en del av vården

Att främja hälsa och motverka ohälsa är ett av sjuksköterskans professionella ansvarsområden inom omvårdnadsarbetet. En viktig del i detta arbete är att genom stöd till patienten och närstående kunna lindra lidande och understödja välbefinnande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskan ska uppmärksamma och beakta barnets behov av stöd om barnets föräldrar har psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom, och ge det stöd som barnet behöver för att skapa möjligheter till att förbättra den rådande situationen och förebygga negativa konsekvenser i framtiden (Socialstyrelsen, 2013).

För att möjliggöra en tryggare familjesituation är stöd för barn och unga av grundläggande betydelse. Att uppmärksamma barnen och ge dem adekvat stöd hjälper inte bara barnet utan även föräldrarna. Föräldrar som lider av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom oroas ofta av vilka konsekvenser deras sjukdom får för barnet. Att bistå barnet med stöd minskar följaktligen föräldrarnas oro och resulterar i att de känner lättnad över att barnet får hjälp och stöd i sin situation. I förlängningen kan detta även påverka föräldrarnas situation positivt och främjar bland annat behandling av en beroendesjukdom (Socialstyrelsen, 2013).

Enligt en studie av Handley, Farrell, Josephs, Hanke och Hazelton (2001) efterfrågar barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom information om sin förälders tillstånd. Barnen i studien förklarade att de hade svårigheter att själva förstå förändringar i familjens situation när föräldern blev sjuk, samt att de upplevde rädsla och osäkerhet genom att inte erhålla information om situationen och sjukdomen. Barnen uppgav även att de kände skuld och skam över föräldrarnas sjukdom. I studien framkom vikten av att ge barnen stöd genom att tillhandahålla information och ge samtalsstöd såväl individuellt som i grupp.

Stödet till barnen kan ges av sjuksköterskan som vårdar föräldern, men om behov föreligger för ytterligare stöd bör sjuksköterskan ta hjälp av andra professioner med specialkunskaper på området, till exempel en kurator (Socialstyrelsen, 2013). Vid stöd till barn är det viktigt att lyssna in barnet och låta barnet själv berätta om föräldrarnas sjukdom, för att kunna förstå hur barnet tänker och identifiera vilka frågor de har. Ge information och förklara situationen, genom att beskriva symtomen hellre än diagnosen, samt undvik för många detaljer då barn, särskilt små barn, bokstavligen tolkar det vuxna säger. Säkerställ för barnet att det finns många barn i samma situation, att det är normalt att alla i familjen påverkas om en förälder blir sjuk, att det är naturligt att bli ledsen, besviken och arg, samt att barnet inte bär ansvaret för föräldrarnas sjukdom och familjens situation, då barn ofta upplever skuld, skamkänslor och självanklagelser (Stockholms Läns Landsting, u.å.).

Problemformulering

Om en eller båda föräldrarna lider av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom är det av stor betydelse att barnen får det stöd, hjälp och trygghet de behöver för att kunna växa och blomstra som individer, likt en maskros sprungen ur asfalten (Cronström, 2003). Barnen behöver bli uppmärksammade och bekräftade för att därigenom bli mindre sårbara (Skerfving, 2013). Det står lagstadgat i såväl Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2017:30) som Socialtjänstlagen (SFS, 2001:453) att hälso- och sjukvårdspersonal ska beakta de särskilda skyldigheter som förekommer i fråga om barn. Studier visar dock att hälso- och sjukvårdspersonal har bristfällig kunskap om vad som är deras skyldigheter gentemot dessa barn (Lauritzen et al., 2015; Taylor & Kroll, 2004; Werner & Malterud, 2016). Skerfving (2013) beskriver att det finns studier som redogör för hur det går för barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom, men betydligt färre studier som beskriver barnens upplevelser och situation. Att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom blir uppmärksammade är dock av yttersta vikt, och att barnens perspektiv, med deras upplevelser och behov, tas i beaktande (Skerfving, 2013).

SYFTE

Syftet var att beskriva hur vuxna barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom upplevde sin situation som barn samt deras behov av stöd under uppväxten.

METOD

Val av Metod

Kvalitativ semistrukturerad intervjuemetod valdes för datainsamling då studien syftade till att beskriva upplevelser. En kvalitativ intervjuemetod grundar sig i att ta reda på deltagarnas upplevelser och beskrivningar av situationer genom deltagarnas egna ord. I en semistrukturerad intervju ställer intervjuaren öppna frågor som formuleras efter en viss struktur, samtidigt som frågorna kan tas upp i olika ordning beroende på deltagarnas berättelse (Danielson, 2017a). En semistrukturerad intervjuemetod används för att vara säker på att specifika ämnen i intervjun blir besvarade. Denna teknik försäkrar att efterfrågad information erhålls, samtidigt som deltagarna ges friheten att beskriva och förklara fritt (Polit & Beck, 2017). Med grund i detta ansågs denna metod som lämplig för att besvara studiens syfte.

Urval

Urvalskriterier

Urvalet av deltagare baserades på fyra olika inklusionskriterier. Deltagarna skulle ha uppnått myndighetsålder 18 år (Regeringskansliet, 2015), under uppväxten levt med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom samt att deltagarna identifierar sig som maskrosbarn. Det fjärde inklusionskriteriet var att deltagarna skulle behärska det svenska språket, för att underlätta vid intervjuer och transkribering samt undvika misstolkningar i deltagarnas berättelser, då svenska är vårt modersmål.

Undersökningsgrupp

Totalt sju personer anmälde intresse att delta i studien, vilka samtliga inkluderades. De sju deltagarna i studien var kvinnor och under intervjutillfällena mellan 24–61 år gamla. Deltagarna uppgav att de under uppväxten levt med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom och att detta präglat deltagarnas uppväxt, men att de hade lärt sig att bemästra situationen, hantera sina upplevelser och att de idag lever ett fungerande liv. Av de totalt sju deltagarna hade fyra växt upp med att en eller båda föräldrarna led av psykisk sjukdom och beroendesjukdom. Av de resterande tre deltagarna hade två växt upp med att en eller båda föräldrarna led av beroendesjukdom, varav en av deltagarna hade växt upp med att en av föräldrarna led av psykisk sjukdom.

Datainsamling

Bekvämlighetsurval och snowball-sampling användes för rekrytering av deltagare till studien. Bekvämlighetsurval används för att effektivt rekrytera deltagare som är lättillgängliga och relevanta för studien, genom att exempelvis posta en förfrågan på anslagstavlor, i tidningar eller på internet där forskarna önskar få kontakt med potentiella deltagare. Vid snowball-sampling rekryteras deltagare genom att sprida information om studien och önskemål av deltagare i sin bekantskapskrets, och sedan genom hänvisningar från andra personer, exempelvis bekantas bekanta, erhålla intresseanmälningar från potentiella deltagare (Polit & Beck, 2017).

Rekryteringen av deltagare och datainsamlingen genomfördes under november år 2017. Under rekryteringen av potentiella deltagare användes ett strategiskt urval för att välja ut de deltagare som var relevanta för studien. Vid kontakt med de potentiella deltagarna ställdes frågor om deras erfarenheter av att växa upp med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom, samt hur deras liv ser ut idag. Deltagarnas svar användes som grund i det strategiska urvalet, där de personer valdes ut som ansågs ha möjlighet att bidra med informationsrika beskrivningar som kunde svara på syftet (Henricson & Billhult, 2017).

Kontakt

Kontakt med organisationen Maskrosbarn upprättades inledningsvis för att få hjälp att komma i kontakt med potentiella deltagare (Bilaga A). På grund av tidsbrist fanns ingen möjlighet för organisationen att bistå med hjälp vid rekrytering av deltagare. För att nå ut till potentiella deltagare postades en förfrågan om deltagande (Bilaga B) i studien på Facebook tillsammans med våra kontaktuppgifter, och förfrågan delades sedan vidare av vänner. Deltagarna värvades genom att de fick anmäla intresse via Facebook, mail, telefon eller sms. Användandet av internet har sedan början av 2000-talet varit en användbar metod för att rekrytera deltagare, framför allt när ämnet anses vara av känslig natur eller

rör särskilt utsatta eller dolda grupper i befolkningen (Duffy, 2002). Genom att presentera önskvärda kriterier hos deltagarna i sin förfrågan på internet menar Beck (2005) att forskarna effektivt hittar lämpliga deltagare.

Intervjuguide

För att säkerställa att intervjuerna besvarade studiens syfte skapades en intervjuguide (Bilaga C). Fem frågeområden med underfrågor skapades för att ge stöd under intervjuerna. I vissa fall ombads deltagaren att upprepa eller sammanfatta sitt svar för att förtydliga, vilket Trost (2010) rekommenderar för att samtliga frågor ska besvaras och följa samma struktur.

Pilotintervju

Inledningsvis genomfördes en pilotintervju, genom ett personligt möte, med syfte att undersöka om den planerade intervjutiden var hållbar, om revidering av frågorna behövdes samt för kontroll av inspelningsutrustning (Danielson, 2017a). Efter utvärdering av pilotintervjun ansågs en revidering av intervjufrågorna ej aktuell då frågorna och svaren ansågs besvara syftet. I enlighet med Trost (2010) kunde pilotintervjun följaktligen inkluderas i studien.

Genomförandet av intervjuer

Samtliga intervjuer genomfördes och spelades in genom ljudupptagning, efter deltagarnas godkännande. Sex av intervjuerna genomfördes genom personliga möten. Intervjuerna ägde rum i deltagarnas hem, på deras arbetsplats, på ett café eller på Sophiahemmet Högskola. En av intervjuerna genomfördes via telefon, på grund av att det geografiska avståndet inte gjorde det möjligt att genomföra intervjun genom ett personligt möte.

Enligt Trost (2010) bör samma person ställa frågorna vid samtliga intervjuer, för att garantera att intervjufrågorna framförs på ett likvärdigt sätt till deltagarna. Vid samtliga intervjutillfällen ställde således en av oss intervjufrågorna. Den andra personen intog en passiv roll med uppgift att föra stödanteckningar och kontrollera inspelningsutrustningen, för att inte störa deltagarna. Vid pilotintervjun samt vid telefonintervjun deltog endast den av oss som ställde frågorna.

Dataanalys

Transkribering

Transkribering av ljudupptagning utfördes samma dag alternativt dagen efter att varje intervju genomförts, varvid analysarbetet av den insamlade datan tog sin början. Att lyssna och skriva samtidigt resulterade i en upprepning av intervjun, vilket kunde bidra till en bättre förståelse för deltagarnas upplevelser (Danielson, 2017a), och ansågs följaktligen utgöra första steget av analysarbetet. Vid transkriberingen överfördes det muntliga språket, på ljudupptagningarna, till ett skrivet språk. Deltagarnas berättelser, med eventuella pauser, tvekan, gråt och skratt, skrevs ned ordagrant och betecknades med "D". Intervjuarens frågor och kommentarer betecknades med "I". Detta gjordes för att göra det möjligt att enkelt urskilja vem som sagt vad.

Analys av data

Efter transkriberingen av intervjuerna analyserades intervjutexterna i enlighet med induktiv kvalitativ innehållsanalys, vilket innebär att gemensamma drag och begrepp förutsättningslöst identifierades i texterna utan förutfattade antaganden och hypoteser (Danielson, 2017b; Polit & Beck, 2017). I resultatet beskrevs det manifesta innehållet, vilket innebar att enbart det som framkom under intervjuerna sammanställdes utan djupare

tolkning av innehållet (Danielson, 2012). Analysen följde Danielsons (2017b) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys och bestod av att identifiera innehållet och informationen i texten och markera relevanta avsnitt som svarade på syftet, så kallade meningsenheter. Efter detta upprättades ett analyschema där meningsenheterna kondenserades, vilket innebar att texten i meningsenheterna reducerades för att utvinna den väsentliga meningen. Sedan kodades de kondenserade meningsenheterna med ett eller fåtal för meningsenheterna beskrivande ord, vilka utgjorde ett underlag för gruppering av subkategorier och kategorier. Koder med gemensamt innehåll identifierades och grupperades till subkategorier. Subkategorierna sammanfördes sedan och kategoriserades enligt deras gemensamma innebörd till kategorier (Danielson, 2017b).

Tabell 1: Exempel på analysprocess

Meningsenheter	Kondenserade Meningsenheter	Kod	Subkategorier	Kategorier
Nej, jag fick ingen information. Det har jag ju pratat lite med dom om det sen, liksom, men... Nej, det var verkligen locket på, 'det är ingen fara', såhär, det blir bra.	Familjen förnekade situationen	Tabubelagt	Otrygg familjesituation	Att växa upp som maskrosbarn
Vi fick ingen som helst information, vi kom dit och jag såg min mamma, hon hade nå blod såhär som rann och fradga. Då hade hon kommit upp från ECT-behandling. Jag hade ingen aning om vad en ECT-behandling var och dem förklarade inte för mig vad en ECT-behandling var.	Barnet gavs ingen information om moderns ECT-behandling vid besök på avdelningen	Information	Brist på stöd och information	Söka stöd för att hantera tillvaron

Forskningsetiska överväganden

I enlighet med Helsingforsdeklarationen (World Medical Association, 2013) ska etiska normer beaktas i forskningen genom att skydda deltagarnas hälsa och rättigheter. Med anledning av detta utfördes en konsekvensanalys av studien genom att bedöma om deltagarna löpte risk för skada eller lidande till följd av studien, samt bedömning av den vetenskapliga nyttan deltagandet gav (Kvale & Brinkmann, 2014). Forskningsetiska

överväganden har tagits i beaktning i studien genom att deltagarna fått muntlig och skriftlig information om studiens syfte, metod, kliniska betydelse, konfidentialitet, ljudupptagning och deras deltagande i studien (Bilaga D). Deltagarna informerades om att studien var frivillig, att de hade rätt att avstå från deltagande och att de när som helst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande utan konsekvenser (World Medical Association, 2013). Efter detta fick deltagarna möjlighet att avlägga ett informerat samtycke (Bilaga D). Innan intervjuerna inleddes fick deltagarna lämna sitt muntliga och skriftliga godkännande till att ljudupptagning fick genomföras (Bilaga D), samt delgavs information om att dessa ljudupptagningar kommer att förstöras efter att studien godkänts. Innan telefonintervjun lämnades enbart ett muntligt godkännande. Under intervjun fick deltagarna berätta om sina upplevelser på deras premisser. Genom att analysera resultatet från intervjuerna var förhoppningen att besvara studiens syfte, vilket kunde ge möjlighet att identifiera förbättringsåtgärder inom hälso- och sjukvården samt belysa maskrosbarns upplevelser av sin situation under uppväxten. Med hänsyn till detta gjordes bedömningen att deltagarna inte löpte risk för skada eller lidande till följd av studien, samt att deras deltagande var av nytta för att ett genomförande av studien skulle vara möjligt.

För att säkerställa att deltagarnas identiteter hanterades konfidentiellt utfördes avidentifiering på allt material. Avidentifieringen utfördes genom att deltagarnas namn kopplades samman med en slumpmässigt utvald siffra, vilket registrerades i ett skyddat dokument som förvarades i en lösenordskyddad dator. Efter detta avidentifierades intervjuerna genom att tilldela dessa den för deltagaren tilldelade siffra. Uppgifter som kunde avslöja deltagarnas identitet eliminerades eller avidentifierades under transkriberingen av intervjuerna. Konfidentialiteten hindrade obehöriga att ta del av materialet och innebar ett skydd för deltagarnas identitet, då materialet enbart användes för forskningsändamålet (Vetenskapsrådet, 2011).

RESULTAT

Två kategorier kunde identifieras under analysprocessen av intervjuerna. Resultatet presenteras följaktligen under dessa två kategorier med fyra subkategorier (Tabell 2). I resultatet benämns maskrosbarnen som barn eller barnen. Föräldern med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom benämns som den sjuke föräldern, om inget annat anges. I enlighet med Karlsson (2017) är citaten skrivna i oredigerad direkt och/eller indirekt anföring, vilket innebär att eventuella talspråksformer justerats och långa uttalanden har i vissa fall kortats ner. Längre utelämnningar i citaten har markerats med [...], och vissa förtydliganden i citaten har gjorts inom hakparenteser (Karlsson, 2017).

Tabell 2: Förtydligande av kategori och subkategori

Kategori	Subkategori
Att växa upp som maskrosbarn	Otrygg familjesituation Förekomst av fysiskt och psykiskt våld
Söka stöd för att hantera tillvaron	Att bemästra situationen Brist på stöd och information

Att växa upp som maskrosbarn

Otrygg familjesituation

Intervjuerna inleddes med att deltagarna tillfrågades att beskriva sin familjesituation under uppväxten. Samtliga deltagare beskrev då att de på olika sätt växt upp under omständigheter som gjorde att de upplevde en otrygg familjesituation. Otryggheten kunde bland annat innebära att barnet upplevde en osäkerhet kring den sjuke förälderns närvaro. En deltagare, som under uppväxten bott varannan vecka hos den sjuka föräldern till följd av föräldrarnas separation, beskrev otryggheten som en ovisshet kring om det var möjligt att bo hos den sjuke föräldern, samt om den sjuke föräldern skulle vara närvarande och engagerad i barnet. Flertalet av deltagarna beskrev även att otryggheten kunde innebära en osäkerhet kring förälderns tillstånd. Denna otrygghet beskrevs av deltagarna som en rädsla inför att inte veta hur de skulle förhålla sig kring föräldern, beroende på dess tillstånd, om föräldern exempelvis hade druckit alkohol eller befann sig i en psykos. Vissa deltagare upplevde även en otrygghet i att ständigt behöva läsa av situationen, och att följderna av rädslan resulterade i att de "tassade på tå" kring föräldern.

Merparten av deltagarna berättade att de under sin barndom tvingades att ta mycket ansvar i hemmet. Ansvaret kunde innebära att laga mat och städa, men även ett ansvar gentemot den sjuke föräldern och dennes sjukdom. En av deltagarna, vars förälder led av tablettmissbruk, uppgav ett ansvar att i smyg kontakta sjukvården efter den sjuka förälderns läkarbesök, för att förhindra att läkemedel skrevs ut till föräldern. Flera av deltagarna uppgav att de gömde eller slängde/hällde ut tabletter och alkohol för den sjuke föräldern. Ett par av deltagarna uppgav även att de kände en skuld över situationen och över sin förälders sjukdom.

Att förälderns sjukdom och familjens situation var tabubelagd var något som samtliga deltagare upplevde under uppväxten. Deltagarna berättade om hur familjen upprättade en fasad för omvärlden, som gav sken om att allt stod rätt till, och att föräldrarna även kunde uppmana barnen att de inte fick prata med någon om familjens situation. Tillsammans med skammen, som många av barnen upplevde kring förälderns sjukdom, utgjorde tabu en anledning att inte bjuda in vänner till hemmet.

"[...] jag var ju också tvungen att hitta på liksom undanflykter, varför vi inte kunde leka hemma hos oss, varför pappa var borta eller varför jag kanske var ledsen någon gång."

Samtliga deltagare uppgav att de i vuxen ålder reflekterat kring sin barndom och identifierar sig idag som maskrosbarn. Flertalet av deltagarna uppger dock att de redan i barndomen upplevde sig som annorlunda och saknade tillhörighet. Vissa av deltagarna har idag egna barn. En av dessa, samt en av deltagarna utan barn, uttryckte en rädsla kring att skaffa barn med risk för att barnen skulle få samma uppväxt som de. Ett par av deltagarna med barn berättade även att de, i sin uppfostran av sina barn, präglats av sin egen barndom då de varit mån om att ge barnen all den kärlek de själva inte fick under sin uppväxt.

Förekomst av fysiskt och psykiskt våld

Majoriteten av deltagarna vittnade om att de under sin uppväxt blivit utsatta för fysiskt och psykiskt våld, varav ett fåtal av dessa även vittnade om att de blivit utsatta för sexuella övergrepp, av den sjuke föräldern. Det fysiska våldet kunde dels innebära att föräldern slog och drog barnet i håret eller försök till att ta livet av barnet genom exempelvis strypling.

“Jag började förstå att det var fel på min mamma när hon började slå mig, för det gör man inte om man är normal i huvudet. Hon tog ut all ilska på mig, jag var liksom den som det var fel på för henne...”

Det psykiska våldet kunde innebära kränkningar, skuldbeläggning av barnet för familjens situation, hot om våld mot barnet och den friska föräldern och hotfulla uppmaningar från den sjuka föräldern att inte berätta om situationen och/eller sjukdomen för någon.

“Och sen skulden på det och alltihopa det här. Sen blev ju vi fostrade till skuld. Gör det här annars, typ...”

Söka stöd för att hantera tillvaron

Att bemästra situationen

Flera av deltagarna beskrev att en bidragande faktor till att de klarade av att bemästra situationen under uppväxten var att de fick stöd av familjemedlemmar, vilka bland annat var mor- och/eller farföräldrar, den friske föräldern och syskon. Vissa av dessa deltagare uppgav även att den sjuka föräldern utgjorde ett stöd för dem under uppväxten. En av deltagarna beskrev bland annat att den sjuka föräldern uppmanade och stöttade henne att söka stöd och hjälp från hälso- och sjukvården samt terapi. En annan deltagare beskrev att den sjuka föräldern var den som bidrog till en ökad förståelse kring situationen då denne förklarade sin sjukdom för barnet genom att gå igenom sin journal tillsammans med barnet. En av deltagarna, som under uppväxten blev fosterhemsplacerad, beskrev det stabila fosterhemmet som en bidragande faktor till att hon klarade av att bemästra situationen, genom att distansera sig från den sjuka föräldern. Vissa deltagare beskrev att en strategi utgjordes av att medvetet skapa en distans till den sjuka föräldern genom att i vuxen ålder prioritera sig själv, då de insåg att de inte bar ansvaret för sin förälder och dennes sjukdom.

“Allting kan inte handla om det [förälderns sjukdom] längre och jag är också värd att ta min tid. Jag behöver inte svara när han [föräldern] ringer, för det påverkar mig generellt. Så när jag har någonting roligt eller kanske är uppe i studier så prioriterar jag bort det. Så det är väl kanske det som har gjort att jag klarat det.”

Genom att under uppväxten själv söka information om sin förälders sjukdom var något som ett par av deltagarna beskrev som en strategi för att bearbeta sina upplevelser och få en djupare förståelse för förälderns sjukdom. Deltagarna berättade att de bland annat skrev skolarbeten om sin förälders sjukdom, vilket bidrog till en ökad förståelse kring sjukdomen och dess symptom.

Flertalet av deltagarna uppgav betydelsen av samtalsgrupper med andra barn och ungdomar i liknande situation som ett stöd. De deltagare som under barndomen deltagit i samtalsgrupper upplevde detta som ett stort stöd, varav en av deltagare uppgav att hon genom samtalsgrupper erhållit verktyg för att bemästra situationen, vilka hon använder sig av än idag. Deltagarna upplevde att de i mötet med andra utsatta barn och ungdomar vågade öppna sig, att de kunde förstå sin situation och växa som personer, samt att de inte upplevde sig annorlunda.

“Sitter man med en vanlig terapeut som säger att ‘Ja men det här är vanligt och du är inte ensam’. Jo, fast man kan ju alltid gå därifrån och känna ‘Jaja, bullshit, det här säger du bara för att lindra’, men träffar man andra barn då lär man sig av varandra och det är så extremt bra. Och det där var kanske det bästa jag varit med om, för det [att man inte var ensam] var så tydligt när man fick träffa andra barn.”

“Så då gick jag faktiskt dit [samtalsgrupp] och förstod att det här var helt normala människor som är med om det här och då kunde jag nog ta till mig vad jag... Att det var okej att vara så [att vara annorlunda], att jag kunde också få vara så. Och jag vågade också öppna mig om det.”

Brist på stöd och information

Samtliga deltagare uppgav att de under sin barndom haft kontakt med olika personer eller instanser, bland annat skolsköterska, hälso- och sjukvården, föräldrarnas kontaktperson inom psykiatri, lärare och närstående till familjen, som vetat om barnets situation och kunnat bidra med stöd och hjälp, men inga insatser gjordes. Ett par av deltagarna uppgav att de fick information om att en orosanmälan utfärdats, men dessa orosanmälningar gav inget resultat. En av dessa deltagare upplevde även orosanmälan som ett hot, då hälso- och sjukvårdspersonalen inte gav ytterligare hjälp eller stöd.

“Men det enda man fick [...] det var att de måste skicka en orosanmälan till Soc [Socialtjänsten]. [...] Men att det är det enda som händer [...] alltså att det blir bara ett hot och inte någon hjälp, upplevs det ju som då.”

En del av deltagarna berättade att de upplevt familjen som ett stöd under barndomen, medan andra deltagare uppgav att familjen inte funnits som stöd för dem.

Till följd av bristande stöd och hjälp under uppväxten framkom att majoriteten av deltagarna sökt stöd i vuxen ålder för att få hjälp att bearbeta upplevelserna av sin uppväxt. Deltagarna sökte stöd och hjälp hos bland annat hälso- och sjukvården, psykolog och terapeut. En deltagare beskrev även hur hon, genom att i vuxen ålder kontakta kommunen, fick hjälp att bearbeta upplevelserna av sin barndom genom att få information om familjens situation då hon placerades i fosterhem.

“[...] sen förstod jag så småningom att jag behövde ha hjälp att bearbeta allt som hade hänt mig, och då var jag 25 år kanske. Jag tog kontakt med och provade lite olika terapeuter [...] och gick i terapi sen, jag tror det var nästan sju år.”

Ingen av deltagarna fick vid något tillfälle under barndomen information om föräldrarnas sjukdom, och inte heller stöd med bearbetning av sina känslor och upplevelser, från hälso- och sjukvården. Deltagarna uppgav att det förelåg ett behov av och en önskan om stöd och information som hälso- och sjukvården hade kunnat bistå med. Att få tillfälle att ensam prata med någon objektiv som inte hade en förutfattad mening om föräldern eller familjens situation, exempelvis hälso- och sjukvårdspersonal, var något som deltagarna önskade hade erbjudits. Flertalet av deltagarna uppgav att det förelåg ett behov av att bli sedda som individer, att hälso- och sjukvårdspersonalen tog sig tid att prata med barnen samt att få möjlighet att vara delaktig i föräldrarnas vård. I vissa fall upplevde deltagarna att personalen antog att barnen hade det bra och följaktligen inte frågade barnen om deras situation. Samtliga deltagare uttalade ett behov av att bli sedda, att hälso- och sjukvårdspersonalen skulle våga fråga barnet om hur det mädde och hanterade situationen. Att uppmärksamma

barnet genom fysisk kontakt, genom att exempelvis lägga en hand på barnets axel, uppgav flertalet deltagare som en tröst.

“[...] om någon tar på en lite så kan det ju liksom vara att ‘Du är inte dålig, det är inget fel på dig’. [...] Att man kan klappa på ryggen eller någonting så tror jag att det gör jättemycket i att dom... Man känner sig inte konstig liksom.”

“Även om ett barn verkar okej och som i mitt fall [...] tog hand om min mamma när hon fick EP [epilepsi] anfall [...] hade jag önskat att någon sjuksköterska hade tagit mig åt sidan och ägnat fokus och uppmärksamhet på mig och förklarat, och liksom försökt att få in det här att det är inte mitt fel, för det var mycket det man gick och tänkte... Att det är mitt fel i och med att jag föddes och hon [mamman] är arg på mig”

Vissa deltagare påtalade även vikten av att bistå barnen med information. Deltagarna förklarade att de som barn upplevt och förstått mer än vad de vuxna i deras närhet trott, och att barnen således behöver information och hjälp att bearbeta sina upplevelser för att få en förståelse för situationen.

“När jag var liten sökte jag ju ingen information, nej, då fattade jag bara att det var något fel med henne [mamman]. Och det fattade jag ju när hon var deprimerad också. Men jag visste ju inte vad deprimerad var. Jag tyckte bara att hon var så himla tråkig och sur.”

“Små barn förstår, och det tror jag inte att man tänker på... Eller man vill väl inte tänka på det som förälder för det är väl jobbigt. Men dem [barnen] förstår ju näst intill allt, man fattar ju att något är fel.”

Ett par av deltagarna uppgav betydelsen av att omgående få hjälp vid kontakt med hälso- och sjukvården. Dessa deltagare önskade att vid kontakt med hälso- och sjukvården under uppväxten, exempelvis vid besök på akuten, få möjlighet till samtal med kurator eller sjuksköterska där de kan få krishantering, men de påtalade dock att denna hjälp, vid tids- eller personalbrist, även kan ges vid ett senare tillfälle. Flertalet av deltagarna uppgav vikten av att få information om vart de kan söka hjälp, som det mest betydelsefulla. Deltagarna gav förslag på att ge barnen ett visitkort med kontaktuppgifter till sjuksköterskan eller kurator, eller ge information om ideella organisationer, exempelvis organisationen Maskrosbarn och BRIS, dit barnen kan vända sig för hjälp och stöd. Flera av deltagarna uppgav vikten av att inte pressa barnen till ett samtal, utan att istället erbjuda stöd och hjälp, och sedan låta barnen ta kontakt när de känner sig redo.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

I vår studie har vi kunnat identifiera att hälso- och sjukvårdspersonal inte uppfyllde barnens behov av stöd och information. Resultatet visade att ingen av deltagarna vid något tillfälle under uppväxten fick information om förälderns sjukdom, eller stöd och hjälp med bearbetning av sina känslor och upplevelser, från hälso- och sjukvården. Bristerna har påvisats i en tidigare studie av Drost et al. (2016) där det framkommer att barnens behov av stöd och information inte blir tillgodosedda i mötet med hälso- och sjukvården. I studier av Lauritzen et al. (2015), Taylor och Kroll (2004) samt Werner och Malterud (2016)

framkom att hälso- och sjukvårdspersonal saknade kunskaper om tillvägagångssätt för identifiering av barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom, och det stöd, hjälp och information hälso- och sjukvårdspersonal bör bistå barnen med. Detta framkom även i studien av Drost et al. (2016), som vidare framhöll att hälso- och sjukvårdspersonal undvek att uppmärksamma och stödja barnen på grund av rädsla för att kränka föräldrarnas integritet. I vårt resultat framkom även att familjen upprättade en fasad för omvärlden, som gav ett sken om att allt stod rätt till. Majoriteten av deltagarna vittnade om att föräldrarnas sjukdom och familjens situation var tabubelagd, och att de i vissa fall var förbjudna att prata om detta med andra. Trots detta tabu visade resultatet att barnen i vissa fall sökte stöd hos personer i sin omgivning, bland annat hos närstående, lärare och skolsköterska. I studien av Gullbrå et al. (2016b) beskrevs att barn sällan sökte sig till hälso- och sjukvården för att få stöd och hjälp gällande familjesituationen. När barnen sökte sig till hälso- och sjukvården var det istället på grund av somatiska besvär, bland annat huvudvärk och magont. Med grund i resultatet och ovan nämnda studier har vi kunnat dra slutsatsen att anledningen till att hälso- och sjukvårdspersonal inte uppmärksammade barnen i mötet och tillhandahöll det stöd och den information som barnen önskade berodde på bristande kunskaper. Kunskaperna anses bristfälliga gällande hur hälso- och sjukvårdspersonalen identifierade barnen samt vilken information de borde bistått barnen med. Vår spekulation gällande de brister som förekom kring identifieringen och uppmärksammandet av barnen är att familjens fasad och tabu kring familjesituationen försvårade för hälso- och sjukvårdspersonalen att upptäcka när barnen var utsatta och behövde stöd. Hälso- och sjukvårdspersonal bör således vara lyhörda och uppmärksamma i mötet med barn, när barnen söker sig till hälso- och sjukvården för att få stöd och hjälp, på grund av att deras lidande kan manifesteras som andra besvär. Det var svårt att finna fakta i tidigare forskning eller litteratur som beskrev tillvägagångssätt för att underlätta identifiering av utsatta barn. Detta tror vi beror på att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom är en dold grupp i samhället, vars problem således inte blir synliga, och på grund av detta tror vi att forskare inte ansett dessa barns situation vara ett problemområde. Tidigare forskning gällande barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom beskrev i regel deras situation utifrån föräldrarnas perspektiv, utan beskrivningar av barnens upplevelser.

I resultatet framkom att vuxna personer i deltagarnas omgivning, bland annat hälso- och sjukvårdspersonal, var medvetna om barnens situation och haft möjlighet att bidra med stöd, hjälp och information, men att inga insatser gjordes för att bistå barnen med detta. Det framkom i resultatet att barnen var tvungna att ta mycket ansvar i hemmet samt för den sjuka föräldern och dennes sjukdom. Konsekvenserna av detta blev att barnen upplevde skuld, skam, otrygghet och osäkerhet över situationen och sin förälders sjukdom. Att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom tar ansvar såväl i hemmet som för sin sjuka förälder framkom i en studie av Cornwallis (2013), och att detta resulterat i ombytta roller i familjen. Drost et al. (2016) bekräftade i sin studie att de barn som antagit föräldrarollen och tagit ansvar för sin sjuka förälder drabbades av negativa psykiska hälsoeffekter. Vidare konsekvenser för barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom beskrevs i en studie av Handley et al. (2001), att dessa barn drabbades av rädsla, osäkerhet, skam och skuld då de inte erhöll information om sin förälders tillstånd. I studien av Drost et al. (2016) nämndes en ytterligare konsekvens som beskrev att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom löpte hög risk att drabbas av psykisk ohälsa. Wlodarczyk et al. (2017) och Nygaard Christoffersen (1999) beskrev i sina studier att dessa barn även löpte hög risk att själva utveckla ett alkohol- eller narkotikaberoende. I vårt resultat framkom att en ytterligare konsekvens av

det bristande stödet och hjälpen under uppväxten var att barnen sökte stöd för att bearbeta sina upplevelser i vuxen ålder, vilket i vissa fall innebar årtal av terapi. Vår slutsats är att då hälso- och sjukvården har brustit i att ge barnen adekvat stöd och information gick möjligheterna till att lindra barnens lidande och minska konsekvenserna för barnen förlorade. Om hälso- och sjukvårdspersonal uppmärksammat barnen och i mötet med dessa bistått dem med adekvat stöd, hjälp och information hade det kunnat resultera i möjligheter att förhindra att barnen drabbades av ovan nämnda konsekvenser, alternativt stödja och hjälpa barnen i de fall dem redan drabbats.

Resultatet visade att en bidragande faktor till att barnen klarade av att bemästra situationen var om de fann stöd inom familjen. Emellertid framkom att familjen inte funnits som stöd för alla barn. I de fall då familjen inte varit ett stöd för barnen fanns det en möjlighet för hälso- och sjukvården att utgöra ett stöd för dem. Resultatet visade även att en bidragande faktor till att barnen bemästrade situationen var att de fick samtalsstöd. Att få möjlighet att samtala enskilt med en objektiv person, men även att få samtala i grupp med barn i liknande situation, framkom i resultatet som en strategi vilken bidrog till att barnen kunde förstå sin situation, vågade öppna sig och upplevde att de inte var annorlunda. Betydelsen av samtal enskilt och i grupp beskrevs även som ett viktigt stöd för barnen i studien av Handley et al. (2001). Av detta drog vi slutsatsen att samtalsstöd, både individuellt och i grupp, är av stor betydelse för att barnen ska ges möjlighet att bemästra och bearbeta situationen samt uppleva en känsla av sammanhang.

Resultatet visade tydligt att barn som växer upp med att en eller båda föräldrarna lider av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom var i behov av och önskade få stöd för att lindra deras lidande. Vidare framkom ett behov av att barn får hjälp och stöd omgående i mötet med hälso- och sjukvården, men visade samtidigt att det mest betydelsefulla för barnen var att de vid första mötet med hälso- och sjukvården fick information om vart de kunde vända sig för att få hjälp och stöd. I intervjuerna framkom önskemål om att hälso- och sjukvårdspersonal skulle uppmärksamma och etablera en kontakt med barnen, exempelvis genom att våga fråga barnen om deras mående och situation. Att vidarebefordra kontaktuppgifter till samtalsstöd och ideella organisationer, dit barnen kunde vända sig för att få hjälp och stöd var ett annat önskemål som framkom. Merparten av deltagarna uppgav i intervjuerna att det förelåg ett behov av att bli sedda som individer, samt att få möjlighet att vara delaktiga i förälderns vård. För att tillgodose barnens behov av stöd och information står det lagstadgat att hälso- och sjukvårdspersonal ska ta barns behov av information, råd och stöd i särskilt beaktande om de bor tillsammans med en förälder som lider av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom (SFS, 2017:30). I enlighet med Svensk sjuksköterskeförening (2017) ingår det i sjuksköterskans kompetensbeskrivning att närstående ska bli sedda som individer med individuella behov och förväntningar. Vikten av delaktigheten i förälderns vård framkom i studien av Drost et al. (2016), och i studien beskrevs att barnens förväntningar var att uppmärksammas som familjemedlemmar av hälso- och sjukvården. Vår slutsats är att hälso- och sjukvårdspersonal kan vara behjälpliga i att lindra barnens lidande genom att de i mötet med barnen ser dem som individer och erbjuder dem samtalsstöd. Om hälso- och sjukvårdspersonalen ger barnen möjlighet att vara delaktiga i den sjuke förälderns vård kan detta resultera i att barnens förväntningar på vården blir tillgodosedda.

Metoddiskussion

För denna studie valdes en kvalitativ metod. Användandet av en kvantitativ metod hade istället kunnat innebära att resultatet blivit generaliserbart, då antalet deltagare vid en kvantitativ metod är fler. Vid kvantitativ metod presenteras resultatet bland annat i siffror (Billhult, 2017), för att besvara om ett fenomen är vanligt och hur ofta det förekommer (Trost, 2010). Ett kvantitativt resultat beskrivs ofta utan djupare analys, och används för att se samband eller jämföra olika variabler till exempel olika behandlingar (Billhult, 2017). Då avseendet med denna studie var att få en rik beskrivning och en djupare förståelse för deltagarnas upplevelser ansågs en kvalitativ metod passande för att besvara studiens syfte. Tidigt i planeringen av studien valdes litteraturoversikt bort som metod, på grund av den otillräckliga mängden vetenskapliga artiklar som beskrev upplevelser hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom. Styrkorna med att genomföra en litteraturoversikt hade dock varit att erhållit resultat givit ett globalt perspektiv över problemområdet (Polit & Beck, 2017), medan svagheten varit att den djupa förståelse som efterfrågades hade gått förlorad (Billhult, 2017). Då avseendet var att förutsättningslöst undersöka gemensamma drag och begrepp i deltagarnas upplevelser och erfarenheter valdes ett induktivt förhållningssätt (Henricsson & Billhult, 2017). Vi anser att valet av design och metod besvarat studiens syfte.

Det specifika inklusionskriteriet gällande att deltagarna skulle identifiera sig som maskrosbarn var avgörande för att erhålla deltagare som stämde överens med det studien syftade till att undersöka. Att inkludera deltagare under 18 år hade kunnat innebära att deltagare med erfarenheter från det rådande läget i hälso- och sjukvården kunnat delta i studien. Ur ett etiskt perspektiv besitter barn dock inte förmågan att avlägga informerat samtycke (Polit & Beck, 2017), och enligt Kjellström (2017) rekommenderas att forskning ska utföras med vuxna deltagare, i första hand, om detta är möjligt. Då vi inte fann det etiskt försvarbart att intervjua barn, då det fanns möjlighet att intervjua vuxna personer som identifierade sig som maskrosbarn, valde vi att enbart inkludera deltagare över 18 år.

Då enbart kvinnor anmälde intresse till studien gavs inte möjlighet att intervjua män. Om både män och kvinnor deltagit i studien hade detta kunnat bidra till en bredare variation av deltagare, som kunnat resultera i att deltagarnas beskrivningar blivit mer mångfaldiga (Henricson & Billhult, 2017). Vår slutsats är dock att avsaknaden av manliga deltagare inte påverkat resultatets utfall, då denna studie inte syftade till att jämföra skillnader i upplevelser mellan könen.

Eftersom organisationen Maskrosbarn inte hade möjlighet att vara behjälpliga vid rekrytering av deltagare lades en förfrågan om deltagande till studien upp på våra personliga Facebook-konton (Bilaga B). Vi uppmanade vänner och bekanta att dela denna förfrågan, för att möjliggöra att fler personer utanför vår bekantskapskrets skulle uppmärksamma studien och anmäla sitt intresse för deltagande. Då det kan förekomma svårigheter att rekrytera deltagare till studier som berör ett känsligt ämne eller som rör dolda grupper i samhället menade Duffy (2002) att internet var en användbar metod för att nå ut till potentiella deltagare. Önskvärda kriterier hos deltagarna, information om och beskrivning av studien och dess syfte stod angivna i förfrågan, vilket underlättade vid urvalsprocessen då samtliga deltagare som anmälde intresse var väl informerade om studien och stämde in på inklusionskriterierna. En styrka vid rekryteringen av deltagare ansåg vi var att deltagarna, efter att de bedömt att de stämde in på beskrivningen i förfrågan, själva fick anmäla intresse att delta i studien. Detta resulterade i att de deltagare som anmälde intresse var villiga att berätta om sina upplevelser. Enligt Kjellström (2017)

är det som forskare viktigt att beakta att det i en forskningsgrupp kan förekomma enskilda personer som är mer sårbara och känsligare än andra. Att istället söka upp deltagare och tillfråga dem att delta i studien tror vi kunnat riskera att vi erhållit sårbara och känsliga personer som deltagare, och att dessa därav inte varit villiga att berätta om sina upplevelser, samt att risken varit större att åsamka deltagarna psykisk skada. Detta hade således kunnat resultera i en fattig beskrivning av resultatet samt en negativ påverkan på deltagarna.

Antalet deltagare till studien beaktades. För många deltagare kunde ha inneburit svårigheter i analysarbetet och dess presentation på grund av mängden resultat, enligt Polit och Beck (2017). Vi ansåg att antalet deltagare var lämpligt då vi bedömde att samtliga personer hade erfarenheter vilka kunde bidra till ett rikt och tillförlitligt resultat (Kvale & Brinkmann, 2014).

Vid upprättandet av intervjuguide (Bilaga C) formulerades semistrukturerade frågor (Danielson, 2017a). Att ställa semistrukturerade frågor, det vill säga öppna frågor, ansåg vi stärkte resultatets tillförlitlighet då deltagarna dels gavs möjlighet att svara fritt utan att bli påverkade av intervjuaren i sitt berättande, samt att strukturen främjade deltagarnas spontanitet i sitt berättande (Kvale & Brinkmann, 2014). Att deltagarna inte gavs möjlighet att ta del av frågorna innan intervjun ansåg vi ytterligare bidrog till att de var spontana i sitt berättande. Användandet av en intervjuguide säkerställde att samtliga deltagare besvarade samma frågor och att intervjun följde ett mönster (Danielson, 2017a), vilket underlättade vid resultatanalysen.

En pilotintervju genomfördes för att testa om intervjuguiden besvarade studiens syfte, vilket vi ansåg höjde validiteten. Efter utvärdering av pilotintervjun ansågs inga revideringar av intervjuguiden var aktuella, och intervjun inkluderades således i studien. I enlighet med Trost (2010) ska pilotintervjuer alltid inkluderas då det insamlade materialet anses vara av nytta för att besvara studiens syfte.

Valet av plats för genomförandet av intervjuerna gjordes gemensamt med deltagarna för att beakta deltagarnas integritet, att de skulle vara bekväma att prata om ämnet samt för att platsen för intervjun skulle vara lämplig för inspelning (Polit & Beck, 2017). Att som deltagare bli inspelad kan upplevas som obekvämt och hämma berättandet, vilket kan påverka resultatet negativt (Trost, 2010). För att undvika detta informerades deltagarna före intervjuernas start om att intervjun skulle spelas in, vilket de fick lämna sitt samtycke till. Innan intervjun startade gavs deltagarna åter information om ljudinspelningen, hur denna fungerade och hantering av konfidentialitet. Vi anser att detta bidrog till att deltagarna fritt kunde berätta utan att uppleva sig begränsade med rädsla för att röja sin eller de närståendes identitet, vilket vi anser har påverkat resultatet positivt. Eftersom intervjuerna spelades in kunde deltagarnas berättelser med citat skrivas ned ordagrant (Polit & Beck, 2017), vilket vi bedömde bidrog till studiens trovärdighet då inget som sades under intervjuerna missades.

För att garantera att intervjufrågorna framfördes på ett likvärdigt sätt till alla deltagare valde vi att samma person ställde frågorna vid samtliga intervjuer (Trost, 2010). Enligt Danielsson (2017a) är denna rollfördelning fördelaktig då två intervjuare kan påverka deltagaren i sitt berättande, samt att det är mer tidskrävande med två intervjuare.

Vår bedömning är att vald metod resulterat i en beskrivning av vuxna maskrosbarns upplevelser av sin situation som barn samt deras behov av stöd under uppväxten, varför studiens syfte anses vara besvarat.

Slutsats

Barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom löper stor risk att drabbas av lidande, i form av fysiska, psykiska och sociala konsekvenser, till följd av en otrygg familjesituation. Hälso- och sjukvården har enligt lag ett ansvar att bistå barnen med det stöd de behöver för att bemästra situationen, men på grund av kunskapsbrist inom hälso- och sjukvården efterföljs inte lagstiftningen och barnens behov blir inte tillgodosedda. Om kunskapsklyftan minskas och hälso- och sjukvården tar sitt ansvar i att ge barnen det stöd de behöver kan detta med största sannolikhet resultera i att barnens lidande lindras. Slutsatsen är följaktligen att för att lindra barnens lidande och främja att de växer upp till att bli maskrosbarn är stöd från bland annat hälso- och sjukvården ytterst betydelsefullt.

Fortsatta studier

Vid sökningen av vetenskapliga artiklar till denna studie påträffade vi att det förekom en brist på studier som beskrev barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom, deras upplevelser och lidande. Det föreligger således ett behov av utökad forskning på området. Vi föreslår att studier som beskriver sjuksköterskans upplevelser i mötet med barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom genomförs, för att ytterligare identifiera var bristerna förekommer. Vi fann även av intresse att undersöka hur den lagförändring som tillkom i Hälso- och sjukvårdslagen år 2010 (SFS, 2017:30) har implementerats av hälso- och sjukvårdspersonal, samt om denna lagförändring har resulterat i förbättringar i verksamheterna gällande stöd och information till utsatta barn.

Klinisk tillämpbarhet

I denna studie har vi påvisat brister inom hälso- och sjukvården gällande ansvar och kunskap. Med grund i detta anser vi att det föreligger ett ökat behov av kunskaper kring hur barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom identifieras och vilket stöd de är i behov utav. Ett steg i förbättringsarbetet för att identifiera dessa barn är att hälso- och sjukvårdspersonal är lyhörda och uppmärksamma på de barn dem möter i sitt arbete. Hälso- och sjukvårdspersonal bör vara medvetna om att barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom kan förekomma inom alla vårdinrättningar, såväl inom psykiatrien som inom exempelvis skolhälsovården, primärvården och på somatiska avdelningar. Ett ytterligare steg i förbättringsarbetet kring identifieringen av och stödet till barn till föräldrar med psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom är att det inom hälso- och sjukvården upprättas tydliga rutiner kring uppmärksammandet och bemötandet av dessa barn. Att hälso- och sjukvårdspersonal rutinmässigt frågar barnen om deras hemsituation och mående, samt följer upp eventuella orosanmälningar och samtal med barnen. Ledningen inom hälso- och sjukvården kan bistå personalen med utbildning och information om hur de kan identifiera och hjälpa barnen, samt följa upp att rutiner och lagar följs på arbetsplatsen. På samhällsnivå är det betydelsefullt med civilt mod, att alla som upptäcker missförhållanden kring barn anmäler detta.

Särskilt tack

Slutligen vill vi rikta ett stort tack till de deltagare som genom sitt öppenjärtiga berättande och rika beskrivningar av sin uppväxt gjort denna studie möjlig. Vi vill även tacka vår handledningsgrupp och vår handledare, Margareta Westerbotn, för det givande samarbete som bidragit till de kunskaper vi tillskansat oss under arbetet med denna studie.

REFERENSER

- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vetenskapliga begrepp i teori och praktik* (1. uppl., ss. 185-197). Lund: Studentlitteratur AB.
- Beck, C.T. (2005). Benefits of Participating in Internet Interviews: Women Helping Women. *Qualitative health research*, 15, 411.
- Berg, L., Bäck, K., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds: A Swedish national cohort study. *Addiction*, 111(10), 1795-1803. doi: 10.1111/add.13454
- Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 99-110). Lund: Studentlitteratur AB.
- Cornwallis, T. (2013). A practical approach to tackling parental alcohol abuse. *Community Practitioner*, 86(2), 34-35.
- Cronström, S. (2003). *Dansa med träben, maskrosbarn och andra – om överlevnadens konst och pris*. V Frölunda: Mareld
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., ss. 329-343). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2017a). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.
- Danielson, E. (2017b). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 285-300). Lund: Studentlitteratur AB.
- Drost, L.M., van der Krieke, L., Sytema, S., & Schippers, G.M. (2016). Self-expressed strengths and resources of children of parents with a mental illness: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(2), 102-115. doi: 10.1111/inm.12176
- Duffy, M.E. (2002). Methodological issues in Web-based research. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 83-88.
- Franck, J., & Nylander, I (2015). Skadligt bruk och beroende. I J. Franck & I. Nylander (Red.), *Beroendemedicin* (2. uppl., s. 15). Lund: Studentlitteratur AB.
- Gauffin, K., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2015). School performance and alcohol-related disorders in early adulthood: a Swedish national cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 44(3), 919-927. doi: 10.1093/ije/dyv006
- Gullbrå, F., Smith-Sivertsen, T., Rortveit, G., Anderssen, N., & Hafting, M. (2016a). Ill and substance-abusing parents: How can the general practitioner help their children? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 17, 1-9. doi:10.1186/s12875-016-0553-5

Gullbrå, F., Smith-Sivertsen, T., Hauskov Graungaard, A., Rortveit, G., & Hafting, M. (2016b). How can the general practitioner support adolescent children of ill or substance-abusing parents? A qualitative study among adolescents. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(4), 360-367. doi: 10.1080/02813432.2016.1253819

Hammarlund, K., Falk, J., Lind, J., & Thorstensson, S. (2015). Meeting and supporting students who have parents with mental ill-health. *British Journal Of School Nursing*, 10(4), 182-187. Hämtad från <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=9327608b-0dc6-457a-ad39-118b7948e5f5%40sessionmgr4010>

Handley, C., Farrell, G.A., Josephs, A., Hanke, A., & Hazelton, M. (2001). The Tasmanian children's project: The needs of children with a parent/carer with a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing* 10. 221-228. doi:10.1046/j.1440-0979.2001.00214

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 111-120). Lund: Studentlitteratur AB.

Homlong, L., Rosvold, E.O., Sagatun, Å., Wentzel-Larsen, T., & Haavet, O.R. (2015). Living with mentally ill parents during adolescence: A risk factor for future welfare dependence? A longitudinal, population-based study. *BMC Public Health*, 15(1), 413. doi:10.1186/s12889-015-1734-1

Houlihan, D., Higgins, A., & Sharek, D. (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 & Mental Health Nursing*, 20(4), 287-295. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01923.x

Karlsson, O. (Red.). (2017). *Svenska skrivregler*. Stockholm: Liber.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 57-80). Lund: Studentlitteratur AB.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lauritzen, C., Reedt, C., Doesum, K., & Martinussen, M. (2015). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focused in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal Of Child & Family Studies*, 24(4), 864-871. doi: 10.1007/s10826-013-9895-y

Lidande. (1940). I *Svenska Akademiens Ordbok*. Hämtad 4 maj, 2017, från http://www.saob.se/artikel/?unik=L_0561-0120.9Iou&pz=3

Mackrill, T., Elklit, A., & Lindgaard, H. (2012). Treatment-seeking young adults from families with alcohol problems. What have they been through? What state are they in?.

Counselling & Psychotherapy Research, 12(4), 276-286. doi:
10.1080/14733145.2012.662519

Maskrosbarn. (2017). I *Nationalencyklopedin*.. Hämtad 3 maj, 2017, från
<http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/maskrosbarn>

Nygaard Christoffersen, M. (1999). Riskiofaktorer i barndommen - en forløbsundersøgelse særligt med henblik på forældres psykiske sygdomme. *Socialforskningsinstituttet*. Hämtad från https://viden.sl.dk/media/4573/riskikofaktor_i_barndommen.pdf

Ottosson, J-O. (2003). *Psykiatrin i Sverige: Vägval och vägvisare*. Stockholm: Natur och Kultur.

Polit, D. F., & Beck C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th intern. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet. (2015). *Föräldrar och barn*. Hämtad 3 maj, 2017, från
<http://www.regeringen.se/regeringens-politik/familjeratt/foraldrar-och-barn/>

Rich, K. (2003). Revisiting Joyce Travelbee's Question: What's Wrong With Sympathy?. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 9(6), 202-204.
doi:10.1016/j.japna.2003.10.003

Skerfving, A. (2013). *Att synliggöra de osynliga barnen: Om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Gothia förlag.

SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Hämtad 29 november, 2017, från
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Hämtad 29 november, 2017, från
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Socialstyrelsen. (2013). *Barn som anhöriga: Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*. Hämtad 3 maj, 2017, från
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19114/2013-6-6.pdf>

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

Stockholms Läns Landsting. (u.å). *Barn som närstående: Kunskapsunderlag*. Hämtad från
<http://www.stockholmsjukhem.se/Documents/SPN/Barn%20som%20är%20närstående%20-%20Kunskapsunderlag.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer/publikationer/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Verksamhetstabeller 2016, uppdaterad med PAR 2017-12-15*. Hämtad från <https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekononomiochverksamhet.1342.html>

Taylor, A., & Kroll, B. (2004). Working with parental substance misuse: dilemmas for practice. *British Journal Of Social Work*, 34(8), 1115-1132. doi: 10.1093/bjsw/bch132

Torvik, F. A., Rognmo, K., Ask, H., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: Results from the HUNT study. *BMC Public Health*, 11(1), 706. Hämtad från <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&sid=23047f46-c997-450b-972f-9096795ffbfdf%40pdc-v-sessmgr01>

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia, Pa. : Davis, cop.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Van Loon, L., Van de Ven, M., Van Doseum, K., Hosman, C., & Witteman, C. (2017) Parentification, Stress, and Problem Behavior of Adolescents who have a Parent with Mental Health Problems. *Family Process Institute*, 56(1), 141-153. doi: 10.1111/famp.12165

Vetenskapsrådet. (2011). *God forskningssed*. Hämtad 4 maj, 2017, från <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/>

Werner, A., & Malterud, K. (2016). Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *International Journal Of Qualitative Studies in Health and Well-being*, 11(1). doi: 10.3402/qhw.v11.3067

White, L. M., McGrew J. H., & Salyers M. P. (2013). Parents Served by Assertive Community Treatment: Parenting Needs, Services, and Attitudes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36(1), 22-27. doi: 10.1037/h0094743

Wiklund Gustin, L. (2015). *Psykologi för sjuksköterskor*. Lund: Studentlitteratur AB

Wlodarczyk, O., Schwarze, M., Rumpf, H-J., Metzner, F., & Pawils, S. (2017). Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PLoS One*, 12(6). doi: 10.1371/journal.pone.0179140

World Health Organisation. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Hämtad från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39461/1/9241544686_eng.pdf

World Medical Association. (2013). *WMA declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. Hämtad 1 november, 2017, från <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Till t.f. Verksamhetschef
XX XX
Organisationen Maskrosbarn

Förfrågan gällande intervjustudie

Hej!

Vi heter Ida Svensson och Matilda Prim och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Vi ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng.

Vårt självständiga arbete, *Maskrosbarn - Det sociala arvet*, är en kvalitativ intervjustudie med målet att genomföra intervjuer med 5–15 personer. Syftet med studien är att beskriva upplevelsen av stöd från sjuksköterskor som vuxna personer, som identifierar sig som maskrosbarn, kommit i kontakt med under uppväxten. Genom att besvara syftet är vår ambition att kunna identifiera förbättringsområden för ökat stöd för barn och ungdomar som under uppväxten lever med att en eller båda föräldrarna lider av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom.

Studien kommer att genomföras med hjälp av en intervjuguide. Vår önskan är att intervjuerna ska ske genom ett möte mellan deltagaren och studenterna. Beroende på deltagarnas möjligheter ser vi även att intervjuerna kan genomföras via kommunikation som telefonsamtal, Skype eller mejlkonversation. Deltagandet är frivilligt och det går när som helst att avbryta sitt deltagande. Samtliga uppgifter, såsom namn på intervjupersonerna och insamlat material, kommer att behandlas konfidentiellt och förstöras efter att studien är godkänd. Intervjuerna önskas genomföras snarast.

För att genomföra denna studie är Er medverkan av stort värde för oss. Vi vore därför tacksamma om Ni, genom er organisation, har möjlighet att hjälpa oss att komma i kontakt med personer över 18 år som identifierar sig som maskrosbarn, för att vi ska kunna genomföra vår studie. Om genomförandet av studien godkännes är vi tacksamma för Er underskrift av medskickad bilaga. Denna returneras därefter i bifogat frankerat svarskuvert. Om tveksamheter finns till att studien genomförs är vi tacksamma för besked om detta. Vid frågor är Ni varmt välkomna att kontakta oss eller vår handledare XX XX.

Tack på förhand! Med Vänliga Hälsningar

Ida Svensson
Tlf: XX
E-post: XX

Matilda Prim
Tlf: XX
E-post: XX

XX XX, handledare
Tlf: XX
E-post: XX

Jag godkänner härmed att Ida Svensson och Matilda Prim vid Sophiahemmets Högskola får utföra studien Maskrosbarn - Det sociala arvet vid organisationen Maskrosbarn under tidsperioden oktober 2017 - januari 2018.

Ort, datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Förfrågan på Facebook

Är du över 18 år, vuxit upp med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom (missbruk), definierar dig som ett maskrosbarn och är intresserad av att delta i en studie på ämnet - se hit!

Vi heter Matilda Prim och Ida Svensson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Vi genomför just nu vårt examensarbete, en intervjustudie med titeln Maskrosbarn - Det sociala arvet. Syftet med studien är att beskriva upplevelsen av stöd från sjuksköterskor/hälso- och sjukvårdspersonal som vuxna personer, som identifierar sig som maskrosbarn, kommit i kontakt med under uppväxten. Genom att besvara syftet är vår ambition att kunna identifiera förbättringsområden inom vården för ökat stöd för barn och ungdomar under uppväxten.

Deltagande i studien är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande. Vi ser helst att intervjuerna sker genom ett möte. Intervjun beräknas ta ca. 20–40 minuter. Samtliga uppgifter, såsom ditt namn och det insamlade materialet, kommer att aidentifieras och behandlas konfidentiellt och förstöras efter att studien är godkänd. Intervjuerna önskas genomföras snarast.

Är du intresserad av att delta eller vill veta mer om studien - tveka inte på att höra av dig till oss & dela gärna inlägget vidare!

(Se bild för definition av maskrosbarn)

Tack på förhand! Med Vänliga Hälsningar

Matilda Prim

Tlf: XX

E-post: XX

Ida Svensson

Tlf: XX

E-post: XX

Intervjufrågor/Intervjuguide **Maskrosbarn - Det sociala arvet**

Bakgrundsfrågor:

1. Ålder?
2. Familj?
3. Jobb?
4. Syskon? Om ja, är du äldst i syskonskaran?

1. Berätta om din upplevelse av din uppväxt:

1. Familjesituation
2. Vem/vilka av dina föräldrar hade psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom/missbruk?
3. Var det psykisk sjukdom eller beroendesjukdom/missbruk som din/dina förälder/föräldrar led utav?
4. Vem tog ansvaret hemma, t.ex. skötte hemmet, såg till att du/ni kom till skolan?

2. Berätta om när upplevde dig själv som ett maskrosbarn för första gången. Varför?

3. Berätta om det var det något du längtade efter eller som saknades dig som barn.

4. Berätta om vad du tror bidrog till att du klarade av att bemästra situationen och bli ett maskrosbarn.

5. Hade ni/du någon kontakt med sjukvården gällande din/dina förälders/föräldrars sjukdom under uppväxten?

1. Om ja: Fick du någon information som gav dig förståelse och kunskap om din/dina förälder/föräldrars sjukdom ifrån vården? Vad för information? Ansåg du den vara tillräcklig?
2. Om nej: Varför hade ni ingen kontakt med sjukvården? Fick du på något sätt information som gav dig förståelse och kunskap om din/dina förälders/föräldrars sjukdom? Hur fick du informationen?
3. Om du inte fick någon information – hur tolkade du då din egen situation/föräldrarnas beteende – gjorde du dig en egen sanning?

6. Upplevde du vid något tillfälle att du fick stöd från hälso- och sjukvårdspersonal?

1. Om ja: Vilket stöd då? Av vem fick du stöd? Ex. läkare, kurator, sjuksköterska etc.
2. Om nej: Vad tror du att det bristande stödet kan ha berott på?

7. Berätta om dina tankar kring hur vi som sjuksköterskor kan uppmärksamma och hjälpa maskrosbarn i vården.

1. Egna upplevelser? Bra/dåliga?
2. Förbättringsområden?
3. Vad anser du är viktigt i stödet och vården av maskrosbarn?

8. Är det något du vill tillägga?

Godkännande för deltagande i intervjustudie

Vi heter Matilda Prim och Ida Svensson och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5. Vi genomför just nu vårt examensarbete, en intervjustudie med titeln Maskrosbarn - Det sociala arvet.

Syftet med studien är att beskriva upplevelsen av stöd i mötet med sjuksköterskan under uppväxten hos vuxna personer som identifierar sig som maskrosbarn. Genom att besvara syftet är vår ambition att kunna identifiera förbättringsområden för ökat stöd för barn och ungdomar under uppväxten.

Du som väljer att delta i studien ska vara över 18 år, under uppväxten ha levt tillsammans med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom samt identifiera Dig som ett maskrosbarn.

Du som deltagare i studien kommer att bli intervjuad. Fokus i intervjun kommer att ligga på Dina upplevelser av att växa upp med att en eller båda föräldrarna lidit av psykisk sjukdom och/eller beroendesjukdom, Dina upplevelser av kontakten med sjuksköterskor/hälso- och sjukvården under uppväxten alternativt vad Du önskat att sjuksköterskan/hälso- och sjukvården skulle bidragit med i form av stöd och hjälp, samt Dina egna tankar kring hur vi som sjuksköterskor kan uppmärksamma och hjälpa maskrosbarn i vården.

Intervjuerna beräknas ta ca. 20–40 minuter. Intervjuerna kommer att spelas in med Ditt tillstånd. Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst att avbryta Ditt deltagande utan efterföljande konsekvenser. Samtliga uppgifter, såsom Ditt namn och insamlat material, kommer att avidentifieras och behandlas konfidentiellt, och förstöras efter att studien är godkänd.

För att kunna genomföra studien är Din medverkan av stort värde. Vid frågor är Du varmt välkommen att kontakta oss eller vår handledare XX XX.

Härmed godkänner Jag mitt deltagande i studien Maskrosbarn - Det sociala arvet:

Studiedeltagarens namnteckning

Studiedeltagarens namnförtydligande

Matilda Prim
Tlf: XX
E-post: XX

Ida Svensson
Tlf: XX
E-post: XX

XX XX, handledare
Tlf: XX E-post: XX