

Barn som anhöriga

Konsekvenser och behov när föräldrar har
allvarliga svårigheter, eller avlider

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-7555-073-2

Artikelnr 2013-6-6

Omslag Socialstyrelsen/Iwa Wasberg

Foto Matton

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, juni 2013

Ändringar har gjorts på sidorna 11, 12 och 57, april 2017, se rättelseblad



MILJÖMÄRKT TRYCKSAK 341 009

Förord

Socialstyrelsen har i uppdrag att i samråd med Statens folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting leda, samordna och stimulera ett nationellt utvecklingsarbete för ändamålsenligt stöd till barn i familjer med missbruk, psykisk ohälsa, allvarlig kroppslig sjukdom eller skada, där våld förekommer eller då en förälder avlider.

I uppdraget ingår också att stödja hälso- och sjukvården att genomföra bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen, som innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har någon av dessa svårigheter.

Denna sammanfattning av kunskapsläget syftar till att kortfattat ge personal i berörda verksamheter ökad kunskap och insikt i barns och ungas situation och behov i dessa situationer. Syftet är också att belysa varför det är viktigt att anlägga ett familjeperspektiv – både när personal möter barn och unga med olika symtom på psykisk ohälsa och när den möter föräldrar med allvarliga svårigheter. Att uppmärksamma barns behov och ge det stöd som behövs kan både förbättra situationen här och nu och förebygga senare negativa konsekvenser.

Texten bygger på aktuell forskning, erfarenheter från professionen inom aktuella områden samt beskrivningar från personer som själva vuxit upp med föräldrar med olika svårigheter. I huvudsak hänvisas till sammanställningar av aktuell forskning men även till enskilda artiklar. En viktig källa har varit en norsk antologi publicerad 2012, Barn som pårørende, där forskare i ett nätverk om barn som anhöriga sammanfattat aktuell forskning inom området (se referenslistan).

Varje kapitel har kommenterats och kompletterats av experter (praktiker eller forskare) inom respektive område (se lista i bilaga).

Skriften riktar sig till personal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst samt förskola och skola.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga arbetar på Socialstyrelsens uppdrag med att sprida kunskap och erfarenheter om barn som anhöriga. Se www.anhoriga.se

Sven Ohlman
Avdelningschef
Avdelningen för kunskapsstyrning

Innehåll

Förord.....	3
När föräldrar inte mår bra påverkar det barnen	9
Vilka situationer handlar det om?	9
Lagstiftning	10
Socialtjänstlagen	10
Hälso- och sjukvårdslagen.....	11
Skollagen	12
FN:s konvention om barnets rättigheter.....	13
Många barn berörs.....	14
Olika svårigheter men ändå mycket gemensamt	14
Oro	15
Familjehemligheter	15
Tystnad och obesvarade frågor	15
Ansvar	16
Skuld	17
Skam	17
Föräldrars tillgänglighet	17
Familjeklimat	18
Vardag.....	18
Oförutsägbarhet.....	18
Flera svårigheter samtidigt.....	18
Hur påverkas barn och unga?.....	19
Anknytning	20
Barn i familjer med allvarlig sjukdom eller skada	22
Hur familjen klarar att hantera situationen det centrala	22
Adekvat information	23
Vardagen och familjelivet förändras	24
Det känslomässiga klimatet kan påverkas	25
Oro och andra egna symtom	26
Oro för att själv drabbas.....	26
Barn med förälder som avlider	27
En förälders död kan ge konsekvenser även på lång sikt.....	27
Barn med förälder i livets slutskede	28
Förälder som oväntat avlider	29
Förälder som tar sitt liv	30
Barns sorg.....	30

Barn i familjer med ett problematiskt bruk av alkohol och andra droger	32
Barn som föds med skador av alkohol	32
Skyddsfaktorer och prognos	33
Att växa upp med ett problematiskt bruk av alkohol och andra droger i familjen.....	33
Ett problematiskt bruk av berusningsmedel i familjen kan vara svårt att upptäcka	35
Kontinuerlig stress i vardagen	36
Samordnat stöd till barn och föräldrar i familjer med ett problematiskt bruk av berusningsmedel.....	36
Barn med förälder som har psykisk ohälsa	38
Psykisk ohälsa är vanlig i befolkningen	38
Psykiska problem hos föräldrar kan påverka föräldraförmågan.....	39
Risk att anknytningen påverkas.....	40
Konsekvenser av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder	40
Oro	41
Skam, tystnad och familjehemlighet	42
Negativa konsekvenser kan förebyggas	42
Barn med förälder som har neuropsykiatriska svårigheter	44
Ett brett spektrum	44
Känsla av otillräcklighet vanlig hos föräldrar.....	46
Föräldraförmågan kan påverkas	46
Att veta vad som är ”normalt”	47
Ibland en kaotisk vardag.....	47
Barn kan få ta mycket ansvar själva	47
Skamkänslor	48
Då både förälder och barn har neuropsykiatriska svårigheter	48
Svårt att be om hjälp.....	48
Nätverket runt familjen kan påverkas	49
Missbruk och våld kan förekomma	49
Barn i familjer där det förekommer våld	50
Många drabbas, få berättar	50
Föräldraförmågan påverkas.....	50
Allvarliga konsekvenser för hälsa och utveckling.....	51
Känslö- och beteendemässiga konsekvenser	52
Skyddande faktorer	53
Barn som själva utsatts för våld.....	53
Konsekvenser	54
Det är inte säkert att unga berättar	54

Vilket behov av stöd finns?	55
Minska risk och öka skydd.....	55
Barn som anhöriga i interkulturellt perspektiv	56
Grundläggande skyddsfaktorer	57
Brett utvecklingsarbete för ändamålsenligt stöd	57
Differentiering efter behov.....	58
Metoder för ändamålsenligt stöd.....	59
Förskola och skola	60
Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd.....	60
Socialtjänstens utredning av barns situation och behov samt insatser	61
Referenser	63
Bilaga	73

När föräldrar inte mår bra påverkar det barnen

När föräldrar eller andra vuxna i familjen har allvarliga svårigheter påverkas hela familjen. Missbruk, allvarlig sjukdom eller skada, psykisk ohälsa, psykisk funktionsnedsättning, våld och dödsfall får alltid konsekvenser för de anhöriga – i större eller mindre grad.

Barn som anhöriga är särskilt sårbara, av flera olika skäl, särskilt de yngre barnen. Dels är de beroende av såväl den som drabbas som den andra vuxna i familjen (i den mån det finns någon), dels kan de ha svårare att förstå det som händer, liksom orsakerna.

Barn och unga kan i dessa situationer riskera att påverkas negativt av de vuxnas och sin egen oro, förändringar i vardagen, ibland orimligt stort ansvarstagande, kanske bristande omsorg och svåra upplevelser. Problemen i familjen kan dessutom påverka föräldrarnas möjligheter att ge barnen stöd. Situationen försvåras ytterligare om man inte kan prata öppet om svårigheterna. För föräldrar kan det vara svårt att tala om problemen och barn kan ibland ha svårt att ta emot information.

Vilka situationer handlar det om?

Denna sammanfattning av kunskapsläget beskriver situationer när vuxna i familjen har allvarlig sjukdom eller skada (t.ex. pga. olyckshändelse), psykisk ohälsa eller funktionsnedsättning, missbruk/beroende, när det förekommer våld eller när en förälder avlider.

Situationerna är vitt skiftande, såväl i allvarlighetsgrad som hur de hanteras i varje enskild familj och av varje enskilt barn. Därmed varierar också behoven och de eventuella konsekvenserna.

En del situationer uppstår akut och vissa är tillfälliga, medan andra finns med barnen under lång tid – kanske under hela uppväxten. När det är en ensamstående förälder som har svårigheter påverkas barnets tillvaro särskilt påtagligt. Även om det är en förälder som barnet inte bor huvudsakligen med kan barnet påverkas av förälderns svårigheter, såväl under eventuellt umgänge som genom oro för hur föräldern har det när man inte träffas. Det gäller t.ex. även barn som bor i familjehem.

Det finns ytterligare situationer i familjen som kan behöva uppmärksammas särskilt för att de påverkar barn, t.ex. när föräldrar har allvarliga

konflikter efter separation, har intellektuella begränsningar, är långvarigt arbetslösa eller frihetsberövade. De situationerna tas dock inte upp i denna skrift.

Lagstiftning

Socialtjänstlagen

I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, finns en särskild paragraf om stöd till anhöriga (5 kap. 10 § SoL) där det framgår att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder. Om föräldraskapet påverkas av att en förälder vårdar eller stödjer en närstående i familjen (partner eller barn) kan man ansöka om stöd och hjälp från socialtjänsten enligt 4 kap. 1 §.

Det förekommer att barn under 18 år ger omfattande hjälp och stöd till föräldrar eller syskon. I flera andra länder talar man om unga omsorgsgivare när barn och unga regelbundet utför sådana omsorgsuppgifter och tar sådant ansvar som vanligtvis ligger på vuxna. Dessa barn och unga behöver givetvis någon form av stöd. (1) I förarbetena till den ovan nämnda bestämmelsen (proposition 2008/09:82 Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående) sägs inget uttryckligen om barn.

Socialtjänsten har dock ett allmänt ansvar för barns förhållanden. Enligt 5 kap. 1 § SoL ska socialnämnden bl.a. verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden, i nära samarbete med hemmen främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom, med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling samt i nära samarbete med hemmen sörja för att barn och unga som riskerar att utvecklas ogynnsamt får det skydd och stöd som de behöver. Detta kan t.ex. innebära insatser för att barn och unga ska kunna befrias från omsorgsansvar som inte är rimligt i förhållande till deras ålder och mognad.

Socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. Nämnden ska dessutom aktivt verka för att samverkan kommer till stånd (5 kap. 1a § SoL).

Anmälnings- och uppgiftsskyldighet

Enligt 14 kap. 1 § första stycket SoL är följande myndigheter och yrkesverksamma skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa:

1. myndigheter vars verksamhet berör barn och ungdom,
2. andra myndigheter inom hälso- och sjukvården, annan rättspsykiatriskundersökningsverksamhet, socialtjänsten och kriminalvården,
3. anställda hos sådana myndigheter som avses i 1 och 2, och
4. de som är verksamma inom yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet och fullgör uppgifter som berör barn och unga eller inom annan sådan verksamhet inom hälso- och sjukvården eller på socialtjänstens område.

Dessa myndigheter, befattningshavare och yrkesverksamma är också skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredning av ett barns behov av stöd och skydd (14 kap. 1 § andra stycket SoL).

Genom en ändring av SoL som trädde i kraft 1 januari 2013 får socialnämnden enligt 14 kap. 1 b § informera den som gjort anmälan om att utredning har inletts, inte har inletts eller redan pågår. Om anmälaren begär informationen, ska informationen lämnas, såvida det inte är olämpligt med hänsyn till omständigheterna. Socialnämnden bör vidare enligt 14 kap. 1 a § SoL erbjuda barnet, vårdnadshavaren och den som gjort anmälan ett möte, om det är lämpligt med hänsyn till barnets bästa. Mötet kan, förutom att uppmärksamma barnets situation, resultera i erbjudanden om förebyggande insatser (proposition 2012/13:10 Stärkt stöd och skydd för barn och unga s. 51).

Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska hälso- och sjukvården särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

- har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
- allvarlig fysisk sjukdom eller skada,
- missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller
- oväntat avlider.

Enligt förarbetena torde bestämmelsen även omfatta de fall då en förälder eller annan vuxen inte *oväntat* avlider (proposition 2008/09:193 Vissa psykiatrifrågor m.m. s. 12).

Bestämmelsen finns också som en skyldighet för hälso- och sjukvårdspersonalen i 6 kap. 5 § andra stycket patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL.

Verksamhetschefen inom respektive enhet inom hälso- och sjukvården är den som avgör hur kontinuitet, samordning och patientsäkerhet ska tillgodoses. Verksamhetschefen har en skyldighet att utse en fast vårdkontakt för en patient, om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården eller om en patient själv begär det (6 kap. PSL).

Hälso- och sjukvårdslagen gäller även inom vissa delar av skolan, eftersom den medicinska grenen av elevhälsan utgörs av hälso- och sjukvårdspersonal.

Skollagen

I skollagen (2010:800) tas inte barns hemsituation upp specifikt. Det finns flera paragrafer som kan ha relevans i sammanhanget, eftersom föräldrars svårigheter kan påverka hur barnet mår och kan tillgodogöra sig skolundervisningen. Generellt gäller för barns skolgång att i utbildningen ska hänsyn tas till barns olika behov. Barn ska ges stöd och stimulans så att de utvecklas så långt som möjligt. En strävan ska vara att uppväga skillnader i barnens förutsättningar att tillgodogöra sig utbildningen (1 kap. 4 § skollagen).

Alla barn ska ges den ledning och stimulans som de behöver i sitt lärande och sin personliga utveckling för att de utifrån sina egna förutsättningar ska kunna utvecklas så långt som möjligt enligt utbildningens mål (3 kap. 3 § skollagen).

I den bestämmelse som behandlar utredning om behov av särskilt stöd för att uppnå kunskapskraven i skolan stadgas att behov av särskilt stöd även ska utredas om eleven uppvisar andra svårigheter i sin skolsituation (3 kap. 8 § skollagen).

Vad gäller förskolan framgår att barn som av fysiska, psykiska eller andra skäl behöver särskilt stöd i sin utveckling ska ges det stöd som deras speciella behov kräver (8 kap. 9 § skollagen).

Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas (2 kap. 25 § skollagen).

FN:s konvention om barnets rättigheter

FN:s konvention om barnets rättigheter, barnkonventionen, ratificerades av Sverige år 1990. Sverige är folkrättsligt förpliktigt att följa konventionen, vilket innebär att hela den offentliga sektorn och dess anställda ska respektera, skydda och uppfylla den. Barnkonventionen är en viktig utgångspunkt även för information, råd och stöd till barn och unga som anhöriga. En av barnkonventionens grundprinciper är artikel 3 som handlar om att barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn. De övriga artiklar som har relevans är t.ex.

- artikel 3:2 om skydd och omvårdnad, som handlar om att ett barn ska tillförsäkras sådant skydd och sådan omvårdnad som behövs för dess välfärd, med hänsyn tagen till de rättigheter och skyldigheter som tillkommer barnets vårdnadshavare.
- artikel 12 om delaktighet, som anger att varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till dess ålder och mognad.
- artikel 17 om information, som anger att barnet ska ha tillgång till information och material från olika nationella och internationella källor, särskilt sådant som syftar till att främja dess sociala, andliga och moraliska välfärd och fysiska och psykiska hälsa.
- artikel 18 om stöd i föräldraansvaret, som bl.a. handlar om att staten ska ge lämpligt bistånd till föräldrar och vårdnadshavare då de fullgör sitt ansvar för barnets uppfostran.
- artikel 24 om barnets rätt till jämlik hälsa, som bl.a. tar upp att staten ska sträva efter att till fullo förverkliga barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och vidta lämpliga åtgärder för att utveckla förebyggande hälsovård och föräldrarådgivning.
- artikel 31 om rätt till lek, vila och fritid, som bl.a. handlar om barnets rätt till vila, fritid, lek och rekreation anpassad till barnets ålder.

Även flera av principerna i proposition 2009/10:232 ”Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige” som tagits fram för att förverkliga Barnkonventionen och som riksdagen godkänt kan vara tillämpliga:

- Föräldrar ska få kunskap om barnets rättigheter och erbjudas stöd i sitt föräldraskap.

- Beslutsfattare och relevanta yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och omsätta denna kunskap i berörda verksamheter.
- Aktörer inom olika verksamheter som rör barn ska stärka barnets rättigheter genom samverkan (Prop. 2009/10:232 s. 1 och 10).

Många barn berörs

Många barn växer upp med allvarliga svårigheter i familjen. En färsk svensk registerstudie visar att knappt sex procent av barn födda 1987–89 under barndomen hade minst en förälder som legat på sjukhus på grund av psykisk sjukdom, 2,5 procent för alkoholmissbruk och 1,5 procent narkotikamissbruk. (2) Enligt samma kartläggning uppskattas 17 procent av föräldrarna ha problem med alkohol och narkotika som inte föranleder sjukhusvård. I undersökningen av levnadsförhållanden (ULF) 2007–11 svarade ca 18 procent föräldrar att de lider av ångslan, ångest eller oro.

Av barn födda 1987–89 hade 12,6 procent en förälder med somatisk sjukdom med minst en veckas sjukhusvård. 28,4 procent av föräldrarna till barn i 10–18-årsåldern i ULF-undersökningen 2007–11 uppgav att de hade någon kronisk sjukdom. (2) Mer än sex procent av barnen i en finsk studie drabbades under uppväxten (upp till 21 års ålder) av att en förälder fick cancer. (3)

3,4 procent av alla barn födda 1973–89 hade minst en förälder som avlidit innan deras artonårsdag. Plötslig oväntad död hos en förälder orsakad av självmord, våld eller olycka drabbade 600–650 barn varje år. (2)

Olika svårigheter men ändå mycket gemensamt

Även om mycket kan skilja de olika situationerna åt – t.ex. vad gäller hur pass ”skamliga” de upplevs, hur omgivningen reagerar och hur mycket egen handlingsmöjlighet som finns för de berörda vuxna – är det också mycket som kan vara gemensamt.

Den sammanfattande texten nedan bygger på dels den forskning som presenteras i de kommande kapitlen, dels på erfarenheter och beskrivningar från de berörda själva – förmedlade i föreläsningar, hemsidor, böcker och via personal – samt från dem som möter dessa barn och unga och deras föräldrar.

1. Rapporten finns på Nka:s hemsida www.anhoriga.se

Oro

Vare sig det handlar om plötsliga eller långvariga tillstånd, sjukdom, funktionsnedsättning eller missbruk, finns det ofta mycket oro i familjen både för den drabbade och för vad detta ska föra med sig för resten av familjen. För barn och unga är det ofta svårare än för vuxna att överblicka och förstå situationen, liksom att sätta sig in i risker och möjligheter. Det som barn inte vet eller förstår kan de fylla med egna föreställningar och fantasier. Barn läser dessutom av och påverkas av föräldrarnas oro. På så sätt kan barn oroas sig mer än vuxna – och ibland även i onödan. Därför är det viktigt med adekvat information.

Det är inte ovanligt att barn är oroliga och känner ansvar för sina föräldrar, t.ex. om en förälder har missbruk, är våldsutsatt eller djupt deprimerad och kanske har självmordstankar. Detta kan uppta barns tankar under den tid de är i skolan och inte vet vad som sker hemma, och på så sätt påverka skolarbetet och relationen till kamrater.

Familjehemligheter

Föräldrar förmedlar inte sällan – direkt eller indirekt – att de inte vill att barnen ska tala med andra utanför familjen om sådant som missbruk, psykisk sjukdom och våld. Ibland utsätts barn t.o.m. för hot om de skulle avslöja sådant för utomstående.

Även när det gäller allvarlig kroppslig sjukdom kan barnet bli förhindrat att tala med andra om det som händer för att man vill hålla det inom familjen.

Detta försätter barnet i en svår situation. Att inte få berätta för utomstående vad som händer och hur det känns innebär att barn måste hålla viktiga händelser i livet och vardagen för sig själva. De kan inte be om hjälp utifrån när det behövs och hamnar i lojalitetskonflikt om de ändå gör det.

Tystnad och obesvarade frågor

När det gäller t.ex. våld eller missbruk i familjen får barn ibland sina iakttagelser av händelser i familjen ogiltigförklarade genom bortförklaringar eller förnekande. Även vid psykisk eller allvarlig kroppslig sjukdom i familjen kan det uppstå tystnad och undvikande av temat – för att det är för känsligt, smärtsamt eller svårt att tala om.

Många gånger kan det vara ett medvetet val i ren välmening från föräldrarnas sida att inte tala med barnen om svårigheterna, för att man önskar skona dem från oro och ledsamheter. Det kan t.ex. vara fallet i sam-

band med allvarliga sjukdomar eller skador med en osäker prognos – man vill inte oro barnen för tidigt eller i onödan.

Barn märker ändå av allvaret i dessa situationer, men blir utan information – med sina egna tolkningar, farhågor och fantasier. De kan inte heller tala med andra i familjen om vad de tänker eller känner. Om de märker att föräldrar är sorgsna och oroade men inte får veta varför, kan de också leta efter orsaker hos sig själva och i något som de har gjort.

Tystnad kring det som alla inom sig är upptagna av en stor del av tiden kan också göra det svårare att samtala om mindre laddade frågor, och påverka hela samtalsklimatet och samvaron i familjen.

I vårt samhälle är vi inte vana att möta och tala om döden. När en förälder lider av livshotande sjukdom, är i livets slutskede och dör, är personer i familjens omgivning ofta osäkra på hur de ska förhålla sig, vad de ska säga, om de alls ska tala med barnet om det som har skett etc. Det kan bli tystnad kring temat döden och ett allmänt undvikande över huvudet, för att man vill slippa samtala om det.

Hälso- och sjukvården har ansvar för att ge barn information, råd och stöd när föräldrar har någon av dessa svårigheter.

Ansvar

När vuxna i familjen på grund av sjukdom, missbruk eller andra allvarliga svårigheter inte orkar, förmår eller hinner ta ansvar för det basala i vardagen, är det inte ovanligt att barn själva tar på sig eller känner sig tvungna att ta ansvar utöver det vanliga.

Till viss del kan det kännas positivt för barnet att kunna hjälpa till och bidra till att underlätta i en svår situation. Den betydelsen ska inte underskattas. Samtidigt är det en balansgång, eftersom ett för stort ansvar kan bli betungande och påverka t.ex. hälsan, skolarbetet och kamratrelationerna negativt.

Det förekommer att barn ser till att det finns något att äta, att vardagen fungerar, tar ansvar för syskon – och ibland också för sina föräldrar eller andra vuxna i familjen. Det finns många vittnesmål om hur barn försöker hindra alkoholmissbruk genom att gömma eller tömma flaskor, försöker förhindra våld genom att avleda eller gå emellan, försöker muntra upp deprimerade föräldrar genom att vara extra hjälpsamma och snälla etc. Även när det gäller en allvarligt kroppsligt sjuk förälder kan vardagsrutinerna ställas på ända och ansvaret falla på barnet att få det att fungera.

Ett ändamålsenligt stöd till barn och unga i denna situation kan med andra ord i många fall vara stöd av praktisk natur till föräldrarna.

Skuld

Det är naturligt att barn i sitt sätt att försöka förstå situationen lägger skuld på sig själva för att föräldrarna inte mår bra. Det kan vara särskilt vanligt när en förälder t.ex. är deprimerad, tappar humöret, återfaller i missbruk eller får ett skov i en allvarlig kroppslig sjukdom.

Att känna skuld är en universell reaktion på att utsättas för traumatiska upplevelser – de flesta som utsätts känner skuld, även om de inte haft någon möjlighet att själva påverka händelsen. (4)

När barnet söker en förklaring till svårigheterna kan det tro att de inte hade hänt om det självt hade varit snällare eller i övrigt betett sig på något annat sätt. Barn kan också ta på sig att försöka fungera som buffert, förebygga och dämpa konflikter i familjen för att skydda den förälder som har svårigheter, och hela familjeklimatet.

Skam

Flera av de svårigheter som beskrivs här är förknippade med skamkänslor pga. fördomar och för att omgivningen kanske lastar den drabbade för situationen eller hur den hanteras. Det kan bli förvirrande och svårt för barn, som försöker vara lojala med sina föräldrar. Om föräldrar känner skam eller om omgivningen på olika sätt reagerar som om situationen skulle vara skamfylld drabbar skammen även barnet. Skamkänslor kan också göra att det är svårare att tala om svårigheterna och söka hjälp.

Föräldrars tillgänglighet

Många föräldrar klarar naturligtvis av att även i svåra situationer tillgodose barnens behov, eller se till att någon annan i familjens nätverk kan träda in och hjälpa till.

Men oavsett vilken form av allvarliga svårigheter som föräldrar är upptagna av – såväl genom att vara drabbad som att vara den som har att hantera situationen – så kan de innebära att fokus under kortare eller längre tid flyttas från barns behov och situation till de vuxnas problem. Svårigheterna hos en vuxen i familjen påverkar ofta även den psykiska och/eller kroppsliga hälsan hos den andra vuxna.

Tiden och orken kanske inte räcker till samvaro och samtal med barnet, att intressera sig för barnets skolarbete, se barnets behov av uppmärksamhet och information etc.

Föräldrar kanske har svårt att vara känslomässigt tillgängliga för att de redan balanserar på gränsen av sin förmåga och inte mäktar att även ta in barnets känslor och behov.

Det kan också leda till att barn för att ta hänsyn till och skona föräldrar tonar ner sina behov, vilket i sin tur gör att föräldrar kan få ännu svårare att se och tillgodose dem.

Familjeklimat

Alla olika typer av svårigheter och påfrestningar för olika familjemedlemmar kan föra med sig slitningar i relationen mellan de vuxna och i hela familjen. Irritation och retlighet kanske ökar och glädjen kanske minskar.

Å andra sidan kan svårigheter som man klarar av att hantera tillsammans på ett bra sätt också stärka familjesammanhållningen och tryggheten.

Vardag

När allvarliga svårigheter drabbar någon i familjen kan ibland hela vardagen och rutinerna påverkas – och det i en situation då rutinerna och vanorna är särskilt viktiga för att barn och unga ska känna trygghet i en tillvaro som kanske innebär omvälvande förändringar.

När det finns en svårt sjuk eller missbrukande vuxen i hemmet kan det bli svårt för barn att ta hem kamrater – både av hänsyn till föräldern och för att barnet inte vill eller vågar visa upp hur det har det hemma.

Oförutsägbarhet

Det finns tillfällen då en förälder kan bete sig på ett sätt som är oberäkneligt och oförutsägbart för barnet. Det kan t.ex. vara då en förälder är berusad, har kraftiga humörsvängningar, i perioder är känslomässigt avtrubbad eller onåbar, har en kognitiv påverkan av t.ex. en neurologisk sjukdom, lätt brusar upp eller har dålig impuls kontroll.

Flera svårigheter samtidigt

När man talar om familjer med olika slags svårigheter blir det inte sällan förenklade kategoriseringar. Ofta förekommer flera av svårigheterna samtidigt, hos den ena eller båda föräldrarna. Den ena vuxna i familjen kan ha en typ av svårighet och den andra någon annan.

Särskilt vanligt är det att missbruk och psykisk ohälsa samt även våld förekommer samtidigt. En förälder med missbruk och beroende kan ha psykisk ohälsa och kanske även t.ex. en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

En förälder med allvarlig kroppslig sjukdom kan även lida av psykisk ohälsa och ha ett missbruk/beroende.

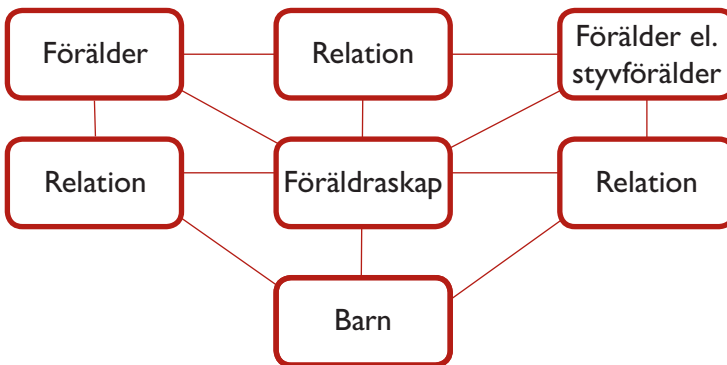
Missbruk eller psykisk sjukdom hos en förälder kan i sig leda till allvarlig kroppslig sjukdom eller skada – och omvänt.

Hur påverkas barn och unga?

De flesta barn och unga har ett tillräckligt stöd i sin familj och sitt nätverk, inkl. förskola eller skola, för att kunna hantera situationen. I vissa fall innebär dock svårigheterna att stödet från nätverket minskar eller att nätverket krymper. På vilket sätt allvarliga svårigheter hos vuxna i familjen påverkar barn och unga beror på såväl arten som graden av problemen som hur de hanteras. Det beror också på barnets egen sårbarhet, förmåga att hantera svårigheter, ålder och omständigheterna runt omkring.

I senare tids forskning har man börjat undersöka det komplexa i hur olika riskfaktorer påverkar relationerna i familjen och hur dessa i sin tur kan påverka föräldraförmågan och barns och ungas situation. (5) Riskfaktorer (t.ex. sådant som psykisk ohälsa, sårbarhet) hos såväl barn som respektive förälder påverkar såväl direkt som indirekt – genom att relationerna och föräldraskapet påverkas. Det är fråga om ömsesidig påverkan som kan gå i båda riktningarna i hela familjesystemet. Detta kan illustreras med följande bild²:

Risk (t.ex. psykisk ohälsa och sårbarhet) hos såväl föräldrar som barn påverkar alla samband i bilden



2. Bilden bygger på beskrivningen i den refererade artikeln (5).

När man i forskning och i andra sammanhang talar om konsekvenser för barn av att växa upp med olika slags svårigheter i familjen är det ofta eventuella framtida problem som är i fokus. Utvecklingen på sikt avgörs av kombinationen av olika risk- och skyddsfaktorer. Samtidigt kan allvarliga svårigheter i familjen innebära konsekvenser för barnets vardag, situation och välbefinnande här och nu.

Även om det alltid är en påfrestning när det finns allvarliga svårigheter i familjen, är det viktigt att påpeka att det inte behöver innebära att det får allvarliga konsekvenser. När familjen och/eller barnet klarar att hantera svårigheterna på ett bra sätt kan det också innebära en styrka och ge barnet tilltro till sin egen förmåga. Det betyder också att det stöd som omgivningen kan ge blir särskilt betydelsefullt.

Såväl här och nu som på sikt handlar det om allt från små till omfattande behov och konsekvenser för barn och unga i olika familjer. Beskrivningen under de olika rubrikerna ovan ger en bild av att det kan bli omfattande förändringar i barnets dagliga liv. Detta kan i sin tur påverka barnets hälsa, utveckling, kamratkontakter och skolarbete såväl på kort som längre sikt.

Fokus i denna skrift ligger på beskrivning av möjliga negativa konsekvenser – vilka i hög grad går att förebygga med ändamålsenligt stöd där det behövs.

Anknytning

En av de mest grundläggande förutsättningarna för ett barns utveckling är möjligheten att skapa en trygg anknytning. (6)

Barnets anknytning grundar sig i den dagliga omvårdnaden. Utifrån hur föräldern förmår tillgodose barnets grundläggande behov, uppmärksamma, skydda, lugna och trösta barnet när dess anknytningssystem aktiveras, utvecklas olika anknytningsmönster. Barn som har erfarenhet av att få sina behov av tröst och skydd tillgodosedda kan utveckla en trygg anknytning. Mycket talar för att en trygg anknytning utgör ett skydd mot påfrestningar under uppväxten och i vuxenlivet. (6)

Barn som har erfarenheter av att föräldern inte är bekväm när barnet söker närhet och tröst kan utveckla en otrygg/undvikande anknytning. Barnet skruvar ner sitt anknytningsbeteende och verkar ”klara sig självt”, ofta till priset av ett stresspåslag. (6)

Barn som har erfarenheter av att föräldrarnas tillgänglighet varierar utifrån hur föräldern själv mår gör ofta det motsatta. De ”skruvar upp” sitt anknytningsbeteende för att försäkra sig om föräldrarnas tillgänglighet, vilket gör att de ofta upplevs som klängliga och krävande. Dessa barn kan utveckla ett otryggt ambivalent anknytningsmönster. (6)

Barn som ibland utsätts för hot eller fara av den person som de är beroende av kan utveckla en desorganiserad anknytning. De är ofta svåra att förstå sig på, eftersom deras reaktioner är oförutsägbara för att de har erfarenhet av att inte kunna förutse föräldrarnas reaktion i anknytningsrelevanta situationer. Forskning talar för att barn som utvecklat en desorganiserad anknytning är en riskgrupp, t.ex. för kamratsvårigheter och beteendeproblem. (6) Senare tids forskning tyder också på ett samband mellan desorganiserad anknytning, psykopatologi och traumatisering. (7, 8)

Barn i familjer med allvarlig sjukdom eller skada

Detta kapitel tar upp vad man vet från forskning och erfarenhet om barns situation när föräldrar har allvarliga sjukdomar eller skador. Det kan vara fråga om t.ex. cancer, neurologiska sjukdomar, ryggmärgsskador, demens, stroke och andra hjärnskador m.fl. Mycket är generellt, även om texten refererar forskning om barn till föräldrar med specifika sjukdomar.

Texten bygger i huvudsak på två kapitel i en norsk antologi om barn som anhöriga, som refererar aktuell forskning och erfarenhet på området (9), en forsknings-sammanställning om barn till föräldrar med cancer (10), relevanta vetenskapliga artiklar samt en mindre svensk studie om föräldrar med neurologiska sjukdomar. (11)

Hur familjen klarar att hantera situationen det centrala

Såväl allvarlighetsgrad som förlopp för allvarliga sjukdomar eller skador varierar naturligtvis högst avsevärt, även för personer med samma sjukdom eller skada och för samma person över tid. Konsekvenserna beror inte bara på sjukdomen i sig, utan på om den i sin tur leder till t.ex. depression hos föräldrar eller förändrat familjeklimat, om det finns brist på kunskap om sjukdomen samt brist på socialt stöd. Det som enligt forskningen tycks vara gemensamt är att det inte är sjukdomen eller skadan i sig som avgör hur det blir för barnen, utan hur föräldrarna och familjen klarar att hantera situationen. (12, 13) Ett fungerande stödjande nätverk fungerar också som skyddsfaktor.

En genomgång av forskning när det gäller barn till föräldrar med cancer visar att det inte finns något som talar för att det generellt sett innebär någon allvarlig psykosocial påverkan för barn och unga. (10) Det finns dock en viss ökad risk för problem av internaliserande karaktär. Konsekvenserna varierar i olika grupper. Döttrar i tonåren tycks vara den grupp som påverkas mest negativt.

Att växa upp i en familj där en förälder har en allvarlig neurologisk sjukdom påverkar hela familjen, inte minst barnen. Det kan skapa oro hos barn och unga för föräldern, familjen – och den egna framtiden, om det handlar om ärftliga sjukdomar. (14, 15)

Forskning tyder på att sjukdomar med ett oförutsägbart förlopp kan innebära en större påfrestning för barn än sådana där prognosen är säkrare. När det gäller t.ex. multipel skleros (MS) skapas återkommande kriser vid nya sjukdomsperioder, vilket i sin tur kan innebära slitningar i familjen. Å andra sidan tycks en god relation mellan föräldrarna minska risken för problem hos barnen. (12)

I familjer där en förälder har MS har man sett att en bra föräldrelation, föräldrar som klarar att anpassa sig till sjukdomen samt god ekonomi skyddar barn från att utveckla psykosociala problem. (14)

De ungdomar vars förälder har Huntingtons syndrom (HS) som kunde bemästra sin situation på ett bra sätt använde sig av en blandning av känslolofokuserade copingstrategier (undvikande, anpassning, söka stöd från andra) och problemlösande strategier (informationssökning, förändring av livsstil och planering för framtiden). (15)

Adekvat information

En generell iakttagelse är att barn i regel har mycket frågor, men ofta inte vågar ställa dem. Om ingen ger saklig information om sjukdomen eller skadan och prognosen, finns det risk för att barn skapar sin egen bild av hur det är. De lämnas ensamma med svåra tankar och oro. Otillräcklig eller felaktig information kan skapa osäkerhet och fantasier och föreställningar som är värre än verkligheten.

Det finns också skrämmande information på nätet som barn kanske tar del av. Det händer att de får höra felaktiga rykten om förälders tillstånd eller om prognosen. Om föräldern varit med om en olycka som uppmärksamats i media kan det finnas skrämmande och ibland felaktig information där som barn tar del av.

Det är ofta svårt för föräldrar att veta när och hur de ska informera sina barn. Om det handlar om en sjukdom eller skada som har ett osäkert förlopp är många föräldrar rådvilla om hur mycket information de ska ge barnen och när.

Forskning visar att kommunikation om föräldrarnas sjukdom är viktig för hela familjens hälsa. Kommunikationen i familjer med HS påverkas, det blir tyst. Information om sjukdomen minskar risken för psykisk ohälsa hos barnen, då en förälder har MS. (16, 17) Forskning om MS pekar på att tidig och utförlig information generellt sett tycks vara det bästa för barnen i det långa loppet, även om en del föräldrar vill skona barnen från informationen så länge symtomen är lindriga. (12) I en akut situation måste kanske barn tas om hand av någon utanför familjen, och får då inte tillfälle att prata med föräldrarna.

Många sjukdomar och skador och deras förlopp är svåra att förstå även för vuxna. Då är det svårt för föräldrar att själva informera vidare på ett begripligt sätt.

När det gäller t.ex. MS finns det en typ av information som kan bli svår för barn att hantera, nämligen att sjukdomen kan förvärras av stress. Om föräldrarnas hälsa försämras kan barn tro att de orsakat eller bidragit till det.

Vardagen och familjelivet förändras

Allvarliga sjukdomar och skador kan leda till stora förändringar i vardagen och familjen. Ibland betyder det många och kanske långa sjukhusvistelser för föräldern, då barnet saknar föräldern och samvaron. Barnet får kanske träffa mamma eller pappa på en sjukhusavdelning, där det får inblick i en främmande och kanske skrämmande värld.

Att växa upp med en förälder som har neurologisk sjukdom innebär ofta ett ökat ansvar för barn och unga, som tidigt får ta på sig en vuxenroll. Det ökade ansvaret handlar bl.a. om direkt omvårdnad av den sjuka föräldern, t.ex. se till att föräldern vilar tillräckligt, och om att ta ansvar för hushållssysslor och yngre syskon. Forskning visar också att barn tar ansvar för att skapa en stödjande miljö för föräldern och ge känslomässigt stöd till sina föräldrar. (14, 15, 18)

Om föräldern vårdas hemma eller behöver personlig assistans blir det en mycket påtaglig förändring av familjelivet, vardagen och relationerna. Barn som intervjuats har uttryckt att det är jobbigt att ha personal och personliga assistenter hemma. Det blir ett hinder i en naturlig kontakt med föräldern. (11)

De händelser som leder till en ryggmärgsskada och situationen runt behandlingen kan utgöra påfrestningar i sig, liksom att familjelivet måste ändras och anpassas. Barn funderar kanske på om familjen kommer att kunna bo kvar i hemmet, hur familjelivet kommer att påverkas och vad man kommer att behöva förändra och avstå ifrån. Den typen av frågor vill de ofta inte ta upp med föräldrarna för att de kan uppfattas som mindre viktiga i en allvarlig, kanske livshotande, situation. (12)

En allvarlig skada hos en förälder innebär i regel en krisreaktion för alla inblandade, med oro och osäkerhet. Det kan bli en period då man växlar mellan hopp och förtvivlan innan man vet hur allvarlig skadan är och ska ta till sig skadans omfattning och konsekvenser. Skadan kan också vara så allvarlig att det är osäkert om föräldern kommer att överleva. Vuxna kanske inte uppmärksammar hur barnet mår i situationen för att all uppmärksamhet riktas mot hur den skadade mår. (12)

Reaktionen på en ryggmärgsskada kan beskrivas som en sorgprocess för den drabbade, med risk för depression och grubbleri i det akuta skedet, vid första besöket hemma och vid utskrivning. Vid dessa tillfällen konfronteras både den skadade och familjen med de praktiska konsekvenserna av skadan. Barns reaktioner kan följa ett liknande mönster. (12)

Om en förälder har blivit allvarligt skadad i en olycka som barnet blivit vittne till eller själv varit med om kan det ha traumatiserats. Det kan t.ex. plågas av mardrömmar och påträngande sinnesintryck. Om barnet inte varit med om kan det skapa sig egna bilder om det som hänt och även då drömma mardrömmar. Barn vill ofta i en akut situation inte skapa ytterligare bekymmer för föräldrarna och berättar inte alltid om detta, av hänsyn till övriga familjen. (12) Om olyckan beskrivits i media kan barn råka ut för att få nyfikna frågor från omgivningen, kanske från helt okända personer.

Det känslomässiga klimatet kan påverkas

Cancer kan påverka familjesituationen så att detta i sin tur påverkar barnets psykiska eller fysiska hälsa. Samspelet i familjen kan variera över tid och påverkas olika i olika faser i ett sjukdomsförlopp. Den friska föräldern kämpar ofta med känslor av otillräcklighet och maktlöshet. (13)

Risken för depression ökar hos partnern till en person med MS. Det innebär att barn i familjer med MS kan uppleva att båda föräldrarna periodvis är mindre känslomässigt tillgängliga. (12) Depression hos båda föräldrarna ökar risken för psykiska problem hos barnen. Risken att utveckla känslomässiga och beteendeproblem är större om det är mamman som har MS än pappan samt för barn i tonåren. (14, 19)

Vissa sjukdomar innebär gradvisa eller plötsliga personlighetsförändringar. Föräldern kanske blir aggressiv och otålig, mer krävande eller glömsk. Sjukdomen kan t.ex. ge ökad stresskänslighet, svårigheter att planera och ta initiativ. Vetskapen om att det beror på sjukdomen gör det inte nödvändigtvis lättare att hantera. Sådana förändringar är påfrestande i sig, men kan också leda till en ökad konfliktnivå i familjen.

Oro och andra egna symtom

Livet kan förändras på ett dramatiskt sätt av t.ex. en cancerdiagnos, även om många cancerformer idag kan botas. Barn kan bli starkt berörda när en förälder får cancer, med rädsla för att föräldern ska dö, med ökad risk för ångest, depression, sorgereaktioner och många existentiella funderingar, givetvis olika beroende på barnets ålder och på hur allvarlig sjukdomen är. Problem med aptit och sömn är inte ovanliga hos barn, liksom rädsla och frustration. (20)

Att växa upp med en förälder med allvarlig neurologisk sjukdom, som t.ex. MS och HS, ökar risken för psykisk ohälsa hos barn och unga. (14, 17) De psykiska besvär som beskrivs i några studier är beteendeproblem, ångest, depressivitet och sociala problem.

I en intervjustudie bland barn till föräldrar med neurologiska sjukdomar vid Karolinska sjukhuset förekom symtom hos barnen som huvudvärk, ätstörningar, oro, att man struntar i sig själv och bryr sig om ”alla andra” samt ensamhet. (11)

Unga vars föräldrar har HS beskriver bristen på stöd och känslan av ensamhet, både i familjen och bland vännerna. De upplever ofta att de lever ”i Huntingtons skugga”. (17) Även unga med föräldrar med MS upplevde att sjukdomen var en stor del av deras liv och att de missat möjligheten att få vara barn. Andra lyfte fram det positiva som uppväxten med en sjuk förälder medfört, som att bli mer oberoende och mer omhändertagande. (14)

Oro för att själv drabbas

En del neurologiska sjukdomar är ärftliga. Barn till föräldrar med MS är ofta bekymrade både för förälderns hälsa och för sin egen framtid. De funderar på om de själva ska insjukna och uttrycker oro inför framtida beslut att flytta hemifrån och välja utbildning. Oron för den egna hälsan kommer hos barn till föräldrar med HS till uttryck som trötthet, brist på självkänsla och undvikande av relationer samt som ångest, panikattacker och insomningssvårigheter. Unga ställs inför frågan om de ska ta reda på huruvida de är anlagsbärare eller inte. Att leva som riskperson kan påverka ungas tankar om framtiden, som framtida relationer och egna barn. (15, 17, 18)

Barn med förälder som avlider

Varje dag förlorar ungefär åtta barn under 18 år en förälder i Sverige. Det är drygt 3000 barn om året, eller drygt tre procent av alla barn under uppväxten. Uppskattningsvis 40 procent av dödsfallen beror på cancer. (21) Mellan 500 och 600 barn förlorar årligen sin förälder genom självmord. (22) Barn som drabbas av förälders oväntade dödsfall är ofta förskolebarn. (2)

En del mister sin förälder plötsligt, ibland genom dramatiska händelser, som olycka, självmord eller mord. För andra föregås förälderns död av en kortare eller längre period av sjukdom.

Texten i detta avsnitt bygger i huvudsak på ett kapitel i en norsk antologi om barn som anhöriga som refererar aktuell forskning och erfarenhet (13), på ett nationellt vårdprogram för palliativ vård (23) och Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd på området (24), en bok om att vara efterlevande efter självmord (25), erfarenheter från Barntraumateamet i Norrköping (22) samt ett seminarium med experter om barn som mister en förälder som Socialstyrelsen anordnade i maj 2012.

En förälders död kan ge konsekvenser även på lång sikt

En förälders svåra sjukdom och förtida död är bland det mest dramatiska som kan drabba ett barn. Utöver en normal kris- eller sorgereaktion kan den få konsekvenser för barnets psykiska hälsa på kort och lång sikt. Ångest och social tillbakadragenhet är vanligare två år efter dödsfallet hos skolbarn som förlorat en förälder. (23) I nordiska registerstudier har det visats att en förälders dödsfall, oavsett dödsorsak, ökar risken för dödsfall och självmordsförsök bland barnen. (26, 27) Risken att dö i förtid är nära nog fördubblad för unga med en förälder som avlidit. (28) Att skada sig själv, genom att till exempel skära eller bränna sig, är dubbelt så vanligt bland tonåringar som mist en förälder i cancer jämfört med andra ungdomar. (29)

En plötslig, oväntad och/eller traumatisk förlust påverkar den psykiska hälsan särskilt mycket. Det finns risk för allvarigare och mer långvariga reaktioner, för traumatisk stress och komplicerad sorg. (30)

Den kvarvarande föräldern eller andra vuxna i familjen har att hantera såväl sina egna reaktioner som barnens, samtidigt med att en lång rad praktiska frågor ska lösas. Med allvarlig sjukdom och död i familjen ställs starkt ökade krav på den friska/efterlevande föräldern att räkna till, samtidigt som såväl den känslomässiga påfrestningen som det utökade praktiska ansvaret kan göra att orken tryter. Det innebär att föräldrar inte alltid klarar att ge barnen den omsorg som de önskar och som barnen behöver. Föräldrarnas omsorgskapacitet är i hög grad avhängig av att de i sin tur får stöd i att hantera situationen. Norsk forskning visar att det är relativt vanligt med komplicerade sorgereaktioner hos efterlevande föräldrar. (13)

Den efterlevande föräldern kan behöva såväl rådgivning som konkret hjälp när en förälder avlidit – om hur man kan ge barnen beskedet och samtala om det som har hänt och vad som väntar, om förberedelse för barns avsked av den avlidna föräldern, om information till förskola och skola m.m.

Familjens nätverk kan vara ett stort stöd. I vissa fall kan personer i nätverket dock ha svårt att ge adekvat stöd, om de inte vågar eller vet hur de ska närma sig familjen och barnen som gjort förlusten eller har bestämda uppfattningar om hur situationen ska hanteras som inte passar familjen.

Det finns enligt forskningen ett samband mellan den information barn får och deras möjligheter att få ställa frågor för att förstå samt psykiska, fysiska och sociala konsekvenser av situationen. (24)

I vissa fall går den kvarvarande föräldern som förlorat sin partner relativt snart in i ny relation. Det kan vara positivt, men ibland kan det kännas svårt för barnen och de kan eventuellt hamna i skuggan av föräldrarnas förälskelse.

Barn med förälder i livets slutskede

Forskning visar att föräldrar ofta är osäkra på vilken och hur mycket information de ska ge barn om sjukdomen, prognosen, sin egen oro och rädsla m.m. (13) För att skydda sina barn tvekar föräldrar ofta i det längsta med att berätta att föräldern kommer att dö på grund av sjukdomen. De vill inte göra sina barn illa och är ofta oroliga för att välja fel tillfälle eller för att bryta ihop inför sina barn. Den döende föräldern har ofta skuld känslor inför att överge sina barn. (23)

Föräldrar kan också välja att hålla barnen utanför för att de själva reagerar så starkt på situationen. En svårighet handlar också om hur man som förälder ska kunna vara ärlig när man själv inte har alla svar. För den

som drabbas av en dödlig sjukdom (själv eller hos den andra föräldern) och samtidigt har minderåriga barn ökar risken för panik, oro, ångest och depression, jämfört med patienter och makar utan beroende barn. (23)

Även om familjen vet att en förälder är svårt sjuk kan dödsfallet ändå komma som en chock. Aktuell svensk forskning bland barn i åldern 13–16 år som förlorat en förälder i cancer visar att mer än hälften av dem inte förstod att föräldern skulle dö förrän så sent som tre dagar före dödsfallet. (31) Studien visar också att en del unga har misstolkat information och händelser i samband med föräldrarnas död och långt efteråt kan ha kvar frustration och ilska gentemot vården för att de tror att den inte gjorde allt för att föräldern skulle klara sig.

Enligt det nationella vårdprogrammet för palliativ vård behöver barn med en döende förälder hjälp med att förstå vad som händer, bli inkluderade i sammanhanget och få hjälp att hantera situationen. De behöver få balanserad information om sjukdom, orsak, prognos, vård och behandling, hur föräldern och familjen kommer att påverkas samt om hur människor i deras situation kan tänka och reagera. De måste få veta till vem de kan vända sig om de har ytterligare frågor eller tankar som de inte kan – eller av hänsyn inte vill – ta upp med sina föräldrar. (23)

Särskilt de yngre barnen kan också behöva få veta att de varken är skyldiga till eller kan bota sin förälders sjukdom. Barn till ensamstående föräldrar behöver få besked om grundläggande frågor som vem som kommer att ta hand om dem och var de ska bo. (23)

Förälder som oväntat avlider

När föräldrar avlider plötsligt och oväntat, genom olycka, sjukdom, våld, självmord eller naturkatastrof, försätts hela familjen i ett chocktillstånd. Den kvarvarande föräldern har att såväl hantera sina egna reaktioner som trösta och ge barnen stöd. Även efter ett långt sjukdomsförlopp kan döden komma oväntat – såväl faktiskt som känslomässigt.

Vid plötsliga dödsfall kan det vara många olika samhällsinstanser som involveras, i det akuta skedet och därefter. Mycket talar för att det finns brister i samverkan och strukturer för det samhälleliga ansvarstagandet och ansvarsfördelningen när det gäller att tillgodose barns behov i den situationen. En kartläggning i några regioner visar att det praktiskt taget saknas handlingsplaner och rutiner för samverkan och stöd till barn i samband med att föräldrar avlider oväntat.³

3. Socialstyrelsen publicerar en sammanfattande rapport hösten 2013.

Förälder som tar sitt liv

Barns och ungas reaktioner efter en förälders eller annan nära anhörigs självmord påverkas bl.a. av deras ålder och utveckling, hur självmordet förklaras för dem, vilket förhållande de hade till den döde, om de var med när den avlidna hittades samt tidigare traumatiska händelser som barnet varit med om. Den kvarvarande förälderns förmåga att ge stöd, kommunikationen i familjen liksom stödet runt familjen och i barnets eget nätverk i förskola eller skola har stor betydelse. Vanliga omedelbara reaktioner är t.ex. chock, överklighetskänslor, avstängdhet och skuld. Med tiden kan barn och unga visa tecken på bristande energi, få sömn-, aptit- och viktrubbningar och koncentrationssvårigheter, rastlöshet, ilska etc. (25)

När en förälder eller annan vuxen i familjen tar sitt liv kan barn och unga uppleva en tredubbel förlust. De kan känna sig övergivna av såväl den förälder som valt att ta sitt liv som den kvarvarande och av ev. syskon som blir upptagna av att hantera sorgen. (25)

Forskning visar på samband mellan den kvarvarande förälderns egna psykiska och sociala svårigheter och graden av barns och ungas svårigheter när en förälder tagit sitt liv. Barns och ungas utveckling kan försenas på grund av bristande känslomässigt stöd från sörjande och förtvivlade föräldrar. (25)

När det handlar om dödsfall genom självmord aktualiseras ofta en stark skuldproblematik och självförebåelser som påverkar både vuxna och barn i familjen. (13) Det blir också svårare att hantera situationen och ta ställning till vilken information man ska ge till omgivningen – från de närmaste till barnens kamrater, skolpersonal etc. Här kan den kvarvarande föräldern behöva få rådgivning, stöd och hjälp. Det är inte ovanligt att det uppstår familjehemligheter efter ett självmord, där vissa vet och andra inte, vilket bl.a. påverkar barns och ungas sorgprocess (25) och deras möjlighet att tala med utomstående om såväl händelsen som hur de mår.

Barns sorg

Barns sorg i det tidiga skedet har i forskningen beskrivits som ”randig”, för att de kan ”gå i och ur den”. Många barn delar upp sorgen i mindre doser för att orka med de starka, svåra känslorna, men också för att lek och andra aktiviteter ger dem möjlighet att ”vila” från sorgen.

Normala sorgereaktioner hos barn och unga kan variera från nästan inga synliga reaktioner alls till mycket starka och långvariga sorgereaktioner. (32) På längre sikt är det inte ovanligt med uppdämd, försenad

sorg, en känsla av att sorgen inte har läkt och återkommande sorg. Sorgen kommer ibland tillbaka, i takt med ökande mognad och förmåga att förstå och sätta ord på upplevelser samt i samband med nya faser i livet då förlusten av en förälder aktualiseras. (23)

Både den akuta fasens reaktioner och uppdämd sorg medför en risk för att vuxenvärlden misstolkar barnet som okänsligt och inte ser dess behov av stöd. Den återkommande sorgen kan vara svår att förstå för såväl den sörjande som omgivningen – ”det var ju så länge sedan” det hände. (23)

Barns sorg påverkas också av omständigheterna kring dödsfallet, den efterlevande förälderns och övriga familjens sorgereaktioner samt av hur den efterlevande föräldern mår och kan hantera situationen.

Barn i familjer med ett problematiskt bruk av alkohol och andra droger

Texten bygger på Socialstyrelsens tidigare publicerade vägledningar till socialtjänsten och andra aktörer om barn i familjer med missbruk (33,34) samt relevanta forskningsartiklar och rapporter.

Barn som föds med skador av alkohol

Mammans alkoholkonsumtion under graviditeten är en allvarlig riskfaktor för det väntade barnet. (35) De skador som alkoholen kan ge upphov till kan ge livslånga svårigheter. I västvärlden uppskattar man att fosterutvecklingen har påverkats av alkohol hos omkring en procent av alla barn som föds. De har s.k. fetala alkoholspektrumstörningar, FASD. (36) I Sverige motsvarar det omkring 1000 barn om året. En del har så allvarliga skador att de kan få diagnosen fetalt alkoholsyndrom, FAS. Det är få barn som diagnostiseras med FAS och många av dem får sin diagnos långt upp i åldrarna. Det är också stora regionala variationer i diagnostisering av olika tillstånd hos barn som är orsakade av mammans alkoholkonsumtion eller annat drogbruk under graviditeten.⁴ Det innebär att många barn som föds med skador av alkohol inte får adekvat stöd under uppväxten.

Skador på hjärnan och centrala nervsystemet är det som vållar störst problem i det dagliga livet för barn med FASD. Typiska svårigheter är koncentrations- och inlärningssvårigheter, hyperaktivitet, impulsivitet, brister i logiskt och abstrakt tänkande, dåligt arbetsminne och problem med sociala relationer. Dessa svårigheter kan i sin tur leda till dåliga skolresultat och utanförskap. I ett längre perspektiv kan konsekvenserna i vuxen ålder vara ökad risk för social utslagning, missbruk och kriminalitet. (37)

En del barn som utsatts för alkohol under fosterlivet uppfyller kriterierna för ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) eller andra neuropsykiatriska diagnoser. (38)

4. Preliminära resultat från en registerstudie vid Socialstyrelsen, kommande rapport 2013.

Skyddsfaktorer och prognos

Fosterskadorna av alkohol blir bestående under hela livet. Vilka svårigheter skadorna kommer att ge är individuellt och påverkas till en del av olika skyddsfaktorer. I forskning har man kunnat konstatera att en viktig skyddsfaktor är att barnet tidigt placeras i trygga och stabila förhållanden, helst före sex månaders ålder. En annan viktig faktor är att barnet blir ordentligt utrett, så att en eventuell diagnos kan ställas, helst innan skolstarten. Barn som dessutom sluppit uppleva våld i hemmet, upprepade separationer eller att själva ha blivit slagna klarar sig också bättre. (37) Ansvar för att behovet av dessa skyddsfaktorer tillgodoses vilar till stor del på barnhälsovård och socialtjänst.

Att växa upp med ett problematiskt bruk av alkohol och andra droger i familjen

Att växa upp med ett problematiskt drickande eller missbruk/beroende i familjen innebär ofta en tung situation i vardagen för barn och unga och medför dessutom en ökad risk för en rad olika problem i framtiden. Det kan också ge påtagliga konsekvenser för barns och ungas hälsa, utveckling och vardag här och nu, i familjen och i förskola/skola.

De flesta studier har fokuserat på konsekvenser för barn och unga av att ha pappor med alkoholmissbruk, varför kunskapen är mer bristfällig när det gäller mammor som missbrukar.

Vad gäller konsekvenser på sikt av att växa upp med ett problematiskt bruk av alkohol eller andra droger i familjen spelar sådant in som barnets ålder, utvecklingsnivå och egen sårbarhet samt kombinationen av olika risk- och skyddsfaktorer. (39) Att växa upp med en ensamstående förälder med missbruk, eller om båda föräldrarna/vuxna i familjen har ett problematiskt bruk eller missbruk, gör barnets situation särskilt utsatt. Även om barnet inte lever med eller har umgänge med den missbrukande föräldern kan såväl känslor i nuet som tidigare upplevelser i förhållande till föräldern ha betydelse för hur barnet mår.

Forskning visar att en rad kända riskfaktorer är vanligare i familjer med missbruk än i andra familjer, t.ex. psykisk ohälsa och våld. (40) Familjer där det finns missbruk är dysfunktionella i högre grad än familjer i allmänhet och konfliktnivån är högre. (41) Barn till föräldrar med alkoholproblem löper en större risk än andra barn att utsättas för vanvård, fysiska övergrepp och kroppslig bestraffning. (42) Risken för vanvård och övergrepp tycks vara störst då föräldrar har samsjuklighet med missbruk/beroende och psykisk ohälsa eller personlighetsstörning. (43, 44)

Barn som växer upp med missbruk i familjen lär sig inte heller i samma utsträckning som andra barn konstruktiva strategier för att bemästra problem, s.k. copingstrategier. (45)

Svenska studier har visat på risk för utvecklingsförseningar och ökad risk för psykisk ohälsa hos förskolebarn till föräldrar med alkoholberoende. (46) En longitudinell svensk studie visar att barn till föräldrar med alkoholmissbruk oftare själva utvecklar missbruk som unga vuxna. (47) Här finns också en genetisk sårbarhet.

En dansk registerstudie visade att 13-åringar med alkoholmissbruk i familjen hade ökad risk för ohälsa, självdestruktivitet och destruktivitet mot andra samt en ökad risk för eget missbruk (i en uppföljning till 27 års ålder). (48) Att ha föräldrar med missbruk har också samband med ökad risk för tonårsföräldraskap, svårigheter att bilda och behålla en familj samt arbetslöshet. (49)

En studie bland ungdomar som vårdats vid mottagningen Maria Ungdom i Stockholm för eget missbruk visar att det var en hög andel som hade föräldrar med missbruk, psykisk ohälsa och våld i familjen. Även om föräldrarna under lång tid varit kända inom missbruks- och beroendevård och/eller psykiatri var ungdomarna och deras situation sällan kända av socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatrin. (50)

Missbruk av narkotika är inte lika vanligt, men förekommer givetvis även bland föräldrar. En kartläggning i Göteborg visade att nära en tiondel av alla med tungt narkotikamissbruk levde med barn (136 personer). (51)

Även läkemedelsmissbruk hos föräldrar påverkar barn. Det är ännu mer dolt och mindre beforskat än annat missbruk.

En del studier tyder på att kvaliteten i barnets relation till den andra föräldern kan motverka de negativa konsekvenserna av att en förälder missbrukar (52), medan andra studier inte har kunnat finna någon sådan effekt. (53) Den andra förälderns psykiska hälsa har naturligtvis betydelse. En pappa som missbrukar och mamma som är psykiskt instabil ökar risken för negativa konsekvenser för barn och unga. (54) Forskning visar att övriga familjemedlemmar kan vara minst lika fysiskt och psykisk påverkade av missbruket som den förälder som missbrukar, och vara i behov av hjälp för egen del. (33)

En grundläggande faktor är hur det problematiska bruket eller missbruket/beroendet påverkar föräldrarnas förmåga att tillgodose sina barns behov. En annan är hur medvetet och aktivt den missbrukande föräldern arbetar med sina problem, liksom föräldrarnas förmåga att se bruket/missbruket och situationen ur barnets eller den ungas perspektiv. Ett väl-

fungerande samspel i familjen är en av de viktigaste skyddsfaktorerna som kan förebygga utveckling av problem hos barn i familjer med missbruk, såväl under uppväxten som senare i livet. (34)

Missbruk i familjen är en av de vanligare orsakerna till placering utanför hemmet. Minst en tredjedel av barn och unga som socialtjänsten placerat utanför hemmet kommer från familjer med någon form av missbruk. (55)

Ett problematiskt bruk av berusningsmedel i familjen kan vara svårt att upptäcka

Berusning, missbruk och beroende förekommer i alla samhällsklasser och miljöer. Flera undersökningar pekar på en ökning av andelen storkonsumenter av alkohol sedan 1990-talet. Dessutom har antalet berusningstillfällen ökat. Därmed finns också en risk för ökat beroende. Missbruk hos en förälder kan ofta vara en familjehemlighet. Därmed kan det vara svårt att identifiera vilka barn som lever i familjer med missbruksproblem. (33)

Alkohol är socialt accepterad i vårt samhälle. Det går inte alltid att avgöra var gränsen går mellan bruk, riskbruk, problematiskt bruk och missbruk, eller när det kan bli negativa konsekvenser för barn. Det är inte mängden alkohol som avgör, utan vilka konsekvenser det får för barnen, samspelet och föräldraskapet. Även enstaka berusningstillfällen kan ur ett barns perspektiv vara skrämmande och få allvarliga konsekvenser, t.ex. om barnet utsätts för fara eller obehagliga upplevelser. Ett problematiskt drickande av mindre omfattning kan få allvarliga konsekvenser för små barn och barn som har behov av särskilt stöd (t.ex. pga. funktionsnedsättning, neuropsykiatriska svårigheter) eller av andra skäl har en särskild sårbarhet. (33)

Det är angeläget att upptäcka och uppmärksamma barn och unga i familjer med ett problematiskt bruk eller missbruk av alkohol och andra droger så tidigt som möjligt. Ofta har ett missbruk pågått i många år – och påverkat barns situation – innan en förälder söker hjälp eller på annat sätt kommer i kontakt med missbruks- och beroendevården.

De barn och unga vilkas föräldrar redan är kända för sitt missbruk i någon av kommunernas eller landstingens verksamheter måste bli uppmärksammade vad gäller behov av information, råd och stöd. Det är ett ansvar för missbruks- och beroendevården, psykiatrin, primärvården (husläkare, mödra- och barnhälsovård), socialtjänstens olika verksamheter (missbruks- och beroendevård, barn- och ungdomsvård, familjerätt, ekonomiskt bistånd, socialpsykiatri m.fl.).

Kontinuerlig stress i vardagen

Att ha en förälder som har ett problematiskt drickande eller missbrukar kan innebära en kontinuerlig stress, beroende på missbrukets svårighetsgrad, missbruks- respektive missbruksfria perioder, återfall etc.

Några vanliga effekter som missbruk/beroende kan ha på föräldrar, vilka i sin tur får konsekvenser för föräldraskapet, är utagerande beteende, dålig impuls kontroll, brist på närvaro, nedstämdhet och tillbakadragenhet. (33)

Det finns också ett samband mellan vissa neuropsykiatriska svårigheter och missbruk (56) som ytterligare kan komplicera situationen.

Familjelivet kan karaktäriseras av oförutsägbarhet, brist på struktur, kontinuitet och planering, dvs. kaos (periodvis eller konstant). Barn kan svara på detta med inåtvänt eller utagerande beteende, som tillbakadragenhet, passivitet, kravlöshet och/eller aggressivitet, ett modererande förhållningssätt. Konsekvensen kan bli bristfällig jagutveckling, osäkerhet, ängslan, eftersläpningar i utvecklingen och kontaktsvårigheter. (33)

En förälder med missbruksproblem kan bli mindre känslomässigt tillgänglig, mindre lyhörd, mer inkonsekvent och lättretlig. Föräldern kan brista i tillsyn och omsorg och kanske inte orkar engagera sig i barnets behov och aktiviteter. (33)

I vissa fall tvingas barn och unga ta för stort ansvar – i vardagen, för syskon och även för föräldrarna. S.k. destruktiv parentifiering, när barn och unga har övertagit ett vuxenansvar i familjen, kan leda till psykiska problem. I vissa fall kan det dock samtidigt ge en ökad tilltro till den egna förmågan att klara svårigheter. (33)

Eftersom missbruks- och beroendeproblem inte sällan förknippas med skuld och skam försvåras situationen ofta genom att man dels inte talar om problemen i familjen eller kanske rent av förnekar dem, dels att barn inte får yppa något om problemen utanför familjen och därför också får svårare att be om hjälp när det behövs. (33)

Samordnat stöd till barn och föräldrar i familjer med ett problematiskt bruk av berusningsmedel

Trots att sambanden är väl kända saknas det ofta ett familje- och föräldraskapsperspektiv i missbruks- och beroendevården. Inom socialtjänsten brister det ofta i samordning av utredningar och insatser för barn och föräldrar när det finns missbruk/beroende i familjen. (34)

En vanlig insats är att bidra till att stärka skyddsfaktorer och barns och ungas förmåga att hantera situationen, t.ex. genom att de deltar i stödgruppsverksamhet. Om det inte parallellt görs insatser för att minska riskfaktorerna och stödja föräldrar i föräldraskapet finns det risk för att barn och unga lämnas att själva hantera en livssituation som är alltför problematisk. (34)

Barns och ungas situation behöver utredas för att man ska kunna bedöma vilket behov av stöd och skydd som finns. Socialtjänsten behöver arbeta med både risk- och skyddsfaktorer i familjen och omgivningen. Barn behöver så långt som möjligt beskyddas från att bevittna missbruk. (34)

Barn behöver också få konkret och åldersadekvat information om vad ett missbruksproblem är, hur det påverkar familjen och föräldrarna och vad som sker i familjen. De kan ha behov av att få veta att missbruks- och beroendeproblem är vanliga och att många andra har liknande erfarenheter. (34)

Barn med förälder som har psykisk ohälsa

Detta kapitel tar upp vad man vet från forskning och erfarenhet om barns situation när föräldrar har psykisk ohälsa. Långt ifrån alla barn som växer upp med en psykiskt sjuk förälder utvecklar egen psykisk ohälsa. Samtidigt har forskning som redovisas nedan visat att det finns ett samband mellan psykisk sjukdom hos förälder och psykisk ohälsa hos barn.

Texten bygger på en norsk antologi om barn som anhöriga som refererar aktuell forskning och erfarenhet på området (9), skriften Mod och mandat (57) samt relevanta vetenskapliga artiklar och annan litteratur.

Psykisk ohälsa är vanlig i befolkningen

Psykisk ohälsa kan handla om allt från tillfällig psykisk svikt eller lindrigare psykisk ohälsa till psykisk sjukdom och varaktiga tillstånd som personlighetsstörning. Det kan röra sig om t.ex. depression, panikångest, tvångssyndrom, bipolär sjukdom, ätstörningar och andra självskadebeteenden. Föräldrar som varit med om traumatiska händelser kan lida av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Svårigheterna kan också vara överlappande. En förälder kan t.ex. både ha en personlighetsstörning och återkommande depressioner. Allvarlig fysisk ohälsa kan leda till psykisk ohälsa – och omvänt.

Olika kartläggningar visar att minst en tredjedel till uppemot hälften av alla patienter inom psykiatri har barn och att de flesta bor med dem. (58) (59) Drygt två procent av barnen i Sverige mellan 0–15 år har minst en förälder med diagnos från psykiatrisk slutenvård. (60) Eftersom det stora flertalet patienter med psykisk ohälsa finns inom öppenvård psykiatri eller primärvård är andelen föräldrar med psykisk sjukdom som lever med barn betydligt större. En uppdatering i den tidigare nämnda studien från CHES 2013 visade att knappt sex procent hade en förälder med psykisk sjukdom som vårdats på sjukhus. (2)

Barn som har en mamma som är deprimerad har oftare än andra barn också en pappa som är deprimerad eller lider av annan psykisk ohälsa. (62)

Psykiska problem hos föräldrar kan påverka föräldraförmågan

Föräldrar med psykisk ohälsa kan vara allt på en skala från dem som kan fungera väl såväl i vardagen som i sitt föräldraskap till de föräldrar som har psykotiska tillstånd och vanföreställningar och kan vara farliga för sig själva och andra. Föräldraförmågan kan också variera mellan friska och sjuka perioder. Det ställs också helt olika krav på en förälder till ett spädbarn, ett äldre barn respektive en tonåring.

Forskning och erfarenhet visar att även den andra föräldern eller andra vuxna i familjen kan bli så upptagen av problemen att den har svårt att uppmärksamma och tillgodose barnets behov.

Rent allmänt kan konstateras att psykisk sjukdom, psykisk funktionsnedsättning eller personlighetsstörning kan innebära sådana svårigheter som kan påverka lyhördheten och relationen till barnet. S.k. mentalisering räknas som en viktig del i föräldraförmågan, dvs. förmåga att på ett adekvat sätt tolka både egna och andras avsikter, att mentalt kunna sätta sig in i en annans situation samt också kunna betrakta sig själv utifrån. (63, 64) Vid psykisk sjukdom eller traumatisering är det känt att föräldrar kan besväras av trötthet, koncentrationssvårigheter, oro och ångest. Medicinering kan bidra till trötthet och mimiklöshet. En psykisk sjuk förälders beteende och reaktioner kan upplevas som svårbegripliga, avvisande eller skrämmande och det kan vara svårt för barnet att lita på en förälder som betar sig och reagerar oförutsägbart, har vanföreställningar eller förföljelsetankar.

En personlighetsstörning kan innebära kraftiga och oförutsägbara känslösvängningar, svårigheter att hantera känslor och nära relationer samt att reflektera över sig själv.

En förälder med låg stresstålighet och svårigheter med impuls kontroll kan bli hotfull och utsätta barnet för kränkande tillmälen eller våld.

Erfarenheten visar att tillvaron i familjen vid allvarlig psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning periodvis kan vara kaotisk och att det kan saknas ramar och struktur i vardagen.

Psykisk sjukdom eller psykiska funktionsnedsättningar hos vuxna i familjen kan få konsekvenser i form av ansträngd ekonomi eller andra stressfaktorer, vilka i sin tur kan leda till ökade konflikter i hemmet.

Forskning kring föräldrar som lider av allvarlig depression visar att de ofta har svårigheter i sitt föräldraskap. (65) Depression hos mammor innebär en ökad risk för tvingande och fientliga föräldrabetenden (66) och hög grad av kritik. (67)

Schizofreni och allvarliga och långvariga depressioner hos föräldrar kan medföra att barn upplever, bevittnar eller involveras i beteenden med hallucinationer, vanföreställningar, starka känsloutbrott eller undandragande av kontakt. Sjukdomen hos föräldrar kan också leda till att barn utsätts för psykosociala påfrestningar i familjen i form av aggressivitet och konflikter. (68)

Psykisk traumatisering kan få konsekvenser för föräldraskapet, t.ex. om påträngande och skrämmande minnesbilder invaderar föräldern och skapar oförklarliga reaktioner. Om föräldern i tankar och känslor i hög grad lever kvar i traumat och upplever tillvaron som fortsatt hotfull och farlig kan det påverka barnets trygghet, föräldrarnas och barnets realitetsuppfattning, relationen dem emellan och föräldraförmågan. (4)

I familjer med psykisk ohälsa hos föräldern eller föräldrarna förekommer oftare än i andra missbruk, våld i familjen och försummelse av barnets känslomässiga och/eller fysiska behov. (69)

Risk att anknytningen påverkas

Psykisk sjukdom hos en förälder som har ett spädbarn kan av naturliga skäl påverka barnets anknytning till den föräldern, t.ex. om föräldern har svårt att avläsa barnets signaler, förstå sitt barn och erbjuda skydd och tröst respektive vara en trygg bas när barnet nyfiket vill utforska eller leka.

Barn som utvecklar en s.k. desorganiserad anknytning löper en ökad risk att utveckla egna svårigheter under barndomen och senare i livet. (6) De har oftare föräldrar med psykisk ohälsa, missbruk eller föräldrar som utsätter barnet för fysisk eller psykisk vanvård. (7)

Konsekvenser av att växa upp med en psykiskt sjuk förälder

Forskning visar på ett starkt samband mellan psykisk sjukdom hos förälder och psykisk ohälsa hos barn. (60, 70) Liksom i andra situationer är det kombinationen av risk- och skyddsfaktorer som avgör vilka konsekvenser psykiska problem hos föräldrar kan få för barnen. Den andra föräldern, samspelet i familjen och förutsättningar i omgivningen har stor betydelse, liksom barnets egen personlighet och sårbarhet. En riskfaktor behöver inte vara avgörande, men flera riskfaktorer förstärker varandra. Ju fler problem det är i familjen, desto större kan konsekvenserna bli. Risken för att barnets psykiska hälsa påverkas negativt är störst när en förälder har en personlighetsstörning och ett aggressivt och fientligt beteende mot barnet. (70)

En forskningsöversikt visar att barn i familjer med psykisk sjukdom oftare än andra barn upplever svårigheter i det dagliga livet, känner mer skuld och har svårigheter i mellanmännsliga relationer. De har också oftare svårt att lita på andra barn och vuxna. Barn till föräldrar som vårdats inom psykiatrisk slutenvård har stressreaktioner av olika slag som t.ex. beror på att den sjuka förälderns beteenden kan vara svårförståeliga samt att den andra föräldern underskattar det tryck som barnet utsätts för och inte kan ge barnet trygghet. (71)

Barn som lever med en förälder som lider av depression har en ökad risk för problem som utagerande beteende, uppförandestörning och ångesttillstånd. (72)

För barn som växer upp med en förälder som har psykisk sjukdom är risken att själv vårdas för en psykiatrisk diagnos tredubblad och risken för förtida död fyrdubblad jämfört med andra barn. Även risken för självmordsförsök och för alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser är förhöjd. (60) Barn till psykiskt sjuka kan också bära på en genetisk sårbarhet för psykisk ohälsa.

Risken för att unga försöker begå självmord ökar efter att en förälder blivit psykiskt sjuk eller försökt begå självmord. Särskilt hög är risken de första två åren efter förälderns insjuknande/självmordsförsök. (73)

Barn får ibland ta vuxenansvar och ta hand om såväl sig själva som syskon och ibland även föräldern. Barn kan ta ett stort ansvar för såväl det känslomässiga klimatet som praktiska göromål i familjen. En del barn reagerar istället med likgiltighet eller tillbakadragenhet från familjelivet. (74)

Oro

Barn är ofta känsliga för förälderns hälsotillstånd. Även små barn känner av när föräldern inte mår bra. Erfarenheter visar att barn till förälder med allvarlig psykisk ohälsa kan vara oroliga för att föräldern aldrig ska bli frisk, ska dö eller ta sitt liv. En del har varit med om att föräldern gjort ett självmordsförsök och är oroliga för att det ska upprepas. Barnet kan också ha skuld känslor och oro för att det kunde ha gjort något för att förhindra självmordshandlingen eller för att föräldern ska känna att det är värt att leva. Barn kan också bli arga på sin förälder och kan inte förstå att föräldern kan tänka sig att överge dem. Den vreden kan i sin tur väcka skuld känslor hos barnet.

Även under perioder då föräldern mår bättre kan det finnas oro för att föräldrarnas psykiska hälsa ska försämrans. Många gånger är det enligt erfarenhet barnet som först blir uppmärksamt på att föräldern håller på att insjukna. Tecken som barnet lärt sig känna igen och förstå kan öka både vaksamheten och rädslan.

Det finns också exempel på att barn kan vara oroliga för att de inte ska kunna bo kvar hos sina föräldrar, alternativt ha en förbjuden önskan att få bo i en tryggare miljö.

Skam, tystnad och familjehemlighet

Psykisk sjukdom uppfattas fortfarande ofta – av såväl den drabbade som omgivningen – som något skamligt som man inte gärna pratar om. Det kan enligt erfarenhet innebära att lite äldre barn som kan reflektera över sin situation inte vill ta hem kamrater eller att föräldern ska komma till skolan.

En del föräldrar tror eller intalar sig att barnen inte sett eller märkt så mycket av problemen. Andra har själva varit barn till en psykiskt sjuk förälder. Även om de därmed kan vara medvetna om sitt barns behov av information och stöd, kan skammen över att ha orsakat det egna barnet samma svårigheter göra att det kan vara svårt för föräldern att öppna upp för samtal. (75)

Tystnad kan också uppstå ur en ömsesidig önskan om att skydda varandra. (74) Kommunikationen präglas inte sällan av osäkerhet. Vad ska jag säga? Vilka ord ska jag använda?

Om föräldern saknar sjukdomsinsikt eller förnekar sin psykiska sjukdom kan det skapa förvirring och osäkerhet hos barnet. Dess upplevelser blir inte bekräftade, barnet vet inte vad det ska tro och kan börja tvivla på sin egen uppfattning.

Talar man inte öppet om sjukdomen får barnet också svårare att söka hjälp utanför familjen.

Negativa konsekvenser kan förebyggas

Forskning visar att det som är gemensamt för barn som klarar sig bra är att det finns en öppenhet om föräldrarnas psykiska sjukdom, att det fungerar bra i de sociala relationerna och att de kan tillgodogöra sig stöd från omgivningen. (74)

Erfarenhet visar att många föräldrar tänker mycket på hur svårigheterna påverkar barnet och kan känna en lättnad när någon tar upp frågan.

Att växa upp med en psykiskt sjuk förälder behöver inte alltid bara få negativa konsekvenser. I en liten intervjustudie berättade några barn att de delvis kände sig mognare än sina jämnåriga. De tyckte att de växte som människor av att få ta ett ansvar som kamraterna inte behövde ta. Ansvaret fick dock inte vara för tungt. (76)

För späda och små barn som är helt beroende av föräldern eller andra vuxna är det grundläggande att få knyta an till någon som kan ge den fysiska och känslomässiga omsorg som behövs för att de ska kunna utvecklas positivt. (6)

Skriften Mod och mandat tar upp barns behov av information på sin mognadsnivå om föräldrarnas svårigheter samt vad som görs för att hjälpa föräldern och familjen, att de ska få hjälp att se realistiskt på föräldrarnas sjukdom och se sig själv separat från den. Kunskap och hjälp att skapa sammanhang och mening kan stärka barnets möjligheter att förstå och hantera sin livssituation. (57)

Barn med förälder som har neuropsykiatriska svårigheter

Hur neuropsykiatriska svårigheter kan påverka föräldraskap har inte uppmärksammats i någon större utsträckning och det finns inte mycket forskning på området. (56, 77) Texten bygger i huvudsak på erfarenhetsbaserad kunskap, förmedlad vid ett seminarium anordnat av Socialstyrelsen i september 2012 för probleminventering om behov hos föräldrar med neuropsykiatriska svårigheter och deras barn (78) samt på några forskningsartiklar.

Ett brett spektrum

Det finns olika typer av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar, vilka innebär att man kan ha olika grader av svårigheter med att hantera vardagen och samspeja med andra. Det kan handla om svårigheter att planera och förutse, att omsätta teoretisk kunskap och insikt i praktiken, att kunna avläsa situationer, personer och sociala sammanhang, att komma igång eller att avsluta, att fokusera eller vara lätt distraherad m.m. Personer med olika neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är givetvis sinsemellan lika olika som alla andra. Samtidigt kan de kognitiva funktionerna inom respektive typ av funktionsnedsättning innebära likartade svårigheter i vardagen och föräldraskapet – från ringa eller måttliga begränsningar till omfattande i vissa fall.

Ibland finns även sociala, psykiska, ekonomiska och andra problem, inte sällan som konsekvens av de neuropsykiatriska svårigheterna. En svensk studie visade t.ex. att många patienter vid en psykiatrisk mottagning hade neuropsykiatriska svårigheter i kombination med psykisk ohälsa. (79)

ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) innebär svårigheter med uppmärksamhet, impulsivitet och överaktivitet i olika grad. Det finns olika typer av ADHD. Den vanligaste undergruppen är ADHD av kombinerad typ, med både stora uppmärksamhetsproblem och överaktivitet/impulsivitet. Men det finns också en undergrupp med huvudsakligen uppmärksamhetsproblem som har ringa eller ingen överaktivitet/impulsivitet. Denna grupp benämns ADHD med huvudsakligen uppmärksamhetsproblem, eller i dagligt tal ADD.

Till neuropsykiatriska svårigheter räknas också autismspektrumtillstånd. Dit hör t.ex. Aspergers syndrom, som innebär svårigheter med socialt samspel samt begränsade och stereotypa mönster i beteende, intressen och aktiviteter, detaljstyrning eller bristande flexibilitet. (80) I den nya diagnostiska manualen DSM-5 har Aspergerdiagnosen tagits bort och tillståndet ingår i paraplydiagnosen autismspektrumtillstånd. För diagnosen krävs att svårigheterna medför allvarliga problem i vardagen.

Även föräldrar med FASD (se kapitlet Barn i familjer med ett problematiskt bruk av alkohol och andra droger) kan pga. sina skador ha svårigheter av olika slag som påverkar föräldraskapet.

Det finns olika sätt att lära sig hantera svårigheterna och begränsa de negativa konsekvenserna i vardagen. Förståelsen för och kunskapen om neuropsykiatriska svårigheter, diagnostisering och olika former av adekvat stöd har ökat betydligt under de senaste decennierna. Idag finns en större medvetenhet om svårigheterna och det görs fler utredningar på barn och unga än tidigare. Det betyder att många föräldrar som i vuxen ålder har kvar sådana funktionsnedsättningar inte har fått sina svårigheter utredda. Man räknar med att ca 50–80 procent av dem som haft ADHD som barn har kvar svårigheterna i vuxen ålder och att minst fyra procent av alla vuxna, både kvinnor och män, har ADHD. (56) Det är inte ovanligt att en förälder i samband med att barnet får en neuropsykiatrisk diagnos inser att hon eller han själv har liknande svårigheter. Man räknar med att omkring en fjärdedel till hälften av de barn som får diagnosen ADHD också har en förälder med liknande svårighet. (56)

Det finns en stor variation i situationerna för barn i dessa familjer – beroende på barnets ålder och egna behov, vilken typ och grad av funktionsnedsättning föräldern har, s.k. samsjuklighet med t.ex. psykisk sjukdom och missbruk, den andra föräldern, familjens nätverk och situation i övrigt etc.

Det finns situationer där det fungerar bra i familjen, eller där praktiskt och annat stöd till föräldrarna kan vara tillräckligt för att tillgodose barnens behov. I en del situationer eller familjer kan det finnas omfattande behov av stöd och hjälp av olika slag. Gemensamt för många av dessa föräldrar är att de ofta kan känna sig otillräckliga pga. att de inte kan leva upp till sina egna och andras förväntningar på föräldraskap.

Känsla av otillräcklighet vanlig hos föräldrar

Föräldrar som på grund av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kämpar med svårigheter med att skapa struktur i vardagen är ofta medvetna om att detta kan innebära problem för barnen. Det kan kännas svårt att inte kunna stödja sitt barn på rätt sätt. Ibland kan en förälder rent teoretiskt veta precis vad hon eller han borde göra och vad barnet behöver, men ändå inte ha förutsättningar att få till det i praktiken. Det finns även föräldrar som saknar tillräcklig insikt om egna svårigheter och hur de kan påverka barnen.

Föräldrar med neuropsykiatriska svårigheter försöker ofta leva upp till höga krav på vad som är ett gott föräldraskap och sliter hårt för att få vardagen att gå ihop. Att inte lyckas komma upp i tid på morgnarna, missa föräldramöten, glömma bort barnens skolutflykter, inte ha mat hemma och behöva förklara detta för skolan eller andra berörda – är påfrestande för föräldern. Situationen blir inte heller lättare av att föräldern ser barnets skam över situationen, men inte har verktyg att kunna tillgodose barnets behov av grundläggande strukturer, guidning och stöttning.

Skam över att inte lyckas leva upp till egna och andras förväntningar kan också leda till att man inte vill ha någon insyn eller yttre inblandning i familjen och hur man klarar föräldraskapet. Det kan vidare innebära att man tackar nej när man erbjuds hjälp, och rent av känner sig kränkt av sådana erbjudanden.

Föräldraförmågan kan påverkas

En del föräldrar har pga. sin funktionsnedsättning svårt att mentalisera. dvs. att sätta sig in i barns situation och vara lyhörda för deras känslor och behov. Föräldern kan då ha svårt att tolka och bemöta barnets signaler. Föräldern kan ha svårt att uppfatta när barnet känner/tänker på annat sätt än föräldern själv. (80) Detta riskerar att påverka barnets självkänsla och självbild negativt. Om en förälder inte är riktigt känslomässigt närvarande eller nåbar, kan det påverka barnets anknytning.

En förälder med egna svårigheter med att förstå, sätta ord på och hantera känslor kan ha svårare att stötta utvecklingen av samma förmåga hos sitt barn. Detsamma gäller när det handlar om att hjälpa barnet att utveckla förmågor som impuls kontroll, planering eller problemlösning när föräldrar själva har svårt med detta.

Det kan också finnas osäkerhet kring sådant som handlar om grundläggande omsorg om barnen, som t.ex. När ska barn gå och lägga sig? Hur hårt ska jag säga till? När är ett barn för sjukt för att kunna gå till skolan?

Att veta vad som är ”normalt”

Föräldrar som på grund av sin funktionsnedsättning inte har förvärvat en inre uppfattning om vad som är ”det normala” är beroende av omgivningens uppfattningar av hur saker och ting ska vara.

Om föräldern redan har en låg självkänsla, stärks den inte av jämförelser med ”normala” familjers normer och ”den duktiga mamman” i omgivningen, eller moraliserande kommentarer från det egna nätverket – trots att vardagen kan fungera skapligt.

Det kan upplevas särskilt skambelagt och känsligt för mammor att inte kunna leva upp till förväntningarna, som kanske dessutom – pga. bristande kunskap hos föräldern om vad som är rimligt – kan vara ovanligt högt ställda och överambitiösa.

Ibland en kaotisk vardag

I en del familjer är det svårt att få vardagen att fungera så att barn får ordentliga måltider, kommer i tid till förskola och skola, har rena kläder och får med sig vad de behöver för skolarbetet, hämtas i tid när de är hos kontaktfamilj, kommer till undersökningen hos tandläkaren etc. Städningen hemma kan vara starkt eftersatt. Föräldern kanske har vänt på dygnet och har svårt att komma upp på morgnarna och kan vara i behov av stöd av praktiskt slag för att klara vardagen. På senare år har bristande tidshantering lyfts fram som ett stort hinder i vardagsfungerade för vuxna med ADHD. (81, 82, 83)

Det kan ibland i stället vara tvärtom, dvs. föräldern har behov av en överdrivet inrutad tillvaro, vilket också påverkar barnets vardag. Om en förälder har svårt med avsteg från rutinerna, kan det innebära att det inte får bli någon variation, att barnet t.ex. inte får ta hem kamrater.

Barn kan få ta mycket ansvar själva

För barn till föräldrar med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning kan skolan vara en stor utmaning och det finns risk för att skolgången blir eftersatt. Det kan ha att göra med att barnen själva har neuropsykiatriska svårigheter, men också att barn ofta får ta ett stort ansvar för hemmet och sin egen planering. Det kan också vara svårt att få hjälp med läxläsning.

Ett bekymmer för barn med föräldrar som har neuropsykiatriska svårigheter kan vara att de inte får den hjälp som annars börjar tidigt i livet med att ingå i social gemenskap, lära sig praktiska saker som att laga mat, sköta sin hygien och städa, orientera sig i samhället, ta ansvar för

ekonomi etc. Barnet kan därmed bli sämre rustat för att klara sig självt, för vuxenlivet och framtiden.

Skamkänslor

Ett barn som tycker att föräldern betar sig ”fyrkantigt” kan få svårigheter i sin relation till föräldern och känna sig obekvämt i föräldrarnas sällskap. Barn och unga kan i allmänhet tycka att det är pinsamt om föräldern i sociala sammanhang ibland betar sig på ett annorlunda sätt än andra vuxna.

Barnet kan känna skam när det inte finns rena kläder, när jympapåsen inte är med eller skolutflykten glöms av, i synnerhet som de kanske möts av en moraliserande attityd från omgivningen.

Då både förälder och barn har neuropsykiatriska svårigheter

Å ena sidan kan föräldrar med neuropsykiatriska svårigheter i vissa fall ha lättare att känna igen sig i och ha bättre förståelse för vad funktionsnedsättningen innebär och hur barnet vill ha det, än en förälder som inte har sådana svårigheter.

Å den andra kan de ibland ändå ha svårare att hantera och stödja barn som har egen sårbarhet och egna svårigheter, behov av tydlig struktur, ångest, riskbeteende etc. Om förälder och barn har olika typer av neuropsykiatriska funktionsnedsättningar kan det bli extra svårt för föräldern att förstå barnets specifika behov. Det kan också bli svårt att hantera situationen om barnet har extra stort behov av förutsägbarhet och föräldern har svårigheter med planering. Om både förälder och barn har svårigheter med impulskontroll kan det leda till bråk, skrik och handgripligheter.

För föräldrar som känner igen svårigheterna och de särskilda behoven, t.ex. av struktur och stöd, men pga. egna svårigheter ändå inte kan tillgodose dem, blir det smärtsamt att vilja men inte kunna. Föräldern vet att det krävs extra stort tålamod, ändå får hon eller han känsloutbrott och tappar fattningen – och känner skuld och skam över detta.

Svårt att be om hjälp

Många föräldrar drar sig för att be om hjälp utifrån. Det krävs en förtroendefull kontakt för att föräldrar ska kunna fråga och berätta hur de har det. Det kan också vara svårt för en utomstående att se och förstå att det kan finnas behov av stöd och hjälp i familjen. Det kan finnas en ojäm-

het i föräldraskapet hos en förälder med neuropsykiatriska svårigheter. En förälder kan i vissa fall vara adekvat och välfungerande i sitt arbete och andra situationer, men klarar inte att upprätthålla en vardagsstruktur i hemmet. Det kan också vara så att föräldern inte vågar berätta hur situationen är av rädsla för att socialtjänsten ska ingripa.

Nätverket runt familjen kan påverkas

Det finns risk för att familjer där en eller båda föräldrarna har neuropsykiatriska svårigheter blir isolerade, då det kan vara svårt att bibehålla sina och barnens kontaktnät. Omgivningens reaktioner och negativa kommentarer kan också göra att man väljer att begränsa sitt umgänge. I så fall saknas ett stödjande nätverk, och barnet vågar kanske inte berätta om sin situation för kamrater eller andra vuxna.

Missbruk och våld kan förekomma

När en förälder med neuropsykiatrisk funktionsnedsättning även har ett missbruk kompliceras barnets situation ytterligare. Förutom att missbruket i sig skapar problem bidrar det ofta till att föräldern har ännu svårare att upprätthålla strukturen i vardagen. Det kan innebära en mycket stökig eller kaotisk tillvaro för barnet, med sämre förutsättningar såväl materiellt som socialt och känslomässigt, kanske med brist på bekräftelse och ständiga upplevelser av svek.

En ännu allvarigare situation kan uppstå när de neuropsykiatriska svårigheterna innebär att föräldern har en dålig impuls kontroll. En del barn lever i familjer med både verbalt och fysiskt våld.

Särskilt hos föräldrar som samtidigt har missbruk finns risk för våld i familjen, mot både barn och partner.

Barn i familjer där det förekommer våld

Barn som utsätts för våld måste skyddas och få hjälp. Barn far illa av att bli vittne till våld eller andra övergrepp som begås av eller mot närstående vuxna. Våldet eller övergreppet är ett övergrepp även mot barnen (Proposition 2005/06:166 Barn som bevittnat våld s. 12).

Socialnämnden har ansvar för att ingripa till barns skydd, t.ex. om barnet utsätts för våld, övergrepp eller andra kränkningar. Socialnämnden har också att särskilt beakta att barn som bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående vuxna är offer för brott, och kan vara i behov av stöd och hjälp (5 kap. 11 § tredje stycket SoL).

Texten bygger i huvudsak på Socialstyrelsens handbok Våld – En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld (84), redovisningen av forskningsläget i en avhandling av Karin Grip (85), en utvärdering av stöd till barn som bevittnat våld (86) samt en nationell kartläggning av kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige. (87)

Många drabbas, få berättar

Nästan elva procent av 13–17-åringar uppger i en svensk studie att de någon gång under uppväxten har upplevt våld i nära relation. (88) Barn och unga är ofta i det rum där våldet äger rum och riskerar även själva att bli skadade eller kränkta. Forskning visar på tydliga samband mellan våld i den vuxna parrelationen och barnmisshandel. I olika studier har det förekommit samtidigt i mellan 22 och 67 procent av fallen. (85)

Våld i familjen är ofta en dold familjehemlighet. Barn berättar sällan för andra om vad de varit med om när de bevittnat våld, bl.a. av rädsla och förvirring, lojalitet, skuld och skam. Det finns därför risk för att deras utsatthet inte uppmärksammas (Proposition 2006/07:38 Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor s. 23).

Föräldraförmågan påverkas

Att utsätta sitt barn eller sin partner för våld är inte förenligt med ett gott föräldraskap. Att utöva våld som barnets närstående eller mot en närstående, i synnerhet om det sker i barnets närvaro, är ett uttryck för bristande föräldraförmåga och visar brist på inlevelse i vad våldet kan få för kon-

sekvenser för barnet. En våldsutövande förälder kan genom sitt skrämmande uppträdande också göra det svårt för barnet att utveckla en trygg anknytning. (84)

Våld från en partner innebär en stor risk för att föräldraförmågan påverkas negativt även hos den som utsätts för våldet genom att det påverkar den våldsutsattas psykiska hälsa. (84) Den förälder som utsätts för våld behöver hantera våldets påfrestningar och samtidigt upprätthålla sin föräldrafunktion. Flera studier har visat att mammor som utsätts för våld i nära relation upplever en hög stress i sitt föräldraskap. En del studier visar att mammor som utsätts för våld i nära relation uppger att de använder ökat fysiskt och psykiskt våld mot sina barn. (85)

Förmågan att vara lyhörd för ett barns signaler och behov är en viktig aspekt av omsorgsförmågan och ligger till grund för barnets utveckling av en trygg anknytning. I situationer där det finns yttre hot eller fara blir även förmågan att skydda barnet en central aspekt av omsorgsförmågan. Att bli utsatt för våld i nära relation kan påverka båda dessa aspekter negativt. (85)

Det är alltid en svår upplevelse för ett barn att se eller höra en närstående bli hotad och utsatt för våld, liksom om en närstående är den som hotar eller utövar våldet. Tryggheten och tilliten kan rubbas i förhållande till föräldrar och andra vuxna. När barnet bevittnar våld mot en förälder, av den andra föräldern eller annan vuxen som barnet har en nära relation till (eller är beroende av), blir barnet känslomässigt övergivet och skyddslöst. Vare sig den som är våldsam och skrämmande eller den som är hotad, slagen och skrämmd kan ge barnet tröst och trygghet. (86)

Allvarliga konsekvenser för hälsa och utveckling

De negativa konsekvenser för barnets hälsa och utveckling som våld från den ena föräldern mot den andra får är väl belagda. Konsekvenserna för det enskilda barnet är beroende av bl.a. personlighet, ålder och utvecklingsnivå. Även faktorer som i vilken grad barnet har exponerats för våldet och under hur lång tid, hur barnet har tolkat sin roll i det våld som förekommit och vem som utövat det har betydelse. Konsekvenserna är också beroende av vilket stöd barnet kan få av den förälder som är våldsutsatt samt annat tillgängligt socialt stöd. (84) En viktig aspekt är om barnet har en trygg anknytning till en annan vuxen. (89)

Att tvingas leva med våld mot sin förälder eller omsorgsperson äventyrar barnets psykologiska, fysiologiska och sociala utveckling. (85) Barn som upplevt våld mot sin förälder eller omsorgsperson riskerar att

utveckla allvarlig och långvarig psykisk ohälsa, som depressivitet, ångest, självdestruktivitet, aggressivitet, svårigheter i umgänget med andra barn samt koncentrationssvårigheter och skolsvårigheter. De kan även utveckla en hyperaktivitet, som har sin grund i en ständig beredskap för att snabbt upptäcka tecken på fara. De kan också drabbas av hälsoproblem som astma, eksem, magont, sömnsvårigheter, huvudvärk och ätstörningar. (86) Stress tidigt i livet ökar risken för beteendeproblem, nedsatt kognitiv förmåga och minskat välbefinnande. Kronisk stress i tidiga år kan skapa sårbarhet för senare påfrestningar och ökad psykisk ohälsa. (85)

Upprepade hotfulla situationer där anknytningspersoner är orsaken till faran, respektive känslomässigt otillgängliga, ökar risken för att barn ska utveckla en desorganiserad anknytning, som är den allvarligaste formen av otrygghet. Desorganiserad anknytning ökar risken för en rad allvarliga svårigheter i livet. (6, 89)

Att barnets omsorgsgivare utsätts för hot utgör en tydlig risk för att utveckla posttraumatisk stress hos barn och unga. Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) ökar risken för annan psykisk ohälsa, som depression, missbruk och ångeststörningar. Våld i nära relationer upprepas ofta och kan fortsätta under lång tid. Upprepad utsatthet för trauma kan leda till kronisk stress. (85) I en studie av barn på svenska kvinnojourer var det en fjärdedel som uppfyllde samtliga kriterier för PTSD. (90) Särskilt allvarligt är det att en hög andel barn utsätts för multipel traumatisering i dessa familjer, som vanvård, brist på trygghet, psykisk och fysisk misshandel och sexuella övergrepp. (85)

Barn som växer upp med våld från den ena vuxna i familjen mot den andra riskerar att normalisera våld. De kan upprepa våldsbeteendet gentemot kamrater. Både flickor och pojkar som utsatts för våld i nära relation löper högre risk att bli mobbare eller att bli utsatta för mobbning. Många barn som bevittnat våld har sämre problem- och konfliktlösningsförmåga. (85)

Känslo- och beteendemässiga konsekvenser

Våld mellan barnets föräldrar riskerar att rubba barnets trygghet och tillit till vuxna. Barn till en våldsutsatt förälder kan under en lång tid ha levt med en rädsla för att föräldern ska skadas allvarligt och till och med känt oro för att föräldern ska dö (prop. 2006/07: 38 s. 23).

Många barn lägger ansvaret och skulden på sig själva och hanterar detta på olika sätt. De kan bli tysta och överdrivet hjälpsamma eller dra sig undan. Andra försöker istället avleda föräldrarna genom att bli bråkiga, och därigenom dra uppmärksamheten till sig. (84)

På längre sikt finns det risk för att upplevelserna sätter spår i barnens personlighet. De kan bli rädda, vaksamma och ha bristande tilltro till andra människor. De kan stänga av sina känslor eller utveckla en större beredskap för aggressivitet. Vissa barn är pessimistiska om sin förmåga att påverka sin livssituation och kan längre fram i livet möta motgångar med brist på tilltro till att de kan göra något för att få det bättre. (84)

Många barn kan på olika sätt ha försökt få våldet i familjen att upphöra. Barnet kan ha försökt medla i konflikter och bråk mellan föräldrarna eller försökt förhindra misshandeln när den pågått. Barnet kan då självt ha blivit utsatt för våld eller riskerat att bli det. (84)

Skyddande faktorer

Precis som vid andra svåra förhållanden beror konsekvenserna på sikt på en samverkan mellan risk- och skyddsfaktorer. Forskning visar att resiliens (förmåga att återhämta sig trots svåra upplevelser) har samband med att barnet har kunnat utveckla en trygg anknytning, barnets eget temperament, intellektuella förmåga och sociala kompetens samt med att mamman inte är deprimerad. (85) Inget barn ska dock behöva utsättas för våld i hemmet.

Liksom i andra situationer är andra skyddande faktorer utanför familjen av stor betydelse. Samtidigt kan våld i hemmet bidra till att familjen blir socialt isolerad, och barnen därmed särskilt utsatta.

Barn som själva utsatts för våld

Polisanmälningar om misstanke om barnmisshandel har successivt ökat sedan mitten av 1980-talet och ökat markant under 2000-talet. Den kraftiga ökningen beror inte på att våldet har ökat, utan troligen i huvudsak på en ökad benägenhet att anmäla från socialtjänsten, som i sin tur fått anmälan från förskola eller skola. (87)

Majoriteten av alla föräldrar i Sverige, oavsett kön, ålder, utbildningsnivå, ursprungsland och barnets ålder, anger enligt en kartläggning 2011 att det viktigaste är att uppfostra sitt barn att inte slåss, retas eller hota, utan att vara omtänksam och ärlig. Ändå leder konflikter med barnen ibland till att föräldrar själva går över gränsen. Nästan var tredje förälder hade knuffat, huggit tag i och ruskat om barnet. Det är framför allt stress i den allmänna livssituationen som enligt föräldrarna leder till detta. Ungefär tre procent av föräldrarna medgav att de slagit barnet någon gång under det senaste året, men ingen sade sig ha gjort det mer än tio gånger. (87)

Frågar man barnen själva blir bilden en annan. Fjorton procent av niondeklassarna sa att de blivit slagna någon gång och nästan tre procent av dem att det hänt många gånger. Utlandsfödda elever, särskilt pojkar, hade oftare blivit slagna, både enstaka och många gånger. Barn med kroniska sjukdomar och funktionshinder sa dubbelt så ofta som andra barn att de blivit slagna. De lever också oftare i familjer där det förekommit våld mellan föräldrarna. (87)

Den i särklass allvarligaste riskfaktorn är om det förekommer våld mellan de vuxna i hemmet. Det ger enligt en svensk studie en riskökning för våld mot barnet på tio gånger. (87) I en annan svensk studie hade 58 procent av unga som utsatts för att bevittna våld i nära relation blivit slagna av sina föräldrar minst en gång. (88) Om föräldrarna har varit påverkade av alkohol eller droger när de varit i konflikt med barnet har detta också inneburit en betydande risk (60 procent) för att barnet ska ha blivit slaget. (87)

Konsekvenser

Konsekvenserna är likartade om ett barn bevittnar våld i hemmet eller själv utsätts för direkt våld. (85) Att bli slagen hemma har många negativa effekter för barnet. Barn som har blivit slagna klarar sig sämre i skolan, har betydligt mer både kroppsliga och psykiska symtom och har mycket oftare råkat ut för skador. De har i högre utsträckning både mobbat och blivit mobbade i skolan än andra barn. (87)

Det är inte säkert att unga berättar

Åtta av tio unga som blivit slagna har någon vuxen som de skulle kunna anförtro sig åt, men färre har gjort det. De som har berättat har oftast pratat med en kompis och i andra hand en nära släkting. Tolv procent har vänt sig till personal inom skola, ungdomsmottagning, socialtjänst eller polis. (87)

Vilket behov av stöd finns?

Många gånger finns det tillräckligt med stöd för barn i de situationer som den här skriften handlar om i familjen och nätverket kring barnet eller den unga. Men föräldrarna, familjen och barn och unga kan också behöva ytterligare stöd i olika former. Det är viktigt att inte se barnet eller den unga isolerat – samordnat stöd kan behövas både direkt till var och en i familjen och indirekt, via stöd till föräldrarna och till familjen som helhet. Mycket talar för att det behövs ett skifte från individ- till ett familjeorienterat synsätt.

Minska risk och öka skydd

Forskningen inom hela fältet visar samstämmigt – vilket framgått av den tidigare genomgången – att eventuella kort- och långsiktiga negativa konsekvenser i dessa situationer beror på hur riskfaktorerna kan hanteras och på kompensande skyddsfaktorer. Mycket av negativa konsekvenser för barn och unga av allvarliga svårigheter hos föräldrar går att förebygga.

I första hand är det givetvis grundläggande att minska eller eliminera de riskfaktorer som är möjliga att påverka – som våld, föräldrars missbruk/beroende och psykiska ohälsa, konflikter i familjen etc.

En genomgående slutsats i forskningen är att konsekvenserna för barn och unga av föräldrars allvarliga svårigheter har samband med hur svårigheterna påverkar föräldraförmågan, familjeklimatet och föräldrarnas psykiska hälsa.

Föräldrarnas och andra viktiga vuxnas möjligheter att hantera situationen på ett bra sätt och att ge barn och unga stöd är naturligtvis av grundläggande betydelse. Det betyder att ändamålsenligt stöd för barn i denna situation också kan ges genom stöd till föräldrar.

Från resiliensforskningen är det känt att det finns en rad skyddsfaktorer som kan minska risken för negativa konsekvenser på sikt, både sådana som har att göra med barnets personliga förutsättningar och sådana som kan stärkas, t.ex. känsla av sammanhang (KASAM). (91)

Det är dock viktigt att komma ihåg att det inte bara handlar om att förebygga eventuella negativa konsekvenser på sikt, utan ge förutsättningar för en så bra situation som möjligt i barnets vardag här och nu.

Trygghet, begriplighet och sammanhang är nyckelord i situationer som väcker oro, osäkerhet och kan vara svåra att förstå. Trygghet handlar om

sådant som trygg anknytning, gott föräldraskap, fungerande struktur i vardagen, fungerande förskola/skola, kamrater samt stöd i övrigt nätverk. Förutsättningar för begriplighet och sammanhang kan öka t.ex. genom adekvat information och svar på frågor, öppen kommunikation i familjen samt även möjligheten att dela erfarenheter med andra i liknande situationer.

Behovet av att uppmärksamma barn som anhöriga och ge dem ändamålsenligt stöd kan förutom ur barnens perspektiv även motiveras utifrån föräldrars behov. Forskning visar att föräldrarna många gånger oroas av vilka konsekvenser deras svårigheter får för barnen och kan känna en lättnad när någon uppmärksammar barnens situation och ger barnen stöd. Det kan minska föräldrarnas oro och ångest och därmed påverka föräldrarnas situation positivt. (13) Det finns även stöd för att t.ex. behandling av missbruk/beroende blir mer framgångsrik när den är familjeorienterad. (41)

Barn som anhöriga i interkulturellt perspektiv

Omkring en femtedel av befolkningen har utländsk eller minoritetsbakgrund, vilket innebär att det är viktigt att ha med ett interkulturellt perspektiv i arbetet för adekvat stöd till barn som anhöriga. Alla har rätt att bli bemötta utifrån sin unika personlighet och situation, sina behov och förutsättningar. Samtidigt finns det en del som kan vara generellt i interkulturella situationer – även om personer med utländsk eller minoritetsbakgrund är en lika heterogen grupp som alla andra.

I mötet med personer med utländsk eller minoritetsbakgrund behövs därför kunskap och insikter om specifika aspekter som kan ha betydelse, men inte nödvändigtvis har det, för förståelsen av den enskilda, unika, familjens och barnens behov.

Detta kräver först och främst en medvetenhet hos personal om etnocentrism, dvs. hur de egna kulturella referensramarna påverkar sättet att tänka och tolka. (92)

Specifika aspekter kan också vara faktorer som har med det kulturella mötet att göra, migrationserfarenhet och traumatisering, rättigheter och villkor för nationella minoriteter, villkor för uppväxt och föräldraskap inom flera kulturer, strukturell diskriminering m.m. (92) Även om situationerna varierar, kan betydelsen av att vara barn som anhörig påverkas av att växa upp med och hantera flera kulturer och att ha föräldrar som migrerat (och att kanske även själv ha gjort det). I vissa fall kanske föräldrarna inte har tillräcklig kunskap om hur hälso- och sjukvården fungerar

och vilket stöd socialtjänsten kan ge. Det förekommer också att föräldrar har en annan syn på sjukdom och behandling än den svenska hälso- och sjukvården. (92)

En faktor som kan göra stor skillnad för kvaliteten i vården och bemötandet handlar om kommunikation, språksvårigheter och tolkanvändning. Barn och unga får under inga förhållanden användas som tolkar. (92)

Personer med utländsk bakgrund har generellt sett mer fysisk och psykisk ohälsa än de med svensk bakgrund. Vissa hälsoproblem är vanligare i grupper av personer som migrerat. Det kan bero på sådant som förhållanden i ursprungslandet, förekomsten av infektionssjukdomar, orsaken till migrationen, den stress som migrationen innebär m.m. samt hur situationen blir i Sverige, t.ex. effekterna av kronisk stress pga. återkommande diskriminering. (92)

Många flyktingar lider av posttraumatiskt stressyndrom. Enligt sammanlagda resultat från olika studier har uppskattningsvis 8–10 procent av vuxna flyktingar och 7–17 procent av flyktingbarnen PTSD. (93) Därmed har en högre andel barn och unga i dessa grupper föräldrar med psykisk ohälsa.

Grundläggande skyddsfaktorer

Barns och ungas grundläggande behov i de situationer som den här skriften handlar om kan utifrån forskning om skyddsfaktorer sammanfattas i följande punkter:

- Valfungerande socialt nätverk – gärna en stödjande vuxen utöver föräldrarna
- Att kunna tala om sin oro och sina upplevelser
- Kamratnätverk och egna fritidsintressen
- Stöd i skolarbetet, t.ex. med läxläsning
- Att föräldrarna får den hjälp och det stöd de behöver
- Trygga relationer i familjen.

Brett utvecklingsarbete för ändamålsenligt stöd

På uppdrag av regeringen bedriver Socialstyrelsen ett utvecklingsarbete för ändamålsenligt stöd till barn som anhöriga. Det syftar bl.a. till att ge stöd till implementeringen av 5 kap. 7 § HSL, men även att utveckla socialtjänstens insatser för barn, unga och familjer i dessa situationer, liksom den viktiga roll som förskola och skola har för en fungerande vardag, lek och inläring.

Differentiering efter behov

Några viktiga utvecklingsområden är att bredda formerna för information, råd och stöd, att differentiera insatserna efter de individuella behoven hos barnet, föräldrarna och familjen samt att utveckla samordning och samverkan för att tillgodose behoven.

När det gäller barns och ungas behov av information, råd och stöd när föräldrar har allvarliga svårigheter kan det finnas anledning att tänka i termer av olika nivåer – en basnivå som alla barn och föräldrar behöver och som alltid ska ges, nästa nivå som ges till dem som behöver mer stöd samt en ytterligare, specialiserad nivå utifrån specifika behov.

Det finns ett grundläggande behov av information och råd hos alla barn och unga som anhöriga och deras föräldrar när de har allvarliga svårigheter. Det kan handla om information om sjukdomen eller tillståndet, vanliga konsekvenser för anhöriga och familjen, direkta råd om hur man kan samtala om svårigheterna och underlätta i vardagen etc. Stödgruppsverksamhet – för såväl barn som föräldrar – som syftar till att öka kunskap, stärka skyddsfaktorer, öka föräldrars insikt om barns behov i situationen samt ge möjlighet att träffa andra i liknande situation kan också räknas hit.

För en del barn och unga och deras föräldrar kan det behövas stöd utöver detta. Det kan handla om praktisk hjälp, föräldrastöd, samspelsstöd, hemmahosarbete, stöd för bearbetning eller familjebehandling m.m.

En mindre andel kan behöva mer specifik hjälp med egna svårigheter, som t.ex. psykoterapi, traumabehandling etc.

Sådant stöd kan ges inom olika delar av hälso- och sjukvården, i samarbete med andra instanser eller av socialtjänsten. Det finns också en skyldighet att anmäla till socialtjänsten om det finns oro för ett barns situation eller om barnet kan behöva stöd eller skydd. Föräldrar och unga kan själva ansöka om stöd från socialtjänsten. Socialtjänsten behöver i olika delar av sin verksamhet ha ett familjeperspektiv och uppmärksamma barn och unga som anhöriga.

Det finns också tillgång till hjälp och stöd – individuellt och i grupp – hos olika intresseorganisationer. En del av dessa samt andra instanser erbjuder webbaserat stöd till olika grupper av barn som anhöriga. Bl.a. finns ett nationellt webbaserat stöd till barn och unga med cancer i familjen. Det pågår också en effektstudie av en webbaserad intervention i flera europeiska länder till unga som har en förälder med missbruk/beroende.⁵

5. Insatsen finns på CAN:s hemsida Drugsmart. Studien görs vid STAD, Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem. Centrum för psykiatriforskning, Stockholm.

Metoder för ändamålsenligt stöd

Socialstyrelsen har i tidigare kunskapsöversikter konstaterat att det saknas effektstudier som underlag för rekommendationer om stöd till barn i familjer med missbruk och psykisk sjukdom. (33) Under år 2013 publicerar Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka, på uppdrag av Socialstyrelsen kunskapsöversikter när det gäller metoder för stöd till barn med föräldrar med allvarlig somatisk sjukdom respektive för barn till föräldrar som avlider. Socialstyrelsen uppdrar också åt olika universitet att göra utvärderingar av några metoder för stöd till barn som anhöriga.

Idag används i Sverige och Norden några specifika metoder för stöd för barn som anhöriga, som ännu inte är effektutvärderade. Det är t.ex. manualbaserade stödgruppsverksamheter för barn som anhöriga till föräldrar med olika typer av svårigheter, allt oftare numera även med parallella föräldragrupper. En svensk studie med kontrollgrupp pågår.⁶ Beardslees familjeintervention (94), ursprungligen utformad för barn till föräldrar med depression, används även för andra grupper av barn och unga. Interventionen innehåller såväl enskilda samtal med föräldrar och barn som familjesamtal. En kartläggning visar att de som utbildats i metoden i Sverige av olika skäl inte använder den i någon större omfattning, bl.a. för att den är resurskrävande. (95) Föra barnen på tal (96) är en manualbaserad metod för att ta upp barnens situation med föräldrar med psykisk ohälsa. Även den har använts för andra grupper, t.ex. barn med förälder med cancer. (97) I Nordnorge finns ett brett utvecklingsprojekt för att införa en likartad manualbaserad stödsats med föräldrassamtal, som där kallas för Barnperspektivsamtal (98) och bygger på en metod som är utarbetad i Nederländerna. (99) Inte heller den är ännu utvärderad i förhållande till kontrollgrupp. En svensk jämförande effektstudie för Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal med kontrollgrupp planeras av Socialstyrelsen.

Flertalet av de särskilda metoder som används för att stödja barn och unga i familjer med olika typer av svårigheter är s.k. psykoedukativa och syftar till att förebygga att föräldrarnas svårigheter får negativa konsekvenser på sikt för barn och unga. De är således inte tänkta för barn och unga för vilka föräldrarnas svårigheter redan har fått negativa konsekvenser, dvs. att barnet har egna symtom eller behov av stöd. Forskning och erfarenhet visar dock att dessa barn och unga generellt sett redan har en högre problembelastning än andra. (100, 101)

6. Studien görs vid STAD, Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem. Centrum för psykiatrforskning, Stockholm.

Vilket behov av stöd finns?

De beskrivna insatserna har ofta fokus på skyddsfaktorer hos barn och unga själva och mindre på föräldraskap och familjerelationer. Någon bedömning av barnens eller föräldrarnas behov av stöd görs inte innan insats.

Det behövs ett bredare utbud av insatser för stöd till såväl barn och unga som deras föräldrar och till hela familjen, mer differentierat efter behov. Vad information, råd och stöd kan innehålla och hur det kan ges i förhållande till olika stora behov diskuteras i det pågående utvecklingsarbetet.

Anpassat stöd behov också för t.ex. barn och unga med utvecklingsstörning, autism m.fl. funktionsnedsättningar som kan innebära särskild sårbarhet eller särskilda behov när det gäller information, råd och stöd.

Förskola och skola

En fungerande vardag i förskola och skola är en viktig skyddsfaktor för barn med svårigheter i hemmet på flera sätt. Dels är det viktigt att någon del av vardagen ger struktur och fungerar som vanligt när det uppstår situationer i familjen som rubbar rytmen, rutinerna och tryggheten. Dels är goda skolresultat en av de viktigaste skyddsfaktorerna för barns och ungas möjligheter att lyckas och må bra trots svårigheterna. Dessutom är kamratrelationerna och relationerna till andra vuxna inom förskola och skola betydelsefulla för barn och unga som har svårigheter hemma.

Det är ofrånkomligt att oro för föräldrars svårigheter och situationen hemma riskerar att påverka kamratrelationerna och barns möjlighet att koncentrera sig på skolarbetet. Stöd och hjälp att klara skolarbetet och ha goda kamratrelationer i förskola och skola är viktiga förebyggande insatser.

Att förskolans eller skolans personal känner till problemen är en förutsättning för att den ska kunna ge det särskilda stöd som kan behövas. Skolans elevhälsa kan också ge ytterligare stöd om det behövs samt i samarbete med barnet och föräldrarna också råda eller handleda övrig skolpersonal.

Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd

Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning, psykisk funktions-

nedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller skada, missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller oväntat avlider. Det innebär inte att hälso- och sjukvården, eller den enhet där föräldern vårdas, alltid själv ska stå för detta.

Med information avses till exempel sådan information om föräldrarnas tillstånd samt om vanliga reaktioner hos barn och andra anhöriga som kan vara klagörande för barnet och som kan hjälpa barnet att förstå och hantera situationen. I samband med förälders/annan vuxens död kan det t.ex. handla om information om normala sorgereaktioner och bearbetning.

Med råd kan t.ex. avses sådant som förhållningssätt inom familjen som kan underlätta situationen för barn och unga. Det kan också vara råd om hur man kan samtala om svårigheterna i familjen.

När det gäller information om förälders eller annan vuxens tillstånd ligger det närmast till hands att den enhet som vårdar vederbörande också ger barnet information. Det kan också i de flesta fall gälla råd som har med missbruk eller sjukdom att göra, såvida det inte kräver speciell kunskap om barns behov och reaktioner i olika åldrar och utvecklingsfaser, då det kan behöva göras av eller i samarbete med personer med sådan kompetens.

Då det gäller stöd kan det handla om att ge stödet till barnet och föräldrarna inom den egna enheten eller motivera och eventuellt hjälpa föräldrarna att ta kontakt med socialtjänsten eller stödinsatser som kan finnas inom andra delar av hälso- och sjukvården som riktar sig till barn eller där det finns annan adekvat kompetens.

Vid oro för barnets situation ska en anmälan göras till socialtjänsten.

Socialtjänstens utredning av barns situation och behov samt insatser

Föräldrarna eller en ung person kan själva söka sig till någon av socialtjänstens verksamheter för rådgivning eller liknande som man kan få utan utredning eller beslut, eller ansöka om insatser från socialtjänsten. I det senare fallet utreds behoven. Om socialtjänsten får in en anmälan görs först en s.k. förhandsbedömning för att ta ställning till om en utredning ska göras. En anledning till att inte inleda en utredning kan vara att barnets eller den ungas behov tillgodoses på annat sätt, t.ex. genom att familjen redan får insatser som bedöms som tillräckliga. Det kan också vara så att barnet nyligen utretts och att den nya anmälan inte ändrar den bedömning som gjorts i den tidigare utredningen.

Vilket behov av stöd finns?

Socialtjänstens utredning görs ofta enligt handläggnings- och dokumentationssystemet BBIC (Barns Behov i Centrum).⁷ Det är en allsidig utredning (om det inte finns skäl att göra den mer begränsad) som undersöker såväl barnets behov som resurserna att tillgodose dem hos föräldrarna och i barnets omgivning i övrigt. Utredningen ligger till grund för en bedömning av om barnet eller den unga behöver insatser från socialtjänsten för att få sina behov tillgodosedda. I så fall erbjuds barnet och/eller föräldrarna insatser. Om barnet behöver skydd eller om grundläggande behov inte kan tillgodoses i den egna familjen kan det placeras i familjehem. I så fall görs det oftast med samtycke av vårdnadshavarna.

7. Se www.socialstyrelsen.se

Referenser

1. Socialstyrelsen. Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. 2013.
2. Hjern A, Manhica H. Barn som anhöriga-hur många är de? Rapport nr 1 från projektet ”Barn som anhöriga” vid CHES, Karolinska Institutet/Stockholms Universitet. Nka. 2013
3. Niemela M, Paananen R, Hakko H, Merikukka M, Gissler M, Rasanen S. The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: the 1987 Finnish Birth Cohort study. *International journal of cancer Journal international du cancer*. 2012 Nov 1;131(9):2117–25. PubMed PMID: 22307957. Epub 2012/02/07. eng.
4. Broberg A, Almqvist K, Tjus T. Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
5. Cabrera NJ, Fagan J, Wight V, Schadler C. Influence of mother, father, and child risk on parenting and children's cognitive and social behaviors. *Child development*. 2011 Nov–Dec;82(6):1985–2005. PubMed PMID: 22026516. Pubmed Central PMCID: PMC3218196. Epub 2011/10/27. eng.
6. Broberg A, Risholm Mothander P, Grankvist P, Ivarsson T. Anknnytning i praktiken. Tillämpning av anknnytningsteorin. Stockholm: Natur och Kultur; 2008.
7. Lyons-Ruth K, Spielman E. Disorganized infant attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: integrating attachment research with clinical intervention. *Infant mental health journal*. 2004;25(4):318–35. PubMed PMID: 17464363. Pubmed Central PMCID: PMC1857278. Epub 2007/04/28. Eng.
8. Hennighausen K, Lyons-Ruth K. Disorganization of Attachment Strategies in Infancy and Childhood. Published online May 2005. 2nd revised edition January 2010; 2005–2010 CEECD / SKC-ECD. Available from: http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/Hennighausen-LyonsRuthANGxp_rev.pdf.

Referenser

9. Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B, Dyregrov K, editors. Barn som pårørende: Abstrakt Forlag; 2012.
10. Osborn T. The psychosocial impact of parental cancer on children and adolescents: a systematic review. *Psycho-oncology*. 2007 Feb;16(2):101–26. PubMed PMID: 17273987. Epub 2007/02/03. eng.
11. Åkerlund K. ”Jag är ju en del av det hela”. Redovisning av projekt 2009/187, Stöd till barn som är närstående till patienter på Neurologiska kliniken, Huddinge. En förstudie. Karolinska universitetssjukhuset, 2011.
12. Heltne U. Barn som pårørende ved nevrologisk sykdom og skade hos foreldre. In: Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B, Dyregrov K, editors. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt Forlag; 2012.
13. Dyregrov K. Når foreldre har alvorlig kreftsykdom – eller dør av den. In: Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B, Dyregrov K, editors. Barn som pårørende. Oslo: Abstrakt Forlag; 2012.
14. Bogosian A, Moss-Morris R, Hadwin J. Psychosocial adjustment in children and adolescents with a parent with multiple sclerosis: a systematic review. *Clinical rehabilitation*. 2010 Sep;24(9):789–801. PubMed PMID: 20685724. Epub 2010/08/06. eng.
15. Forrest Keenan K, Miedzybrodzka Z, van Teijlingen E, McKee L, Simpson SA. Young people's experiences of growing up in a family affected by Huntington's disease. *Clinical genetics*. 2007 Feb;71(2):120–9. PubMed PMID: 17250660. Epub 2007/01/26. eng.
16. Paliokosta E, Diareme S, Kolaitis G, Ferentinos S, Lympinaki E, Tsiantis J, et al. Breaking bad news: communication around parental multiple sclerosis with children. *Families, systems & health : the journal of collaborative family healthcare*. 2009 Mar;27(1):64–76. PubMed PMID: 19630446. Epub 2009/07/28. eng.
17. Sparbel KJ, Driessnack M, Williams JK, Schutte DL, Tripp-Reimer T, McGonigal-Kenney M, et al. Experiences of teens living in the shadow of Huntington Disease. *Journal of genetic counseling*. 2008 Aug;17(4):327–35. PubMed PMID: 18347962. Pubmed Central PMCID: PMC2811873. Epub 2008/03/19. eng.

18. Williams JK, Ayres L, Specht J, Sparbel K, Klimek ML. Caregiving by teens for family members with Huntington disease. *Journal of family nursing*. 2009 Aug;15(3):273–94. PubMed PMID: 19465560. Epub 2009/05/26. eng.
19. Steck B, Amsler F, Grether A, Dillier AS, Baldus C, Haagen M, et al. Mental health problems in children of somatically ill parents, e.g. multiple sclerosis. *European child & adolescent psychiatry*. 2007 Apr;16(3):199–207. PubMed PMID: 17136500. Epub 2006/12/01. eng.
20. Dyregrov K. ”På tynn is”. Barn og unges situasjon når foreldre rammes av kreft. Resultat fra et Pilotprosjekt. Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi., 2005.
21. Socialstyrelsen. Statistikdatabas; Dödsorsaker.
22. Chesterton K. När en förälder plötsligt dör. Stockholm: Insidan; 2011.
23. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014.
24. Socialstyrelsen. Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård. 2012.
25. Dyregrov K, Plyhn E, Dieserud G. Efter självmordet. Vägen vidare. Stockholm: Gothia Förlag; 2012.
26. Jakobsen IS, Christiansen E. Young people's risk of suicide attempts in relation to parental death: a population-based register study. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2011 Feb;52(2):176–83. PubMed PMID: 21039482. Epub 2010/11/03. eng.
27. Niederkrotenthaler T, Floderus B, Alexanderson K, Rasmussen F, Mitendorf-Rutz E. Exposure to parental mortality and markers of morbidity, and the risks of attempted and completed suicide in offspring: an analysis of sensitive life periods. *Journal of epidemiology and community health*. 2012 Mar;66(3):233–9. PubMed PMID: 20924054. Epub 2010/10/07. eng.
28. Rostila M, Saarela J, Kawachi I. Mortality in parents following the death of a child: a nationwide follow-up study from Sweden. *Journal of epidemiology and community health*. 2012 Oct;66(10):927–33. PubMed PMID: 22045850. Epub 2011/11/03. eng.

Referenser

29. Bylund Grenklo T, Kreicbergs U, Hauksdóttir A, Valdimarsdóttir U, Nyberg T, Steineck G, et al. Self-injury in Teenagers Who Lost a Parent to Cancer. A Nationwide, Population-Based, Long-term Follow-up. *JAMA Pediatrics* 2013;167(2):133–40.
30. Raphael B, Martinek N. Assessing traumatic bereavement and post-traumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane T, editors. *Assessing Psychological Trauma and PTSD*: Guilford Press; 2004.
31. Socialstyrelsen. Barn till föräldrar som avlider. Dokumentation av Socialstyrelsens seminarium 11 maj 2012. Arbetsmaterial. 2012.
32. Dyregrov A. Sorg hos barn: en handledning för vuxna. Lund: Studentlitteratur; 2007.
33. Socialstyrelsen. Barn och unga i familjer med missbruk. Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer. 2009.
34. Socialstyrelsen. Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården. 2011.
35. Statens folkhälsoinstitut. Alkohol, graviditet och barns utveckling. 2009.
36. May P, Gossage J. Estimating the Prevalence of Fetal Alcohol Syndrome: A Summary: National Institutes of Health. USA. Available from: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh25-3/159-167.htm>
37. Streissguth A. Final Report from Research for Centers for Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol and Drug Unit, Washington State University, 1996.
38. Gray R, Mukherjee RA, Rutter M. Alcohol consumption during pregnancy and its effects on neurodevelopment: what is known and what remains uncertain. *Addiction* (Abingdon, England). 2009 Aug;104(8):1270–3. PubMed PMID: 19215606. Epub 2009/02/14. eng.
39. Lagerberg D, Sundelin C. Risk och prognos i socialt arbete med barn: Forskningsmetoder och resultat. Stockholm: Gothia; 2003.
40. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. 2007.
41. Lindgaard H. Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen, 2006.

42. Magnusson D, Stattin H. Person-context interaction theories. I: Damon W, Lerner R, editors. *Handbook of child psychology*. 1. New York: Wiley; 1998. p. 685–759.
43. Kim-Cohen J, Caspi A, Rutter M, Tomas MP, Moffitt TE. The caregiving environments provided to children by depressed mothers with or without an antisocial history. *The American journal of psychiatry*. 2006 Jun;163(6):1009–18. PubMed PMID: 16741201. Epub 2006/06/03. eng.
44. Lang S, af Klinteberg B, Alm P. Adult psychopathy and violent behavior in males with early neglect and abuse. *Acta Psychiatr Scand* 2002;Suppl:93–100.
45. Lindgaard H. Voksne børn fra familier med alkoholproblemer: mestring og modstandsdygtighed: Center for Rusmiddelforskning Aarhus Universitet; 2002.
46. Nordberg L, Rydelius PA, Zetterstrom R. Children of alcoholic parents: health, growth, mental development and psychopathology until school age. Results from a prospective longitudinal study of children from the general population. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992) Supplement*. 1993 Feb;387:1–24. PubMed PMID: 8461621. Epub 1993/02/01. eng.
47. Nylander I, Rydelius PA. A comparison between children of alcoholic fathers from excellent versus poor social conditions. *Acta paediatrica Scandinavica*. 1982 Sep;71(5):809–13. PubMed PMID: 7180450. Epub 1982/09/01. eng.
48. Christoffersen MN, Soothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of substance abuse treatment*. 2003 Sep;25(2):107–16. PubMed PMID: 14629993. Epub 2003/11/25. eng.
49. Johnson JL, Leff M. Children of substance abusers: overview of research findings. *Pediatrics*. 1999 May;103(5 Pt 2):1085–99. PubMed PMID: 10224196. Epub 1999/05/01. eng.
50. Hodgins S, Tengström A, Bylin S, Göranson M, Hagen L, Janson M, et al. Consulting for substance abuse: mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic journal of psychiatry*. 2007;61(5):379–86. PubMed PMID: 17990200. Epub 2007/11/09. eng.

Referenser

51. Anderberg M, Dahlberg M, Patriksson K. Kartläggning av tungt narkotikamissbruk i Göteborg 2011. Kunskapskällar'n, 2012.
52. Edwards EP, Eiden RD, Leonard KE. Behaviour problems in 18–to 36-month old children of alcoholic fathers: secure mother-infant attachment as a protective factor. *Development and psychopathology*. 2006 Spring;18(2):395–407. PubMed PMID: 16830441. Pubmed Central PMCID: PMC2664663. Epub 2006/07/13. eng.
53. Curran PJ, Chassin L. A longitudinal study of parenting as a protective factor for children of alcoholics. *Journal of studies on alcohol*. 1996 May;57(3):305–13. PubMed PMID: 8709589. Epub 1996/05/01. eng.
54. Bohman M, Sigvardsson S, Cloninger R, von Knorring AL. Alcoholism: lessons from population, family and adoption studies. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire) Supplement*. 1987;1:55–60. PubMed PMID: 3426732. Epub 1987/01/01. eng.
55. Vinnerljung B, Sallnäs M. Into adulthood: a follow-up study of 718 youths who were placed in out-of-home care during their teens. *Journal of Child and Family Social Work*. 2008;13:144–55.
56. Johnston C, Mash EJ, Miller N, Ninowski JE. Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical psychology review*. 2012 Jun;32(4):215–28. PubMed PMID: 22459785. Epub 2012/03/31. eng.
57. Jansson M, Larsson A-M, Modig C. Mod och mandat. Ny lagstiftning stärker barn som anhöriga. Har vi modet att möta dem?: Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Socialstyrelsen; 2011.
58. Östman M, Eidevall L. Illuminating patients with children up to 18 years of age – a 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nordic journal of psychiatry*. 2005;59(5):388–92. PubMed PMID: 16757468. Epub 2006/06/08. eng.
59. Östman M, Hansson L. Children in families with a severely mentally ill member. Prevalence and needs for support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2002 May;37(5):243–8. PubMed PMID: 12107717. Epub 2002/07/11. eng.
60. Socialstyrelsen. Folkhälsorapporten 2001. 2001.
61. SBU. Behandling av depressionssjukdomar, volym 1. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2004.

62. Mathews CA, Reus VI. Assortative mating in the affective disorders: a systematic review and meta-analysis. *Comprehensive psychiatry*. 2001 Jul–Aug;42(4):257–62. PubMed PMID: 11458299. Epub 2001/07/18. eng.
63. Killén K. Sveket II. Ansvar och (be)handling. Oslo: Komuneforlaget; 2010.
64. Kvello Ø. Späd- og småbarn utsatt for omsorgssvikt. In: Vibeke Moe, editor. *Handbok i Sped- og småbarns psykiska helse* Oslo: Gyllendal Akademisk; 2010.
65. Oyserman D, Bybee D, Mowbray C, Hart-Johnson T. When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *Journal of adolescence*. 2005 Aug;28(4):443–63. PubMed PMID: 16022881. Epub 2005/07/19. eng.
66. Lovejoy MC, Graczyk PA, O'Hare E, Neuman G. Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*. 2000 Aug;20(5):561–92. PubMed PMID: 10860167. Epub 2000/06/22. eng.
67. Frye AA, Garber J. The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *Journal of abnormal child psychology*. 2005 Feb;33(1):1–11. PubMed PMID: 15759587. Epub 2005/03/12. eng.
68. Socialstyrelsen. *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*. 1999.
69. Chapman DP, Dube SR, Anda RF. Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*. 2007;37(5):359–64. PubMed PMID: 2007-07785-009. First Author & Affiliation: Chapman, Daniel P.
70. Östman M. Vetenskaplig översikt om barn till personer med psykisk sjukdom. Appendix till Psykiatri Skånes Policyprogram för att beakta behov hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. 2010.
71. Östman M. Familjens situation. In: Brunt D, Hansson L, editors. *Att leva med psykiska funktionshinder – livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
72. Korhonen M, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *Journal of affective disorders*. 2012 Feb;136(3):680–92. PubMed PMID: 22036793. Epub 2011/11/01. eng.

Referenser

73. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Lange T. A life-course study on effects of parental markers of morbidity and mortality on offspring's suicide attempt. *PloS one*. 2012;7(12):e51585. PubMed PMID: 23251584. Pubmed Central PMCID: PMC3520946. Epub 2012/12/20. eng.
74. Helgeland A. Familiesamtaler med barneperspektiv når mor eller far har en psykisk lidelse. In: Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B, Dyregrov K, editors. *Barn som pårørende*: Abstrakt Forlag; 2012.
75. Pihkala H, Johansson EE. Longing and fearing for dialogue with children: depressed parents' way into Beardslee's preventive family intervention. *Nordic journal of psychiatry*. 2008;62(5):399–404. PubMed PMID: 18752105. Epub 2008/08/30. eng.
76. Östman M. Interviews with children of persons with a severe mental illness: investigating their everyday situation. *Nordic journal of psychiatry*. 2008;62(5):354–9. PubMed PMID: 18728928. Epub 2008/08/30. eng.
77. Mokrova I, O'Brien M, Calkins S, Keane S. Parental ADHD Symptomology and Ineffective Parenting: The Connecting Link of Home Chaos. *Parenting, science and practice*. 2010 Apr 1;10(2):119–35. PubMed PMID: 20454604. Pubmed Central PMCID: PMC2864040. Epub 2010/05/11. Eng.
78. Socialstyrelsen. Dokumentation av seminarium om föräldrar med neuropsykiatriska svårigheter. Arbetsmaterial. 2012.
79. Nylander L. Attention-deficit/hyperactivity disorder and autism spectrum disorders in adult psychiatric patients: Sahlgrenska akademien. Inst för neurovetenskap och fysiologi. Doktorsavhandling; 2011.
80. Lau W, Peterson CC. Adults and children with Asperger syndrome: Exploring adult attachment style, marital satisfaction and satisfaction with parenthood. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011;5(1) 392–9.
81. Asherson PR, Akehurst JJ, Kooij M, Huss K, Beusterien R, Sasane S, et al. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *J Atten Disord* 2012;16(5 Suppl):20S–38S.
82. Carelli MG, Wiberg B. Time out of mind: temporal perspective in adults with ADHD. *J Atten Disord*. 2012;16(6):460–6.
83. Adler L, Chua H. Management of ADHD in adults. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002;63((suppl 12):29–35.

84. Socialstyrelsen. Våld – En handbok om socialnämndens ansvar för våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. 2011.
85. Grip K. The damage done. Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers – Towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children. 2012.
86. Broberg A, Almqvist L, Axberg U, Grip K, Almqvist K, Sharifi U, et al. Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering. Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet, 2011.
87. Janson S, Jernbro C, Långberg B. Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning. 2011: Allmänna Barnhuset 2011.
88. Annerbäck EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2010 Aug;99(8):1229–36. PubMed PMID: 20219025. Epub 2010/03/12. eng.
89. Broberg A, Granqvist P, Ivarsson T, Risholm Mothander P. Anknytningsteori. Betydelsen av känslomässiga relationer: Natur och Kultur; 2012.
90. Almqvist K, Broberg A. Barn som bevittnat våld mot mamma – en studie om kvinnor och barn som vistas på kvinnojourer i Göteborg. Göteborgs stadskansli, 2004.
91. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
92. Socialstyrelsen. Interkulturellt socialt arbete. 2010.
93. Socialstyrelsen. Folkhälsorapporten 2009. 2009.
94. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003 Aug;112(2):e119–31. PubMed PMID: 12897317. Epub 2003/08/05. eng.
95. Bodin M. Rapport gällande förarbete för effektutvärdering av Beardslee's familjeintervention. 2011-12-09. Internt arbetsmaterial. Socialstyrelsen, 2011.
96. Solantaus T. Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok. Psykiatri Södra Stockholm, 2010.

Referenser

97. Niemela M, Vaisanen L, Marshall C, Hakko H, Rasanen S. The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer nursing*. 2010 Nov–Dec;33(6):E18–27. PubMed PMID: 20555258. Epub 2010/06/18. eng.
98. Reedz C, Lauritzen C. Hva er barnas pespektiv? Håndbok. Prosjekt Barn som pårørende. Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Nord (RKBU Nord).
99. van Doesum KTM, Hosman CMH. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: II. Interventions. *AeJAMH (Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health)*. 2009;8(3):264–76. PubMed PMID: 2011-20408-009. First Author & Affiliation: van Doesum, Karin T. M.
100. Pettersson L, Alexanderson K, Kostela J. Modeller för utveckling av gruppverksamheter för barn och ungdomar. Resultat av ett FoU-projekt i Dalarna. Dalarnas Forskningsråd, 2011.
101. Skerfving A-M. Hur vet vi att det hjälper? Om effektutvärdering av stödgrupper för barn och ungdom. FORUM. Stockholms universitet, 2012.

Bilaga

Experter (forskare och praktiker) som bidragit till och lämnat synpunkter på respektive kapitel:

Barn i familjer med allvarlig somatisk sjukdom eller skada

Kapitlet har kommenterats och kompletterats av sektionschef Kerstin Åkerlund, Neurologiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, leg. psykolog Petra Linnsand, Dalheimers Hus, Göteborg, samt onkolog Katriin Bartfai Jansson, Universitetssjukhuset Örebro.

Barn med förälder som avlider

Kapitlet har kommenterats och kompletterats av socionom, leg. psykoterapeut Lars Widén och leg. psykolog Lena Liedholm vid Barntraumateamet, Vrinnevisjukhuset, Norrköping samt kurator Solveig Hultkvist, Stockholms sjukhem.

Barn i familjer med problematiskt bruk av alkohol och andra droger

Kapitlet har kommenterats och kompletterats av professor Anders Hjern, CHES, Stockholms universitet samt Katarina Wittgard, FAS-föreningen.

Barn med förälder som har psykisk ohälsa eller personlighetsstörning

Kapitlet har kommenterats och kompletterats av leg. psykolog, fil.dr. Ulf Axberg, Göteborgs universitet, fil.dr. Birthe Hagström, ALMA-verksamheten i Malmö, kurator Ing-Britt Berglund samt leg. psykolog Kati Falk.

Barn med förälder som har neuropsykiatriska svårigheter

Den dokumentation som ligger till grund för kapitlet har kommenterats och kompletterats av deltagarna vid seminariet samt med dr. Gunnel Janeslätt, SUF Kunskapscentrum, Regionförbundet Uppsala län.

Barn i familjer där det förekommer våld

Kapitlet har kommenterats och kompletterats av leg. psykolog, professor Anders Broberg och leg. psykolog, fil.dr. Karin Grip, Göteborgs universitet samt leg. psykolog, professor Kjerstin Almqvist, Karlstads universitet.

