

Förebyggande insatser för barn till vuxenpsykiatrins patienter

Ett samarbete mellan vuxenpsykiatri
och barn- och ungdomspsykiatri



Britt Bernstone Berg
Solveig Bromander



Barn- och ungdomspsykiatri
STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING

Förebyggande insatser för barn till vuxenpsykiatrins patienter

Ett samarbete mellan vuxenpsykiatri
och barn- och ungdomspsykiatri

Denna rapport kan beställas genom Utvärderingsenheten, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms läns landsting.

© Författarna och Stockholms läns landsting 2007

ISSN1653-204X

Intellecta DocuSys AB, Västra Frölunda, 2007

Abstract

Denna rapport vill lyfta fram situationen för barn, som växer upp i familjer, där en eller båda föräldrarna har en allvarlig psykisk sjukdom.

Ett syfte är att undersöka om det finns rutiner inom Vuxenpsykiatrin för att identifiera och synliggöra barnen till patienterna. Ett annat syfte är att undersöka om de barn, som deltagit i barngrupp för barn till psykiatrins patienter, har fått ett ökat välbefinnande, som kan knytas till deltagandet i denna grupp.

I rapporten görs en genomgång av relevant forskning. Vi gör sedan ett försök till inventering av liknande barngruppsverksamhet, som bedrivs eller har bedrivits i olika delar av landet.

Rapporten innehåller två delar:

Första delen är en enkätstudie som vänder sig till vuxenpsykiatrins behandlare.

Den andra delen är en utvärdering av den barngrupp som behandlarna hade under 2004/2005.

Enkätstudien visar att de flesta behandlare har kunskaper om det barngruppsarbete som bedrivits. Förvånansvärt många har ingen egen erfarenhet av att patienters barn deltagit i grupp, trots att gruppverksamhet pågått i många år. De behandlare som remitterat barn till dessa grupper har beskrivit att gruppverksamheten inneburit en positiv förändring för barn och patientförälder.

Utvärderingen av barngruppsarbetet visar på att barnen tyckte det var positivt att träffa andra barn, med liknande erfarenheter samt att barnen upplevde, att de fick nya kunskaper. Föräldrarna uttryckte att barnen blev tydligare i att markera egna gränser samt uttrycka egna känslor, vilket ledde till ett nytt relaterande inom familjen.

Det framkommer en tydlig förändring hos de fem barn som deltagit i barngrupperna, mätt i självskattningsskalor före och efter deltagandet i barngrupp. Barnen uppvisar en mer positiv självbild och mindre grad av oro efter avslutad barngrupp. Deras förmåga att uttrycka egna åsikter och stå upp för vad de känner har ökat.

Författarnas förord

Vi har burit på idén att dokumentera vårt barngruppsarbete under en längre tid, då barnen är en tyst och osynlig grupp. Ingen för deras talan. Genom våra grupper har vi fått möta många barn och fått ta del av deras frågor och funderingar. Barnen har många för dem viktiga frågor om föräldrarnas sjukdom och sin egen situation. Gruppverksamheten blev en positiv erfarenhet för barnen. Gemenskapen med andra barn i liknande situation blev stödjande och stärkande för dem.

Det har varit ett mödosamt arbete att få barn till barngrupperna. Vi tackar alla er behandlare som ”levererat” barn till barngrupperna och särskilt de behandlare inom vuxenpsykiatri som varit barnansvariga inom sektorerna och oförtrotligt fokuserat på barnen genom årliga inventeringar av aktuella barn.

Vi tackar speciellt Er barn för allt ni lärt oss genom er medverkan i gruppen samt tackar också Er föräldrar, som gjort det möjligt för oss att genomföra vår gruppverksamhet och utvärdera den.

Vi vill också tacka våra arbetskamrater, enhetschef och ledning på BUP, som gjort det möjligt för oss att utföra detta tidsödande arbete och givit oss stöd under arbetets gång.

Ett tack till UU-enheten vid BUP-divisionen Stockholms läns landsting som möjliggjort denna rapport och bidragit med handledning

Innehållsförteckning

BAKGRUND	1
Psykiatrireformen.....	1
Folkhälsorapport 2005	1
Antal barn till psykiskt sjuka föräldrar.	3
Prognos för barn till psykiskt sjuka föräldrar.....	4
Barngruppsverksamhet	9
Barngruppsverksamheter i landet.....	9
Samarbetsprojektet i Norrtälje	10
Barngrupperna.....	11
Teoretiska referensramar	13
Syfte och Frågeställningar	15
Syfte med enkäten:.....	15
Frågeställningar.....	15
Syfte med utvärdering av Barngruppsverksamheten	15
Frågeställningar.....	15
Metod	17
Enkätstudien.....	17
Barngruppstudien.....	18
Metodens tillförlitlighet:	19
Resultatanalys	21
Resultatanalys, Enkät.....	21
Resultatanalys	29
Diskussion och förslag	39
Litteratur	43
Bilagor	
Frågor till föräldrarna	
Frågor till barnen	
Enkätfrågorna	

BAKGRUND

Psykiatrireformen

Under 1980- talet påbörjades en förändring av psykiatrin som fortsatte under 90-talet. De stora mentalsjukhusen avvecklades och den psykiatriska öppenvårdens byggdes ut. Användning av psykofarmaka, psykoterapi och psykosociala stödåtgärder har sammantaget bidragit till denna förändring av psykiatrin.

Riksdagen beslutade 1995 att kommunerna skulle ha ansvar för boende, arbete/daglig sysselsättning och fritid. Patienternas livsföring normaliserades härigenom ute i samhälle, vilket i sin tur medfört att föräldraskap blivit möjligt för kvinnor och män, som tidigare på grund av sin svåra psykiska sjukdom inte fått denna möjlighet.

Allt fler barn växer idag upp med en psykiskt sjuk förälder. Barn till föräldrar, som lider av psykiatriska störningar, är en välkänd riskgrupp, som utvecklar psykiska och sociala problem i större utsträckning än andra. En del av dessa barn riskerar att inte få sina grundläggande behov av en trygg uppväxtmiljö tillgodosedda eller riskerar att utsättas för traumatiska upplevelser på grund av familjesituationen.

Inom vuxenpsykiatrin möter personalen psykiskt sjuka vuxna, men mindre ofta deras barn. Detta kan medföra att barnens situation uppmärksammas alltför sent och att det går lång tid innan hjälp och stöd sätts in i familjen

Under de senaste 5-10 åren har man inom psykiatrin allt mer börjat uppmärksamma barnen till vuxenpsykiatrins patienter, som kallats ”de bortglömda barnen”. Stödinsatser för dessa barn är inte enbart ett ansvar för Vuxenpsykiatrin utan en samarbetsuppgift för Vuxenpsykiatrin, Barnpsykiatrin och Socialtjänsten, eftersom man måste ta hänsyn till den ackumulerande tyngden av den totala problembelastningen i barnen liv och närvaron av skyddande faktorer.

Folkhälsorapport 2005

Folkhälsorapporten 2001 anger att 2,3 % av alla barn i ålder 0-15 år har minst en förälder med diagnos från psykiatrisk slutenvård. Dessa barn har 3 gånger ökad risk för egen psykiatrisk diagnos samt förhöjd risk för drogmissbruk samt självmord/självmordsförsök. Socioekonomiska faktorer påverkar de två senare riskerna.

Enligt Socialstyrelsen Folkhälsorapport 2005 uppges 20-40 % av befolkningen lida av psykisk ohälsa. Av dessa har 10-15 % allvarliga besvär, vilka kan behöva psykiatrisk behandling.

Ca 35 % av kvinnorna som uppger att de har lättare eller svårare psykiatriska besvär har hemmavarande barn.

Folkhälsorapporten 2005 anger inte hur många barn som växer upp i familjer med diagnos från psykiatrisk slutenvård. Familjens socioekonomiska situation påverkar barnens hälsa från allra första början. Barn och ungdomar i socioekonomiskt utsatta familjer har oftare psykiska störningar och psykosomatiska symtom. Hushåll med ensamstående förälder som riskerar ekonomisk utsatthet har ökat från ca 13 % till ca 20 %.

Antal barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Socialstyrelsen utkom 1999 med en rapport om *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Syftet med denna rapport var att öka kunskapen om psykiska sjukdomars inverkan på föräldrars omsorgsförmåga och konsekvenserna för barnen. Ett annat syfte var att bidra till metodutveckling inom Vuxenpsykiatri och Socialtjänsten för att ge bättre stöd till barn med psykiskt sjuka föräldrar.

I rapportens sammanfattning sägs bl.a. att Vuxenpsykiatri har en central roll vad gäller att "upptäcka" dessa barn och "sätta igång" processer i de professionella nätverken, för att ge barnen stöd. Vuxenpsykiatri ska samverka med Socialtjänst och Barnpsykiatri och samordna insatserna. Ett välutvecklat och fungerande samarbete mellan berörda enheter är nödvändigt för att ge utsatta barn och familjer ett bra och kontinuerligt stöd. Barn riskerar då inte "att hamna mellan stolarna". Det professionella nätverket kan använda sig av varandras kunskaper och erfarenheter, utveckla kompetens och undvika dubbelarbete.

Det framgår också av rapporten att det finns svårigheter att få korrekta uppgifter om antalet barn i landet i ålder 0-17 år, som lever tillsammans med en psykiskt sjuk förälder. Ibland saknar Vuxenpsykiatri redovisning för sådana uppgifter. Endagsinventeringar och andra studier inom vuxenpsykiatri visar att antalet patienter med minderåriga barn grovt räknat uppgår till 20 -30 % av samtliga patienter.

I mitten av 1990-talet gjordes en inventering av föräldrar bland *inneliggande patienterna*, vid Beckomberga sjukhus i Stockholm (Skervfving och Waltré 1995). Det visade sig vid denna inventering att 20 % av patienterna var föräldrar till barn under 18 år, men bara ett fåtal levde tillsammans med sina barn. Föräldrarna var ofta skilda och barnen bodde hos den andre föräldern eller var placerade i fosterhem.

Vid en kartläggning några år senare vid samma sjukhus *av patienter i öppenvården* (Skervfving 1998) var en något större del av patienterna föräldrar till barn under 18 år (25-30 %). De flesta levde tillsammans med sina barn (75 %). Vid närmare studier av barngruppen framkommer att en fjärdedel av barnen levde tillsammans med en ensamstående psykiskt sjuk mamma, som enda vuxen i familjen.

En ny registerstudie vid vuxenpsykiatri i Södra Stockholm (Skervfving 2005) visar samstämmiga resultat med tidigare studier av öppenvårdens patienter, dvs. att 30 % av psykiatriens patienter var föräldrar till barn under 18 år. Majoriteten av patientföräldrarna (80 %) hade hemmaboende barn, dvs. barn,

som var mantalsskrivna tillsammans med patienten. Två tredjedelar av patientföräldrarna var kvinnor. Mer än hälften av patientföräldrarna (56 %) var ensamföräldrar och nästan alla ensamstående föräldrar med hemmaboende barn var kvinnor. Några barn bodde med föräldrar, där båda var psykiatrins patienter. "Psykiatrins barn" utgjorde 8 % av alla barn i upptagningsområdet. De vanligaste diagnosgrupperna bland föräldrarna är affektiva störningar (30 %) , ångest eller stressreaktioner (30 %), psykotiska störningar (7 %) samt utan angiven diagnos (23 %). Missbruk och personlighetsstörning utgjorde den minsta gruppen (4 %).

Andelen hemmaboende barn varierade med föräldrarnas diagnos. Två tredjedelar av barnen var yngre än 12 år. Nästan en fjärdedel av barnen var förskolebarn. Den vanligaste föräldern bland patienterna med minderåriga barn inom Psykiatri Södra, Stockholm var en ensamstående mamma med ett till två barn och med diagnos depression, ångest, stressreaktion eller odiagnostiserad psykisk sjukdom.

Östman, (2000), anger att mellan 80 000-100 000 barn i Sverige har en förälder med en allvarlig psykisk sjukdom. Mer än hälften av barnen har extra behov av hjälp, men endast hälften av dessa barn har fått sådan hjälp enligt anhöriga.

I Norrtälje gjorde samtliga behandlare våren 2005 en inventering. Det fanns då ca 300 barn i ålder 6-17 år, vars föräldrar (en av dem eller båda) var patienter vid mottagningen.

Prognos för barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Barn till föräldrar med allvarliga och långvariga psykiska problem har under de senaste åren ägnats allt mer uppmärksamhet. Det är en utveckling som skett inte bara i vårt land utan också på många andra håll i västvärlden. Vid den Nordiska konferensen i Stockholm 2003 deltog representanter från flera europeiska länder samt från USA och Australien.

När en förälder har allvarliga psykiska problem påverkar det ofrånkomligt livet för de barn, som är känslomässigt och praktiskt beroende av henne eller honom. Det finns en växande kunskap om att barn till psykiskt störda föräldrar utgör en riskpopulation för att utveckla egen psykisk ohälsa. Svårighetsgraden och varaktigheten i föräldrarnas problem är av stor betydelse för hur det går för barnet. Övriga faktorer som missbruk och/eller psykiska problem hos båda föräldrarna, brister i den tidiga mor-barnrelationen, ensamföräldraskap, trångboddhet, att familjen är fattig och lever i områden med bristfällig sam-

hällsservice- ökar risken för negativ utveckling hos barnen. Ju fler riskfaktorer, desto större är risken för negativ utveckling för barnen.

I *Att växa mot alla odds- från födelse till vuxenliv*, Werner & Smith 2003, den s.k. Kauaistudien, har man följt alla barn (837) som föddes 1955 på ön Kauai i Hawaiiögruppen. Det har gjorts kontinuerliga uppföljningsstudier, bl.a. då barnen var 18 år. Kauaistudien är alltjämnt pågående. Den började som en pediatrik/utvecklingspsykologisk studie. De aspekter av studien, som tilldragit sig störst uppmärksamhet, är fokuseringen på de barn, som klarat sig ”mot alla odds” de s.k. maskrosbarnen och den noggranna kartläggningen av skyddsfaktorer, stressmotståndskraftsfaktorer eller s.k. friskfaktorer.

Stressmotståndskraftiga riskbarn, maskrosbarnen, utgjorde 10 % av hela barngruppen i Kauaistudien. Dessa barn hade något lägre belastning i fråga om negativa familjrelationer. Barnen växte oftare upp i familjer med två föräldrar. Föräldrarna var konsekventa i sitt bemötande av barnen och mödrarna beskrevs som förstående. Barnen sökte och fick hjälp från informella stödpersoner i det sociala nätverket och de hade en stor tilltro till det sociala nätverket ex. lärare eller församlingsmedlemmar. Familjens tillhörighet till en kyrka och/eller församling var betydelsefullt. Barnen upplevde sig behandlade som individer värda respekt.

Man specialstuderade de 29 barn, vars föräldrar behandlats för allvarliga psykiska sjukdomar. Mödrarna till 11 av barnen hade diagnos depression, mödrarna till 8 av barnen hade diagnos schizofreni. Fäderna till 10 av barnen hade diagnos schizofreni alternativt depression

Gruppen barn med psykiskt sjuka föräldrar hade dubbel så hög frekvens perinatale komplikationer som hela Kauaistudiens barngrupp.

Nästan hälften av barnen (40 %) hade allvarlig inlärnings/eller beteendeproblem vid 10 års ålder. Vid 18 års ålder hade 55 % av dessa barn tecken på anti-socialt beteende eller psykiatrisk problematik De flesta, som själva fick svåra psykiska problem hade mödrar med schizofreni

Risk och stressfaktorer av betydelse för prognosen var exempelvis moderat eller svår perinatal skada, låg födelsevikt, kroppslig och psykisk sjukdom hos föräldrarna, separation och en frånvarande förälder/fader/ samt socioekonomiska faktorer såsom arbetslöshet, kronisk fattigdom, flyttningar, fosterhemsplacering m.m.. Sammantaget påverkade dessa faktorer barnens egen utveckling. Många barn hade i tonåren utvecklat en extern ”locus of control”, d.v.s. de ansåg att yttre omständigheter styrde deras liv.

Kauaistudien visar att pojkar generellt har större sårbarhet i barndomen än flickor. Under perioden 10-18 år förefaller flickor vara sårbarare än pojkar.

Författarna diskuterar olika tänkbara förklaringar till denna observerade skillnad, bl.a. genetiska skillnader.

De barn, som utvecklades väl, hade haft en god anknytning under spädbarnsåren. De karaktäriserades av god social samspelsförmåga och ett jämnt temperament. Vid 10 års ålder hade de stressmotståndskraftiga barnen bättre problemlösningsförmåga samt förmåga till verbal förståelse. De beskrevs av sina lärare som mindre störande i klassrummet. I tonåren hade de utvecklat en övertygelse om att själv kunna styra sitt liv, d.v.s ett eget inre "locus of control".

I ett nationellt forskningsprojekt har Östman(Östman 2000) intervjuat 455 anhöriga till psykiskt sjuka. Hon har följt dem under en elvaårsperiod. Hennes forskning visar att barn till psykiskt sjuka känner sig mycket ensamma. De känner oro och sorg över sin psykiskt sjuke förälder. Ibland upplever de också skuld och tror att det är deras fel att föräldern blivit sjuk. De tvingas ta ett större ansvar hemma jämfört med jämnåriga barn. Samtidigt har de vuxna i barnets omgivning svårt att prata med barnet. Många barn saknar stöd från anhöriga, skola, Socialtjänst och psykiatri.

Cederblad har i *Från barndom till vuxenliv* - en översikt av longitudinell forskning (Cederblad 2004) uppmärksammat "riskfaktorer och friskfaktorer" som påverkar barnets psykosocial utveckling. Cederblad redovisar flera longitudinella studier, som gjorts under 1900-talet i olika länder. Studierna har följt barnen under längre eller kortare tid. Kunskap om tidiga varningstecken hos barn och ungdomar kan ge möjlighet att bedöma prognos. Vad kan stoppa upp eller accelerera en begynnande felutveckling?

Friskfaktorer är exempelvis:

- Förebyggande mödravård
- trygg anknytning
- stabil familj med låg konfliktnivå
- stöd i den sociala omgivningen utanför kärnfamiljen
- barnet/ungdomens inre "locus of control" som är förknippat med upplevelse av förmåga att ta ansvar och upplevelse av att kunna styra sitt eget liv.

Riskfaktorer är exempelvis:

- otrygghet i anknytningen på grund av moderns depression
- uppväxt i en kronisk påfrestande miljö med ex. svår psykisk sjukdom, missbruk eller kriminalitet hos en eller båda föräldrarna
- föräldrarnas uppfostringsstil exempelvis inkonsekvens och eller fysisk bestraffning

- omgivningsfaktorer såsom fattigdom, trångboddhet, arbetslöshet m.m. (socioekonomiska faktorer)

Skerfving har i sin rapport *Att synliggöra de osynliga barnen - om barn till psykiskt sjuka föräldrar* (Skerfving2005) redogjort för olika studier, som gjorts, som visar att dessa barn är en riskgrupp. Olika faktorer påverkar barnets utveckling såsom ärftlighet, familjens sociala situation och samspelsmönster.

Uttrycket "hörisk" används i en del studier, då det gäller barn till allvarligt och långvarigt psykiskt störda föräldrar. Men det är långt ifrån alla barn som själva blir sjuka eller får allvarliga problem. Det är inte föräldrarnas sjukdom som är den enda faktorn, som orsakar problem hos barnet utan en kombination av många olika faktorer som samverkar. Stödinsatser till barnen av olika slag kan faktiskt påverka utvecklingen.

Folkhälsorapporten 2005 fastslår att barn och ungdomar i hushåll med en utsatt socioekonomisk situation löper ökad risk för att utveckla bl.a. egen psykisk ohälsa samt missbruk.

Barngruppsverksamhet

Barngruppsverksamheter i landet

I Stockholm startades 1996 *Källan* på initiativ av Riks.IFS, ett barngruppsarbete tänkt för lågstadie- och mellanstadiebarn. Källans barngruppsmaterial byggde på material, som utarbetats av Ersta Vändpunkt. Till Källan kom barn från hela Storstockholm och grupperna leddes av E.Valltré och G.Granath, som utgivit ett arbetsmaterial för barngrupper: *Handbok, Källans mellanstadioprogram* /Granath,G. & Walltré,E. 1999/

I Växjö startades 1998 en barngruppsverksamhet, kallad *Maskrosen*, ett samarbetsprojekt mellan Vuxenpsykiatrin och Barnpsykiatrin, som utvärderades 1999.

I den sammanfattande diskussionen påpekar författarna att det var svårare att starta barngruppsverksamhet än man trott. Få barn anmälades till grupperna. De barn, som deltog i gruppverksamheten kunde efteråt hantera sin situation bättre och barnens symtom, enligt föräldrarnas skattning, minskade. Barnen uttryckte tillfredsställelse med att ha fått deltaga i barngruppsverksamheten. Det förefaller som att känslan av att dela sin livssituation med andra barn, har varit en betydande faktor i tillfredsställelsen med gruppen.

Lund har haft en barngruppsverksamhet kallad *Imbus* (Individuell Människohjälps Barn- och Ungdomsstation), som varit ett samarbetsprojekt mellan Psykiatrin och organisationen Individuell Människohjälps, IM. Verksamheten startade 1998 och vände sig till barn och ungdomar i ålder 7 till 18 år, vars mamma eller pappa hade en psykisk sjukdom. Verksamheten utvärderas. Utvärderingen visade på att gruppverksamheten främjade barnens utveckling och stärkte deras självkänsla. Barnen avlastades skuld samt fick lättare att tala om föräldrarnas sjukdom, som annars ofta är ett tabubelagt ämne. Verksamheten hade också bidragit till en ökad känsla av trygghet för barnen samt förhindrat deras upplevelse av ensamhet (Östman 2002)

Lunds kommun har tagit över verksamheten och driver den numera tillsammans med Individuell Människohjälps.

I Skellefteå har Socialtjänsten bedrivit en gruppverksamhet för barn vars föräldrar drabbats av psykisk ohälsa, kallad *Måndagsgruppen*,. Barnen har

rekryterats till grupperna genom samarbete mellan Socialtjänst och Vuxenpsykiatri.

Verksamheten har utvärderats vid Institutionen för Psykologi vid Umeå universitet. Författarnas slutsats är att gruppverksamheten varit en positiv upplevelse för både barn och föräldrar. Barnen har fått känna gemenskap med andra barn i liknande livssituationer. Barnen har genom gruppen fått känna att de är unika och värdefulla. Föräldrarna har på ett indirekt sätt fått stöd genom gruppen. (Fredriksson, H och Rosenström, F 2005)

Samarbetsprojektet i Norrtälje

Behandlare inom både Vuxen- och Barnpsykiatri i Norrtälje inspirerades av barngruppsarbetet Källan. Vuxenpsykiatrien tog initialt kontakt med Barnpsykiatrien och Socialtjänsten för ett samarbete. Vuxenpsykiatrien hade då haft ett projekt för inventering av bl.a. barn till psykiatrins patienter samt för planering av anhörigarbete och barngruppsarbete sågs som ett led i klinikens anhörigarbetet

Först bildades en Referensgrupp, bestående av nyckelpersoner från Vuxenpsykiatrien, BUP samt Socialtjänsten, vilka fick till uppgift att rekrytera gruppleddare till de planerade barngrupperna. Några av gruppleddarna har också ingått i Referensgruppen. Gruppleddarna utbildades genom Källans personal. De första barngrupperna i Norrtälje startade 1999 och har pågått sedan dess. En del gruppleddare har varit med hela tiden, några har slutat och nya har tillkommit.

Referensgruppen, som fungerat fortlöpande och parallellt med barngruppsarbetet, har haft till uppgift att ansvara för att kontinuiteten i detta arbete uppehållits. Nya gruppleddare har fått utbildning i arbetsmetodiken. Broschyrer om barngruppsarbete har utarbetats för att spridas till psykiatrins behandlare samt till skolor och Socialtjänsten.

Vuxenpsykiatrien har varje år gjort en inventering bland samtliga behandlare för att få fram uppgifter om antal patienter med barn inom aktuell ålder d.v.s. 6-17 år. Behandlarna har också fått information om planeringen av barngruppsarbete samt uppmanats att motivera sina patienter, som också är föräldrar till minderåriga barn, att låta barnen delta i dessa grupper. Endast en liten del av de barn, som identifierades genom inventeringarna anmäldes dock till barngrupperna.

Det visade sig vara lättare att rekrytera barn till grupper i åldrarna 6-10 samt 11-14. Tonårsgrupper planerades, men alltför få ungdomar anmäldes för att få grupperksamheten att fungera kontinuerligt.

Barngrupperna

Varje år sedan 1999 har det anordnats barngrupper för barn till psykiatrins patienter. Barnen har varit i ålder 6-17 år. Under dessa år har författarna varit gruppleddare och deltagit i barngruppsarbetet. Övriga gruppleddare har kommit dels från Vuxenpsykiatrin, dels från Socialtjänsten.

Grupperna har varit åldersindelade, lågstadiesbarn 6-9 år; mellanstadiesbarn 10-13 år samt högstadiesbarn 14 och uppåt. Det visade sig var svårt få till stånd grupper för högstadie- och gymnasieungdomar, eftersom alltför få ungdomar velat delta. Mestadels har det funnits två barngrupper parallellt, en grupp med lågstadiesbarn samt en grupp med mellanstadiesbarn. Under de senaste 2 åren har också en föräldragrupp träffats, med deltagande av mammor, vars barn deltagit i någon av barngrupperna. Samordning av tidpunkt för gruppträffarna har då skett. Mammorna, vilka oftast kom med barnen till grupperna, hade själva uttryckt önskemål om att få tillfälle att träffas, under tiden som barnen var i grupperna.

Källan materialet, som använts i alla grupperna, är indelat i olika *Teman*, ett tema för varje grupp tillfälle.

Teman : Känslor, Försvaret, Psykisk sjukdom, Alkohol och drogberoende, Familjen, Den egna personen, Risker och val, Gränser och kränkningar. Dessa teman har haft en medföljande ”slogan”, ex. Känslor: slogan – Alla känslor är värdefulla.

Om temat för ett grupp tillfälle exempelvis varit känslor har gruppleddarna tillsammans med barnen arbetat med att:

- identifiera och sätta namn på olika känslor
- visa barnen att en känsla är vare sig rätt eller fel...
- vi har rätt att känna våra känslor
- det är vad vi gör med våra känslor, som får hälsosamma/ ohälsosamma konsekvenser

Gruppen har startat med Familjeträff, då föräldrarna fått information om de olika teman, som barnen kommer att arbeta med. Föräldrarna har inbjudits till gruppavslutningen, då temat har varit: ”alla familjer är värdefulla”.

Syftet med dessa familjeträffar har varit:

- att understryka värdet av att ha en positiv identitetsuppfattning som familj
- att förmedla det positiva värdet av att dela tankar och känslor mellan vuxna och barn
- att understryka värdet av att barn och vuxna leker ihop.

Varje enskilt gruppstillfälle har inletts med en ”välkomstsång” samt avslutats med en ”hejdå-sång”. Inledningsvis namngav barnen sin grupp och tillsammans utformades gruppregler, ex. prata en i taget och lyssna på varandra; vara tysta när någon annan pratar.

Barnen hade alltid en mellanmålsuppaus. Författarna introducerades också avslappning som en del av avslutningsritualen. Barnen fick då lyssna till en guidad resa med avslappningsmoment för att på så sätt varva ner.

Under de år författarna arbetat med lågstadiegrupperna har vi utformat grupperna något olika, dels utifrån praktiska omständigheter, dels utifrån metodologiska överväganden. Vi har haft olika antal gruppträffar, alltså grupper över kortare eller längre tid. Vi har prövat att starta på hösten och ha gruppen igång under följande vårtermin, alternativt start tidigt på hösten och avslut efter en termin. Då vi haft ett utökat antal gruppträffar har vi återkommit till vissa teman ex. känslor, familjen och/eller psykisk sjukdom. Oavsett gruppens längd har barnen alltid uttryckt sorg över att gruppen avslutas. Också barnens föräldrar har uttryckt besvikelse över att gruppstillfällena varit för få, eftersom barnen uppskattade att gå till gruppen och gärna hade fortsatt.

Teoretiska referensramar

Nedan beskrivna teorier har funnits som en bas för vårt projektarbete, då dessa belyser barns utveckling i relation till föräldrar samt skyddande och läkande faktorer under barnets uppväxt.

John Bowlby fokuserade i början på 50-talet på den tidiga interaktionens betydelse för barnets fortsatta förmåga till anknytning. I hans teori - attachment/anknytningsteori - beskrivs hur spädbarnet har en "medfödd biologisk" förmåga till anknytning som innebär att barnet strävar efter såväl fysisk som psykisk närhet och omvårdnad. Kvaliteten på barnets anknytningsmönster baseras på barnets tidiga samspel med föräldern. Denne behöver kunna ge barnet en "trygg bas" - en relation, i vilken barnen kan söka skydd och att utgå ifrån. Han och efterföljande anknytningsteoretiker har lämnat viktiga bidrag till hur relationer skapas och vad de betyder för barnets fortsatta psykiska utveckling.

Mary Ainsworth(1978) har i sin forskning vidare utvecklat ,beskrivit och analyserat anknytningsbegreppet. Hon har klassificerat olika typer av anknytningsmönster som barnet uppvisar, först i relation till sin förälder och senare i andra relationer. Kvaliteten på barnets anknytningsbeteende hänger framförallt samman med hur spädbarnets signaler mottagits och tolkats av föräldern under det första levnadsåret men även det individuella barnets temperament och beteende.

Under senare år har Bowlbys och Ainsworths teorier fått ökat intresse genom spädbarnspsykologin, där kunskaper kring spädbarnets utveckling och kompetens stått i fokus.

Daniel Stern (1985, 1995) har senare lyft fram barnets förmåga till anknytning och också beskrivit hur barnets självbild formas i interaktion med föräldern och hur känslor hos de "icke-språkliga" barnet senare vidareutvecklas i språk och självreflektion hos "det språkliga" barnet

Michel Rutter (1984) har i sin forskning fokuserat på vilka risk- respektive skyddande faktorer som kan finnas runt ett barn, som växer upp i en omgivning med en psykiskt sjuk förälder. *Skyddande faktorer* är en bra relation med en eller båda föräldrarna samt stabilitet och lugn i ursprungsfamiljen. Flickor förefaller ha en bättre förmåga till anpassning än pojkar. Barn med samma kön, som den psykiskt sjuke föräldern, löper högre risk att utveckla psykisk skörhet. Barn med lugnare temperament utsätts för mindre konflikter med föräldrarna och därmed mindre stress. Barn till psykiskt sjuka kan utveckla ett starkt ansvarstagande och hjälpsamhet och problemlösningsförmåga. På

ett plan kan det ses som en skyddande faktor, men om barnen har för lite av stöd från andra i barnets omgivning, kan det verka hindrande i barnets utveckling och då bli en riskfaktor. Michael Rutter lyfter fram de faktorer som beskrivs skyddande i Kauaistudien (Werner & Smiths 2003) som god relation förälder-barn, stöd från släktingar eller andra omgivande vuxna, barnets egna förutsättningar som temperament och utseende, barnets självkänsla och ansvarstagande för yngre syskon. Resiliencefaktorer blir enligt Rutter hur människor hanterar livssituationer. Denna förmåga påverkas starkt av tidiga erfarenheter och är påverkbart senare i livet

Risikfaktorer kan vara avsaknande av trygga relationer, konfliktfylld uppväxtmiljö, samt genetisk och psykologisk sårbarhet hos barnet. Han betonar vikten av att inte se riskfaktorer som determinerande för kommande svårigheter utan som en kunskapsbas för vikten av att sätta in preventiva och terapeutiska åtgärder.

Anton Antonovsky formulerade begreppet KASAM, dvs. Känslan Av SAM-anshang. Han utgår från begreppen salutogenes och patogenes, där känslan av sammanhang utgör en av hörnstolparna i vad som ökar människors motståndskraft mot påfrestningar såväl fysiska som psykiska. KASAM utgör summan av känslan av meningsfullhet, känslan av begriplighet och känslan av hanterbarhet. D.v.s. om ett barn förstår det sammanhang som det befinner sig i och också upplever sig kunna påverka sin situation och se en mening i det som sker, har det förutsättningar att fortsätta att vara frisk och utvecklas. Barnet kan utveckla adaptiva copingstrategier.

Vi har hypoteser om att för några av de barn, som ingår i vårt material har det funnits hinder i tidig anknytning p.g.a. förälderns dåliga mående under spädbarnstiden. För ytterligare andra barn, har förälderns psykiska svårigheter/sjukdom påverkat dennes förmåga att under olika perioder under barnens uppväxt, se och bekräfta barnens utveckling och därmed barnets "växande själv". Rutters fokusering på skyddande faktorer och "friskfaktorer" blir till ett stöd i att se att inget barn är förutbestämt att bli "psykiskt sjuk" och slutligen Antonovskys KASAM -begrepp blir ledstjärna när det gäller vårt arbete med barnen i grupp. Målsättningen blir att skapa ett meningsfullt sammanhang för barnen i gruppen. Där kan de dela situationen med andra. De får ett nytt sätt att se på sig själv, sina familjer och sin psykiskt sjuka förälder samt nya kunskaper, som ger dem en beredskap att hantera framtida svårigheter.

Syfte och Frågeställningar

Syfte med enkäten:

- att kartlägga rutiner inom Vuxenpsykiatri i Norrtälje, för att identifiera barn till patienter inom vuxenpsykiatri.

Frågeställningar

- Varför anmäls så få av patientföräldrarnas barn till barngrupperna?
- Hur upplever behandlarna motivationsarbetet med barnens föräldrar?
- Hur har deltagandet i barngrupp, för barn som har en psykiskt sjuk förälder, påverkat barnets och förälderns psykiska mående?
- Hur upplever behandlarna inom Vuxenpsykiatri samarbetet med Barnpsykiatri avseende barngruppsarbetet?

Syfte med utvärdering av Barngruppsverksamheten

- att få kunskap om eventuella förändringar i barnens psykiska mående, som kan kopplas till deltagandet i barngruppsverksamheten

Frågeställningar

- Ökar barnets psykiska välbefinnande om barnet förstår mer av sin familjesituation?
- Ökar barnets psykiska välbefinnande genom att det får dela sina upplevelser med barn i liknande situation?

Metod

För att kunna besvara våra frågeställningar har vi dels valt att göra en enkätstudie bland behandlarna inom Vuxenpsykiatri; dels studera den barngrupp/lågstadiebarn/ som startade hösten 2004 och pågick under januari 2005.

Enkätstudien

Deltagare:

Vår målgrupp var samtliga behandlare inom Vuxenpsykiatri i Norrtälje, vilka under åren deltagit i inventering av *barn aktuella för barngruppsverksamhet*, d.v.s. inventering av barn i ålder 6-17 år, vars förälder/föräldrar varit patient inom Vuxenpsykiatri

Formulär/instrument:

Vi utarbetade frågorna på så sätt att de skulle belysa olika delområden, som berörs i frågeställningarna.(se bilaga 1) Det kändes viktigt för oss att få kännedom om hur behandlarna inom Vuxenpsykiatri tänkte kring det barngruppsarbete, som utförts på deras klinik de senaste åren. Vi ville veta varför så få barn anmälts till barngrupperna, trots att många av vuxenpsykiatriens föräldrar har barn i åldern 7-17 år. Var fanns hindren? Vilka svårigheter upplevde behandlarna i motivationsarbetet, ligger svårigheten i själva motivationsarbetet eller har svårigheterna med föräldrarnas sjukdom och diagnos att göra?

Tillvägagångssätt:

Vi utförde en provintervju på två behandlare inom Vuxenpsykiatri och gjorde efter detta några justeringar vad gällde tydligheten i utformandet av frågorna. Efter provintervjuerna utdelades intervjuformulären till samtliga behandlare (50) och i ett bifogat brev beskrevs syftet med enkäten samt ombads behandlarna medverka genom att besvara enkätfrågorna inom stipulerad tid. Frågeformulären uppsamlades på så sätt att varje behandlare instruerades att lämna sitt svarsexemplar på särskild utsedd plats. Intervjuerna lämnades anonymt. 46 behandlares svar inkom. Av dessa hade 42 patienter med minderåriga barn, 3 hade inte sådana patienter och 1 svarade "vet inte".

Barngruppstudien

Deltagare:

Vår målgrupp är lågstadiesbarn i ålder 7-10 år samt barn i mellanstadieålder 11-14 år. För att få en heltäckande bild av antalet barn i olika åldrar inventerades totala antalet barn hos varje behandlare inom vuxenpsykiatri. 41 barn fanns i lågstadieålder, 32 i mellanstadieålder.

Av lågstadiesbarnens föräldrar var 8 föräldrar intresserade av att deras barn deltog i barngrupp. Gruppen bestod av tre pojkar och fem flickor. För barn i mellanstadieålder startades en motsvarande grupp med fyra barn. Initialt hade vi tänkt att också dessa barn skulle ingå i utvärderingen. P.g.a. nyrekrytering av gruppledare till den gruppen och med den tidsbrist som uppstod kunde den ursprungliga planeringen inte bibehållas. Mellanstadiebarnen ingår således inte i vårt undersökningsmaterial.

Bortfall från lågstadiegruppen blev tre barn. Ett barn slutade på grund av långa resor, två uteblev på grund av föräldrarnas bristande förmåga. Det kvarstod fem barn vid gruppens avslut i slutet av januari 2005.

Formulär/instrument:

Vi ville få en uppfattning av barnens självbild och oro/ångest samt upplevda förändringar i samband med genomgången grupp.

- Barnen fick fylla i skattningsformulären: "Jag tycker jag är" (Psyko-logiförlaget, 1985). Svaren sammanfattas i staninevärden 1-9, där lägsta värdet är 1 och högsta 9. (Staninevärden kommer i texten att förkortas som st).
- De fick också fylla i "Becks ungdomsskalor". Skalorna 1 och 5 - ångestskala respektive självbildsskala. Svaren sammanfattas i percentilvärden. Höga percentil poäng på ångestskalan innebär hög grad av ångest och hög poäng på självbild innebär god självkänsla/självbild.
- Föräldrar och barn fick var för sig fylla i "Styrkor och Svårigheter hos barn" (Goodman 1997 i översättning Smedje 1999). Dessa frågor fylldes också i före och efter genomgången grupp (oktober 2004 samt februari 2005).
- Avslutningsvis fick barn och föräldrar fylla i författarnas utvärderingsfrågor efter avslutad grupp (se bilaga 2 och 3).

- Föräldrarna hade också vid våra samtal möjlighet att beskriva sin egen problematik och situation.

Tillvägagångssätt:

Föräldrarna/patienterna hade fått kort beskrivning av barngrupperna av sin behandlare och bjöds därefter separat in tillsammans med sina barn till BUP-mottagningen för ytterligare information. Vid detta tillfälle fick barn och föräldrar fylla i skattningsformulär samt föräldrarna fick också lämna praktiska uppgifter om barnen. Föräldrarna fick också information om den föräldragrupp som skulle hållas vid samma tidpunkt som barnen hade sin gruppverksamhet. Innehållet/teman i föräldragruppen var de samma som i barngruppen, med betoning på att stärka föräldrafunktionen och öka förståelsen av barnens utgångspunkt.

Gruppen startade i oktober 2004 och avslutades januari 2005. Den döptes till Måndagsgruppen. Gruppen träffades en gång/vecka sammanlagt 12 gånger till slutet av januari. Den lokal som nyttjades var Vuxenpsykiatriska mottagningens samlingsrum. Detta var dels av praktiska skäl dels fanns en tanke med att barnen fick komma till de lokaler, som föräldrarna också besöker.

Material: "Källan material" (Granat & Walltre.1999) Vissa förändringar av materialet har genomförts av författarna för att passa åldersgruppen lågsta-diebarn och vårt arbetssätt.

Metodens tillförlitlighet:

När det gäller enkäten, som behandlarna besvarat, har projektledarna själva konstruerat frågorna. Dessa frågor har diskuterats med vår handledare på FOU-enheten, SÖS. Frågorna avser att besvara de frågeställningar som tidigare angetts.

En provintervju gjordes under april månad (05) med två behandlare/gruppledare på Vuxenpsykiatriska kliniken. Deras gemensamma synpunkter och kommentarer ledde till vissa omarbetningar av enkäten.

När det gäller skattningsinstrumenten, som använts vad gäller barngruppsarbetet, är de instrumenten väl utarbetade, standardiserade och beprövade i liknande sammanhang. De har också använts i någon av de av oss refererade rapporterna.

De barn, som slutligen kom att delta i projektet var en grupp om 5 barn. Vi är väl medvetna om osäkerhetsfaktorn vad gäller resultaten för barngruppen dels pg av att få barn deltog, dels att vi inte har kännedom eller kunnat säkerställa andra faktorer, som kan ha påverkat barnens resultat.

Vi har heller inte i vår utvärdering haft möjlighet att ha en kontrollgrupp.

På grund av att barngruppsverksamheten hållits inom våra ordinarie tjänster har heller inte oberoende personer kunnat träffa barnen och samlat in skattningsmaterialet. Vi har ändå bedömt att barnen genom skattningsskalornas konstruktion inte "fallit för" att svara som de kunnat förvänta sig att projektledarna önskade.

Resultatanalys

Resultatanalys Enkät

Enkäten lämnades till 50 behandlare på Vuxenpsykiatrins 2 mottagningar samt Mobila teamet. Vi fick tillbaka 46 enkätsvar.

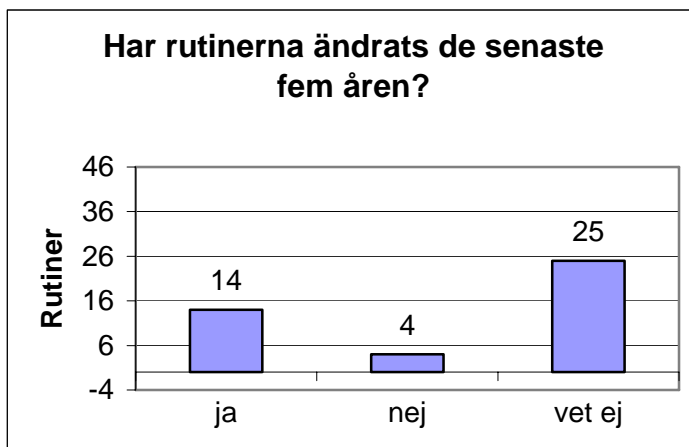
Enkätsvaren har bearbetats och presenteras också grafiskt .

Rutiner

Vi ville veta om behandlarna hade vetskap huruvida deras patienter hade barn under 18 år och i så fall på vilket sätt, de fått information om detta. Vi frågade om det fanns rutiner för inventering. Svarsalternativ var ja –nej- jag vet inte och svaren fördelade sig 24 –ja, 20- nej samt vet ej-2.

I kommentarerna angav ja-svararna att uppgiften om barn var en obligatorisk uppgift vid nyanmälan. Av nej-svararna kommenterade en del att de i brist på rutiner självs istället intervjuade sina patienter om detta.

Diagram 1

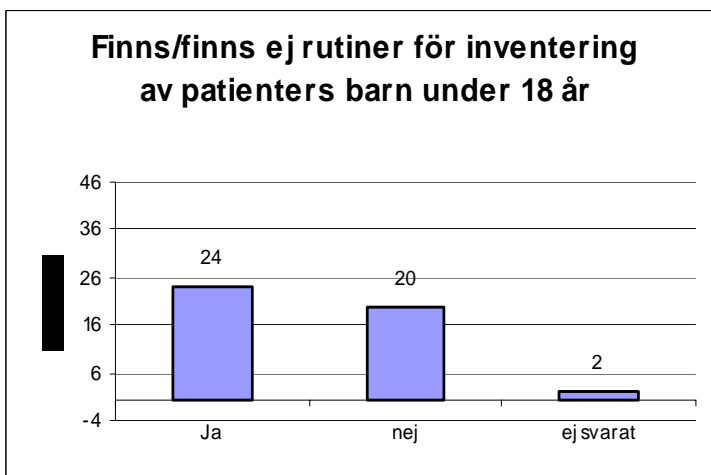


En del av behandlarna ansåg att denna fråga blivit en rutinfråga i anamnes-samtalet medan andra svarade att de alltid intervjuade sina patienter och då frågade om patienten om ev. barn och barnens ålder.

Vi frågade om rutinerna hade förändrats de senaste 5 åren. På denna fråga svarade 25 att de inte visste, 14 svarade ja samt 4 nej.

På fråga om rutinerna kunde förbättras svarade 27- vet ej medan 8 ansåg att de kunde förbättras. Resterande svarade nej. (Svaren återges i grafisk form i diagram 1 och 2)

Diagram 2



Rekrytering:

Vi ville veta om behandlarna hade kännedom om det barngruppsarbete, som bedrivits de senaste åren. Av de tillfrågade visste 41 att barngruppsarbete pågått samt sade sig ha fått denna information genom informationsfolder eller information på interna konferenser. 4 behandlare kände inte till att det pågått barngruppsarbete och 1 besvarade inte frågan.

Informationen om barngruppsarbetet hade varit tillräckligt enligt 31 behandlare, medan 11 svarade nej samt 4 inte besvarade frågan. I kommentarerna till denna fråga angav en del att informationsfoldern kunde förbättras samt att man önskade mera personlig kontakt mellan behandlare och barngruppsledarna. (se diagram 3 och 4)

Diagram 3

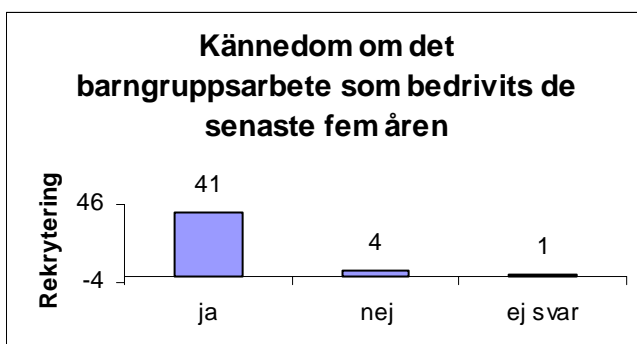
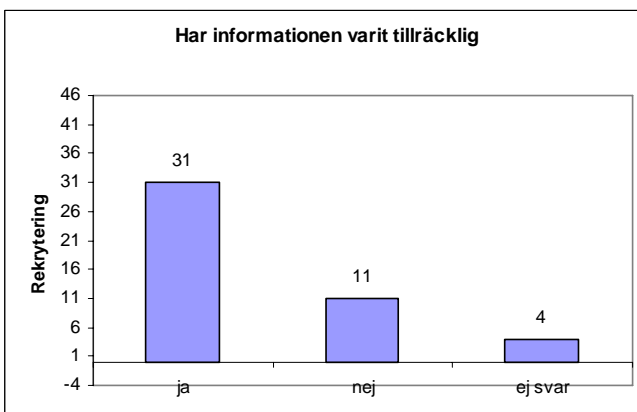


Diagram 4



Motivationsarbete:

Vi ville veta hur behandlarna tänkte kring det arbete, som de måste ha med sina patientföräldrar för att motivera patientföräldrarna att låta sitt/sina barn delta i någon barngrupp. 25 behandlare hade erfarenheter av motivationsarbete. Dessa fick ange hur pass svårt detta motivationsarbete var, Mycket svårt, medelsvårt eller lätt. De flesta ansåg att motivationsarbetet var ”medelsvårt”, 19 behandlare medan 4 ansåg att det var mycket svårt ” 2 behandlare besvarade inte frågan.

I kommentarerna till denna fråga angav behandlarna att svårigheterna berodde på föräldrarnas diagnos (18); behandlingsalliansen kunde skadas (9); otillräcklig information om barngrupperna (8) samt tidsbrist (2). (se diagram 5 och 6)

Diagram 5

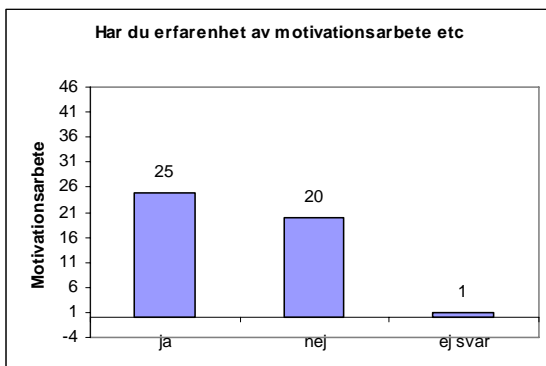
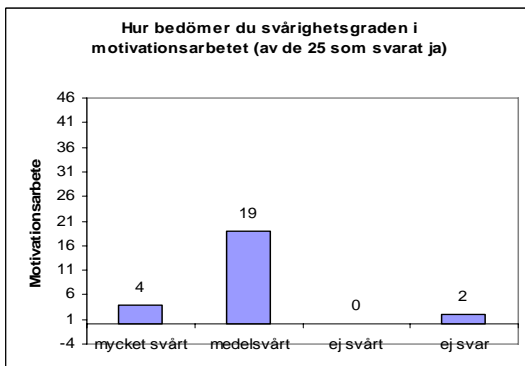


Diagram 6



Barngruppsarbete:

Vi var intresserade av att få veta om behandlarna, som har/har haft patientföräldrar, vars barn deltagit i barngrupp, hade kännedom om hur patientföräldrarna och deras barn upplevt barngruppsarbetet. Vi frågade behandlarna om de haft patientföräldrar, vars barn deltagit i någon barngrupp under de senaste 5 åren. Endast 12 av de 46 behandlarna, som besvarat enkäten hade denna erfarenhet.

Dessa 12 behandlare fick besvara följdfrågorna: vet du hur barnets deltagande påverkat din patient och din patients barn, övervägande positivt eller övervägande negativt? Av dessa 12 behandlare svarade 10 att de visste att deltagandet påverkat barnet positivt och 8 behandlare att det påverkat föräldern positivt. De övriga svarade ”vet ej”.

I kommentarerna angav man ex. att barnets gruppdeltagande haft en positiv lugnande inverkan på föräldern, när barnet fick något för egen del, som barnet mår bra av. För barnets del innebar deltagande i en barngrupp en positiv social gemenskap för barnet.

(Se diagram 7, 8 och 9)

Diagram 7

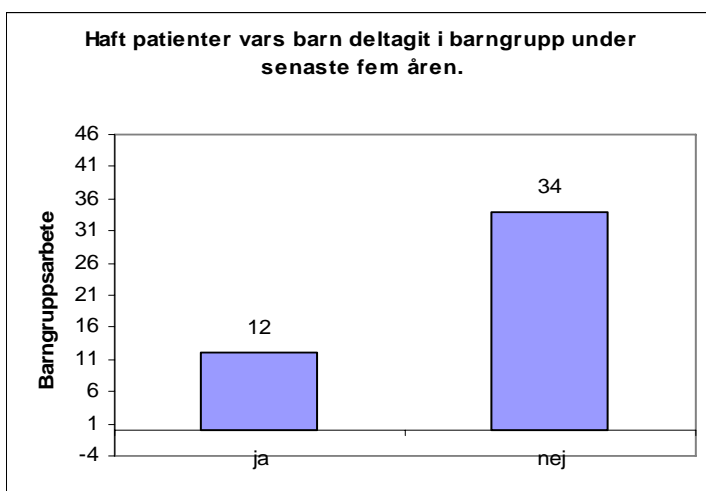


Diagram 8

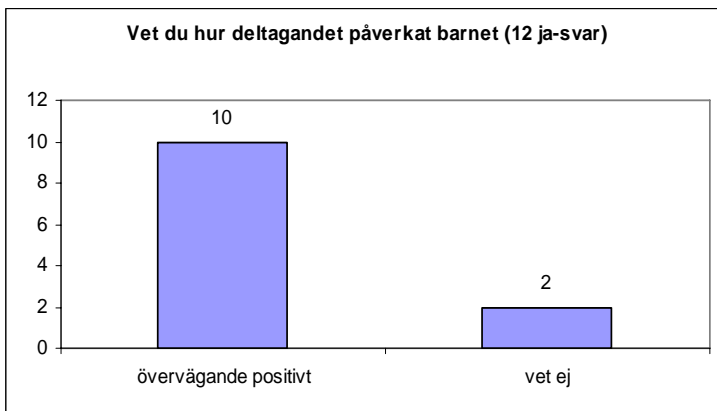
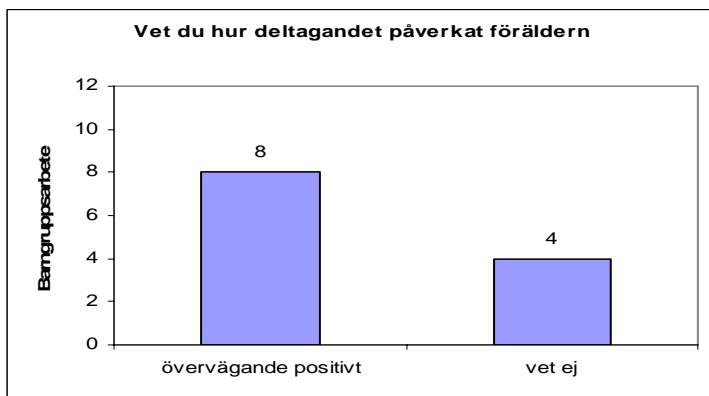


Diagram 9



Samarbete

Vi var intresserade av att veta hur behandlarna inom Vuxenpsykiatri tänkte om samarbetet med Barnpsykiatri kring barngruppsarbete. De flesta av behandlarna, 40 st. ansåg att barngruppsarbetet var ett samarbetsprojekt. Majoriteten, 30 st. besvarade inte frågan om vem som borde ha ansvar för att barngruppsarbetet kom till stånd medan 13 st. ansåg att ansvaret borde ligga på Vuxenpsykiatri, eftersom det handlade om Vuxenpsykiatriens patienter.

I kommentarerna till denna fråga angavs att det var viktigt med samarbetsformer kring familjer som mår psykiskt dåligt; viktigt med kunskapsutbyte samt viktigt med information om varandras verksamhetsområden.

(Se diagram 10 och 11)

Diagram 10

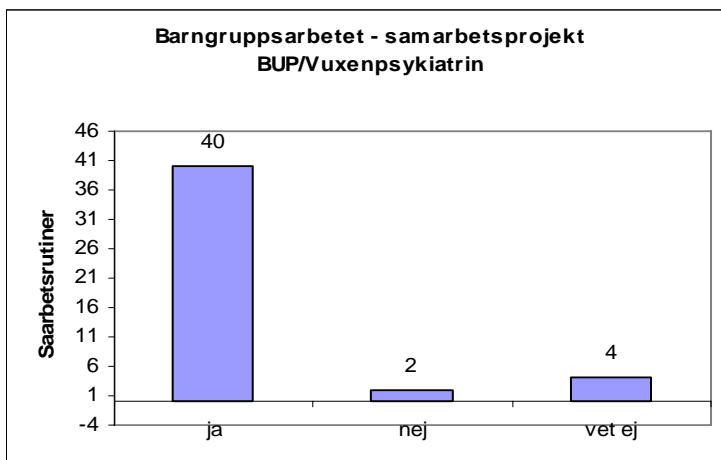
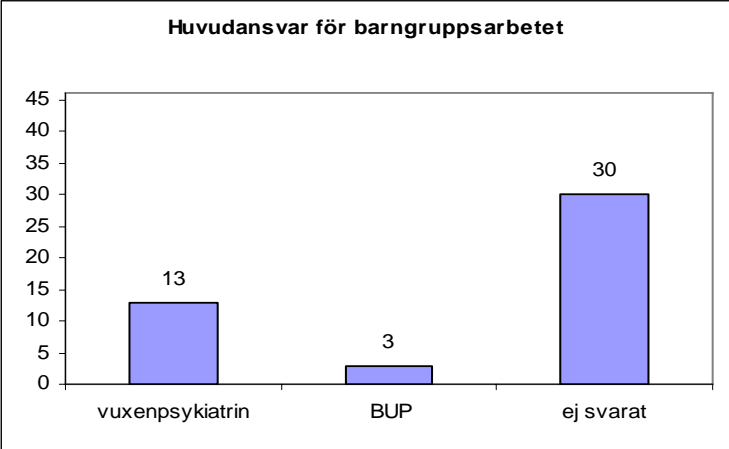


Diagram 11



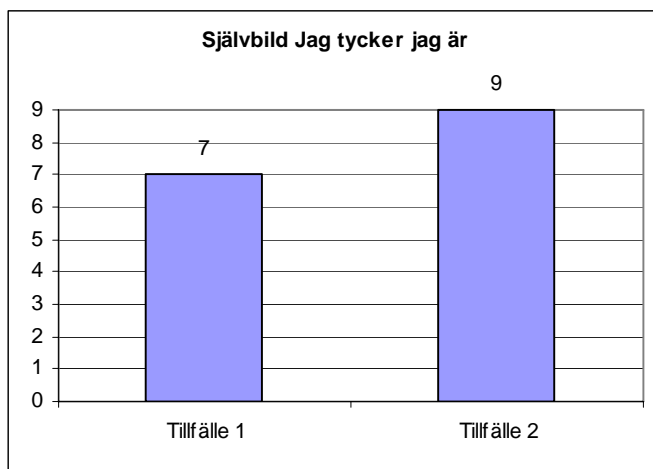
Resultatanalys

Barngruppsarbete

Resultaten av frågeformulär/skattningsskalor kommer att presenteras grafiskt samt med kommentarer.

Barn 1 var gruppens yngste deltagare och var knappt 7 år vid gruppstart. Som framgår av diagram 12 hade detta barn en förhållandevis god självkänsla redan före gruppstart (st.7) då han svarade på frågorna i ”Jag tycker jag är”. Vid avslut hamnade hans värde på st.9 och skillnaden beskrivs som mer tilltro till eget kunnande/färdigheter.

Diagram 12 / Barn 1

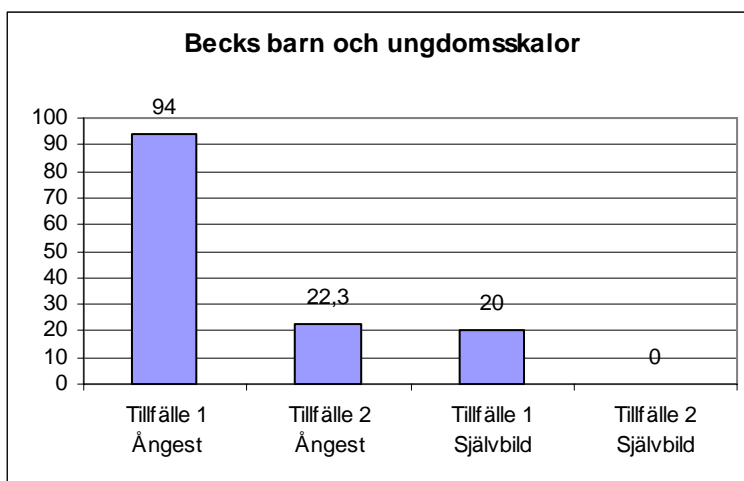


När det gäller Becks barn- ungdomsskalor, diagram 13, utgör hans låga ålder en osäkerhetsfaktor. Vid första tillfället får han mycket högt värde på ångestskalan och vid andra tillfället beskriver han väsentligt mindre oro. Uppgift om självbild saknas vid tillfälle två. Vid de jämförande frågorna rörande styrkor och svårigheter beskriver pojken även mindre oro, bättre kontakt med jämnåriga som yttrar sig i bl.a. mindre bråk med kamrater och lägre känsla av mobbning.

Mamma beskriver att pojken har färre psykosomatiska symtom, inte är lika nedstämd och vidare att han uppvisar mindre rädslor och får färre utbrott.

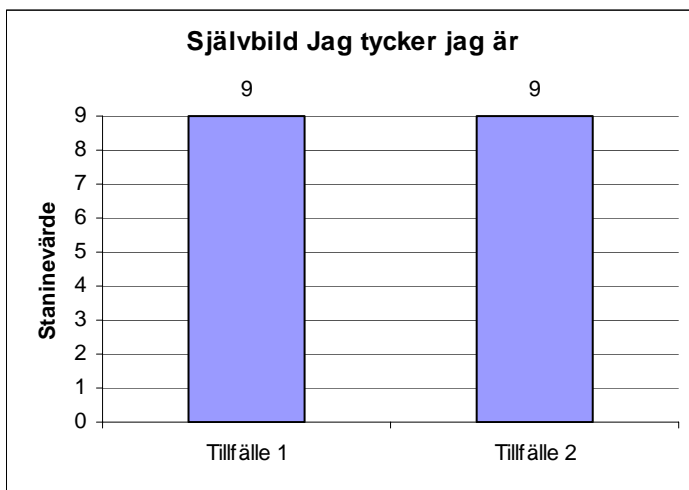
På utvärderingsblanketten uttrycker pojken - ”fikat var bra, det sämsta var att gruppen skulle sluta. Det var lite för kort tid för varje tema.” Mamma beskriver en ökad tydlighet från pojken att vilja tala om vad han känner.” Han har fått nya kunskaper som var hans känslor sitter i kroppen Han har blivit tydligare i hur han känner och kan säga ifrån tidigare. Detta har lett till ändrade relationer för honom själv i förhållande till övriga familjen.”

Diagram 13 / Barn 1



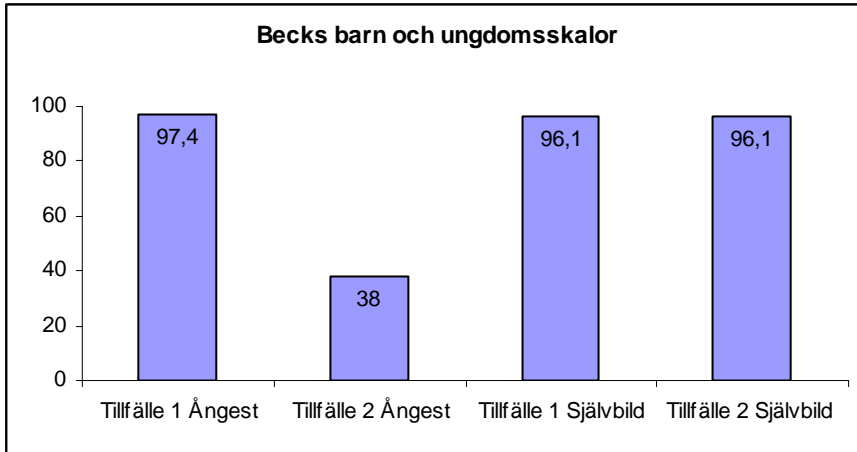
Barn 2 hade gott självförtroende på ”Jag tycker jag är” vid båda tillfällena (St9) diagram14. Detta visar sig också vad gäller självbild på Becks ungdomsskalor, diagram 15, där barnet får genomsnittlig ”god självuppfattning” vid start av gruppen samt avslut. Då frågorna gäller ångest framkommer mycket förhöjd oro vid första tillfället, medan vid andra tillfället beskrivs en genomsnittlig låg oro. Vad gäller självbild visar flickan på genomsnittligt god självbild vid båda tillfällena. På ”styrkor och svårigheter” uttrycker såväl barnet som föräldrar en positiv förändring, som inneburit mindre ledsenhet och oro samt bättre kontakt med jämnåriga. Föräldern uttrycker också att barnet visar större spontanitet och frimodighet och bättre kamratkontakter.

Diagram 14 / barn 2



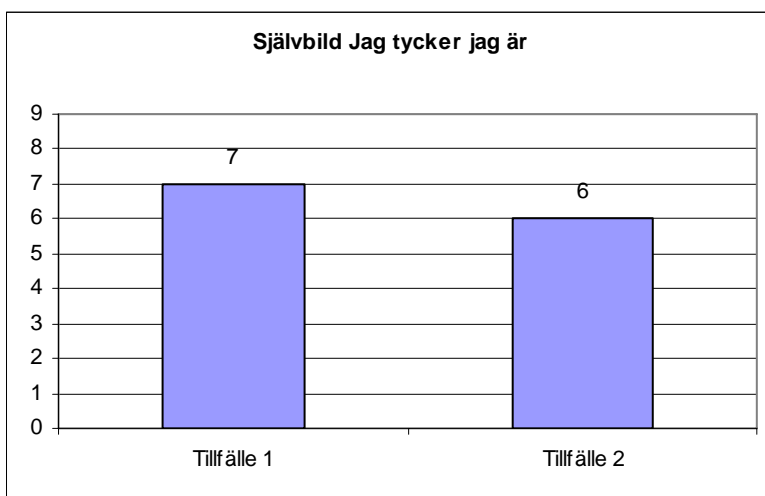
På de öppna utvärderingsfrågorna svarar barnet ”Allt var bäst med gruppen. Kanske det bästa var när vi ritade *Hela människohjulet*”. Föräldern beskriver ”Jag tycker att mitt barn har fått nya verktyg för att sätta gränser mot kompisar och stå för sig själv. Vidare har hon lärt sig att man inte behöver vara ledsen fastän mamma eller pappa är ledsna, hon behöver inte ta på sig andras känslor”.

Diagram 15 / Barn 2



Barn 3 var det äldsta barnet i gruppen. På ”Jag tycker jag är” blir staninepoäng vid första tillfället 7 och efter gruppavslut 6, diagram 16. På Becks´ skalor, diagram 17, framkommer vid första tillfället låg ångest vid nästa tillfälle lägre ångest. Vad gäller självbild och självkänsla beskrivs ett något högre värde vid andra tillfället jämfört med vid första tillfället samt ökad aggressivitet. Hur pojkens deltagande i gruppen påverkat honom och hans förmåga att uttrycka känslor är motstridiga. Vår tolkning är att barnet får tillgång till och kan uttrycka sina känslor samt också beskriva sina känslor tydligare än tidigare.

Diagram 16 / Barn 3

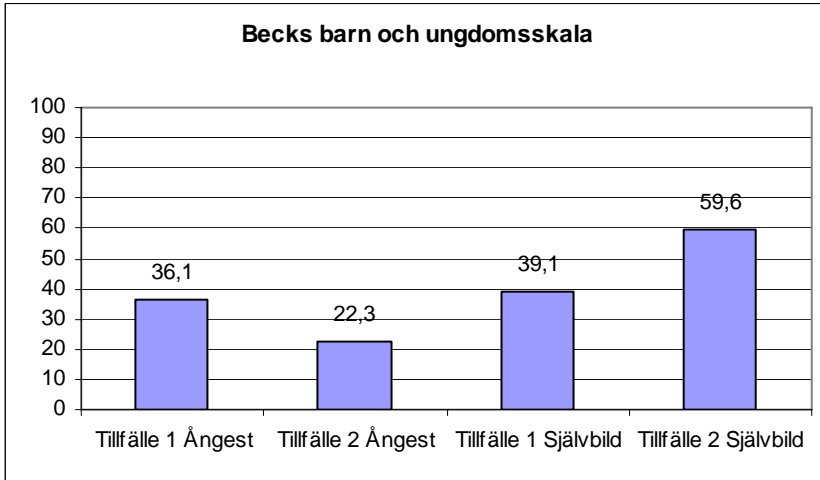


Föräldern beskriver i ”Styrkor och svårigheter” att pojken fått kamrater och tydligare kan uttrycka känslor. På utvärderingsfrågorna beskriver föräldern att pojken förändrats och uttrycker en större ilska och ledsenhet ”Han är surare än vanligt. Om det är någon skillnad så är han mer arg, ledsen och nedstämd”. Modern beskriver att det blir konflikter hemma.

Pojken själv uttrycker en stor oro och rastlöshet. Han tycker att det bästa med gruppen var att få ”prata om känslor och sådant, att träffa andra och att rita av kroppen”.

Han och hans familj kommer efter avslutad grupp till familjesamtal på BUP. I dessa ges pojken utrymme att formulera och ställa frågor till föräldrarna om tidigare traumatiska händelser.

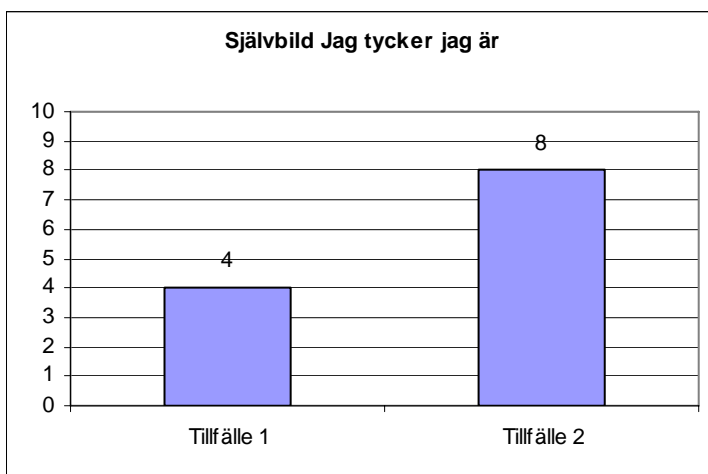
Diagram 17 /Barn 3



Barn 4 visar på en avsevärd förbättring vad gäller självbild i ”Jag tycker jag är”. Förändringen gäller såväl psykiskt välmående som att uppskatta sina fysiska egenskaper som sina färdigheter, diagram 18.

På Becks ångestskala, diagram 19, får hon något förhöjt värde vid båda mät-tillfällena. Vad gäller uppgift om barnets självbild blir det även här en positiv förändring. Föräldern uttrycker i ”Styrkor och svårigheter hos barn” att barnet är mindre rastlös och uttrycker mindre psykosomatiska symtom. Vidare har hon bättre kamratkontakter och är mindre ensam. Flickan själv beskriver också bättre kontakter med kamrater, mindre oro och ont i magen.

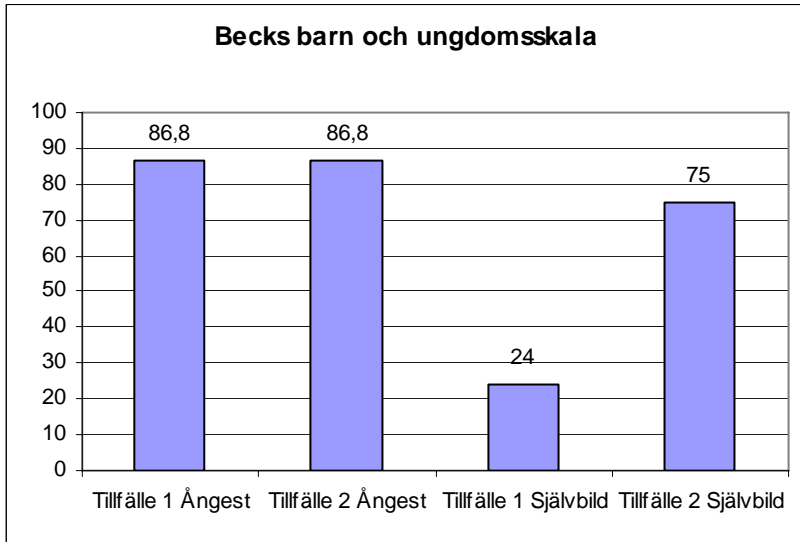
Diagram 18 / Barn 4



På utvärderingsfrågorna säger flickan ”Det bästa var att sitta och prata t.ex. om hur familjen är”. Föräldern uttrycker: ”Hon tyckte om att gå till gruppen och att få träffa andra och diskutera olika teman. Hon har blivit stärkt att kunna uttrycka sig och respektera andras känslor. Hon vågar stå för att hon är ledsen och arg”.

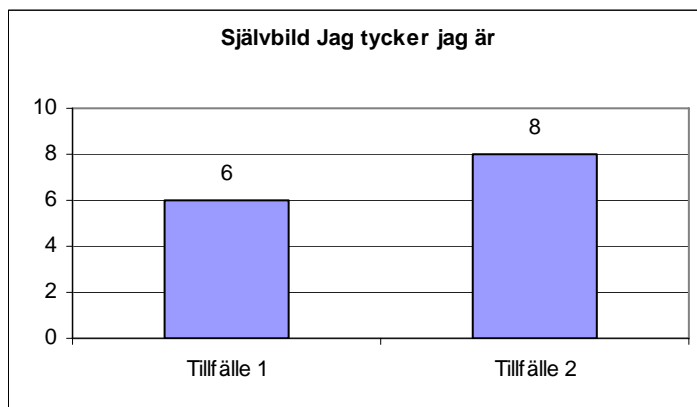
Hos detta barn ser vi en tydlig förbättring med avseende på självbild och även beskrivning av beteende, dock uttrycker hon vid andra mättillfället en fortsatt stark oro.

Diagram 19 / Barn 4



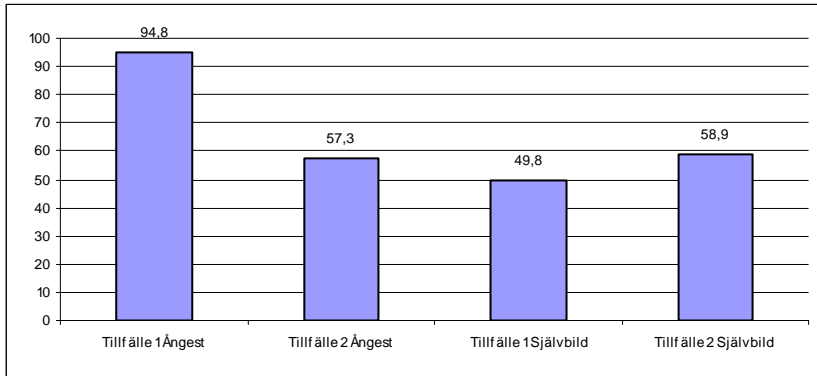
Barn 5 var en flicka som inte fullföljde gruppen, hon uteblev de sista gångerna. Hon hade en trasslig familjesituation, där det inte var möjligt för föräldrarna att följa henne till gruppen. Hon själv var också negativ till att komma. Efter avslutad grupp kom hon att ha en behandlingskontakt på BUP-mottagningen. På skattningsformulär ”jag tycker jag är”, diagram 20, framkom att flickans självbild förändrades över tid.

Diagram 20 / Barn 5



Värdet på Becks ångestskala, diagram 21, var vid första tillfället mycket förhöjt, medan det vid andra tillfället var genomsnittligt. Även värdet på självbilden förändrades något, fortfarande dock kvar på genomsnittlig nivå. Flickan hade en del psykosomatiska symtom och andra orossymtom, vilket både hon själv och mamma beskrev. Dessa var klart kopplade till yttre faktorer som boende och förändringar i föräldrakontakt.

Diagram 21 / Barn 5



Sammanfattningsvis uppvisar barnen generellt lägre grad av oro och ökad tilltro till sin egen förmåga samt kan tydligare ge uttryck för egna känslor och tankar.

Diskussion och förslag

Syftet med vårt projekt har varit *både* att få kunskap om rutinerna inom vuxenpsykiatri för att identifiera minderåriga barn till psykiatrins patienter och eventuella hinder för denna identifiering *och* att få kunskap om vad deltagandet i barngrupp inneburit för det enskilda barnet.

Drygt hälften av behandlarna anser att det finns rutiner för identifiering av patienternas minderåriga barn. Nästan lika många anser att det saknas rutiner. Uppgifterna är motsägelsefulla. Det tycks finnas en otydlighet i aktuella rutiner för att identifiera patienternas barn. Är detta en obligatorisk fråga vid förstasamtalet?

Barngruppsarbetet är välkänt bland behandlarna och många av dem tycker att informationen varit tillräcklig. En del anser att informationsmaterialet kunde förbättras. Vi håller med om att det är viktigt med en bra och utförlig informationsbroschyr, där föräldrarna också kan ta del av syftet med barngrupperna samt få kännedom om de olika teman som tas upp i grupperna. Dock är behandlarnas engagemang för att motivera sina patienter grunden för rekrytering av barn till barngrupperna.

De flesta som har erfarenhet av motivationsarbete tycker att motiveringsarbetet är svårt. Förälderns diagnos kan vara problematisk i detta sammanhang. Tyvärr har vi utifrån enkätens utformning inte kunnat få fram mer information om vad behandlarna ytterligare bedömt som "svårighet". Är vissa patientgrupper svårare att informera om barngruppsarbetet än andra? Är det svårare med en patient med diagnosen personlighetsstörning än en patient med depression eller vice versa?

Enkätfrågorna väcker nya frågor. Hur ska man bäst informera respektive patientgrupp utan att väcka skuld känslor om att vara en otillräcklig förälder? Hur ska man få föräldern att förstå att barnets deltagande i barngrupp kan bli positivt för både barn och patient? Hur ska man undvika att skada behandlingsalliansen?

Endast 12 behandlare av 46 svarande har erfarenhet av att deras patienter haft barn, som deltagit i barngrupper under de senaste 5 åren. Återstoden alltså 34 behandlare, 75 % har ingen erfarenhet av att patienternas barn varit aktuella för barngrupper. Varför så få, frågar vi oss? Hur kan det komma sig? Saknar just deras patienter barn? En möjlig förklarings skulle kunna vara att behandlarna inte lägger vikt vid att patienterna har barn. Barnens situation uppmärksammas inte. Barnperspektivet saknas.

Glädjande är att majoriteten av dessa 12 behandlare, som har erfarenhet av att barnen deltagit i barngrupp, svarar att deltagandet varit positivt för både barn och förälder. Dessa tolv behandlare blir intressanta. Är det så att dessa behandlare var för sig utvecklat ett speciellt sätt att informera och motivera sina patienter? Finns det här en erfarenhet och kunskap om informations- och motivationsarbete, som skulle kunna komma fler till nytta? Finns här en viktig utnyttjad kunskap som bör nå ut till deras kollegor?

De flesta av behandlarna ser barngruppsarbetet som ett gemensamt åtagande för Vuxen- och Barnpsykiatrin. Däremot har de inte tagit ställning till vem som bör ha huvudansvaret för verksamheten.

Den barngrupp, som startade hösten 2004 och avslutades januari 2005, har utvärderats genom att barn och anhöriga fått svara på skattningsformulär. Fem barn deltog i den aktuella utvärderingsgruppen. Således ett litet material för att utifrån detta dra alltför långtgående slutsatser

Materialet visar entydigt på en förbättrad självbild och lägre grad av oro hos barnen efter avslutad gruppaktivitet. Det framkom av svaren även på de öppna utvärderingsfrågorna, att barnen enligt föräldrarna uppfattning, blev tydligare i att uttrycka känslor. Föräldrarna uttryckte också, att barnen blev tydligare i att markera egna gränser vilket ledde till nytt relaterande inom familjen. Barnen uttryckte att det var positivt att träffa andra barn med liknande erfarenheter samt att de fått nya kunskaper.

Vår utgångspunkt har varit att förebyggande arbete med barn till Vuxenpsykiatrins patienter är viktigt, eftersom dessa barn är en riskgrupp för att senare i livet utveckla egen psykisk ohälsa. Sådant arbete får inte bli bortprioriterat på grund av oklarheter vad gäller huvudansvar för att anordna barngrupper. Barnen är en ”tyst och osynlig grupp”. Dessa barn och deras livssituation måste uppmärksammas! Speciellt gäller det de barn, som utöver att deras förälder har en psykisk sjukdom också är ensamförälder med ett glest socialt nätverk, arbetslöshet, svag ekonomi och svagt nätverk är ytterligare riskfaktorer. Dessa barn förblir i annat fall oidentifierade.

Barnen kan vara, men är oftast inte patienter inom Barnpsykiatrin. De kan ibland uppmärksammas i skolan eller inom socialtjänsten. Men de kan alla bli sedda inom Vuxenpsykiatrin.

Förebyggande arbete för barn till Vuxenpsykiatrins patienter kan ske också på annat sätt än genom barngruppsarbete. Psykiatrin bör samarbeta med socialförvaltning och skola samt vad gäller de små barnen - den förebyggande mödra-/barnhälsovården för att undvika att barn ”faller mellan stolarna”.

På olika håll i världen uppmärksammas det förebyggande arbetet med vuxenpsykiatriens barn. Nya metoder har utarbetas. I Boston/USA har prof. William Beardslee utarbetat ett program, som gör barnen delaktiga i föräldrarnas behandling genom att behandlaren har rutiner för familjesamtal som inkluderande barnen. I Finland har man utifrån Beardslees idéer utarbetat en "handbok för föräldrar med mentalhälsoproblem". Utifrån denna handbok har behandlaren individuella samtal med barn om deras situation, och samtal med barnet tillsammans med sin patient och övriga familjen.

Också Nederländerna, Danmark och Australien ligger i framkant vad gäller uppmärksammande av situationen för barn till Vuxenpsykiatriens föräldrar samt förebyggande insatser för dessa barn. Så har man i exempelvis Australien utarbetat hemsidor på Internet, där barn kan få kunskap om psykisk sjukdom samt kontakt med andra barn i samma situation. Vuxenpsykiatri i Örebro har också prövat denna typ av hemsida.

Det viktiga är att barnens utsatta situation uppmärksammas och att barnen erbjuds hjälp i olika former. Barnpsykiatri och vuxenpsykiatri måste intensifiera sitt samarbete för att utveckla metoder som sätter barnets situation i fokus och förebygger psykisk ohälsa.

Litteratur

Ainsworth, M. m.fl. (1978) *Patterns of Attachment*. Hillsdale, N.J.; Earlbaum

Antonovsky, A. (2005) *Hälsans Mysterium*, Natur och Kultur

Arnell, A. & Ekblom (1994) *När mamma eller pappa dricker* Rädda Barnens skriftserie

Beardslee, W. (2003) *Konferensrapport "Att synliggöra de osynliga barnen - om preventivt arbete med barn till psykiskt sjuka föräldrar"*. Nordisk Konferens genom bl.a. Socialstyrelsen Stockholm 13-14/11 2003

Bowlby, J. (1988) *A secure Base, Parent-Child Attachment and Healthy Human Development* London Basic Books. Svensk översättning *En trygg bas*

Cederblad, M. (2004) *från Barndom till vuxenliv - en översikt av longitudinell forskning* Gothia

Fou - enheten-psykiatri Stockholms västra sjukvårdsområdet (vet inte året). *När mamma eller pappa har psykiska problem.*

Fou-projekt Landstinget Kronoberg nr 1046 Carlsson, C. & Söderström, L. - *Maskrosen-Gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka föräldrar*

Fredriksson, H. & Rosenström I "Att veta att man inte är ensam." *Barns och föräldrars upplevelser av gruppverksamhet* Examensarbete vid Umeå Universitet

Goodman, R. (1997) Svensk översättning Smedje, H (1999) *Styrkor och svårigheter hos barn*

Granath, G. & Walltré, E (1999). *Handbok Källans mellanstadieprogram*. Ett arbetsmaterial

Lieberman, A.F (1993) *Små barns liv*. Natur & Kultur

Moore, C. & Walltré, E. (2001) *Råd till föräldrar när den psykiska hälsan vacklar* Rädda Barnen

Psykologiförlaget (2004) *Becks Ungdomsskalor*

Psykologiförlaget (1985) "Jag tycker jag är"

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

Skerving, A (2005) *Att synliggöra de osynliga barnen - om barn till psykiskt sjuka föräldrar* Gothia

Socialstyrelsen (1999) *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*.

Stern, D. (1985) *Spädbarnets interpersonella värld* Natur & Kultur

Werner, E & Smith, R. (2003) *Att växa mot alla odds - från födelse till vuxenliv* Sfh

Östman, M. (2000) *Family burden and participation in care, A study of relatives to patients admitted to voluntary and compulsory psychiatric care*
Lunds Universitet

Östman (2002) *Utvärdering av IMBUS i Lund: en gruppverksamhet för barn som har föräldrar med psykisk sjukdom*

Frågor till föräldrar

1. Hur upplevde Ditt barn att gå i gruppen?
2. Vad Tyckte Du själv som förälder om att Ditt barn gick i gruppen?
3. Har Ditt barn fått nya kunskaper?
4. Upplever Du några förändringar i Ditt barns sätt att vara hemma/i skolan?
5. Har någonting blivit svårare för Ditt barn genom deltagande i gruppen?
6. Har arbetet i gruppen lett till förändring i Ditt barns relationer i sin familj?
7. Gör Ditt barn något annorlunda när han/hon blir arg - glad - ledsen - rädd?

Frågor till barnen:

1. Vad har varit bäst med gruppen?
2. Vad har varit sämst med gruppen?
3. Var det något som var särskilt jobbigt att prata om?
4. Kunde något varit annorlunda?
I så fall vad?
5. Var det något som du velat prata om, som vi inte tagit upp i gruppen?
6. Kan du tänka dig att tipsa en kompis om att gå i vår grupp?
7. Har du blivit kompis med någon?

ENKÄT
till Behandlare inom Vuxenpsykiatri.

Bilaga 3

1. RUTINER

Vilka rutiner finns för på mottagningen inventering av patienternas minderåriga barn?

- a) rutiner vid 1:a besöket, som ger information om familjesituationen och föräldraskap ja nej
- b) rutiner saknas, men jag brukar intervjua mina patienter ja nej
- c) Mina patienter brukar berätta om föräldrasituationen.....ja nej
- d) På annat sätt.....

.....

Har rutinerna ändrats under de senaste 5 åren? ja nej vet ej
Kan rutinerna förbättras ja nej

Har du något förslag på hur rutinerna kan förbättras?.....
.....

2. REKRYTERING av barn till barngrupperna:

Har Du fått kännedom om det barngruppsarbete, som bedrivs under de senare åren ja nej

På vilket sätt har Du fått kännedom om barngruppsarbetet?

- a) genom informationsfolder från barngruppsledarna ja nej
- b) genom information på annat sätt ex. interna konferenser ja nej
- c) genom extern information ja nej
- d) På annat sätt

.....
.....

Tycker Du att informationen Du fått, varit tillräcklig? ja nej

Om Du svarade nej på ovanstående fråga, gå vidare till punkt 3

Behöver informationen förbättras? ja nej

- a) genom omarbeting av informationsfoldern ja nej
- b) genom mera personliga kontakter mellan behandlare och barngruppsledare ja nej
- c) på annat sätt.....

.....
.....

3. MOTIVATIONSARBETET;

Har Du erfarenhet av motivationsarbete med patienter som är föräldrar, i syfte att få föräldrarnas medgivande till att barnen går i barngrupp? ja nej

Om Du har erfarenhet, hur bedömer Du svårighetsgraden i detta arbete?

Mycket svårt ja nej

Medelsvårt ja nej

Inga svårigheter ja nej

Vad beror eventuella svårigheter på?

a) föräldrarnas diagnos ja nej

b) otillräcklig information om barngruppsarbetet ja nej

c) kan skada behandlingsalliansen ja nej

d) tidsbrist ja nej

e) övrigt.....

.....

4. BARNGRUPPSARBETET;

Har Du haft patienter, vars barn deltagit i någon av de barngrupper som varit under de senare åren? ja nej

Har Du fått vetskap om deltagandet varit positivt/negativt för barnet? ja nej

Om Du fått kännedom, har effekterna varit

a) övervägande positiva ja nej

b) övervägande negativa ja nej

c) utan effekt ja nej

Ev. övriga kommentarer kring effekterna av barngruppsarbete.....

.....

.....

Har Du fått vetskap om barnets deltagande haft någon inverkan på föräldern ifråga... ja nej

Om barngruppsarbetet haft någon inverkan, har detta blivit

a) övervägande positivt ja nej

b) övervägande negativt ja nej

Övriga kommentarer om barngruppsarbetets ev. effekter på den förälder, som är patient inom Vuxenpsykiatri/.....

.....

5. SAMARBETSROUTINER BARNPSYKIATRI -VUXENPSYKIATRIN?

Har Du patienter, som också är föräldrar till minderåriga barn ja nej

Tycker Du att arbete med grupper för barn till psykiatrins föräldrar bör vara ett samarbetsprojekt mellan Barn- och Vuxenpsykiatrin ja nej

Vem bör ha huvudansvar för att barngruppsverksamheten blir ett kontinuerligt inslag i behandlingserbjudande till Era patienter.....

.....

Övriga kommentarer

.....

.....

.....

.....

TACK FÖR DIN MEDVERKAN

Britt Bernstone Berg

Solveig Bromander

Enkäterna lämnas senast den till kontaktpersoner

Sektor söder:

Sektor norr:

Barn- och ungdomspsykiatri
Utvärderingsenheten
Box 175 64, 118 91 Stockholm.
Tel: 08-690 58 86 Fax: 08-720 33 31