

Interventioner

Kapitel 13 Beardslees familjeintervention -en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer, Anita Cederström, Heljä Pihkala



Att se barn som anhöriga - Om relationer, interventioner och omsorgsansvar

Under redaktion av
Ulrika Järkestig Berggren
Lennart Magnusson
Elizabeth Hanson

Nka  **Linneuniversitetet**
Kalmar Växjö

Att se barn som anhöriga

- Om relationer, interventioner och omsorgsansvar

Redaktörer

Ulrika Järkestig Berggren,

Lenhart Magnusson

Elizabeth Hanson

Barn som anhöriga 2015:6

Förord

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har hälso- och sjukvården sedan år 2010 ett ansvar att beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, psykisk störning eller funktionsnedsättning, missbrukar beroendeframkallande medel eller när en förälder oväntat avlider. Baserat på det har regeringen tagit initiativ till ett brett nationellt utvecklingsarbete, där Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för att stärka stödet till barn och unga i utsatta situationer. En fråga som förutom hälso- och sjukvården i allra högsta grad berör kommunernas socialtjänst och skola och förskola.

Linnéuniversitetet och Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka) har i uppdrag av Socialstyrelsen att ta fram och sprida kunskap inom området "Barn som anhöriga" och att bygga upp en bas för kunskapsproduktion och kunskaps-spridning samt stimulera och stödja utvecklingen inom området. Som en del i detta arbete har ett tvärvetenskapligt forskarnätverk "Barn som anhöriga" med engagerade forskare bildats. Forskarnätverket koordineras från Nka och Linnéuniversitetet. Under ett av forskarnätverkets första möten togs initiativ till att producera en antologi om aktuell forskning och utveckling inom området.

Syftet med antologin är att sammanställa aktuell forskning och utveckling inom området barn som anhöriga. Antologin fångar viktiga aspekter av anhörigskap för barn. Författarna lyfter centrala och aktuella aspekter utifrån sina forskningsområden. Huvudfokus i antologi är den svenska kontexten med sina specifika förutsättningar, men antologin innehåller också internationella utblickar till Storbritannien, där "Young carers" är ett etablerat forskningsområde. Totalt har 28 forskare medverkat i antologin som omfattar 18 kapitel och undertecknade har varit redaktörer.

Antologin vänder sig till studerande på sjuksköterske-, läkar-, socionom- och lärarprogrammet samt övriga professionsutbildningar som i sin yrkesverksamhet möter anhöriga, barn och deras föräldrar i behov av stöd. Den är även avsedd för beslutsfattare, verksamhetsutvecklare, enskilda personer och idéburna organisationer som söker kunskap om barns livsvillkor som anhöriga. För att göra den lättillgänglig finns den publicerad i tryckt form och som pdf. Det är möjligt att ta del av antologin som helhet och kapitlen var för sig som pdf via Nka:s webbsida.

Lennart Magnusson Elizabeth Hansson Ulrika Järkestig Berggren
Verksamhetschef, FoU-ledare, professor Universitetslektor
docent

Nka, Linnéuniversitetet www.anhoriga.se

Inledning

Ulrika Järkestig Berggren, Lennart Magnusson,
Elizabeth Hanson

Barn är anhöriga. De är anhöriga till föräldrar, till syskon, till far- och morföräldrar och till andra vuxna eller barn som de bor med. Att betrakta minderåriga barn som anhöriga kan uppfattas som ett nytt sätt att förstå barns verklighet i vilken relationen till familjen lyfts fram, men det visar också på barnets position i ett samhälleligt och rättsligt sammanhang.

Bakgrunden till temat för denna antologi står att finna i en förändring av hälso- och sjukvårdslagen som lyfter barns behov i positionen anhöriga. I hälso- och sjukvårdslagen infördes 2010 en ny paragraf §2g, som ger hälso- och sjukvårdspersonal ett ansvar att:

beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller andra droger. Detsamma gäller om barnets förälder oväntat avlider. (HSL §2g)

Denna lagparagraf innebär att barns behov ges en rättslig status genom deras position som anhöriga. Vidare innebär paragrafen att professionella i hälso- och sjukvården ska beakta barns behov och att på ett adekvat sätt kunna informera, ge råd och stöd. För detta krävs kunskap, kompetens och tillgång till effektiva interventioner. Lagparagrafens tillkomst kan ses i ljuset av FN:s barnkonvention som ett försök att implementera barns rätt enligt konventionen i hälso- och sjukvårdslagen. Vad det innebär att se barn som anhöriga i dessa situationer utgör därför en empirisk fråga att beforska.

Anhörigskap uttycker förutom en rättslig position, också en känslomässig relation och en beroenderelation. I anhörigskapet finns en utsatthet då de svårigheter som drabbar t e x en förälder också drabbar barnen i familjen, men samtidigt i anhörigskapet finns också ofta ett aktörskap. Båda dessa sidor av anhörigskap gäller för barn som är anhöriga. Barn är utsatta för det som händer deras föräldrar eller syskon och de kan ha behov av information för att förstå sin situation och vad som händer. De kan ha behov av mer konkret stöd, men också ibland av skydd. I de situationer som lagtexten räknar upp utsätts barn för situationer i sin hemmiljö som är stressande och som på sikt kan riskera att påverka barns utveckling negativt. Samtidigt besitter barn egna resurser och tar sig också ett eget aktörskap i sin familj. Barn och ungdomar tar ibland på sig uppgifter i hemmet och ansvar

för sina föräldrar och syskon. När det gäller vuxna talas det om anhängvårdare, men det förekommer också att barn tar på sig omsorgsansvar. Ett annat sätt för barn att vara aktörer är att söka olika sätt att hantera de situationer som uppstår genom att söka stöd i andra relationer. I antologin speglas såväl barns utsatthet som deras aktörsskap i anhängrelationen.

Hur barns anhängskap betraktas påverkas också av vilket perspektiv som "barn" och "barndom" beskrivs utifrån. Ett utvecklingspsykologiskt perspektiv på barn som becomings lyfter fram barns beroende och sårbarhet, samt föräldrars ansvar att tala för sina barn och formulera barnens behov. I detta perspektiv är det viktigt att också skydda barn från en negativ utveckling i vuxen ålder. Ett fokus på barns egna perspektiv sätter istället fokus på barn som medborgare, som beings, med rätt att bli hörda och att få ha inflytande och delaktighet över sin situation här och nu. Vidare innebär anhängskap att barn ingår i en familj och kan då betraktas som en del i familjens större enhet. Familjerelationer är därför den centrala utgångspunkten för antologins samtliga kapitel. I några kapitel lyfts också frågor om vad ett familjeperspektiv innebär. Hur kommer barns perspektiv fram i ett familjeperspektiv och vems röst formuleras i ett familjeperspektiv? Att se barn som anhänga bör innebära att hålla två fokus samtidigt: Barns eget perspektiv ska tydliggöras, samtidigt som barns position och relation till sin familj kommer i fokus.

Denna antologi har kommit till på initiativ av forskarnätverket "Barn som anhänga" i syfte att ställa samman svensk aktuell forskning om barn i deras position av att vara anhänga. Antologin utgör ett första försök att fånga viktiga aspekter av anhängskap för minderåriga barn. Författarna lyfter aspekter som de uppfattar som centrala och aktuella utifrån sitt forskningsområde, men kunskapsområdet kan såväl vidgas som fördjupas. Även om lagstiftningen medför nya utmaningar och att se barn i positionen anhänga ställer nya frågor, har forskare under lång tid forskat om barns och familjers utsatthet, risker och resiliens i situationer som är stressande. Internationell forskning bidrar också med nya perspektiv på barns anhängskap. Ett exempel i antologin är barns omsorgsansvar som är ett etablerat forskningsområde i England men som hittills inte har beforskats i någon större utsträckning i Sverige. Huvudfokus i denna antologi utgör dock den svenska kontexten med sina specifika förutsättningar. Det finns behov av att lyfta svensk forskning och utveckling inom området. Ett initiativ för att göra detta är forskarnätverket.

Forskarnätverket "Barn som anhänga" har kommit till genom initiativ i projektet "Barn som anhänga" vilket är ett nationellt utvecklingsarbete på initiativ av regeringen, där Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, och Sveriges Kommuner och Landsting samarbetar för att stärka stödet till barn och unga i utsatta situationer. Nationellt Kompetenscentrum anhänga (Nka) har fått i uppdrag av Socialstyrelsen att i samverkan med Linnéuniversitetet ta fram och sprida kunskap inom området "Barn och unga som anhänga" och att långsiktigt bygga upp en bas för kunskapsproduktion och kunskapsspridning, stimulera och stödja utvecklingen inom detta område och implementeringen av den nya lagparagrafen.

Forskarnätverket utgör ett tvärvetenskapligt sammanhang där forskare möts som kommer från många olika discipliner och verksamheter för att samverka.

Tvärvetenskapligheten betyder att kapitlen i antologin har många olika teoretiska och metodologiska infallsvinklar på barns anhörigskap, vilka förhoppningsvis sammantaget kan besvara fler och mer komplexa frågor än vad som är möjligt att göra i var disciplin för sig.

Presentation av antologins kapitel

Huvudsakligen griper antologin över fem teman: Barns centrala relationer till sin familj och den utsatthet som kan följa med i dessa relationer då familjen utgör grundvalen för barns liv och utveckling samt visar på omfattning av och konsekvenser på sikt av barns anhörigskap. Ett tema handlar om interventioner för barn som behöver stöd i sin position som anhöriga. Barn som upplever våld i familjen tillhör en grupp som inte definieras i lagstiftningen, men de har en svår situation och ett av antologins teman tar därför upp forskningsläget, erfarenheter av och förekomst av våld. Ett specifikt område av anhörigskap, som ofta står i fokus när vuxnas anhörigskap diskuteras men som hittills inte har varit i fokus när det gäller barn, behandlas främst i antologins avslutande tema: barns omsorgsansvar för sin förälder eller syskon.

Barns anhörigskap

I antologins första avsnitt, *Barns anhörigskap*, diskuteras utifrån olika infallsvinklar vad anhörigskap för barn kan innebära. Kapitel ett inleder med en diskussion av vad det innebär att se barn i positionen anhöriga. Författarna Elisabet Näsman, professor i sociologi vid Uppsala universitet, Karin Alexanderson, lektor Uppsala universitet, Stina Fernqvist, lektor Uppsala universitet och Johanna Kihlgård, socionom verksam i Uppsala kommun, för en teoretisk diskussion utifrån barndomssociologi för att försöka tydliggöra och problematisera aspekter av barns anhörigskap. De undersöker också hur barns anhörigskap uttrycks i centrala publikationer utgivna av Socialstyrelsen.

I kapitel två diskuterar Gunvor Andersson, professor emerita Lunds universitet, barns utsatthet, huvudsakligen utifrån forskning om den kommunala barnavården, men hon pekar också på barns utsatthet i andra situationer t ex i kriminalvården till föräldrar i fängelse. Kapitlet sammanfattar och problematiserar kunskap om barn som lever i utsatta familjer. Hon pekar också på en rad områden där det finns kunskapsluckor, t ex forskning om spädbarn och små barn upplevelser och hur de påverkas i sina familjer med problem.

Det tredje kapitlet presenterar ett empiriskt exempel från unga vuxna som berättar om sina erfarenheter av att ha bott i kontaktfamilj av Lotta Berg Eklundh, fil lic, FOU Nordost. Insatsen ges som stöd till föräldrar, men det är barnen och ungdomarna som blir föremål för insatsen. Kapitlet diskuterar vad ett anhörigperspektiv i socialtjänsten skulle kunna innebära i termer av förändrade arbetsformer i socialtjänsten.

Även Mikaela Starke, docent Göteborgs universitet, lämnar i kapitel ett empiriskt bidrag med röster från unga vuxna som berättar om sin uppväxt med mammor som har intellektuellt funktionshinder. I kapitlet uttrycks både de unga vuxnas syn på sin egen sårbarhet och utsatthet i sin familj, men också hur de har uppfattat professionellas frånvarande närvaro i deras liv. I kapitlet diskuteras också möjligheter att stödja processer av resiliens för barn som växer upp i familjer där en förälder har intellektuellt funktionshinder.

Hur många barn och hur går det för barnen?

I antologins andra avsnitt, *hur många barn och hur går det för barnen?* presenteras studier som har undersökt omfattningen av hur många barn som är anhöriga enligt den definition som §2g HSL avser och hur det går för dem i skolan. Vidare presenteras vilka konsekvenser en förälders död kan få för barnets eget liv och hälsa. Slutligen presenteras en studie om i vilken omfattning barn till patienter i psykiatri registreras och får insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen.

I kapitel 5 presenterar Anders Hjern, forskningsledare och professor CHES och Karolinska institutet, en nationell registerstudie över hur många barn som är anhöriga till patienter i vården och berörs av §2g HSL. Studien utgör den första svenska studien att beräkna omfattningen av antalet berörda barn. Därefter i kapitel 6 presenteras hur det går för anhöriga barn i skolan, baserat på en registerstudie över meritvärde och gymnasiebehörighet när barnen slutade nionde klass.

Mikael Rostila, docent CHES Stockholms Universitet, diskuterar i kapitel 7 konsekvenser för barns hälsa och dödlighet när de har förlorat en förälder. Data bygger på en nationell registerstudie av barns ökade dödlighet och kapitlet tydliggör behov av långvarigt stöd för dessa barn.

Kapitel 8 presenterar resultat av en registerstudie över registrering av om patienter i Vuxenpsykiatri har barn och vilka insatser de får. Gisela Priebe, docent Lunds universitet och Maria Afzelius, doktorand Malmö högskola, har studerat resultat av implementeringen av lagen i Vuxenpsykiatri med Region Skåne som exempel. I kapitlet presenteras också barnombudens erfarenheter av registrering men också av att försöka implementera §2g HSL.

Interventioner

Antologins tredje avsnitt, *interventioner*, tar upp kunskapsläget om metoder för stöd till barn och föräldrar när en förälder blir allvarligt sjuk, eller när en förälder avlider samt visar i tre kapitel på exempel på dels nya webbaserade interventioner, en vanligt förekommande intervention- stödgrupper, och dels en av de mest välbeforskade interventionerna inom psykiatrisk vård; Beardslees familjeintervention.

I kapitel 9 visar Ulrika Järkestig Berggren lektor Linnéuniversitetet, och Elizabeth Hanson professor Linnéuniversitetet, inledningsvis på forskning om barns erfarenheter av att ha en allvarligt fysiskt sjuk förälder. Därefter presenteras utifrån resultat från en kunskapsöversikt, kunskapsläget om metoder som finns att tillgå för att ge stöd till barn och förälder när en förälder är allvarligt sjuk.

På samma sätt visar Ann-Sofie Bergman, lektor Linnéuniversitetet, och Elizabeth Hanson, professor Linnéuniversitetet, i kapitel 10, på forskning om barns erfarenheter av att förlora en förälder. Kapitlet visar också utifrån en kunskapsöversikt på kunskapsläget om metoder för att ge stöd till barn och förälder när en förälder avlider. Slutligen identifieras behov av ytterligare kunskapsutveckling.

I kapitel 11 presenterar Tobias Elgán, forskare STAD, Helena Hansson med dr. Lunds universitet, Ulla Zetterlind med dr. Lunds universitet och Nicklas Kartengren metodutvecklare STAD, implementering, genomförande och utvärdering av en ny webbintervention riktad till ungdomar som har en förälder som missbrukar. De redogör också i kapitlet för kunskapsläget om risk och skyddsfaktorer för barn när en förälder missbrukar och hur skyddsfaktorer genom att användas i en webbintervention är tänkta att bidra till ungdomars resiliens.

Ulla Forinder, docent Stockholms universitet, Yvonne Sjöblom docent Stockholms universitet, och Agneta Rönn, samordnare Familjehuset Helsingborg, bidrar i kapitel 12 med en presentation av stödgruppsverksamhet för familjehemsplacerade barn. Kapitlet presenterar inledningsvis familjehemsplacerade barns specifika situation för att därefter presentera ett exempel på en pågående utvärdering av stödgruppsverksamhet för familjehemsplacerade barn vid Familjehuset Helsingborg. I kapitlet delges erfarenheter av att skapa och implementera en stödgruppsverksamhet för denna barngrupp.

Beardslees familjeintervention är en i forskning väldokumenterad metod för riskprevention, avsedd att användas i psykiatrisk verksamhet. I kapitel 13 redogör Anita Cederström, lektor emerita Ersta högskola, Heljä Pihkala överläkare Psykiatriska kliniken Skellefteå lasarett och Umeå universitet, för kunskapsläget. Metoden beskrivs också och exemplifieras med en fallbeskrivning av en familjs väg genom interventionen.

Margaretha Jenholt Nolbris, leg. Barnsjuksköterska fil.dr. Centrum för barns rätt till hälsa på Drottning Silvias barn & ungdomssjukhus i Göteborg, lyfter syskonrelationen i kapitel 14. Hon presenterar inledningsvis forskning om barns erfarenheter och reaktioner på att ett syskon får cancer och även sorgereaktioner om syskonet avlider. Utifrån klinisk praktik och forskning presenteras olika metoder/interventioner som kan användas för att ge det friska syskonet stöd.

Våld i familjer

Antologins fjärde avsnitt fokuserar på *våld i familjer*. Avsnittets två kapitel presenterar kunskapsläget för barn som upplever våld i familjen, samt resultat från en svensk enkätstudie riktad till unga vuxna som besvarat frågor om upplevelse av våld i familjen.

I kapitel 15 redogör Karin Grip, lektor Göteborgs universitet och Ulf Axberg, lektor Göteborgs universitet, för kunskapsläget om hälsokonsekvenser för barn när det förekommer våld mellan deras omsorgspersoner. De visar med hjälp av anknytningsteori och, stress-respons på sätt att förstå barns reaktioner och strategier att hantera upplevelser av våld i familjen.

Åsa Källström Cater, professor Örebro universitet, presenterar i kapitel 16 resultat från en nationell registerstudie där unga vuxna slumpmässigt valts att besvara frågor om upplevelser av våld i familjen. Hon presenterar förekomst av våld och vilka långtidseffekter av våldet som de unga vuxna uppgivit. Vidare diskuteras om kön spelar in i upplevelsen av våld och även offer respektive förövare diskuteras utifrån kön.

Barn som omsorgsgivare

Slutligen, i antologins femte avsnitt, står *barns omsorgsansvar* i fokus. Barn tar ibland på sig ett stort ansvar för uppgifter i hemmet, för syskon och för föräldrar. Om det sker till den grad att barn tar över föräldrars ansvar och uppgifter används ibland begreppet föräldrafiering (parentifiering). I England har forskning om young carers, unga omsorgsgivare, bedrivits under längre tid och i avsnittet får vi en inblick i denna forskning från England. Området är nytt i Sverige och i ett kapitel ges exempel från två olika problemscenarier i familjer där anhöriga barns omsorgsansvar diskuteras.

I kapitel 17 analyserar Elisabet Näsman, professor i sociologi vid Uppsala universitet, Karin Alexanderson lektor Uppsala universitet, Stina Fernqvist lektor Uppsala universitet, två fall där barn är anhöriga till föräldrar med missbruk i det ena fallet och föräldrar med kognitiv begränsning i det andra. Utifrån en analys av forskning visar de på vilka olika perspektiv som framträder av barns anhörighet och omsorgsgivande.

Avslutningsvis, redogör Saul Becker, prorektor och prefekt vid Institutionen för samhällsvetenskap vid Birmingham University och professor i socialpolitik och socialt arbete Nottingham University, för sin forskning om young carers i England. Med hänvisning till forskning från även t ex Australien och USA diskuteras var forskningsfronten befinner sig idag och i kapitlet relateras till socialpolitisk medvetenhet och åtgärder i olika länder.

Författarpresentation

Anita Cederström är psykolog till professionen samt pensionerad universitetslektor. Anita har arbetat som universitetslektor i pedagogisk psykologi vid Stockholms universitet, psykologi vid Linköpings universitet, socialt arbete vid Örebro universitet samt högskolelektor i socialt arbete vid Ersta Sköndal högskola. Under några år arbetade Anita också med folkhälsofrågor och psykisk hälsa vid Enheten för psykisk hälsa i Stockholms läns landsting. Ett genomgående tema i Anitas yrkesverksamhet har varit utvecklingspsykologi och barn i psykosocialt utsatta familjer. Detta tema omfattas i forskning, undervisning, handledning och i praktiskt klinisk verksamhet. Anita har sedan i början av 90-talet representerat barnkunskap i Socialstyrelsens etiska råd. Under de senaste åren har Anita deltagit i implementeringen av Beardslees familjeintervention som ansvarig för utvärderingarna av de statliga satsningarna samt som utbildare i metoden. För närvarande tar Anita på sig olika konsultuppdrag.

Heljä Pihkala är överläkare och leg. psykoterapeut vid Psykiatriska kliniken i Skellefteå och vik. lektor vid Umeå universitet, institutionen för klinisk vetenskap. Hon har utbildat i Beardslees familjeintervention sedan tio år och forskat om hur den metoden har upplevts av familjer där förälder har psykisk ohälsa eller beroendeproblematik. Hon arbetar för utveckling av barnperspektivet på psykiatriska kliniker.

Kapitel 13

Beardslees familjeintervention - en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

Anita Cederström, Heljä Pihkala

Följande kapitel beskriver Beardslees familjeintervention, befintlig forskning om interventionen och hur interventionen kan se ut för en enskild familj.

Inledning

Det finns tre typer av prevention, allmän-, risk- och indikerad prevention. Sverige har varit känt för att ha en utvecklad allmänprevention när det gäller barn, framförallt när det gäller spädbarn och förskolebarn. Allmänpreventionen riktar sig till hela populationen. Riskprevention, också benämnd selekterad prevention, riktar sig till en grupp som är i risk för att utveckla ohälsa. Den indikerade preventionen riktar sig till enskilda som har vissa symtom som man vet kan leda till en mer allvarlig utveckling. Exempel på indikerad prevention är när interventioner görs med barn som är mycket utagerande, med ungdomar som uppvisar tidiga tecken på psykos eller som får ett första psykosgenombrott. Interventionen har då till syfte att lindra eller bota dessa symtom.

Beardslees familjeintervention är en metod för riskprevention. När det gäller riskprevention sätter WHO upp följande krav:

- Gruppen som interventionen vänder sig till ska vara en välkänd och avgränsad riskgrupp
- Interventionen bör riktas mot specifika faktorer eller dimensioner
- Interventionen ska antas ha långvariga effekter
- Resultatet ska kunna mätas med vetenskapliga metoder
- Interventionen ska inte vara till skada.

Beardslees familjeintervention utvecklades av den i Boston baserade professorn William Beardslee (Beardslee 2002; Beardslee et al 2007). Interventionen utvecklades för att arbeta förebyggande och främjande för barn i familjer där en förälder har depression eller bipolär sjukdom. Huvuddelen av den forskning som finns rör familjer där minst en förälder har denna problematik. Beardslee själv menar

dock att interventionen kan användas i andra typer av riskgrupper. Författarna till detta kapitel har goda egna erfarenheter av genomförda interventioner och av mångtaliga handledningar när det gäller familjer där föräldrarna har skiftande problem med psykisk ohälsa och med föräldrar som har missbruksproblem. Det enda som behöver ändras i interventionen är den psykoedukativa delen kring föräldrarnas problematik. I Finland används interventionen, förutom i psykiatrin, i familjer där en förälder har ett missbruk eller allvarlig fysisk ohälsa samt i familjer där ett barn ska placeras i familjehem eller där barn länge varit placerade i familjehem. Än så länge finns det bara ett par publicerade studier, som rör forskning från andra sammanhang än psykiatrin. Det är Mika Niemeläs och medarbetarens studier om användningen av familjeinterventionen inom cancervården (Niemelä, Väisänen, Mashall, Hakko & Räsän 2010; Niemelä, Repo, Wahlberg, Hakko, Räsänen 2012).

Metoden har sedan år 2006 implementerats nationellt i Sverige, bland annat i två projekt med statliga medel. I de statliga utbildningssatsningarna som avslutades år 2011, prioriterades de som arbetar inom vuxenpsykiatrin men personer från andra verksamhetsområden utbildades också i dessa projekt. Dessutom utbildades lärare i metoden, företrädesvis verksamma inom psykiatrin. Dessa lärare har i sin tur utbildat och utbildar i metoden runt om i Sverige.

Metoden har sedan flera år implementerats nationellt i Finland, också med statligt stöd och används förutom i USA även i Holland, Norge och Island.

Förvirrande kan vara att Beardslees familjeintervention förekommer under flera namn i den engelskspråkiga litteraturen, antingen Family Talk Intervention eller det långa besvärliga namnet Clinical-Based Cognitive Psychoeducational Intervention for Families. I de nordiska länderna förekommer metoden också under olika namn vilket kan bli förvirrande när man söker forskning om metoden.

Syfte med metoden och teoretiska utgångspunkter

Metoden syftar till riskprevention som ovan påpekats, det vill säga att de barn som man vill nå med metoden kanske inte har utvecklat några symptom eller har några uttalade problem. Det som motiverar interventionen är att barnen befinner sig i en riskgrupp, där deras utveckling i flera avseenden riskerar att bli negativ eftersom de växer upp med föräldrar som har allvarliga problem. De familjer där det finns störst risk för barnen är i familjer där minst en förälder har psykisk ohälsa eller missbrukar droger. Dessa två stora riskgrupper är ju inte heller helt utslutande. Missbruk och psykisk ohälsa följs ofta åt.

Interventionen syftar till att främja barnens utveckling genom att öppna upp kommunikationen inom familjen kring föräldrarnas psykiska ohälsa eller annat huvudsakligt problem, stödja föräldrarna i deras föräldrafunktion och uppmärksamma föräldrarna på skyddande faktorer (skyddande faktorer, se Werner & Smith 2003; Beardslee et al 2010) och hur de kan stödja dessa i relation till sina barn. Metoden är med andra ord företrädesvis hälsofrämjande (promotion). Man vill

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

genom interventionen, genom att främja de skyddande faktorerna, starta en process som bygger upp reciliens. Reciliens är ett svåröversatt ord som oftast översätts till svenska med ordet motståndskraft. De skyddande/hälsofrämjande faktorerna är just de faktorer man genom forskning funnit ge motståndskraft till de negativa faktorer som en uppväxt i en riskmiljö innebär.

Den kommunikation om den psykiska ohälsan som åsyftas skall vara samtal som sker utifrån barnens utvecklingsnivå, behov och frågor. En allmänt ökad positiv kommunikation i familjen är också i sig en skyddande faktor. När föräldrarna känner sig styrkta i sin föräldrafunktion och blir mer medvetna om hur de kan stödja sina barn (Beardslee et al 1997; Solantaus et al 2009), att de kan vara "en bra förälder" trots sin psykiska ohälsa eller andra allvarliga problem, har det oftast en påverkan också på föräldrarnas eget välbefinnande (Pihkala, Cederström & Sandlund 2010; Pihkala, Sandlund & Cederström 2012a).

Familjeinterventionen är en hälsofrämjande pedagogisk metod med fokus på barnen, har en eklektisk teoretisk bas och är tidsbegränsad och manualbaserad. Metoden har en mycket tydlig struktur och den så kallade loggbok som följs, kan visas öppet för föräldrar och barn. I den teoretiska basen finns ett psykoedukativt, narrativt, kognitivt och dialogiskt arbetssätt. De psykoedukativa inslagen handlar framförallt om att man lär ut om de skyddande faktorerna och ger information när det finns okunskap i familjen, kring föräldrarnas psykiska ohälsa eller annan problematik. De narrativa inslagen handlar om att familjemedlemmarnas egna berättelser är en central utgångspunkt i interventionen. Det handlar om att möta just medlemmarna i denna familj och deras berättelser. Det dialogiska arbetssättet handlar om att bryta tystnaden om det som är svårt och problematiskt, starta en positiv process i familjen, göra barnens röst hörd och dela erfarenheter och se familjemedlemmarnas olika perspektiv.

Andra viktiga beståndsdelar är att ha fokus på styrkor och lösningar och att vara framtidsinriktad. Den som håller i träffarna strävar efter ett subjekt-subjektförhållande och närmar sig respektfullt och inte i första hand som en expert utan mer som en samtalsledare. Ett fullständigt jämlikt förhållande är naturligtvis inte möjligt. Samtalsledaren befinner sig trots allt i en viss maktposition. Denna maktposition, som framförallt rör anmälningsplikten, det vill säga att rapportera till socialtjänsten (ibland sker ju också mötena inom socialtjänsten), om samtalsledaren finner att barnen far illa eller har stor oro för barnen, lyfts upp inledningsvis. Det sker då man talar om tystnadsplikten och det görs både med föräldrarna och med barnen. Informationen till barnen anpassas till det aktuella barnets ålder. De som är under utbildning i metoden skyggar ofta för att tala om anmälningsplikten. De är rädda att det skall rubba en förtroendefull relation till föräldrarna. Erfarenheterna visar att det finns fog att påstå motsatsen. Många föräldrar som blir aktuella för en intervention av detta slag bär på en oro att barnen skall tas ifrån dem (Pihkala & Johansson 2008) och det är därför viktigt att lyfta upp denna oro redan inledningsvis. Erfarenheterna visar vidare, att när denna fråga lyfts upp, kan föräldrarna börja se personer från sociala myndigheter som några de kan få hjälp och stöd från och inte bara som representanter för en repressiv myndighet.

Många föräldrar som är aktuella för en intervention, bär på negativa erfarenheter från socialtjänsten, både som barn och som vuxna.

Metoden skall inte användas vid akuta kriser, till exempel när föräldrars skilsmässa just inletts eller vid psykotiska skov, när föräldern inte har sjukdoms- eller "problem"- insikt eller förstår att den psykiska ohälsan eller eventuellt missbruk kan vara skadligt för barn.

Utbildning i metoden

Modellen för hur utbildningen i metoden sker har utvecklats från den modell som använts i Finland och i den statliga satsningen där. Utbildningen i metoden sker vid 10-12 tillfällen under två terminer och är både teoretisk och praktisk. Det finns en kursplan, som utvecklades när en kurs i Beardslees familjeintervention gavs på Örebro universitet med medel från Socialstyrelsen höstterminen 2008 till och med vårterminen 2009. En kursplan finns också för utbildning till lärare i metoden. Dessa kursplaner uppdateras med relevant litteratur och forskning. De som utbildats till lärare i metoden (se www.anhoriga.se) är när detta skrivs endast verksamma i psykiatrisk eller somatiskt vård eller ger kurser som pensionärer. Det är dock inte bara personer från lärarnas verksamheter som deltar i de utbildningar som ges.

De teoretiska avsnitten behandlar flera olika områden och anpassas i viss mån till den grupp som utbildas, till exempel behöver inte de som arbetar inom psykiatri information om psykiatrins patienter medan personal från socialtjänsten ibland kan behöva det etcetera. De teoretiska avsnitten behandlar vidare idéer och teorier som interventionen bygger på, forskning om metoden och inom angränsande områden, kunskap om vad det innebär att som barn befinna sig i en riskgrupp, grundläggande kunskap om samtalsmetodik med barn, om utvecklingspsykologi i barns olika åldrar, om implementering av metoder i en organisation samt diskussion kring frågor om evidens.

Den praktiska delen innebär att de studerande ska genomföra två interventioner under handledning. För att få intyg på genomförd utbildning skall också den studerande skriva en processbeskrivning från en genomförd familjeintervention.

Ingen speciell examen eller utbildning krävs för att delta, men det krävs att den som deltar har erfarenhet av att arbeta med psykosocialt utsatta människor. Det är därför personer med många olika utbildningsbakgrunder som deltagit i utbildningen. De flesta som hittills utbildats i metoden är dock i nämnd ordning socionomer, psykiatrisjuksköterskor eller skötare.

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

Tillvägagångssätt

Beardslees familjeintervention går till på följande vis: inledningsvis har föräldrarna fått ta del av någon eller flera informationskrifter, för att de förutom den muntliga informationen ska vara väl förberedda inför själva interventionen.

Interventionen innehåller fem möten och normalt två uppföljningsträffar. Föräldrarna får välja om mötena ska ske hemma eller på den plats, där de har behandlingskontakt. Vid behov kan träffarna utökas då speciella behov uppträder som att båda föräldrarna har en egen problematik eller att barnen eller familjen som helhet har problem som genast måste åtgärdas för att interventionen ska fortsätta. Det kan också vara så att tiden mellan planeringsmötet och familjemötet blir för lång, till exempel för att familjemötet måste ställas in för att någon i familjen är akut sjuk.

På de två första träffarna är bara föräldrarna med. Det kan också vara skilda föräldrar eller ibland bara en ensamstående förälder. Syftet med interventionen är given men föräldrarna får också formulera en målsättning för vad just de vill uppnå med interventionen inom de ramar som ges av själva interventionen. Vid första träffen fokuseras på föräldern med psykisk ohälsa (eller annan aktuell problematik) och vid den andra träffen på den andre föräldern. Den förälder som är i fokus får berätta om hur den ser på sin situation och den andre får mest lyssna. Den som genomför interventionen får en bild av vad barnen kan ha varit med om. Här börjar den narrativa delen och föräldrarnas olika perspektiv får träda fram. Föräldrarna får också berätta om sitt/sina barn, om de har oro för dem och vilka styrkor och svagheter som de ser hos dem. Om de har någon fråga som de vill att de som genomför interventionen ska ställa till barnen noteras den. Det andra mötet avslutas med att föräldrarna uppmanas att förbereda barnen på att det är deras tur nästa gång. I de första två mötena är det viktigt att inte "fastna" i hur det har varit, utan samtalsledaren ska redan då börja rikta uppmärksamheten framåt. Interventionen har ju till syfte att hitta lösningar, som kan göra situationen bättre för barnen.

Vid tredje träffen intervjuas barnen var för sig. Genom att föräldrarna förberett barnen på detta möte känner de flesta barn att de är fria att berätta hur de har det. De kan berätta utan att känna sig låsta av lojaliteten till föräldrarna, som annars är så vanligt. Intervjun är i huvudsak en slags kartläggning av vilka risk- och skyddsfaktorer som man kan se hos barnen. Om föräldrarna har skickat med en fråga så ställs den till det enskilda barnet. Samtalsledaren undersöker också om barnen har några frågor som de vill att föräldrarna skall få. Efter intervjun frågar samtalsledaren om det går bra att man berättar för föräldrarna det barnet berättat, och om barnet säger att det inte vill att man berättar om vissa saker, gör man inte det. Undantag görs givetvis om ett barn gett information som aktualiserar anmälningsplikten. Det är mycket sällsynt att barnen säger att de inte vill att samtalsledaren berättar för föräldrarna. Det kan gälla enstaka tonåringar.

Vid fjärde träffen deltar bara föräldrarna igen och de får återkoppling på träffen med barnen. Vid detta tillfälle planeras sedan för ett familjemöte, där familjesituationen sett ur barnens perspektiv, barnens frågor till föräldrarna och hur för-

äldrarna skall kunna tala om sin psykiska ohälsa eller annan aktuell problematik diskuteras. Mötet handlar oftast mycket om att hitta ord för att tala med barnen. Föräldrarna uppmuntras att göra anteckningar om de olika punkterna som de planerat att ta upp, och de påminns om att det är de som ska vara aktiva vid familjemötet. De bör också vara överens om vad som ska tas upp på mötet.

Familjemötet sker på den femte träffen. Det är barnen och barnens behov som skall vara i fokus på mötet. Här har föräldrarna möjlighet att sätta ord på hur den psykiska ohälsan (eller det problem som är i fokus för den aktuella familjen) har påverkat familjen. Familjemedlemmarna får möjlighet att dela varandras perspektiv och ibland se hur olika man kan uppfatta olika situationer. Det ger också en möjlighet att upptäcka att detta är något man kan sätta ord på, tala om och som kan skapa förståelse.

En månad efter familjemötet sker en första uppföljningsträff och efter ytterligare sex månader ytterligare en. Vid den första återträffen är barnen oftast inte med. Undantag görs för tonåringar eller om familjen vill att barnen ska vara med. Tanken med att de små barnen inte är med vid denna träff, är att undvika ”att tala över huvudet på” barnen och att kunna tala om sådant som man inte vill diskutera inför barnen. Vid den första återträffen diskuteras huruvida föräldrarna uppfattar att målen med interventionen har uppnåtts, hur de olika familjemedlemmarna har det och om det behövs något extra stöd för barnen eller för föräldrarna i sin föräldraroll. Vid den andra återträffen diskuteras hur det familjen uppnått har kunnat vidmakthållas och utvecklats eller om ytterligare stöd krävs för familjen.

Forskning om Beardslees familjeintervention

Beardslees familjeintervention är den intervention, som har mest forskningsstöd av de i Sverige använda interventionerna, som syftar till att främja barns utveckling och psykiska hälsa när föräldern har psykisk ohälsa. Forskning om metoden har gjorts och pågår i USA, Finland och Sverige. Den finska och amerikanska forskningen om metoden handlar bara om familjer, där en förälder har depression eller bipolär sjukdom. I den svenska forskningen, som hittills genomförts, har föräldrarna haft kontakt med vuxenpsykiatri och haft varierande psykisk problematik. Denna forskning finns samlad i Heljä Pihkalias avhandling (2011) och i en magisterrupsats (Demetriades 2010). På initiativ från Socialstyrelsen planeras en kvasiexperimentell studie, som liksom finsk och amerikansk forskning bara ska gälla familjer där en förälder har depression och bipolär sjukdom. I Sverige kommer studien dessutom att innefatta familjer där en förälder har ångestproblematik. Heljä Pihkala bedriver ett projekt finansierat av Folkhälsomyndigheten som handlar om interventioner i familjer där föräldrarna har olika psykiatriska diagnoser samt missbruk.

Beardslee och kollegor har genomfört en RCT-studie, där resultaten upp till 4,5-års uppföljning har publicerats (Beardslee et al 1992; Beardslee et al 1997; Beardslee, Gladstone, Wright, & Cooper 2003; Beardslee et al 2007). Kontrollgrupp

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

i denna studie bestod av familjer som i grupp fick två föreläsningar. Föräldrarnas diagnos var affektivt syndrom, oftast depression. Familjerna tillhörde vit medelklass. Fokus för studien var föräldrarnas kommunikation och förhållningssätt gentemot barnen angående föräldrarnas sjukdom, barnens förståelse av föräldrarnas sjukdom, barnens internaliserade symtom samt hur familjen fungerade. Man fann signifikant skillnad mellan grupperna i de två förstnämnda studerade områdena till familjeinterventionens fördel. I de två sistnämnda fann man positiva förändringar i båda grupperna, men ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller symtomskattningar på barnen.

En sammanfattning och bedömning av Beardslees forskning finns på en webbsida: National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), en databas av preventiva interventioner och behandlingar inom psykiatri och missbruksvård, upprättad av SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) i USA. Forskningen bedöms där ha hög kvalitet (SAMHSA 2006).

Beardslees forskargrupp har även publicerat ett antal artiklar med en kvalitativ ansats. Vad som förefaller vara verksamt i metoden är till exempel att informationen om föräldrarnas sjukdom ger möjlighet till en djupare ömsesidig förståelse inom familjen (Beardslee et al 1998) och att dialogen inom familjen kan öppnas efter år av tystnad och att barnens ibland svåra känslor och upplevelser får komma till uttryck och mötas av föräldrarna (Focht & Beardslee 1996; Focht-Birkerts & Beardslee 2000).

Metoden har anpassats av Beardslee och kollegor för grupper med sämre socio-ekonomisk ställning och med annan etnicitet än vit medelklass (Podorefsky, McDonald, Dowell & Beardslee 2001; D'Angelo et al 2009). I allmänhet får då träffarna utökas. Det blir också mer fokus på hur olika sociala problem ska kunna lösas.

En RCT-studie har också genomförts i Finland av Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki (2010). Föräldrarnas diagnos var här bara depression. Som kontrollgrupp hade man familjer där föräldrarna deltog i en kortversion av interventionen, konstruerad av Solantaus och medarbetare, kallad "Föra barnen på tal" (FBT). FBT är en föräldrastödjande intervention och man har minst ett möte om föräldraskapet och om familjens barn och man träffar alltså aldrig barnen. Enligt resultaten minskade symtomnivån signifikant - emotionella symtom och ångest - hos barnen i 1,5-års uppföljningen i båda grupperna. Vid 4- månaders- uppföljningen fanns en signifikant skillnad till familjeinterventionens fördel, medan symtomen, rapporterade av föräldrarna, minskade mer i kontrollgruppen mellan 4 och 10 månader. Barnens sociala färdigheter ökade i båda grupperna. Förändringarna i barnens hyperaktivitet, beteende- och syskonproblem var marginella. Denna studie tyder på att båda interventionerna är effektiva i att hindra en ökning av barnens symtom, när föräldern har depression. I Beardslee och medarbetares studie kunde man, som ovan påpekats, inte visa att symtomen minskade. Solantaus och medarbetare kontrollerade effekterna av föräldrarnas grad av depression, vilket inte gjordes i Beardslees studie. I Solantaus och medarbetares studie fann man att de positiva effekterna för barnen inte hörde ihop med allvaret i föräldrarnas

nas symtom. Dock var det så, att de som bröt sitt deltagande i studien oftare hade en allvarligare problematik. Resultaten av Solantaus och medarbetares studier visar också att familjeinterventionen är tillämpbar i andra kulturella kontext än i USA (Solantaus et al 2010).

Det finska forskningsprojektet (Solantaus et al 2009) undersökte också om Beardslees familjeintervention är en säker och genomförbar metod att använda i Finland. Detta studerades med en enkät, där familjemedlemmar fick besvara frågor en kort tid efter interventionen. Resultaten visade att familjeinterventionen inte kunde tillskrivas några negativa effekter. Både föräldrar och barn rapporterade positiva upplevda effekter såsom bättre förståelse för varandra inom familjen, bättre kommunikation om föräldrarnas sjukdom och bättre psykisk hälsa efteråt. Även i denna studie hade man en kontrollgrupp där föräldrarna deltog i Föra barnen på tal. När det gäller de flesta positivt upplevda effekterna, fanns det en signifikant fördel för familjeinterventionen. Metodtrogenheten hos utförarna visade sig vara god, den undersöktes genom att behandlarna skickade in sina loggböcker. Författarnas slutsatser är att familjeinterventionen är en säker och genomförbar metod och att den upplevs positivt av familjerna samt att en barnfokuserad preventiv intervention kan implementeras inom den finska vuxenpsykiatrin.

Solantaus och Tikka (2006) genomförde också en enkätstudie om hur personal uppfattade att använda Beardslees familjeintervention och om användningen av metoden på något sätt påverkade övrigt arbete. Ett tydligt resultat var att utbildningen i metoden och användning av den totalt sett hade gett ett alltmer fokuserat arbete med att se till barnens perspektiv.

I de svenska studier som gjorts uttrycker samtliga parter i familjen en stor tillfredsställelse med metoden (Pihkala, Cederström & Sandlund 2010; Pihkala et al 2012a; Pihkala, Sandlund & Cederström 2012b). Dessa studier är gjorda med familjer, där minst en av föräldrarna har haft kontakt med psykiatrin, ibland under många år, och när en intervention inletts har ingen hänsyn tagits till vilken diagnos eller problematik föräldern haft. Den första av dessa studier (2011) är en enkätstudie riktad till föräldrar och barn som varit med om Beardslees familjeintervention. De två andra studierna baseras på intervjuer med föräldrar respektive barn, som varit med om interventionen. Det genomgående temat i barnens beskrivning är lättnad, uttryckt till exempel av en 8-årig flicka: "Det stora tunga försvann!" (Pihkala et al 2012b). Tillfredsställelse med metoden gäller även den personal, som arbetar med familjeinterventionen (Demetriades, 2010). Demetriades menar att resultatet av hennes intervjustudie visar att metoden inte bara är hälsofrämjande för familjerna utan upplevs så också för dem som arbetar med interventionen.

Den samlade forskningen kring användningen av metoden visar sammanfattningsvis att man uppnår syftena med interventionen när det gäller ökad kommunikation och ömsesidig förståelse kring sjukdomen och hur den påverkar barnens vardag, när det gäller föräldrarnas upplevelse av att vara styrkt i föräldrarollen, att flera skyddande faktorer har styrkts hos barnen samt att föräldrarna och barnen beskriver en hög grad av tillfredsställelse med metoden. Den sammantagna forsk-

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

ningen visar med andra ord att de hälsofrämjande aspekterna av interventionen ger resultat och att de skyddande faktorerna utvecklas. De nordiska studier som hittills gjorts visar också att metoden är användbar i nordiska förhållanden och att den är säker, det vill säga att den inte skadar (Pihkala et al 2010).

I olika forskningsgenomgångar om preventiva metoder, till exempel i Holland, Norge och USA bedöms interventionen ha forskningsstöd samt vara en metod som fungerar. Mest tillgängliga är de amerikanska genomgångarna (SAMSHA 2006; National Research Council and Institute of Medicine 2009 a,b). I Sverige gjorde SBU år 2010 en motsvarande genomgång och då bedömdes metoden sakna evidens. Metoden klassificerades felaktigt som indikerad prevention, som ju avser grupper där den enskilda individen börjat utveckla symtom eller tecken på en negativ utveckling. Då Beardslees och medarbetares forskning inte visade förbättring i barnens symtom, vilket är viktigt när det gäller indikerad prevention, ansågs den inte fungera. I denna forskningsgenomgång bortsågs helt enkelt från att interventionen handlar om riskprevention och inte syftar till att behandla symtom hos barnen. Många barn har inte ens utvecklat symtom, som kan mätas med etablerade skalor, när interventionen startar. Det är deras föräldrar som är "symtombärare" och anledningen till att en intervention startar, inte barnen själva som i indikerad prevention.

Exempel på en familjs väg genom interventionen

Valet av fallbeskrivning har skett genom att en "typisk" familj valts. "Typisk" familj i den mening att den process som familjen genomgår liknar den process som de flesta familjer går igenom i Beardslees familjeintervention samt på så sätt att det finns flera familjer, som varit med om interventionen som på flera sätt liknar den valda familjen. Syftet här är också att gestalta hur interventionen kan te sig i familjer, där en förälder har en annan huvudsaklig problematik än psykisk ohälsa.

Några mindre detaljer och namnen på familjemedlemmarna som beskrivs nedan är ändrade. Processerna som beskrivs i familjen är i övrigt autentiska.

Lena och Per, 33 respektive 40 år, är separerade sedan fem år tillbaka. Båda har varit blandmissbrukare sedan tidiga tonår. De har barnen Filip 12 år och Julie 14 år. Lena bor med barnen i en sliten förort i en större stad. Hon har sedan separationen från Per arbetat med att bli fri från sitt missbruk och har när interventionen genomförs varit helt fri från missbruk i drygt ett år. Lena får en förfrågan att delta i en familjeintervention från sin socialsekreterare och accepterar att delta, då hon alltmer förstått att barnen farit illa av hennes och Pers missbruk. Lena tror inte att Per vill delta även om han just vid tillfället "inte är varken på behandlingshem eller i fängelse". "För Per är drogerna viktigast", säger hon.

Per kommer till första mötet till allas förvåning. Han har utmålats som en tuff buse men uppträder vänligt och artigt. Per säger att han beundrar Lena för att hon lyckats förändra sin situation. Själv är han trött på det liv han lever men kan inte se att han kan förändra det. Han har försökt flera gånger men inte lyckats. Lena

är ganska reserverad vid båda de möten som följer, ler aldrig och uttrycker sig ganska fåordigt även när intervjufrågorna är fokuserade på henne och hur hon har haft det och uppfattar sin nuvarande situation. De frågor som föräldrarna vill att samtalsledaren ska ställa till barnen när hon träffar dem, handlar om hur barnen tänker om sina föräldrar och den uppväxt de har haft. Föräldrarna uttrycker också oro över Julie, som de vet har skolkat många gånger från skolan och de tror att hon är tillsammans med en betydligt äldre kille som de inte träffat. Båda föräldrarna tycker att "Filip verkar ha det ganska bra".

Julie är först reserverad och svarar lite nonchalant på frågorna men när hon förstår att föräldrarna också undrar över hur hon har det och hur hon upplevt deras missbruk, mjukas hennes ansikte upp och hon berättar länge om de missförhållanden hon upplevt i sin familj. Hur de periodvis inte haft mat hemma, hur hon varit orolig för sina föräldrar som ibland "varit extremt uppåt" och ibland helt utslagna, så att hon själv fått ta hand om "allt". "Nu har i alla fall mamma skärpt till sig", så allt är mycket bättre. Hon säger, att föräldrarna varit bra på två saker. "De har aldrig slagit oss barn eller tagit hem sina fylle- eller knarkarkompisar", som hon vet kompisars föräldrar har gjort. Hon tycker inte att hennes pappa verkar bry sig så mycket om familjen och upprepar mammans ord om att knarket går före allting annat. I skolan är det tråkigt, säger Julie. De är så barnsliga hennes kamrater och det är alldeles för rörigt hela tiden. Matte är favoritämnet men nu på sista tiden har hon inte brytt sig som mycket om matten heller. När det gäller fritiden är hon mycket hemma hos sin kille. Det visar sig att han är betydligt äldre, är 19 år, och bor hos sin mamma. De går inte ut mycket utan ser på filmer och spelar spel. "Han är så trygg! Jag känner mig lugn med honom", säger Julie. "Jag kan bli lite stirrig annars". När det gäller om hon har en fråga till föräldrarna, så vill hon höra hur hennes pappa egentligen tänker. Bryr han sig inte om någonting? Julie säger att hon inte har någon vuxen utanför familjen att prata med – behöver inte det - har sin kille, som är bra att prata med. Hans mamma är också "juste". Julie säger att hon inte brukar prata med någon av sina föräldrar om det känns jobbigt. "De har nog med sitt."

Filip säger att han inte bryr sig särskilt mycket om skolan men "det går ändå". Han vill hellre sitta hemma och spela dataspel. Filip säger att han har många kompisar men slingrar sig lite kring denna fråga. Många av kompisarna träffar han inte längre, för han har slutat spela fotboll. Det var ett bra gäng och de gjorde mycket annat också tillsammans. Varför slutade han då med fotbollen? "Tror du att man vill spela fotboll i utslitna skor och töntiga och trasiga kläder!!!" Filip är enig med att denna fråga kan tas upp på familjemötet. Filip säger att han har en bra lärare i idrott, som han ibland pratar med om allt möjligt men att båda föräldrarna är bra att prata med också. Idrott är det roligaste ämnet i skolan.

När det blir dags för planeringsmöte kommer inte Per och Lena blir mycket arg och far ut i okvädningsord mot honom. Lena ringer honom och skäller. Det visar sig att han tagit fel på dag och han säger att han genast ska ta sig till mötet. Tjugo minuter för sent kommer han med andan i halsen. Känns viktigt det här, säger han. Föräldrarna är vid de tidigare mötena informerade om skyddande faktorer

Kapitel 13. Beardsledes familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

och får nu information om mötena med barnen, där samtalsledaren också sammanfattar hur man kan se på de skyddande faktorerna respektive riskfaktorerna när det gäller Julie och Filip. Föräldrarna är eniga om att ta upp frågor om barnens skolgång, fritids-intressen och kamrater på familjemötet. Per vill inleda med att tala om sitt missbruk och att han förstår att barnen farit illa av det. Lena säger, att hon "har ju inte precis varit Guds bästa barn hon heller" och allt är ju inte hans fel. När hon säger det, byter föräldrarna blickar och för första gången ser samspellet dem emellan positivt ut. Som alltid i interventionen uppmanas föräldrarna att vara aktiva på det kommande familjemötet. Det är de som huvudsakligen ska hålla i mötet.

Familjemötet hålls hemma hos Lena. Lägenheten ser mycket välstädad ut och det bjuds på kaffe - saft till Filip - och bullar, vilka Lena bakat ihop med Filip. Det syns att Lena ansträngt sig för att det ska se trevligt och inbjudande ut. Denna gång kommer Per exakt på utsatt tid. Han inleder mötet med att berätta lite om hur det varit under barnens uppväxt, hur mycket han och deras mamma älskar sina barn. Han berättar om de planer de hade för ett bra liv och som han känner att han har saboterat. Sakta börjar tårarna rinna nerför hans kinder och han säger igen, att han hoppas att barnen ändå ska få ett fortsatt bra liv och att han tycker att de är så fina båda två. För första gången under interventionen ler Lena och hon säger att hon håller med om allt och att de nu gör de här mötena, för att de hoppas att det ska bli så bra som möjligt för barnen. Då börjar även Julie att gråta och gråten bryter igenom den ganska avvisande attityd som hon visat när mötet började. Julie gråter hulkande och föräldrarna närmar sig henne och Per lägger försiktigt armen om henne och kramar henne. Hon lutar sig mot honom och gråten upphör men hon fortsätter att sitta lutad mot hans axel. Filip sitter stilla och storögt och ser på sin familj men säger ingenting. Lena serverar påtår och bjuder på mer bullar. Tårar torkas och familjemedlemmarna pratar ivrigt om de punkter man beslutat ta upp. Lena säger, att hon ska ta kontakt med barnens skolor och kolla upp hur Filip har det i skolan och om det går att ordna så att Julie får hålla på med matten i lugn och ro. Hon ska också undersöka om hon kan få bidrag till Filips fotbollsutrustning och andra kostnader som har med fotbollen att göra. Kanske kan hon också få hjälp av en kamrats pappa med skjuts till vissa matcher. Hon verkar upplyft av de uppgifter som hon ser framför sig. Föräldrarna – mest Lena – talar också med Julie om oron hon känner kring Julies kille. Julie lovar att Lena ska få träffa honom. Lena undrar också om tjejkompisar. Hon träffar inte någon av dem heller. "Jag har egentligen inga. De är så barnsliga i min klass." Kunde hon kanske göra något annat kul på fritiden, där hon kunde träffa lite äldre flickor? Julie vill fundera på saken. När mötet avslutas är stämningen god och man utbyter leenden. Alla verkar dock trötta.

Vid uppföljningen en månad senare är bara föräldrarna med. De berättar att de båda kommer bättre överens nu och att Per har gjort olika saker med Filip. De har varit och fiskat och de har varit och tittat på fotboll. Filip har fått bidrag till fotbollen och ska börja spela igen. De uppfattar att det känns mycket bättre nu, även om viss oro för Julie finns kvar. Ingen av dem har fått träffa hennes kille. Lärarna

har lovat att försöka stödja Julies intresse för matte och önskan om lugn och ro i skolan men det verkar fortfarande vara lite så och så med den saken. Julie började också på jazzdans med slutade redan efter första gången. Lena har fått ett fast jobb i ett bageri och ser fram emot att ha egna intjänade pengar och en fast inkomst. Per väntar på rättegång för narkotikalangning. ”En gammal grej.” Han säger, att han sedan ”de där mötena” (syftar på interventionen) har varit fri från narkotika. Kompisar vill bjuda men han säger att han är trött på ”det där”. Föräldrarna tycker att de har uppnått de mål de hade med interventionen. ”Vi vill att barnen ska få det bättre och det känns som de har det nu.” ”Vi är alla på gång!”

Vid sexmånadersuppföljningen är Per inte med men båda barnen. Per har fått tre månaders fängelse. Lena, Julie och Filip har dock varit och besökt honom och de säger att det har känts bra och att ”pappa varit så glad” för att de kommit och hälsat på honom. Lena trivs på sitt arbete och hon ler ofta när hon pratar. Filip spelar fotboll och har återknutit kontakterna med sina tidigare kamrater. Och han spelar mycket fotboll! Han hinner inte med så mycket dataspel längre och så har han ju mycket med skolan. Julie tycker det är lite bättre i skolan och har inte skolkat som tidigare. Julie har börjat dansa folkdans, vilket var något samtalsledaren inte alls hade föreställt sig att hon skulle gilla. Hon har också börjat träffa några ungdomar därifrån. Det är också en kille där som hon är väldigt förtjust i men hon håller fortfarande ihop med den tidigare pojkvännen, även om de inte har tid att ses lika mycket längre. Julie säger att de har det mycket roligare hemma hos mamma numera och att det är också roligt att träffa pappa. Vi pratar mycket mer nu! Det var så dött här förut! Filip instämmer.

Kommentar

Syftet med interventionen uppfylls i denna familj genom att barnens utveckling främjas. Kommunikationen i familjen ökar på ett för barnen positivt sätt, relationerna till föräldrarna förbättras, till exempel genom mer och positiv kommunikation, att barnen vet att föräldrarna älskar dem och bryr sig mycket om dem, att föräldrarna deltar i gemensamma fritidsaktiviteter och att det blir mer i vardagen att se fram emot. I denna familj har dock föräldrarnas missbruk inte varit någon hemlighet såsom det kan vara i vissa familjer, det vill säga hemlighet i den meningen att man låtsas som om missbruket eller den psykiska ohälsan inte finns. En process har startat som gör att andra så kallade skyddande faktorer utvecklas som positiva kamratkontakter och fritidsaktiviteter som i sin tur minskar barnens isolering och känsla av ensamhet. Skolarbetet har också tagit en mer positiv riktning för bägge barnen. Föräldrarna känner sig styrkta i sin föräldraroll genom att de känner till ”de skyddande faktorerna” och att de på så sätt vet vad de kan göra för att stödja sina barn.

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

Slutord

Att riskprevention ”lönar sig” när det gäller barns psykiska hälsa och utveckling har under flera år tagits för givet i flera länder, särskilt Australien, Nya Zeeland, Holland, Finland och Norge har varit föregångsländer. På senare år har också svenska hälsoekonomer argumenterat för att prevention är lönsamt ur flera aspekter (Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut 2004; Nilsson & Wadeskog 2008). Att utveckla metoder och arbetssätt blir i detta sammanhang mycket viktigt, liksom forskningen om dessa sätt att arbeta. I synnerhet gäller det riskprevention, där avsikten är att gynna barns utveckling. Det blir särskilt betydelsefullt, eftersom interventioner då kan komma att ske med barn och deras familjer som just lever i riskmiljöer men där barnen ännu inte tagit skada. Det är då självklart nödvändigt att undersöka att inte de arbetsmetoder som används riskerar att ställa till skada!

När en implementering av en metod sker är det viktigt att det sker på ett sätt att man uppnår metodtrohet och att denna metodtrohet sedan vidmakthålls (Gullbrandsen 2007). Om metodtroheten inte upprätthålls är det inte möjligt att tala om att metoden har evidens eller att den inte skadar. För det första är det viktigt hur utbildningen i metoden sker. En utmaning för närvarande är att lyckas med att vidmakthålla metodtroheten när det gäller Beardslees familjeintervention, nu när det statliga stödet för implementeringen har upphört. Nyligen har en förening bildats med syfte att vara en fortsatt garant för kvaliteten i utbildningen och användningen av metoden. Problemet är att metoden inte är ekonomiskt eller juridiskt skyddad vare sig när det gäller utbildning i metoden eller i användningen av den. Det betyder i sin tur att upphovsmannen, Beardslee själv, inte har någon ekonomisk ersättning, när metoden implementeras, såsom är vanligt med flera andra metoder. Det senare är dock en stor fördel genom att användningen av metoden inte blir så kostsam. Ytligt sett är metoden mycket enkel. Trots det är vår erfarenhet att utbildningen i metoden behöver sträckas ut över två terminer, såsom nu är fallet, för att metoden skall bli integrerad i sättet att arbeta och användas på ett metodtroget sätt.

När forskning har genomförts om Beardslees familjeintervention har man ofta använt SDQ – en symtomlista som fritt kan hämtas på nätet (Beardslee et al 2007; Solantaus et al 2010; Cederström 2012). Än finns det inga svenska normer för utvärdering av SDQ men den fungerar som ett instrument som ganska grovt scannar efter problematik hos barn. Det finns minst två problem med att använda SDQ när det gäller forskning om Beardslees familjeintervention. Ett problem, som ovan tagits upp, är att interventionen inte syftar till att behandla symtom hos barnen, utan till att starta en process där barnens utveckling gynnas. När det upptäcks, genom att interventionen genomförs, att barnen har allvarliga symtom är det samtalsledarens uppgift att se till att föräldrarna ombesörjer att barnen får adekvat hjälp. På så sätt kan ändå interventionen medverka till att barnens symtom på sikt kan bli avhjälpna. Interventionen tjänar då till upptäckt av problem, som kanske annars inte skulle upptäckas, men syftar inte att inom ramen för interventionen bota symtom.

Ett annat problem med symtomlistan är, att när föräldrar skattar barnens symtom kan de av olika skäl extremt underskatta eller överskatta barnens problem. Likaså att barnen, när det är de som gör skattningen, kan göra detsamma. Det är vanligt att barn som har föräldrar som har en psykisk problematik håller inne med egna behov och egen ledsenhet för att inte belasta sin förälder. I en intervention kan det då uppenbaras att barnet har mer problem än vad både barn och föräldrar velat kännas vid. Symtomskattningen kan följaktligen då bli mer allvarlig efter interventionen. Det händer också att föräldrarna har så dåligt samvete kopplat till sina problem, att de tror att barnen mår så mycket sämre än de faktiskt gör och då kan interventionen bidra till att föräldrarna upptäcker att barnen av olika anledningar inte tagit så stor skada som de trott. Den förstnämnda situationen ser naturligtvis inte bra ut i forskningen. Det kan ju tolkas som om barnet fått mer symtom efter interventionen! I själva verket kan det handla om att barnets svårigheter blivit mer synliga, vilket går att se om man jämför resultatet på andra frågor eller variabler. När det blir så att barnens svårigheter blir synliga är det i själva verket positivt för barnet, som då har möjlighet att hävda sina behov, bli sett och få adekvat hjälp och stöd. Barnen blir helt enkelt mer sedda av föräldrarna och barnens perspektiv blir mer tydliga efter en genomförd familjeintervention (Beardslee et al 1992; Beardslee et al 1997; Beardslee et al 2003; Beardslee et al 2007; Solantaus et al 2010; Pihkala et al 2010; Pihkala et al 2012a).

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

Referenser

- Beardslee, W.R. (2002). *Out of the darkened room: when a parent is depressed: protecting the children and strengthening the children*. Boston: Little, Brown and Company.
- Beardslee, W.R., Hoke, L., Wheelock, I., Rothberg, P.C., van de Velde, P., & Swatling, S.(1992). Initial Findings on Preventive Intervention for Families with Parental Affective Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1335-1340.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M.,Wright, E., Salt, P., Rothberg, P.C., Drezner, K., & Gladstone, T.(1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidens of change. *Development and Psychopathology*, 9, 109-130.
- Beardslee W.R., Swatling, S., Hoke, L., Rothberg P.C., van de Velde, P., Focht, L. & Podorefsky, D. (1998). From cognitive information to shared meaning: healing principles in prevention intervention. *Psychiatry*, 61, 112-29.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E. J. & Cooper, A.B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children in risk: evidens of parental and child change. *Pediatrics*, 112, 119-31.
- Beardslee, W.R., Gladstone, T.R., Wright, E.J., & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 703-713.
- Beardslee, W.R., Watson, R., Avery, M., Ayoub, C.C., Watts, C.L. & Lester, P., (2010). *Building resilience. The power to cope with Adversity*. www.zerotothree.org/reprints.
- Cederström, A. (2012). *Slutrapport från utvärderingen. Barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Del II. Implementering av Beardslees familjeintervention*. Opublicerad slutrapport till Socialstyrelsen.
- D'Angelo, E.J., Llerena-Ouinn, R., Shapiro, R., Colon, F., Rodriquez, P., Gallagher, K., & Beardslee, WR. (2009). Adaptation of the preventive intervention program for depression for use with predominantly low-income Latino families. *Family Process*, 48(2), 269-291.
- Demetriades, A. (2010). *Ett hälsofrämjande arbete. Personalens upplevelse av Beardslees familjeintervention – en metod för att nå barn när föräldrar har ett psykiskt funktionshinder*. Magisteruppsats vid Örebro universitet, Akademin för juridik, psykologi och socialt arbete.

Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W.R. (1996). "Speech After Long Silence": The Use of Narrative Therapy in a Preventive Intervention for Children of Parents with Affective Disorder. *Family process*, 35, 407-422.

Focht-Birkerts, L., & Beardslee, W.R. (2000). A Child's Experience of Parental Depression: Encouraging Relational Resilience in Families with Affective Illness. *Family Process*, 39(4), 417-434.

Gullbrandsson, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst. En forsknings-sammanställning*. Statens folkhälsoinstitut. www.fhi.se

National Research Council and Institute of Medicine. (2009a). *Preventing Mental, Emotional and Behaviour Disorders Among Young People. Progress and Possibilities*. Washington: National Academies Press.

National Research Council and Institute of Medicine. (2009b). *Depression in Parents, Parenting and Children*. Washington: National Academies Press.

Niemelä, M., Väisänen, L., Mashall, C., Hakko, H., & Räsänen, S., (2010). The experiences of mental health professionals using structured family-centered interventions to support children of cancer patients. *Cancer Nursing*, 33(6), E18-27.

Niemelä, M., Repo, J., Wahlberg, K-E., Hakko, H., & Räsänen, S. (2012). Pilot evaluation of the impact of structured child-centered interventions on psychiatric symptom profile of parents with serious somatic illness: Struggle for life trial. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30, 316-330, 2012.

Nilsson, I., & Wadeskog, A. (2008). Individens i centrum. "Det är bättre att stämma av i bäcken än i ån". Skandia Försäkringsbolag, skandia@strd.se.

Pihkala, H., & Johansson, E.E. (2008). Longing and fearing for dialog with children – Depressed parents' way into Beardslee's preventive family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 399-404.

Pihkala, H., Cederström, A., Sandlund, M. (2010). Beardslee's Preventive Family Intervention for Children of Mentally Ill Parents: A Swedish National Survey. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1).

Pihkala, H., Sandlund, M., Cederström, A. (2012a). Initiating communication about parental mental illness in families: an issue of confidence and security. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 258-265.

Pihkala, H., Sandlund, M., Cederström, A. (2012b). Children in Beardslee's family intervention – Relieved by understanding of the parent's mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(6), 623-628.

Kapitel 13. Beardslees familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer

Pihkala, H. (2011). *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska erfarenheter*. Akademisk avhandling institutionen för klinisk vetenskap/ Psykiatri, Umeå universitet.

Podorefsky, D.L., McDonald, L., Dowell, M., & Beardslee, W.R. (2001). Adaption of preventive intervention for a low-income, culturally diverse community. *Journal of the American Academy: Child and Adolescent Psychiatry* 40(8), 879-86.

Skolverket, Socialstyrelsen & Statens folkhälsoinstitut (2004). *Tänk långsiktigt! En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa*. Bergslagens Grafiska, Lindesberg.

SAMHSA (2006). SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Intervention Summary: Clinical-Based Cognitive Psychoeducational Intervention for families. Available at: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=156>.

Solantaus, T. & Toikka, S. (2006). The Effective Family Program: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(3), 35-42.

Solantaus, T., Toikka, S., Alasuutari, M., Beardslee, W.R., & Paavonen, J. (2009). Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. *International Journal of Mental Health Promotion*, 11(4), 15-24.

Solantaus, T., Paavonen, E.J., Toikka, S., & Punamäki, R.L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 19(12), 883-892.

Werner, E.E. & Smith, R.S. (2003). *Att växa mot alla odds. Från födelse till vuxenliv*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.

Att se barn som anhöriga

- Om relationer, interventioner och omsorgsansvar

Följande kapitel ingår i antologin och kan laddas ner var för sig på www.anhoriga.se

Barn är anhöriga

- 1 Att se barn som anhöriga, Elisabet Näsman, Karin Alexanderson, Stina Fernqvist & Johanna Kihlgård
- 2 Barn som anhöriga - i skuggan av föräldrar med problem, Gunvor Andersson
- 3 Att betrakta barnen som anhöriga inom socialtjänsten, exemplet kontaktfamilj, Lotta Berg Eklundh
- 4 Varför såg ingen mig?- om oviljan att uppmärksamma det obekväma, Mikaela Starke

Hur många barn och hur går det för barnen?

- 5 Barn som anhöriga i vården –hur många är de?, Anders Hjern, Helio Adelino Manhica
- 6 Barn som anhöriga - hur går det i skolan?, Anders Hjern, Lisa Berg, Mikael Rostila, Bo Vinnerljung
- 7 Barn som förlorar en förälder: konsekvenser för hälsa och dödlighet, Mikael Rostila
- 8 Barns behov av information, råd och stöd när en förälder får vuxenpsykiatrisk vård - Hur efterföljs lagen i den kliniska vardagen?, Gisela Priebe, Maria Afzelius

Interventioner

- 9 Stöd riktat till barn vars förälder har en allvarlig fysisk sjukdom, Ulrika Järkestig Berggren, Elizabeth Hanson
- 10 Stöd till barn när en förälder avlider, Ann-Sofie Bergman, Elizabeth Hanson
- 11 Barn i familjer med alkoholproblem –kan ett webbaserat program hjälpa ungdomar?, Tobias Elgán, Helena Hansson, Nicklas Kartengren, Ulla Zetterlind
- 12 Stödgrupper för familjehemsplacerade barn och unga, Ulla Forinder, Yvonne Sjöblom, Agneta Rönn
- 13 Beardslees familjeintervention -en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer, Anita Cederström, Heljä Pihkala
- 14 Att vara ett syskon som närstående till ett barn med cancer, Margaretha Jenholt Nolbris

Våld i familjer

- 15 Barn som tvingas växa upp med våld mellan sina omsorgspersoner, Karin Grip, Ulf Axberg
- 16 Barndomsupplevelser av våld och konflikter mellan föräldrarna –unga vuxnas erfarenheter och hälsa, Åsa Källström Cater

Barn som omsorgsgivare

- 17 Barn som anhöriga, utsatta och omvårdare - två typexempel, Karin Alexanderson, Stina Fernqvist, Elisabet Näsman
- 18 Gestaltning av begreppet ”unga omsorgsgivare” och politiskt gensvar: ett transnationellt perspektiv, Saul Becker

Nka: Barn som anhöriga

2015:6

ISBN 978-91-87731-26-6

www.anhoriga.se