

”Se barn som anhöriga”

- Barnperspektiv inom vuxenpsykiatrisk öppenvård

Av Karoline Saga

Socialhögskolan vid Lunds universitet

Ht-12



Handledare: Helena Hansson

Abstract

Authors: Karoline Saga

Title: The children are given the crumbs, which we, who hold the power, decide they shall have* A studie about counselors consideration of the child perspective in outpatient psychiatric receptions for adults. [translated title]

Supervisor: Helena Hansson

Assessor:

The professionals in a psychiatric outpatient reception who meet the parents and sometimes their children get a chance to gain an insight into the family's life situation. This study contains interviewes with seven social workers, working as counselors in five psychiatric outpatient receptions in three cities in the south of Sweden. The aim of this study was to examine counselor's consideration of the child perspective in adult psychiatry. More specifically its aim was to find out how counselors themselves look upon their consideration of the child perspective working in an outpatient psychiatric reception for adults, and if they have experienced a change in their own consideration today in relation to the prior amendment in the Health Care Act. The study's major findings were that the counselors do have a child perspective; however it has not changed significantly since this amendment. The respondents believe that their training as a social worker is a contributing factor to the attention of the child perspective in their work with the patients. This result illustrate the social workers and the counselors specific professional skills and authority, which are of importance in adult psychiatry when taking into account the children of patients and the child perspective, according to the amendment in the health care law.

Key word: a child perspective, counselors, adult psychiatry, authority

Förord

Jag vill ta tillfället i akt att rikta ett stort tack till studiens respondenter, kuratorerna i region Skåne, utan Er hade det inte blivit någon uppsats! Tack till min handledare Helena Hansson för god handledning.

Till min familj och till mina vänner som varit stadiga stöttepelare under uppsatsens gång. Även ett stort tack till Er!

Lund Januari 2013

Innehållsförteckning

Inledning	5
<i>Problemformulering</i>	5
<i>Syfte</i>	6
<i>Frågeställningar</i>	6
<i>Definition av begrepp</i>	7
Bakgrund	8
<i>Barn till psykiskt sjuka</i>	8
<i>Vad säger lagen?</i>	9
<i>Hälso- och sjukvårdslagen</i>	9
<i>Offentlighets- och sekretesslagen</i>	10
<i>Anmälningsskyldighet</i>	10
<i>Kuratorns roll & handlingsutrymme</i>	11
Tidigare forskning	12
<i>Arbetskraftens förmåga att hantera barn</i>	12
<i>Att arbeta med psykiskt sjuka föräldrar och deras barn</i>	13
<i>Erfarenheter från Finland</i>	14
<i>Implementering av ny lag inom svensk psykiatrisk vård</i>	15
Teoretiska utgångspunkter	16
<i>Jurisdiktion</i>	17
<i>Gräsrotsbyråkrat</i>	19
<i>Makt</i>	20
Metod	23
<i>Semistrukturerade intervjuer</i>	23
<i>Urval och avgränsningar</i>	24
<i>Tillvägagångssätt</i>	24
<i>Metodmedvetenhet, validitet, reliabilitet och generaliserbarhet</i>	26
<i>Etiska överväganden</i>	26
<i>Förförståelse</i>	27
<i>Presentation av kuratorernas bakgrund</i>	28
Resultat och analys	29
<i>Barnperspektiv</i>	29
<i>Begreppet Barnperspektiv</i>	29

<i>Konflikt mellan barn- och patientperspektivet</i>	32
<i>Handlingsutrymme och rutiner</i>	36
<i>Äga frågan</i>	36
<i>Barnombud</i>	38
<i>Möjligheter & svårigheter</i>	39
<i>Lagen</i>	43
<i>Implementering</i>	43
<i>Utbildning är av vikt</i>	45
<i>Allas ansvar</i>	45
<i>Lagen ger makt</i>	46
<i>Samverkan</i>	47
Avslutande diskussion	50
<i>Övergripande resultat</i>	50
<i>Slutdiskussion</i>	51
Referenser	55
Bilagor	58
<i>Bilaga 1 - Intervjuguide</i>	58
<i>Bilaga 2 – Intervjupersoner sökes till masteruppsats</i>	60

Inledning

Problemformulering

Det finns barn som växer upp i familjer där psykisk ohälsa och sjukdom är en del av deras vardag. En hel del forskning beskriver hur föräldrars psykiska sjukdom kan ge konsekvenser för deras barn (Östman 2008; Maybery & Reupert 2006; Koelch, Schmid & Fegert 2009; Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkun 2010; Skerfving 2005). Det är inte regelmässigt så att alla barn till föräldrar med psykisk ohälsa och sjukdom far illa eller blir försummade men det är viktigt att synliggöra de barn som är drabbade och tillgodose deras behov. Övertygande forskningsresultat belyser vikten av att uppmärksamma och stödja dessa barn för att undvika att de far illa och själva utvecklar psykisk ohälsa. Information och en djupare förståelse av föräldrarnas beteende och sjukdom kan hjälpa barnen att effektivt hantera föräldrarnas psykiska sjukdom. Att ge barnen möjligheten att tala om sina upplevelser och känslor, som eventuell skam, skuld och rädsla utifrån föräldrarnas psykiska ohälsa är betydelsefulla för deras nuvarande och framtida emotionella hälsa (Devlin & O'Brien 1999; Maybery & Reupert 2006; Korhonen et al. 2010; Fraser & Pakenham 2009; Knuttson-Medin 2007; Walsh 2009; Skerfving 2005).

Trots de övertygande resultaten inom forskningen uppmärksammar flera aktuella studier att barn till psykiskt sjuka många gånger är osynliga för vårdpersonal inom sjukvården (Korhonen et al. 2010; Hedman Ahlström 2010). Studier som uppmärksammat barnens situation har funnit en viss förändring i behandlarnas förhållningssätt vad gäller att uppmärksamma barnen inom vuxenpsykiatri (Skerfving & Waltré 1995; Skerfving 2005). Personal inom en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som träffar patienter som har barn har möjlighet att uppmärksamma och få en inblick i hur familjen och barnen har det. Men fortfarande är det vanligare att det finns ett utpräglat patientperspektiv och att familje- och barnperspektivet kommer i bakgrunden (Hedman Ahlström 2010).

Det är viktigt att inom den psykiatriska vården av vuxna lyfta fram barnets perspektiv när familjens situation bedöms (Skerfving 2005). Även om det inte är barnen i familjen som är i fokus för omvårdnaden så ska deras upplevelser, rädslor, önskingar och behov på allvar beaktas (Skerfving 2005). År 2010 kom en lagändring för att gynna barn och ungdomar under 18 år som har en förälder som missbrukar eller är fysiskt eller psykiskt sjuk. Lagen innebär att barn har rätt till information, råd och stöd av vårdpersonal som arbetar inom sjukvården. Syftet är också att öka samverkan mellan kommun och landsting och ge ett tydligare ansvar för hälso- och sjukvårdspersonal (Hälso- och sjukvårdslagen SFS 1982:763 § 2 f-g). Som

personal inom vuxenpsykiatri är man genom lagändringen skyldig att synliggöra barnen till psykiskt sjuka och tillgodose deras behov. Vårdpersonal var redan innan lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) reglerade av anmälningsplikten i Socialtjänstlagen (SFS 2001:453 14 kap 1 §) för att skydda barn som riskerar att fara illa eller som far illa. Men genom lagändringen har man fått ett tydligare mandat att förankra barnperspektivet i vården av vuxna.

Med anledning av denna lagändring är syftet med föreliggande studie att undersöka vad det innebär för kuratorer inom vuxenpsykiatrisk öppenvård att ha ett barnperspektiv. Har lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen möjligen förändrat kuratorernas hänsynstagande av barnperspektivet och hur beaktas detta i så fall i deras kliniska arbete.

Jag har valt att undersöka detta inom psykiatri region Skåne, då de är en av många regioner i Sverige som i och med lagändringen skärpt verksamheten med nya handlingsplaner och rutiner för att tydliggöra ett barnperspektiv (Psykiatri Skåne 2013). Eftersom det finns en uttalad ambition inom psykiatri region Skåne att tillgodose behoven hos barn till psykiskt sjuka, har jag valt att föreliggande studie kommer ha sitt fokus där. Studien innefattar intervjuer med kuratorer inom regionen för att knyta an till socionomens roll inom psykiatri.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka vad det innebär för kuratorn inom vuxenpsykiatrisk öppenvård i region Skåne att ta hänsyn till ett barnperspektiv, enligt lagändringen i Hälso- och sjukvårdslagen.

Frågeställningar

- Hur beaktas barnperspektivet i kuratorns kliniska arbete?
- Vad innebär barnperspektivet för kuratorn?
- Finns det någon förändring mellan hur kuratorerna förhöll sig till barnperspektivet innan lagändringen i HSL och efter?
- Vad innebär i så fall förändringen efter lagändringen?

Definition av begrepp

I denna uppsats utgår jag ifrån min tolkning och definition av följande begrepp;

- Med *ett barn* menas i enlighet med FNs barnkonvention alla personer som är under 18 år.
- Begreppet *barnperspektiv* beskrivs hos de flesta organisationer enligt Barnkonventionen. Att utgå från barnkonventionen innebär att alla verksamheter som arbetar med barn har en riktlinje att följa. Barnkonventionen innehåller olika rättigheter, som medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Konventionen tar också upp barns sårbarhet och utsatthet i rättigheter om skydd mot övergrepp och utnyttjande. Den riktar sig till den enskilda individen och innebär att barnet har rätt att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda. Barnperspektivet innebär även att den vuxne ska uppmärksamma och förstå barns erfarenheter, upplevelser och uppfattningar samt deras handlingar.
- *Implementering* är den process då fattade politiska beslut omsätts i handling och praktik.
- Med *Kuratorns kliniska vardag* menas de dimensioner som finns i det handlingsutrymme som organisationen ger utrymme för. Samarbetet med patienten, patientalliansen, relationen till patientens barn samt samverkan med andra samhällsorgan kring patienten eller patientens barn.
- *Patientallians* innebär den relation som bygger på förtroende och respekt mellan den professionella och patienten.
- *Psykisk sjukdom*, är ett mångtydligt begrepp och kan omfatta många olika diagnoser och symptom som inte behöver vara ett statiskt tillstånd utan kan förändras under perioder och över tid. I denna studie innebär begreppet allvarliga och långvariga psykiska problem som påverkar hela livssituationen och föräldrafunktionen.
- *Psykiatrisk öppenvård* innebär psykiatrisk vård utan inläggning.
- *Barnombud* finns inom Psykiatri Skånes verksamheter där patienterna är över 18 år. Barnombud fungerar som stöd för anställda inom psykiatrins enheter när det gäller frågor som rör barn och föräldraskap.

Bakgrund

Under kommande kapitel har jag valt att belysa forskning kring hur det är att vara barn till psykiskt sjuka föräldrar, för att få en djupare förståelse för varför det är viktigt att uppmärksamma barnen och ge de stöd. Jag tar även upp tre lagar som är relevanta för kuratorer i deras arbete inom vuxenpsykiatri samt kuratorns roll och handlingsutrymme, hur ser dessa ut inom hälso- och sjukvården.

Barn till psykiskt sjuka

Barn till psykiskt sjuka lever ofta med en hemlighet som man inte får prata om, vare sig hemma eller utanför hemmets väggar. Den så kallade ”hemligheten” kan leda till att barnen lever med mycket ångest. Dels kan man brottas med rädslan för att någon utanför familjen ska få reda på hur man har det hemma, dels kan man brottas med motstridiga känslor gentemot föräldrarna. Samtidigt som barnen hyser kärlek till sina föräldrar tvingas de hantera känslorna som uppstår i ett liv med oförutsägbarhet, att aldrig veta hur mamma eller pappa mår när man kommer hem från skolan eller hur länge de kommer må bra den här gången, innan nästan sjukdomsperiod. Rädslan för att de ska mista sina föräldrar eller att något hemskt ska hända, leder till att många barn lever med ett tungt ansvar (Killén 2009; Skerfving 2005).

Barn till psykiskt sjuka har en ökad risk att själva utveckla psykisk ohälsa, de barn som är mycket små när föräldrarna blir sjuka, de som har en lägre intelligensnivå än normalt och de som är mer känsliga och sårbara är barn som befinner sig i riskzonen. Även de som är och har varit starkt involverade i den sjuka föräldern kan få konsekvenser av denna situation senare i livet. Risken ökar när föräldrarnas sjukdomstillstånd är allvarligt och kroniskt jämfört med akut och kortvarigt (Killén 2009; Skerfving 2005).

Med all den kunskap som finns om ett barns utsatthet när föräldrarna är psykiskt sjuka finns det en möjlighet att bygga upp ett tydligt och adekvat förebyggande arbete. Vi kan selektivt förebygga ohälsa, genom att tidigt identifiera riskfaktorer hos grupper med särskilda behov, som barn till psykiskt sjuka, så kallad sekundär prevention. Idealet är att förebygga innan föräldrarna försvagats i sin föräldraroll och innan barnen utvecklat allvarliga problem. Många gånger kommer det förebyggande arbetet att vara tertiär prevention, dvs. prevention på individnivå som riktas till barn som redan har ett problem - där insatsen blir att mildra och förhindra att problemet förvärras eller att andra problem tillstöter (Killén 2009; Skerfving 2005).

För att kunna förebygga krävs det att barn till psykiskt sjuka uppmärksammas och idag finns ingen statistik i Sverige eller någon annanstans i världen över dessa barn. Skerfving (2005) pekar på att det är ovanligt att uppgifter om barn till föräldrar med psykisk sjukdom tas med i föräldrarnas journaler. Det har dock skett en förändring de senaste åren då man har börjat uppmärksamma dessa barn mer. Skerfving (2005) menar att det beror på att man avvecklat de stora slutna mentalsjukhusen och att man därmed har fått upp ögonen för patienternas föräldraskap.

Vad säger lagen?

I detta kapitel belyser jag relevanta lagar som kan vara aktuella för kuratorer inom vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. Följande lagar kommer att beaktas: Hälso- och sjukvårdslagen, Sekretess- och Offentlighetslagen, Anmälningsskyldigheten enligt Socialtjänstlagen – lagar som möjligen både kan förankra eller förhindra barnperspektivet för kuratorn i hennes kliniska arbete.

Hälso- och sjukvårdslagen

Hälso- och sjukvårdslagen visar att sjukvården ska arbeta på ett förebyggande sätt och när det rör barn, samverka med andra verksamheter. I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2f § står det att: *Hälso- och sjukvården ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer 6 kap. 12-14 §§ patientsäkerhetslagen (2010:659) och av offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap, 1 § socialtjänstlagen (2001:453)*

År 2010 infördes även nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, för att varje barns rättigheter ska uppmärksammas och varje barn ska få den hjälp de behöver. Under paragraf 2g står det att *Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnens föräldrar eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnet föräldrar eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.*

Offentlighets- och sekretesslagen

Personal inom hälso- och sjukvården, både inom offentlig och privat vård, måste följa offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Lagen säger att *det är förbjudet att lämna ut uppgifter till utomstående om patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgifter kan lämnas utan att patienten eller någon närstående lider men. Uppgifter om patientens sjukdom, behandling eller privata situation får endast lämnas ut till personer som deltar i vård eller behandling av patienten. Dessa bestämmelser innebär både muntlig sekretess (Tystnadsplikt) och handlingssekretess (Förbud att skriftligt lämna ut uppgifter).*

Lagen finns till för att skydda patientens personliga integritet och för att alla patienter ska kunna tala fritt med vårdpersonal om sitt hälsotillstånd och om sina personliga förhållanden, samtidigt som de kan vara säkra på att allt som sägs stannar hos den de talat med. Inom ett arbetslag i en hälso- och sjukvårdsverksamhet är det tillåtet att diskutera uppgifter om patienten som har betydelse för vården, dock inte med andra, även om de har tystnadsplikt. Undantag från sekretessregeln inom hälso- och sjukvården rör uppgifter som brott eller misstanke om brott som får lämnas ut till åklagarmyndighet, polismyndighet eller annan myndighet som har till uppgift att ingripa mot brottet, om brottet är belagt med minst ett års fängelse - däribland om ett barn under 18 år riskerar att fara illa. Då måste anmälningsskyldigheten enligt Socialtjänstlagen beaktas.

Anmälningsskyldighet

Enligt socialtjänstlagen 2001:453 14 kap § 1 står det skrivet att: *Personal inom myndigheter vars verksamhet berör eller som kommer i kontakt med barn och unga är skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd. En lag som är högst relevant för kuratorer och annan vårdpersonal inom vuxenpsykiatri. Personal inom hälso- och sjukvården är skyldiga att lämna socialnämnden alla uppgifter som kan vara av betydelse för att utreda ett barns behov av skydd.*

Kurators roll & handlingsutrymme

Kuratoren är till för patienten och samverkar med andra samhällsorgan rörande patientens väg tillbaka till välmående (Lundin et al. 2009; Olsson 1999).

Kurators roll inom hälso- och sjukvården har växt fram under decennier. Idag är kuratorn en del av tvärprofessionella team inom vården och hennes arbetsuppgift är att ha kunskap om och samverka med andra myndigheter kring patienten. Hon ska vara insatt i den lagstiftning som styr myndigheter och patienters rättigheter och skyldigheter samt arbeta med patientens psykosociala situation. Detta kan innebära kontakt med patientens närstående som även kan vara minderåriga barn (Lundin et al. 2009; Olsson 1999). Den samverkanskunskap som kuratorn har och de samordnade insatser hon kan erbjuda för en patients rehabilitering, efter sjukdom, är ofta avgörande. Patienten riskerar annars att hamna i rundgång mellan olika myndigheter som anser att det är någon annans ansvar att ge patienten det stöd som han eller hon behöver, efter till exempel en inläggning inom psykiatri (Lundin et al., 2009).

Möjligheten att kunna erbjuda samordnade insatser för att stärka en patient i sin rehabilitering har inte alltid funnits. Stora förändringar inom både samhället och hälso- och sjukvården har skett sedan Sverige fick sina första sjukhuskuratorer i början av 1900-talet. Förändringar som har bidragit till bättre förutsättningar för sjukhuskuratorns arbete. Bland annat har utbyggnaden av samhällets sociala skyddsnät genom sociallagstiftning och socialpolitiska åtgärder skapat möjligheter till samverkan mellan kommun och landsting (Olsson 1999). I och med detta har kuratorn också fått ett större handlingsutrymme.

Handlingsutrymmet är begränsat genom de organisatoriska ramar som finns för en kurators uppdrag inom vården men beror även på en rad andra faktorer. Faktorer som rutiner, traditioner och interaktion mellan kurator och patient påverkar utrymmet. Individuella faktorer som kurators professionella kunskap spelar också en roll och ger kuratorn en viss frihet i arbetet, även om hon är styrd av organisationens lagar och rutiner. Den frihet och den makt kuratorn har i sin yrkesutövning innebär ett stort ansvar för hur hon handlar i det utrymme som ges. Handlingsutrymmet är inte en självklarhet utan det behövs en specifik kompetens för att kunna bedöma vad som är ett rimligt val i det sammanhang man befinner sig i. Summan av professionella bedömningar, rutiner, ansvar och kompetensen att fatta beslut är handlingsutrymmet. I den kompetensen finns möjligheten att påverka organisationens givna utrymme. Vilket betyder att handlingsutrymmet skapas i samspel mellan organisation och profession (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008).

Tidigare forskning

Den forskning som jag har valt att belysa under föreliggande studie är forskning hämtad från såväl internationell som nationell forskning. Artiklarna belyser de kunskapsluckor som finns om barn till psykiskt sjuka föräldrar, hur verksamheter bör arbeta för att synliggöra dessa barn, vilka orsakerna är till att sjukvårdspersonal ibland glömmer bort barnperspektivet inom vuxenpsykiatri samt bringar förståelse kring implementering i psykiatrivården.

Arbetskraftens förmåga att hantera barn

Darryl Maybery och Andrea Reuperts (2006) artikel *Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness* belyser den problematik som till exempel kuratorer, på ett organisatoriskt plan, möjligen möter i sitt arbete för att uppmärksamma barn till patienter. De poängterar de brister som finns inom den vetenskapliga forskningen när det gäller evidensbaserad forskning kring vilka organisatoriska kunskaper, färdigheter och resurser som krävs för att arbeta med familjer där föräldrar drabbats av psykisk sjukdom. Det finns även en tendens att enbart fokusera på problemen istället för att se den psykiskt sjuka förälderns kapacitet. Organisatoriska lösningar tenderar att bli tillgängliga när föräldern eller barnet väl har ett diagnostiserat problem eller när missbruk och/eller försummelse identifierats.

Maybery och Reuperts (2006) forskning visar att barn till föräldrar med psykisk sjukdom löper risk att utveckla olika problem, men trots denna vetskap är förebyggande interventioner inte vanligt förekommande. Möjligheten att arbeta förebyggande kräver att barn till psykiskt sjuka uppmärksammas och identifieras. Föreningen för mental hälsa för barn och familjer i Australien har betonat behovet av att förbättra psykiatri när det kommer till att identifiera barnen, men även identifiera de hinder vårdpersonal inom vuxenpsykiatri står inför när man arbetar med familjer som drabbats av psykisk sjukdom (Maybery & Reupert, 2006).

Maybery och Reupert (2006) nämner i sin artikel några av dessa hinder, bland annat de organisatoriska strukturerna och de professionellas begränsningar i sin yrkesroll, brist på resurser och tid och att det i många fall inte ses som personalens arbetsuppgift att arbeta med barnen eller att diskutera frågor kring föräldraskapet.

Barriärer i kommunikationen mellan myndigheter och samhällets brist på resurser ses även som betydande hinder. Brist i kunskap och kompetens hos vårdpersonal ses också som

ett hinder när det gäller att bedöma föräldrarnas kapacitet samt att identifiera de orsaksfaktorer som bidrar till att ett barn utvecklar egna psykiska problem (Maybery & Reupert 2006). De betonar vikten av att identifiera dessa hinder för att kunna arbeta effektivt med familjer som drabbats av föräldrars psykiska sjukdom. Särskilt viktigt är detta för vårdpersonal inom vuxenpsykiatrin, då kunskapen kan hjälpa till att förbättra både utbildning och administration inom detta område (Maybery & Reupert 2006).

Att arbeta med psykiskt sjuka föräldrar och deras barn

Kari Killén (1999; 2009) belyser genom sin forskning den problematik som finns kring barn till psykiskt sjuka - att professionella många gånger upplever att det är svårt att i sitt arbete berätta för föräldrar om sin oro för deras barn. De menar att det finns en risk för att föräldern känner sig hotad och därför drar sig undan. Annemi Skerfving (2005) belyser även detta i sin forskning samt att professionella menar att de sviker förtroendet som man har fått från patienten vid en anmälan till socialtjänsten, och att detta nästan alltid uppfattas som en kränkning utav föräldern. Kari Killén (2009) menar att genom att ha ett öppet och naturligt förhållningssätt till frågan om barnen kan man motverka känslan av ett svikande förtroende gentemot patienten. Och därmed ger man föräldern större möjlighet att kunna och vilja prata om situationen hemma och om barnen (Killén 2009). Att vara ärlig och öppen gentemot föräldern är ofta det bästa sättet för att kunna fortsätta arbetet med patienten efter att man valt att anmäla bristande omsorg till socialtjänsten (Skerfving 2005).

Den professionella sviker både barn och föräldrar om man inte ingriper menar Killén (1999). För att kunna hjälpa och skydda barn från föräldrar med bristande omsorg, är det viktigt att använda sig av sin yrkesauktoritet, vilket innebär att man använder de lagar och regler som finns i arbetet. Detta har visat sig vara användbart när föräldrar inte vill samarbeta (Killén 1999).

Kari Killén (2009) visar i sin forskning hur man kan arbeta förbyggande för barnen genom att arbeta med den sjuka föräldern. Att man visar förståelse och möter föräldern där den är i sitt föräldraskap, istället för att utgå ifrån var man anser att föräldern bör vara, gör att patienten känner sig accepterad. Kontakten stärks, vilket lägger grund för förändring hos föräldern. Om man vill uppnå en förändring hos föräldern genom att t.ex. öka dennes lyhördhet, förståelse och empati för barnet, måste man som professionell agera likadant gentemot patienten. Det krävs också att olika verksamheter och institutioner har ett nära

samarbete, för att man inom vuxenpsykiatri ska kunna utföra ett förebyggande arbete och hjälpa dessa barn (Killén 2009).

Annemi Skerfving (2005) undersökte metoder och rutiner gällande föräldrar och barn på olika psykiatriska enheter. Det visade sig att inte på någon av de avdelningar Skerfving undersökte hade man ett specifikt arbetssätt för att möta barn till psykiskt sjuka. Personalen visste inte riktigt vad som låg inom deras ansvar och befogenheter (Skerfving 2005).

Jo Aldrige och Saul Becker (2003) har i sin forskning, som utgår från ett projekt som startade år 2000 i England, haft syftet att fylla de kunskapsluckor som finns om barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Deras forskning säger att personal som arbetar med föräldrar inom psykiatri har lättare att se vilken roll barnet har i familjen, än andra professionella som kommer i kontakt med barnet, eftersom professioner som lärare, skolsjuksköterskor och läkare inom primärvården inte lika lätt kan se de roller barnen ofta tar gentemot den sjuka föräldern. Ansvaret har därför hamnat på psykiatripersonalen som har en större inblick i familjens situation och därför kan ta reda på barnens behov och de vuxnas kapacitet i sitt föräldraskap. Aldrige och Beckers (2003) forskning visar dock att personal som arbetar med psykiskt sjuka vuxna ständigt ser förbi barnen och deras behov. En brist på kunskap om konsekvenserna för barn till psykiskt sjuka samt att många professionella hade förutfattade meningar om hur den psykiskt sjuke påverkades av sin sjukdom i föräldraskapet medförde att många blundade för barnen (Aldrige & Becker 2003).

Erfarenheter från Finland

Teija Korhonen, Anna-Maija Pietilä och Katri Vehviläinen-Julkun (2010) forskning om huruvida barn till psykiskt sjuka patienter var synliga eller osynliga för sjuksköterskor inom vuxenpsykiatri kan ge denna studie en inblick i vad som kan vara orsaker till att vårdpersonal som dessa sjuksköterskor ibland glömmer bort barnperspektivet. Den belyser även de faktorer som ligger till grund för när barnen väl uppmärksammas. Resultatet från studien i sin helhet visade att barnen ofta var osynliga inom vuxenpsykiatri. Studien kunde dock belysa att sjuksköterskor var positivt inställda till att stödja barn till patienter med psykiskt ohälsa, men att de inte alltid såg det vara sin uppgift att göra det.

Mer erfarna sjuksköterskor som arbetade inom vuxenpsykiatri och även de sjuksköterskor som arbetade inom öppenvårdspsykiatri, rapporterade i större utsträckning att information kring barn till patienter samlades in (Korhonen et al. 2010). Sjuksköterskor som gått en familjeutbildning och arbetade med familjecentrerad vård, kunde rapportera att

information kring deras patienters barn samlades in regelbundet. Flertalet av de sjuksköterskor som hördes under den finska studien kunde garantera att barn till deras patienter hade en trygg vuxen som tog hand om dem och att de därför kunde leva ett normalt liv medan föräldern var intagen hos psykiatri (Korhonen et al. 2010).

Sjuksköterskorna berättade att de aktivt arrangerade stöd och omsorg för barn, bland annat kontaktade de socialtjänsten om så behövdes. Dock kunde sjuksköterskorna berätta att de oftare såg till ett barns säkerhet om de träffade patientens barn månadsvis eller oftare. Studien kunde redovisa att sjuksköterskor med längre professionell erfarenhet i större utsträckning uppmärksammade barnen, vilket fick författarna till forskningsartikeln att se ett samband mellan påståendet att sjuksköterskor saknar kunskap att ge stöd till dessa barn och att sådan kunskap utvecklades genom professionella erfarenheter och livserfarenheter och därför inte var ett resultat av senare års sjuksköterskeutbildning i Finland. Författarna vill även påstå att erfarna sjuksköterskor var bättre rustade att möta dessa barn och synliggöra deras behov (Korhonen et al. 2010).

Implementering av ny lag inom svensk psykiatrisk vård

Nedanstående forskning kan öka förståelsen för och ge kunskaper kring implementering i psykiatrivården. En forskargrupp från Karolinska Institutet har genomfört en kvalitativ studie och programutvärdering vid två psykiatriska kliniker i Stockholm (Forsner et al. 2010). Syftet med studien var att undersöka upplevda möjligheter och hinder vid implementering av riktlinjer och klinisk efterlevnad av riktlinjer för depression inom den psykiatriska vården. Studiens frågeställningar var: Vilka är praktikernas tankar kring att implementera evidens i den psykiatriska kontexten? Vilka faktorer identifierar praktikerna som de viktigaste när det gäller att möjliggöra implementering av kliniska riktlinjer? Vilka faktorer identifierar praktiker som hinder vid implementering av ny kunskap och kliniska riktlinjer? Delaktiga i studien var sjukvårdspersonal, bland annat läkare, sjuksköterskor och kuratorer. Studien hade en grupp som deltog aktivt i interventionen och en annan fick endast riktlinjerna och fungerade som en kontrollgrupp (Forsner et al. 2010).

Resultatet av studien formade tre kategorier för att beskriva hinder eller möjligheter för lyckad implementering av kliniska riktlinjer för psykiatri; individuella, organisatoriska och ställningsfaktorer relaterade till uppfattningar kring riktlinjer och strategier. Kategorierna delades in i organisatoriska resurser, vårdpersonalens individuella kännetecken samt deras uppfattningar om riktlinjer och implementeringsstrategier (Forsner et al. 2010). Författarna

skriver att implementering och förändring av praxis är en komplicerad process som involverar individuella, grupper och organisationer. De ville med den kvalitativa studien få en fördjupad förståelse för hinder och möjligheter för att implementera kliniska riktlinjer inom psykiatri i en multidisciplinär grupp. De resultat som kunde skönjas var bland annat vikten av att ha en handledare under implementeringen, detta var något som endast den grupp som aktivt deltog i interventionen fick. I deras uttalanden kunde författarna skönja vikten av att ge praktikerna hjälp med att identifiera organisatoriska faktorer som kan hindra processer, i att uppnå en större känsla av ägarskap och empowerment (Forsner et al. 2010).

Hos den grupp som aktivt deltog i interventionerna fann författarna att revision och informationsinsamling ansågs som en viktig komponent vid stöd för lokal förändring. Implementering kräver förberedande av kontextuella frågor. Kunskap om lokala hinder vid användning av riktlinjer sågs som viktiga för planeringen av implementeringsstrategier. En hög grad av ägande i implementeringsprocessen ansågs även vara viktigt och har även i andra studier redovisats som en viktig faktor vid nyttjande av nya riktlinjer och forskning. Bristande resurser ansågs som ett hinder vid implementering i både grupperna. Det har rapporterats att förändring i praktiken inte kan förekomma utan ett organisatoriskt åtagande. Organisatoriskt ledarskap diskuterades i båda grupperna och författarna reflekterar kring huruvida detta kan vara nyckeln till att utvärdera behoven från organisationen, identifiera de resurser som krävs och utforma en strategisk plan för implementering (Forsner et al. 2010). En stödjande organisationskultur och närvaron av en aktiv ledare som kan guida implementeringen och de kliniska förändringarna ansågs som möjliggörare i studien. Ledare utan ledarskap ansågs som hinder. En intressant aspekt som framhölls i resultaten var närvaron av multidisciplinära grupper, att dessa grupper hade en positiv effekt på implementeringen. Även faktorer relaterade till lokal kontext som till exempel kultur och ledarskap, evaluering, feedback kring utförande och underlättande har betydelse för implementering av riktlinjer inom psykiatri (Forsner et al. 2010).

Teoretiska utgångspunkter

För att förstå den empiri jag fångat in utifrån studiens syfte och frågeställningar, följer här ett resonemang kring de teoretiska utgångspunkter jag har valt att analysera studiens empiri utifrån. De utgångspunkter jag har valt är begreppen *Jurisdiktion* och *Gräsrotsbyråkrat* samt *Makt*.

Jurisdiktion

I redogörelsen för begreppet Jurisdiktion har jag valt att använda mig utav Andrew Abbotts bok *The system of professions – An essay on the division of expert labor*. Stina S Wingfors bok *Socionomyrkets professionalisering* och Kerstin Svensson, Eva Johnsson och Leili Laanemets bok *Handlingsutrymme – Utmaningar i socialt arbete* bringar ytterligare förståelse för begreppet inom området Socialt arbete.

Jurisdiktion är ett begrepp som hänger ihop med begreppet Profession. Därför är det viktigt att även belysa detta begrepp innan man kan beskriva begreppet jurisdiktion. En profession är de yrken som baserar sin verksamhet på vetenskaplig forskning (Brante 2009). Huruvida det sociala arbetet är en profession eller ej är en fråga som både fått svaret ja och nej genom åren (Svensson et al. 2008). Nej-sägarna menar att socialt arbete i alltför hög grad styrs av utomliggande villkor, medan ja-sägarna menar att detta gäller för alla professioner. Tanken att det finns en helt oberoende profession är förlegad menar Svensson et al. (2008). Svensson et al. (2008) menar att det finns en övergripande förståelse för att socialt arbete har genomgått en professionalisering. Jag har i denna studie valt att se det sociala arbetet som en profession. När ett yrke professionaliseras finns det krav på att man ska ha en särskild kunskap och utbildning för att få utöva yrket, krav som kommer både från samhället och från yrkesutövarna själva (Svensson et al. 2008).

Med en för professionens specifika kunskapsbas vill professionen övertyga omgivningen om att man är ensam och främst om att kunna utföra vissa specialiserade uppgifter på arbetsmarknaden (Wingfors 2004; Abbott 1988). Denna avgränsade sfär av specifik kunskapsbas som en profession rör över väljer Abbott (1988) att benämna jurisdiktion. För att en profession ska kunna göra anspråk på jurisdiktion så krävs det att samhället ger sitt godkännande (Wingfors 2004; Abbott 1988). ”Det område, den domän, vilken professionen för anspråk på och har monopol över” (Svensson et al. 2008 sid. 86), är professionens jurisdiktion.

Andrew Abbott delar in begreppet jurisdiktion i olika grader och sex kategorier. *Full jurisdiktion* innebär att den profession som besitter denna jurisdiktion har ensamrätt och därmed makt och kontroll även ett särskilt yrkesområde, vilket gör den fulla jurisdiktionen till den högsta graden av jurisdiktion (Abbott 1988; Svensson et al. 2008; Wingfors 2004). Professioner som är tvugna att följa regler fastställda av professioner med full jurisdiktion har *underordnad jurisdiktion*. När fler professioner samarbetar med ett avgränsat kompetensområde innebär detta *delad jurisdiktion*. Professioner som låter andra yrkesgrupper

utöva arbete inom det särskilda område som den professionen innehar kontroll över, besitter *intellektuell jurisdiktion*. Den svagaste jurisdiktionen är när en profession försöker tolka och göra om handlingar från de professioner som har full jurisdiktion, detta heter *rådande jurisdiktion* (Abbott 1988). En sista form av jurisdiktion har enbart betydelse inom organisation och den specifika arbetsplatsen, till skillnad från de övriga, som gäller där krav på jurisdiktion ställs i offentliga och/eller juridiska arenor. Denna form av jurisdiktion uttrycker en uppdelning av klienter utifrån den status de tillskrivs av yrkesutövarna inom gruppen och det omgivande samhället (Wingfors 2004)

Har psykiatrikuratorn jurisdiktion? Skiljer den sig från socionomens generella jurisdiktion? Har möjligtvis lagen hjälpt kuratorer att hävda sin professions specifika kunskap kring barn som far illa samt hur vi kan förebygga att barnen inte själva utvecklar psykisk ohälsa? Eller belyser den brister som medför att socionomens expertis inte kommer till användning. I så fall, vad beror det på?

Vad är det sociala arbetets område? Svensson et al. (2008) belyser denna fråga. Som socionom kan man lyfta fram sociala problem, men området socialt arbete är inte primärt ett resultat av kunskaper framtagna av professionella socionomer. Området fanns långt innan både socialarbetare och utbildningen av dem startade. Idag finns det många aktörer som har åsikter kring vad som är socialt arbete, vad en socionom gör och vad som krävs för att bedriva socialt arbete. Det finns andra aktörer som gör anspråk och som behövs för att lösa sociala problem i samhället. Bland annat poliser, läkare, psykologer, lärare etc. (Svensson et al. 2008).

Vem av dessa har den fulla jurisdiktionen? Bör socionomen hävda att deras profession borde ha den? Eller bör vi se det sociala arbetet som ett område med delad jurisdiktion och se fördelarna med det?

I arbetet som socionom finns det tillfällen då man måste lämna över det sociala problemet till andra aktörer. Dessa aktörer kan vara läkare, sjuksköterskor, fritidspedagoger och lärare etc. (Svensson et al. 2008). Men oftast finns det socionomer inom den organisation som fått ta över det sociala problemet och här kan socionomen möjligtvis spela en unik roll som samordnare mellan myndigheter för att ge individen den bästa omsorgen eller lösningen till problemet. Kan detta peka på det sociala arbetet som en delad jurisdiktion?

Ett kännetecken för socialt arbete, är att det finns en betydande uppgiftsösäkerhet. Man vet inte riktigt vad som är ens uppgift och vad som är den bästa lösningen på det aktuella problemet. Socialt arbete är avhängigt av faktorer utanför det sociala arbetet, såsom politiska trender och värderingar. vilket medför att en lösning på problemen inte är för alltid fixerad

(Svensson et al. 2008). Svensson et al (2008) beskriver socialt arbete som extremt trendkänsligt, där metoder kommer och går, vilket innebär att nya metoder med värdefull kunskap och erfarenhet ibland glöms bort. Därför är socialt arbete ett öppet område, vilket märks genom att socionomer i sitt sökande efter den bästa metoden ofta importerar kunskaper och förhållningssätt från andra yrkesgrupper (Svensson et al. 2008) Ett faktum som innebär att socionomen har svårt att få full jurisdiktion över området socialt arbete. Men kan detta möjligen förändras i och med lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen?

Gräsrotsbyråkrat

I redogörelsen av begreppet gräsrotsbyråkrati har jag valt att utgå från Michael Lipskys bok *Street-level bureaucracy*. Kerstin Svensson, Eva Johnsson och Leili Laanemets bok *Handlingsutrymme – Utmaningar i socialt arbete*. Samt Stina S Wingfors bok *Socionomyrkets professionalisering*.

Kuratorn inom vuxenpsykiatrin står i direkt kontakt med den människa som ska ha hjälp. Eftersom hans/hennes arbetsuppgift är att tillgodose sin patients behov och göra det bästa för dem kan vuxenpsykiatrin ses som en människovårdande organisation. Att tillgodose och bedöma sina patienters behov kan vara för kuratorn både moraliskt och värdeladdat, samtidigt som han/hon ska upprätthålla organisationens intressen (Svensson et al. 2008).

Denna position kan beskrivas som en ”gräsrotsbyråkrat”. Ett begrepp som är en översättning av Micheal Libskys begrepp ”street level bureaucrats” (Svensson et al. 2008). Gräsrotsbyråkrater är: ”den offentliga byråkratins yttersta kapillärer, de byråkrater som svensken möter i alla slags offentliga situationer och de som längst ner i de offentliga hierarkierna skall verkställa det som politiker och högre myndigheter beslutat om” (Johansson 2007 sid.18).

Begreppet syftar till att definiera den position socionomen står i när denne/a möter en klient/patient som representant för en myndighet. Som representant för en organisation har socionomen ett uppdrag vilket formar den roll som han/hon har i mötet med klienten/patienten (Svensson et al. 2008). I sitt arbete har gräsrotsbyråkraten stor handlingsfrihet, både i mötet med klienter/patienter, i förhållande till sin organisation som till samhället. Samtidigt som de förväntas följa lagar och regler förväntas de även använda sitt eget omdöme i sitt arbete (Wingfors 2004). Det blir det hans/hennes uppgift att som gräsrotsbyråkrat, sammanbinda klientens/patientens behov och organisationens uppdrag och se till att båda parter känner sig nöjda med kontakten (Lipsky 2010; Svensson et al. 2008).

Till sin hjälp har socionomen organisationens resurser och specifika kunskap till stöd för detta arbete (Svensson et al. 2008). Handlingsutrymmet formas delvis av organisationen då det är organisationens uppdrag som avgör hur stort handlingsutrymme den enskilde socionomen får. Ett utrymme som påverkas av faktorer som rutiner, professionell tolkning och traditioner, men även av individuella faktorer hos socionomen och klienten/patienten och interaktionen dem emellan (Svensson et al. 2008). Vilka effekter har hälso- och sjukvårdslagen fått för kuratorns handlingsutrymme? Har effekterna påverkat relationen till patienten negativt och skapat mer byråkrati inom enheten?

Lipsky (2010) påtalar i sin bok *Street-level bureaucracy* att det är av stor vikt att som gräsrotsbyråkrat inte få sin klienten/patienten att känna sig byråkratiskt behandlad. Eftersom kontakten mellan gräsrotsbyråkraten och patienten/klienten är direkt och personlig samt att gräsrotsbyråkratsens bedömning och beslut har en direkt påverkan på individen, menar Lipsky (2010) att det är viktigt att kunna handskas med klientens/patientens reaktion på dessa beslut. Och att vara medveten och beredd på att relationen mellan gräsrotsbyråkraten och klienten/patienten kan förändras (Lipsky 2010).

Makt

Ett intentionellt maktbegrepp är enligt Franzén (2005) att se makt som en förmåga. Och att makten har en handlande aktör till exempel en person, en grupp eller en organisation som innehar makt när den aktivt gör något. Aktörens makt kan variera på grund av olika omständigheter. Enligt Franzén (2005) handlar detta maktbegrepp om att maktens handlande aktör har avsikter och mål: en ”vilja”. Makten är meningslös och utan riktning om denna vilja saknas och det intentionella maktbegreppet innebär en kombination av en vilja hos aktören och något som ger denna vilja styrka menar Franzén (2005).

Jag anser att Grete Marie Skau (2001) knyter an till det intentionella maktbegreppet och har därför valt att utgå från Skaus (2001) bok *Mellan makt och hjälp*. Skaus redogörelse för maktaspekten mellan klient/patient och ”hjälparen” utgår till viss del från Max Webers klassiska definition av makt och har ökat min förståelse för maktaspekten i studiens empiriska material. Efter genomgång av studiens empiri, stod det klart att maktperspektivet behövdes för att komplettera och knyta samman begreppen Jurisdiktion och Gräsrotsbyråkrati, de teoretiska perspektiv som jag från början hade valt att analysera studiens resultat utifrån. Makt finns närvarande både inom jurisdiktion och hos en gräsrotsbyråkrat, vilket gör att det föll sig naturligt att komplettera med maktperspektivet i föreliggande studie.

Enligt Skau (2001) finns en maktaspekt i alla former av interaktion mellan klient och hjälpare. I begrepp som ”hjälpapparat” och ”professionell hjälpare” så gömmer sig aspekter av makt, vilket gör att det inte framgår hur makten ter sig i relationen mellan klienten och hjälparen. Maktaspekten är en ouplöslig del av den professionellas yrkesutövning, även om de kan uppträda i varierande grad och form. Begreppet ”makt” är ofta negativt laddat i dagligt tal menar Skau (2001). ”Maktmissbruk”, ”maktkamp” och ”maktbegär” är negativa associationer som gör att många människor inte vill vara ett föremål för andras maktutövning eller själv definieras som en person med makt. Speciellt inom en hjälpapparat som psykiatri kan det sistnämnda kännas extra känsligt eftersom maktaspekten ibland kan vara dold..

Skau (2001) anser att makt i sig inte behöver vara av ondo. De negativa associationerna är egentligen uttryck för en bestämd typ av maktanvändning och maktfördelning och inte för makten i sig. Skau hänvisar till Nina Monson som uttrycker det som så ”att bruka makt är lika bra som dåligt. Att maktutövning ofta leder till förödande resultat kan hänga samman med att utövarna av makten är omedvetna och oprofessionella.” (Skau 2001, sid. 36).

Skau (2001) utgår från Max Webers klassiska definition av makt, när det gäller maktbegreppets användning, som möjligheten att få igenom sin vilja i en social relation, också i händelse av motstånd, oavsett vad denna möjlighet beror på. Enligt Webers definition är begreppet makt i sig värdeneutralt. Makt behöver inte utövas för att existera, den finns i själva möjligheten att driva igenom ”sin vilja”, vilket är viktigt att uppmärksamma när vi letar efter maktaspekten i förhållandet mellan klient och profession hjälpare. Med ”sin vilja” menar bland annat Skau (2001) hur hjälparens och klientens vilja sammanfaller, till exempel att båda är måna om patientens barn och vill barnet väl eller att patienten ska bli frisk. Men ibland kan det uppstå öppna och dolda konflikter, när de både parterna kan ha olika uppfattningar om hur man ska gå tillväga för att nå målet, hjälparen kan blanda in egna yrkesintressen som inte överensstämmer med klientens, till exempel att barn till patienter bör involveras mer i patientens vård för att få information och stöd eller vad som i grunden är klientens bästa. I konflikter som dessa har klienten och hjälparen olika möjligheter att driva igenom sin vilja. Hjälparens makt vilar på juridisk, kulturell och ideologisk grund. Hjälparen har värden och normer till sitt förfogande för att avgöra vad som ska anses vara ett godkänt uppförande och leverne. Men också tillgång till skrivna och oskrivna regler om vad som ska eller bör göras när någon bryter mot dessa normer (Skau 2001).

Klienterna har visserligen lagstadgade rättigheter och därmed också en viss makt, men det är dock en ojämlig maktbalans, till klientens nackdel. Obalansen förstärks när klienter inte känner till sina juridiska rättigheter eller har fysisk eller psykisk kraft att kräva de. Det är

nästan oundvikligt att komma ifrån det beroende som uppstår när en individ blir klient eller patient. Ett beroende av en professionell hjälpare för att få bästa möjliga hjälp, vilket gör att man hamnar i underläge som främjar medgörlighet och anpassning, snarare än kritik och kamp (Skau 2001).

Skau (2001) menar att makt i sig varken är etiskt eller oetiskt, men det är förenat med etik, med etiska avgöranden och dilemman. Makt kan fördelas och utövas på ett etiskt försvarbart eller på ett etiskt oförsvarligt sätt. Det krävs att man använder moraliska principer för att handskas med sådana etiska dilemman som kan uppstå. Det handlar om att ta ansvar för att utöva försvarbar eller oförsvarlig maktutövning på en klient eller patient.

Enligt Skau (2001) finns det två olika nivåer mellan hjälprelationen; systemnivå och personnivå. Detta hänger samman med hur handlingsutrymme skapas. Enligt Skau omfattar systemnivå hjälpapparaten som helhet, organisationen i sin helhet, dess normer och regler, maktmedel, resurser, ramverk, roller och strategier. Systemnivå bilda ramen för det som sker på personnivå i mötet mellan hjälparen och klienten. Ramen kan vara vid eller snäv, och mer eller mindre flexibel. Olika system skiljer sig från varandra i fråga om vilken grad av frihet hjälparen får. Det fria, öppna systemet som i hög grad överlåter på den enskilde yrkesutövaren att själv utforma sin profession, kan om han eller hon är kompetent i sin yrkesroll och etiskt medveten, öppna upp för goda resultat för klienten. Ett system med svag kontroll och stor frihet för de anställda kan också få negativa följder för klienterna om yrkesutövaren har låg kunskapsnivå, kombinerat med stor maktthunger. En annan ytterlighet är det slutna, strängt reglerade och kontrollerade systemet som ger sina yrkesutövare litet manöverutrymme för egna beslut (Skau 2001).

Handlingsutrymme varierar också inom ett och samma system beroende av ställning i hierarkin. Vissa personalkategorier har alltid större spelrum än andra. Men oavsett hur strikt eller öppet ett system är finns det alltid ett visst utrymme för individuell rolltolkning från hjälparens sida, vilket betyder att den enskilde hjälparen har ett personligt ansvar för hur han eller hon väljer att utöva sin roll. Personnivå innehåller hjälparens yrkeskompetens, attityder och värderingar, inlevelseförmåga, mänsklig värme och generositet. Alltså den samlade mänskliga och kunskapsmässiga potential som den enskilde hjälparen investerar i interaktionen mellan sin klient och sig. Detta varierar i hög grad från person till person och även över tid (Skau 2001).

Begreppet ”hjälp” behöver också i sammanhanget reflekteras över. Återigen utgår jag ifrån Grete Marie Skau bok *Mellan makt och hjälp*. Skau (2001) menar att det är svårt att vetenskapligt definiera begreppet, samtidigt som det används flitigt i professionella

sammanhang. Det är ett mångtydigt begrepp som ibland används för att skyla över och legitimera övergrepp, ”Det är för ditt eget bästa” och ”du måste förstå att det bara gjordes för att hjälpa dig”. Vad som anses som hjälp respektive skada beror alltid på vem som definierar, den som blir hjälpt, hjälparen eller någon utomstående. En och samma handling kan definieras olika. En definition som Skau (2001) anser är något för snäv är definitionen att om en handling ska vara till hjälp så bygger den på en klar och uttrycklig överenskommelse mellan hjälparen och den som blir hjälpt. Om detta inte föreligger handlar det istället om olika nyttiga eller skadliga åtgärder. Skau menar dock att definitionen blir både snäv samt att den utesluter en viktig dimension, handlingens effekt på mottagarens livsituation. Om den dimensionen tas med kan det väga över åt ena eller andra hållet. Vissa önskade insatser från mottagarens sida kan ha skadlig verkan samt att potentiella hjälpmottagare som inte kan formulera önskemål om hjälp de själva kan därmed inte få stödjande insatser och hjälp.

Metod

Nedan följer en redogörelse för hur jag har gått tillväga under studiens undersökning, hur jag har gjort mitt urval och min intervjumetod. Jag redovisar för den analysmetod jag använt och tar även upp metodmedvetenhet, validitet, reliabilitet och generaliserbarhet samt etiska överväganden.

Semistrukturerade intervjuer

Jag valde att använda mig utav semistrukturerade intervjuer istället för strukturerade, för att ge mig som intervjuare möjlighet att skapa en intervjusituation som kunde fördjupa, förtydliga och utveckla de ursprungliga frågorna. Jag som forskare kunde genom den kvalitativa intervjun via semistrukturerade frågor nå kunskap om respondenternas värld (Kvale & Brinkman 2009). Genom att intervju människor kring deras syn och hur de beskrev sina upplevelser och erfarenheter var användandet av intervjuer särskilt lämpligt. Även för att utveckla deras eget perspektiv på sin livsvärld (Kvale & Brinkman 2009). Genom den tematiskt uppbyggda intervjuguiden tilläts jag som intervjuare att fördjupa och diskutera de frågor som ställdes till respondenterna (May 2001). Semistrukturerade intervjuer gjorde det även möjligt för respondenterna att besvara frågorna utifrån egna termer.

Urval och avgränsningar

Studiens respondenter var sju kuratorer inom psykiatri region Skåne och de kommer från fem olika öppenvårdsmottagningar fördelade över tre städer, en storstadsregion och två mindre städer. Kuratorerna arbetade alla inom offentlig öppenvård, en avgränsning som inte gör det möjligt att åskådliggöra likheter eller skillnader med privat öppenvård psykiatri – en jämförelse som i sig kan vara värd att belysa, men som inte tillhör studiens syfte och därför är irrelevant i sammanhanget. Lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen riktar sig till all sjukvårdspersonal, men valet att avgränsa studien till kuratorer var för att knyta an till socionomens roll inom psykiatri.

Urvalet av intervjupersoner har varit inledningsvis strategiskt då jag som forskare valde kuratorer inom öppenvårdsmottagningar i psykiatri region Skåne som respondenter, för att tillgodose studiens syfte. Urval kring vilka kuratorer som blivit respondenter inom varje öppenvårdsenhet uppkom dock genom en snöbollseffekt. Jag valde från början att maila och ringa runt till verksamhets- och enhetschefer, men utan större resultat. En enhetschef svarade och mailade vidare min förfrågan samt ett presentationsbrev (se bilaga 2) till en kurator inom sin enhet som sedan blev min kontaktperson. Kuratorn var mig behjälplig att komma i kontakt med ytterligare kuratorer inom regionen, vilket gav en snöbollseffekt, då jag fick kontakt med fler kuratorer som valde att delta i studien, vilka sedan hjälpte mig att komma i kontakt med ytterligare kuratorer osv. (Jacobsson & Meeuwisse 2008). Jag har valt att anonymisera personerna och inte heller ange kön, för att ytterligare öka anonymiteten. Kan nämnas att sex respondenter var kvinnor och en var man.

Tillvägagångssätt

De semistrukturerade intervjuerna utgick ifrån en intervjuguide (se bilaga 1) med 16 frågor som grund. Intervjuerna fördes som ett samtal med följdfrågor till de fasta frågorna, när så krävdes för att fördjupa respondenternas svar och resonemang. Intervjuerna ägde rum på fem psykiatriska öppenvårdsmottagningar utspridda över en storstadsregion och två mindre städer. Samtliga intervjuer gjordes under oktober och november, år 2012. Intervjuerna spelades in med diktafon och transkriberades under två veckor i november, år 2012. Jag valde att under transkriberingen utesluta sådant som inte var relevant för studiens syfte, ljud som ”hm” och andra uppehåll finns inte med i transkriberingen. Intervjuerna tog mellan 30-60 minuter per person och gjordes i ett avskilt rum, som till exempel intervjupersonens arbetsrum.

Från den hermeneutiska texttolkningen har jag valt att göra studiens empiri hanterbar. Men inspiration från *grundad teori*, gjordes en grundlig kodning av materialet, utifrån de resonemang som intervjupersonen redogjorde för (Kvale & Brinkman 2009). Inom *grundad teori* behöver man inte, som i innehållsanalys, kvantifiera koderna utan man gör en kvalitativ analys av relationen till andra koder och till kontexten. Sedan utvecklades kategorier som fångade respondenternas erfarenheter och handlingar. Jag har använt mig utav *meningskoncentrering*, där jag kortat ner intervjupersonernas uttalanden mer koncentrerat. Jag har använt mig av *meningskategorisering*, där jag delat in intervjuerna i olika kategorier utifrån mina intervjufrågor som influerats av studiens frågeställningar (Kvale & Brinkman 2009). Sedan har jag valt att presentera resultatet genom att dela in kategorierna under olika teman, där jag sedan presenterat citat från intervjuerna. De teman som analysen utgått ifrån är Barnperspektivet, Handlingsutrymme och rutiner, Lagar samt Samverkan.

Tillvägagångssättet, de semistrukturerade intervjuerna med frågeställningar utifrån teman, har varit positiva för att fånga respondenternas resonemang kring betydelsen av ett barnperspektiv i deras kliniska arbete. Brister finns i intervjuguiden. Även om frågorna har sitt ursprung i studiens frågeställningar har vissa frågor inte fångat in det jag trodde att jag skulle få svar på. Däremot har frågorna lett till andra intressanta utsagor från respondenterna som är väsentliga för studiens syfte. Intervjusvaren som helhet gav ett annat djup än jag från början ansåg mig kunna nå. Att jag använde en kvalitativ metod och semistrukturerade intervjuer anser jag är en förtjänst för studien, då en kvantitativ metod som till exempel en enkätstudie inte hade kunnat nå samma djup.

En kritik mot studiens intervjuer är att ämnet *kan* ge upphov till prestigebias. Att svara på vissa frågor på ett sanningsenligt sätt kan ibland kännas instinktivt fel, vilket kan leda till att respondenterna väljer att svara på ett visst sätt för att inte förringa sin profession. Den rådande normen att en socionom bör vara en omtänksam person som bryr sig om andra och därför bör uppmärksamma barnet som den utsatta i relationen till patienten, gör att det känns fel att svara negativt gentemot normer och värderingar om ens profession trots att man kanske känner att ett annat svar passar bättre in på verkligheten och en själv (Bryman 2008). Detta är såklart svårt att utröna, men jag har försökt förhålla mig till detta genom att lyssna kritisk till respondenternas utsagor i förhållande till övriga svar under intervjun. Genom att försöka matcha intervjusvar från olika frågor med liknande fokus försöka hitta mönster i det som respondenterna säger. Detta innebär inte att jag utgår ifrån att respondenterna inte svarar sanningsenligt utan att jag förhåller mig till den kritik som Bryman (2008) kallar prestigebias.

Metodmedvetenhet, validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Eftersom jag som ”forskare” var nybörjare inom intervjuforskning kände jag mig ytterst ödmjuk inför dem som verkligen kan detta hantverk, men jag har gjort ett försök. Kritik mot kvalitativa studier i allmänhet är att kunskapen är begränsad till just det studerade fallet och inte kan ge ett generaliserbart resultat. Kritiken kan dock bemötas, genom ett förhållningssätt att betrakta generaliserbarheten som underordnad. Istället kan man framhålla egenvärdet i att studera unika fall (Jacobsson & Meeuwisse 2008). Möjligheten att generalisera i kvalitativ forskning är begränsad, eftersom resultaten aldrig kan visa exakt samma förhållanden om studien skulle repeteras (Jacobsson & Meeuwisse 2008). Jag hävdar ändå att det som har studerats har ett egenvärde, värt att belysa, oavsett generaliserbarhet. Och jag har även fått detta bekräftat av mina intervjupersoner som sett värdet i det jag valt att studera och användbarheten av det inom praktiken.

Eftersom studien haft ett slumpartat urval av respondenter kan det möjligen vara så att respondenterna i föreliggande studie har valt att delta på grund av sitt engagemang för barnperspektivet, vilket kan innebära att studiens resultat ger ett snävt resultat som inte är representativt för andra kuratorer inom vuxenpsykiatrisk öppenvård som inte har samma engagemang för barnperspektivet. Studiens resultat är därmed inte generaliserbart. Men att använda kvalitativ metod och forskning, som kan vara svår att generalisera, anser jag ändå är en förtjänst för studien eftersom en kvalitativ metod och semistrukturerade intervjuer kan fånga ett annat djup i respondenternas svar än vad en kvantitativ metod, som till exempel en enkätsstudie kan ge.

Kritik gentemot hermeneutisk forskning om hur vi kan veta att forskare tolkar människors handlande och yttranden rätt, och hur vi kan kontrollera detta, är ytterst relevanta frågor att diskutera som reliabilitetsproblem. En forskare kan tolka på ett annat sätt än en annan gör och detta är ett problem inom den kvalitativa metoden, just tillförlitligheten gentemot forskningsresultatet. Här kan jag som forskare inte veta säkert att jag har tolkat rätt, men jag har valt att förlita mig till att studiens validitet istället är hög. Att studien undersöker det som avses undersökas genom att utarbeta studiens intervjuguide utifrån studiens frågeställningar och syfte. (Jacobsson & Meeuwisse 2008).

Etiska överväganden

Det uppstår etiska problem i intervjuforskning, framför allt på grund av svårigheten att ”forska om privata liv och presentera redogörelserna på den offentliga arenan” (Kvale &

Brinkman 2009, sid. 78). Eftersom jag undersöker hur kuratorer resonerar kring sitt hänsynstagande av ett barnperspektiv och vad det innebär för deras kliniska arbete, menar jag att detta inte överskrids då kuratorerna inte ses som privatpersoner vid tidpunkten för intervjuerna, utan som professionella medarbetare inom en verksamhet. Jag har utgått från erkända forskningsetiska principer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning, *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet* (Daneback & Månsson 2008; Kvale & Brinkman 2009). Intervjupersonerna blev informerade om studiens syfte, de gav sitt samtycke att de deltog frivilligt och var medvetna om att de kunde avbryta studien när som helst. Alla deltagare är anonyma, då jag inte nämner några namn. Deras profession har inte ändrats då en del av syftet med uppsatsen var att intervjua kuratorer. Eftersom studien syftar till att studera kuratorernas resonemang kring sitt kliniska arbete och inte privata, personliga upplevelser, och där resultatet kan medföra en positiv utveckling i arbetet, väger detta upp eventuella negativa konsekvenser för den enskilde intervjupersonen (Daneback & Månsson 2008; Kvale & Brinkman 2009)

Jag var medveten om mina egna föreställningar och den egna positionen innan jag startade studien och var därmed uppmärksam på att inte vara alltför styrande under min metodundersökning. Mina personliga preferenser har styrt valet av såväl ämne som metod och teoretiska begrepp, men jag har försökt att förhålla mig så objektiv som möjligt i analysen av materialet.

Förförståelse

Min egen förförståelse var att barn till psykiskt sjuka föräldrar ibland glöms bort av vårdpersonal som behandlar och ger omsorg till föräldern. Min ambition för arbetet var inte att belysa om de glöms bort eller inte utan fokus för studien har varit kuratorns hänsynstagande av ett barnperspektiv i sitt kliniska arbete. Eftersom jag själv är socionom kan detta tänkas påverka på vilket sätt jag tolkar och analyserar studiens resultat. På samma sätt som jag noterat respondenternas prestigebias har även jag ställt mig frågan, om jag valt att belysa aspekter i kuratorernas utsagor för att belysa behovet av min egen profession inom vuxenpsykiatri. Jag har inte haft en ambition eller anledning att förhöja den egna professionen utan fokus har varit att belysa empirin neutralt utifrån adekvat teoribildning. Ursprunget till forskningsfrågan kommer av nyfikenhet, om lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen har påverkat kuratorns hänsyn av ett barnperspektiv i sitt kliniska arbete och urskilja på vilket sätt.

Studiens empiri belyser även kuratorns roll inom vuxenpsykiatri på grund av barnperspektivet och detta har analyserats genom utvalda teoretiska begrepp. De utvalda begreppen var till en början Jurisdiktion och Gräsrotsbyråkrat, men under analysens gång krävdes det ett tredje teoretiskt begrepp för att knyta samman gräsrotsbyråkrati och jurisdiktion. Maktbegreppet blev ett naturligt tillval då både gräsrotsbyråkrat och jurisdiktion är begrepp som innehåller aspekter av makt på olika sätt. Begreppet jurisdiktion om ägande och makt över kunskapsområden och begreppet gräsrotsbyråkat, där makten finns i dennes handlingsutrymme i relationen till patienten.

Presentation av kuratorernas bakgrund

Kurator 1: Är 38 år, har arbetat som socionom och kurator i 13 år. Vid tidpunkten för intervjun arbetade kurator 1 inom allmänpsykiatri, men har tidigare arbetat som kurator inom psykoteam, geriatrisk psykoteam, mångkulturellt team och inom primärvården. Vidareutbildning i STEG-1 i familjeterapi samt utbildningskompetens i Beardslee familjeintervention.

Kurator 2: Är 57 år, har arbetat som socionom och kurator sedan år 2001. Arbetade tidigare som skötare inom psykiatri. Vidareutbildning i STEG-1 i kognitiv psykoterapi och pågående utbildning vid tidpunkten för intervjun i STEG-2 psykoterapiutbildning med inriktning till familjeterapeut. Arbetade vid tidpunkten på allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Kurator 3: Är 61 år, har arbetat som socionom sedan år 1975 och inom sjukvården som kurator i sju år. Utbildning i Organisations- och ledarpsykologi 30hp. Flera års utbildning 1dag/månad i transaktionsanalys. Arbetade vid tidpunkten för intervjun inom allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Kurator 4: Är 49 år, har arbetat som socionom i 16 år och inom sjukvården som kurator i 12 år. Är leg. psykoterapeut och har en magister i socialt arbete. Arbetade vid tidpunkten för intervjun inom allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning.

Kurator 5: Är 52 år, har arbetat som socionom sedan år 1998 och som kurator inom psykiatri i sex år. Vidareutbildning i psykodynamisk psykoterapi STEG-1. Studerade vid tidpunkten för intervjun en treårig vidareutbildning i psykodynamisk psykoterapi i ISTDP: Intensive Short-

term Dynamic Psychotherapy. Arbetade under intervjun på en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning

Kurator 6: Är 54 år, har arbetat som socionom sedan 1989 och 19 år som kurator. Vidareutbildning i STEG-1 och STEG-2, den senare i systemteoretisk inriktning. Arbetade vid tidpunkten för intervjun inom allmänpsykiatri.

Kurator 7: Är 51 år, har arbetat som kurator sedan 2001. Arbetade vid tidpunkten för intervjun inom öppenvård psykiatri område psykos. Vidareutbildning i STEG-1, STEG-2 leg. Psykoterapeut, familjeinriktning. Konsult och handledare inom vården.

Resultat och analys

Intervjupersonernas berättelser har varit fria och obetydligt styrda av mig som intervjuare vilket har lett till att deras resonemang tangerar olika teman under en och samma utsaga. De olika temana går således in i varandra och att göra en exakt uppdelning har inte varit möjlig. Sammanställningen av empirin har fördelats under följande teman; Barnperspektiv, Handlingsutrymme & Rutiner, Lagar och Samverkan.

Barnperspektiv

Begreppet Barnperspektiv

Enligt respondenterna i studien är barnperspektivet ett centralt begrepp i deras kliniska arbete inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. De talar om barnets position som anhörig och vikten av att inkludera barnen i förälderns vård. Kurator 1 och 4 betonar bland annat följande:

... även se barn som anhöriga till våra patienter, sen har vi inte barn i behandling här, men att tänka på patienternas barn som en naturlig del av deras familj och deras anhöriga. (Kurator 1)

... barnen vet, barnen ska höra någon förstå vad de lever med ... att det är någon som ser dom och hör dom. Med den som hjälper mamma eller pappa och att dom avlastar. (Kurator 4)

Att uppmärksamma och erbjuda barn stöd, hjälp och information är komponenter i det förebyggande arbetet för barn till psykiskt sjuka, som har en sårbarhet att själva utveckla

psykisk ohälsa (Killén 1999;2009). Kurator 7 säger något som är av stor vikt för dessa barn att ge dem ”möjligheterna att ställa frågor till någon som förstår... och då får dom ett språk”. Detta har sedan länge betonats genom forskningsresultat som slår fast att det är av stor vikt att synliggöra och beakta barnens behov för att förhindra konsekvenser för deras framtida emotionella hälsa (Killén 1999;2009). Det finns dock studier som menar att vårdpersonal många gånger missar barn som anhöriga när omsorgen är riktad till den vuxna individen (Aldridge & Beckers 2003; Korhonen et al. 2010). Respondenterna i föreliggande studie redovisar dock hur barnperspektivet sedan länge har varit och är ett centralt begrepp för dem. Kurator 7 säger bland annat att:

... jag tänker alltid på barnet, barnet har alltid funnit med, om dom inte funnits med i mina meningar, mina formuleringar, dom har funnits med i mina tankar och sättet hur jag formulerar frågor eller vad jag syftar på ...
(Kurator 7)

Det finns en aspekt av makt i att se barnperspektivet och företräda det i kontakten med patienten. Ett exempel av detta återfinns i det kurator 7 säger i ovannämnda citat, att barn till patienterna alltid finns med under samtalet med patienten – oavsett om det initieras från patienten att inkludera barnet i samtalet eller inte. Genom att företräda barnperspektivet och fokusera på barnet i arbetet med patienten blir det en makthandling av respondenterna. Där makten existerar i möjligheten att driva igenom ”sin vilja” (Skau 2001). ”Sin vilja” kan till exempel vara att fokusera på barnet i samtal med patienten, oberoende om patienten väljer att inkludera barnet eller inte. Respondenterna utgår från hälso- och sjukvårdslagen som säger att sjukvårdspersonal skall erbjuda barn till patienter råd, information och stöd (SFS 1982:762 § 2f) och därmed besitter respondenterna makt när de inkluderar barnen även om föräldrarna inte vill göra det.

Respondenterna ser barnperspektivet utifrån sin arbetsplats, vuxenpsykiatrisk öppenvård. Begreppet kan inrymma barnets eget perspektiv på sig själv som individ, men även de professionellas tolkningar av barnets bästa, barnets rättigheter och behov samt när barnet ska få komma till tals. En infallsvinkel som kurator 4 resonerade kring var att det inte är något problem att ha ett barnperspektiv, men att själva begreppet i sig är ett problem. Kurator 4 säger följande:

... första gången jag hörde detta ordet barnperspektiv så tänkte jag vad är det för idioter som hittar på ett sådant ord. För, för mig blev det snarare liksom att jag förstod det så här väldigt ordagrant, att det var barnets perspektiv ...

för mig är det inget problem, jag bara tänkte att är det sådana begrepp vi ska använda. (Kurator 4)

Att använda begreppet barnperspektiv fordrar kunskap för att tolka begreppet utifrån dess rätta kontext. Respondenterna hänvisar till barnet som barn till psykiskt sjuka föräldrar och har utifrån den synvinkeln ett barnperspektiv. Perspektivet vilar på kunskapen kring dessa barn, deras sårbarhet och att de befinner sig i riskzonen att själva utveckla psykisk ohälsa. Respondenterna menar att sådan kunskap förankrades under socionomutbildningen, vilket enligt respondenterna, gör att kuratorerna är den profession som företräder perspektivet bäst inom vuxenpsykiatrin. Att hävda detta kan vara vad Abbott (1988) kallar för Jurisdiktion, när en profession med specifik kunskapsbas vill övertyga omgivningen om att man är bäst lämpad att kunna utföra vissa specifika uppgifter på arbetsmarknaden. Dock kräver detta att samhället godkänner att professionen äger sitt specifika kunskapsområde (Abbott 1988; Wingfors 2004). Så är inte fallet inom psykiatrin idag anser jag, utan ansvaret för att beakta barnperspektivet faller på alla yrkesgrupper i och med lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), vilket gör att kuratorerna inte kan hävda jurisdiktion för barnperspektivet idag. Sedan kan det diskuteras om barnperspektivet bör vara ett ansvar som alla delar på eller om det bör företrädas av kuratorerna ensamma. Detta är en diskussion som återkommer under studiens avslutande diskussion. Enligt respondenter är barnperspektivet levande för dem på grund av deras utbildning till socionom och de uttrycker att det därmed är kuratorerna som företräder barnperspektivet mest tydligt inom psykiatrin. Kurator 4 och kurator 5 belyser ett återkommande tema under flera av studiens intervjuer:

... jag skulle säga att för mig har det aldrig varit ett konstigt fenomen, man har ett barnperspektiv och nu har du valt att intervjua socionomer och vi är ju dom som företräder det mest tydligt inom psykiatrin. (Kurator 4)

... det är rätt lätt hänt egentligen att människor som arbetar och bara träffar dom vuxna, träffar föräldrarna som patienter glömmer barnperspektivet, glömmer barnen av olika anledningar och då är det viktigt att vi har den rollen att vi för in det ... (Kurator 5)

Aldridge och Beckers (2003) tar upp vikten av kunskap för att uppmärksamma barn inom vården. Brist på kunskap ses bland annat som ett hinder för att bedöma psykiskt sjuka föräldrars kapacitet i föräldraskapet och att man missar konsekvenserna av sjukdomen för barnen. Att inneha kunskap innebär också makt, makt att tolka och makt att besluta vad som är den lämpligaste åtgärden att vidta utifrån den kontext man befinner sig i. Respondenterna uttrycker att de har en specifik kunskapsbas som ger dem rätt att företräda barnperspektivet

inom vuxenpsykiatri. Detta kan tolkas som att respondenterna försöker övertyga omgivningen om professionens rätt till jurisdiktion över barnperspektivet, inom området vuxenpsykiatri (Abbott 1988). Som jag nämnde ovan kring jurisdiktion, är det svårt för kuratorer att idag yrka att barnperspektivet är deras kunskapsområde, eftersom samhället måste ge sitt godkännande. I och med att lagändringen i HSL ger ansvaret till all vårdpersonal kan inte kuratorerna äga frågan. Men respondenterna har möjlighet att finna en nyckelposition inom vuxenpsykiatri, ett område som på många sätt tillhör den medicinska skolan.

Genom sin yrkeskompetens, att vara kurator, och genom att utbilda sig inom psykoterapi närmar de sig likvärdig kompetens som andra professioner har vid behandling av psykisk sjukdom. Detta kan möjligen ge dem rätt att tolka och modifiera handlingar utförda av professioner som läkare och psykologer, som har vad Abbott (1988) kallar rådande jurisdiktion. Den medicinska skolan och dess professioner med läkare högst upp i hierarkin kan uppfattas ha den fulla jurisdiktionen över psykiatri som ämnesområde, med viss delad jurisdiktion med psykologer och psykoterapeuter som innehar sakkunnighet kring människans psyke och behandling av psykiska sjukdomar. Men eftersom studiens respondenter är vidareutbildade inom psykioterapi kan läkare och psykoterapeuter inom respondenternas arbetsplatser idag endast ha intellektuell jurisdiktion. Läkarna och psykoterapeuterna besitter kontroll över ett visst fält, men låter andra professioner i detta fall kuratorerna, bedriva yrkesmässig verksamhet inom området (Abbott 1988; Wingfors 2004).

Konflikt mellan barn- och patientperspektivet

Respondenterna resonerade kring hur de tänker och gör i praktiken när det gäller barnperspektivet, sett utifrån sin arbetsplats. Att det handlar om att ta sig tid från arbetet med den vuxna patienten och uppmärksamma om han/hon har barn eller inte. Kurator 2 och kurator 3 betonar följande:

... tolkas ju utifrån min arbetsplats att man lägger ner tid, för att man måste uppmärksamma barnen till dom vi träffa, alltså människor som söker psykiatrisk vård... (Kurator 2)

... att vi alltid ska tänka efter först när jag träffar mina vuxna patienter, om hur har barnen det i den här familjen och behöver de något ytterligare stöd än det som dom får hemma, vilket stöd pågår. --- vad kan vi inom psykiatri göra för att hjälpa till och ofta i praktiken så frågar vi, hur är det med Filip och hur uppfattar Filip det och vad tänker han om det. (Kurator 3)

Att ta sig tid till att fokusera på barnperspektivet kan innebära en maktkonflikt i arbetet med patienten. Det blir en makthandling att inkludera barnet i omsorgen av den vuxna patienten när respondenterna tar barnet i beaktning utan att föräldern gör det. När respondenterna väljer att beakta barnets bästa utifrån sin egen tolkning, tar de över en del av makten som patienterna besitter som förälder till barnet. När det uppstår en konflikt där patienten inte vill inkludera barnet har respondenterna lagar på sin sida som gör att deras ”vilja” att inkludera barnet kan väga tyngre under samtal med patienten (Skau 2001). Lagar som ändringen i HSL och anmälningsskyldigheten i SoL kan väga tyngre än patientens lagstadgade rättigheter i till exempel Sekretesslagen, om respondenterna misstänker att barn riskerar att fara illa eller far illa.

När tid tas för att fokusera på barnperspektivet i samtal med den vuxna patienten försvinner tid från annat som till exempel patientens ”egna” behov. I den handlingen, att ta sig tid till något, finns möjligheten till handlingsutrymme. Handlingsutrymme är en förutsättning i arbetet för en gräsrotsbyråkrat (Svensson et al. 2008). Som kurator och gräsrotsbyråkrat kan du ta dig tid till att handla utanför vuxenpsykiatriens övergripande ansvar, att ge omsorg till den vuxna patienten, och istället öppna upp för ett barnperspektiv. Kuratorn formar sitt eget handlingsutrymme utifrån sin professionella tolkning av vad som är barnets bästa och utifrån organisationens ramar och lagar som till exempel lagändringen i HSL (Svensson et al. 2008).

Att arbeta utifrån barnets bästa kan innebära en konflikt mellan barnperspektivet och patientperspektivet som jag nämnde innan, men några respondenter uttrycker att perspektiven är förenliga med varandra när patienterna vill sina barn väl.

... det är förenligt. Jag tänker nog inte på det så mycket som två olika perspektiv, men i dom möten jag har med patienter, så är dom ju inte bara patienter, om dom är föräldrar så är dom ju föräldrar också och oftast väldigt måna om sina barn och hur det har påverkat dom att man har drabbats av psykisk ohälsa. (Kurator 1)

På ett sätt är det ju det för att nästan alla föräldrar vill sina barn väl, även om många missar som till exempel våra patienters föräldrar har ofta missat, ordentligt. Det finns ju faktiskt onda föräldrar också, men utifrån detta att dom vill sina barn väl, så är det väldigt förenligt... (Kurator 3)

Det kan dock uppstå konflikter mellan barn- och patientperspektivet och rollkonflikter mellan kollegor i arbetet att ge omsorg till den vuxna individen, och att förhålla sig till ansvaret att ha ett barnperspektiv i arbetet med den vuxna. De betonar följande:

... Om jag då ska utgå från att vi har ett vuxenperspektiv här inom vuxenpsykiatrin, vad som skiljer dom är ju det att patienten här blir ju på ett sätt, symboliskt sätt i alla fall ett barn och barn har ju inga barn. Så per automatik blir dom ju osynliga ... (Kurator 4)

Jo det är förenligt... jag kan förstå att det blir konflikter och även rollkonflikter... och jag kan känna att jag själv att jag kan bli lite hård för att jag kan känna att det krävs av oss. Och jag kan bli lite sur när man låter bli och ser vilket ansvar och vad som vilar i sin profession... Detta är ju faktiskt delvis ibland och kan bli en väldigt infekterad fråga, som när man sitter uppe i behandlingskonferenser och liknande att det då ibland kan bli bråk eller kamp... jag har varit med många gånger där det blir, någon vårdgivare som inte vill gå in och ta tag i det här, för att dom har en pågående terapi... (Kurator 4)

Tidigare forskning belyser det som kuratorerna nämner i citaten ovan att annan personal på respondenternas enheter ibland är ovetande om vad som ligger inom deras ansvar och befogenheter (Maybery & Reupert 2006; Skerfving 2005). Återigen hävdar respondenterna hur de företräder barnperspektivet inom enheten. Respondenterna uttrycker även att konflikter kan uppstå när patienten inte själv vill göra barnen delaktiga i sin vård och att man då hindras av lagar som sekretesslagen. Svårigheten i att bibehålla ett barnperspektiv ligger i att behöva gå via patienten för att nå fram till barnen och tillgodose deras behov. Kurator 1 och kurator 7 betonar följande:

... om patienten absolut inte vill att vi ska beröra det här ämnet, då blir det svårt för mig att lyfta in barnperspektivet i mötet med patienten --- eftersom jag jobbar här inom vuxenpsykiatri så måste jag alltid gå via den vuxne, jag skulle inte kunna gå förbi sekretesslagen till exempel och kontakta någons barn utan att ha, utan att patienten är med på det. (Kurator 1)

... patienter som inte har sådan sjukdomsinsikt och sjukdomskänsla och som inte tillåter att barn träffar någon, anhörigstöd, det är patienten som bestämmer om barn under 15 år ... dom som är ungdom under 15 år, dom föräldrar som säger nej, då kan jag inte ringa patientens barn och berätta vem jag är och att mamma eller pappa får behandling här och vad som händer så det hindrar mig det är just sekretesslagen. (Kurator 7)

Detta överensstämmer med det dilemma som en gräsrotsbyråkrat kan hamna i, eftersom man står i direkt kontakt med patienten och där arbetsplatsens uppdrag i första hand är den vuxnes vård och omsorg. Varje bedömning blir därför värdeladdad och moralisk för kuratorn som måste väga in dessa två aspekter, men även den tredje komponenten, barnperspektivet. I detta dilemma har kuratorn ett handlingsutrymme som ger denne/a möjlighet att agera utifrån vad han/hon anser är den lämpligaste handlingen i den kontext som kuratorn och patienten befinner sig i just då (Svensson et al. 2008) Detta är även en makthandling, där kuratorerna

blandar in egna yrkesintressen som att se till patientens barns bästa, vilket kanske inte överensstämmer med vad klienten anser är sitt barns bästa (Skau 2001). I dessa lägen har patienten och kuratorn olika möjligheter att driva igenom vad de anser är den bästa lösningen. Kuratorernas makt vilar på juridisk, kulturell och ideologisk grund samt normer och värderingar som avgör vad som i många fall är det ”bästa” valet. Patienten har också lagstadgade rättigheter som till exempel sekretesslagen, men maktbalansen är ojämn, eftersom kuratorerna genom sin anmälningsskyldighet kan ställa sig över patientens makt och vilja att inte involvera barnen, om de bedömer att ett barn riskerar att fara illa (Skau 2001).

Respondenterna uttrycker att barnets bästa alltid går först och att man i de situationer när patienten inte vill inkludera barnen får arbeta med patientalliansen och i den motivera och diskutera vikten av att inkludera barnen i förälderns vård. Kurator 4 och kurator 6 betonar följande:

Jag tänker att det här med barn och barnperspektiv det kommer ju föra allt och jag är ju socionom och jag vet ju att det här är viktigt. (Kurator 4)

... det kan ju vara en förälder som inte alls vill blanda in sina barn som inte vill att det ska vara centralt, men det kan man ju ta och motivera och det kan ta tid och man får träffa patienten några gånger så att man bygger upp någon slags tillit till den personen... (Kurator 6)

I de mindre stadsregionernas riktlinjer inom psykiatrin står det hur de ska sända med patienterna ett informationsbrev, där det står att vårdpersonalen är skyldig enligt lag att erbjuda patientens barn information, råd och stöd. I dessa riktlinjer finns det nedskrivet att de ska motivera patienten om patienten inte vill ha ett sådant samtal tillsammans med sina barn. De ska tala om att det är bra om barnen är med och får ett sådant samtal med någon personal på enheten. På samma sätt resonerar respondenterna. De anser att de ska motivera patienterna så att deras barn erbjuds det som de har rätt till i och med lagändringen i HSL. Motivera kan ses som en aspekt av makt för att få ”sin vilja” igenom i relationen till patienten (Skau 2001). Lagen i HSL säger att personalen är skyldig att utföra en viss handling som en patient kan sätta sig emot. Här kan sekretesslagen hindra hälso- och sjukvårdslagen. Vid sådana tillfällen är motivation ett verktyg för att driva igenom enhetens ”vilja”, en tydlig handling av makt och ett tydligt dilemma för respondenterna vars ansvar och uppdrag är att både se till patientperspektivet och företräda ett barnperspektiv (Skau 2001). Som barn är du den utsatta och den svaga och den moraliska principen om ansvar för de svaga kan användas som grund

för att dra en gräns mellan försvarbar maktutövning i form av motivation och icke försvarbar maktutövning som övertalning. Motivation och övertalning kan ligga varandra mycket nära.

Handlingsutrymme och rutiner

Äga frågan

Respondenterna i region Skåne uppger olika relationer till sin enhets rutiner i arbetet med barn till psykiskt sjuka patienter. Respondenterna från de två mindre stadsregionerna uppger att det finns tydliga rutiner för arbetet och att de tagits fram i början av 2000-talet. Respondenter från storstadsregionen upplever inte att rutinerna är lika levande inom enheten. Kurator 4 menar att rutinerna säkerligen finns men att de ständigt behöver påminnas om och upprätthållas, vilket i sig innebär att rutinerna ses som riktlinjer och inte som rutiner.

Respondenten menar också att det är kuratorerna som upprätthåller rutinerna vilket även återkommer i resonemang från andra respondenter. Kurator 3 betonar följande:

... vi har ju två stycken som har extra tid avsatt, två kuratorer faktiskt inom kliniken som har gjort ett väldigt bra, vi kallar det barnpärm, den ligger på nätet, men vi kallar den fortfarande en pärm, med mycket material, bakgrund, barns behov, hur man talar med barn och olika rutiner då. Beskrivningar om dom olika resurserna eller dom möjligheterna som vi har också. Sen är det väl inte alltid så att rutinerna följs eller att man helt enkelt kommer ihåg hur dom ser ut. Utan man tänker väl, hur var det nu och så gör man som man tänker ändå det är väl den vanliga rutinen. (Kurator 3)

Enligt Skau (2001) finns det olika nivåer för hjälprelationen mellan klient och patient; systemnivå och personnivå. Utifrån citaten ovan och respondenternas svar anser jag att respondenternas arbetsplatser kan ha ett öppet system där den enskilde yrkesutövaren deltar i utformningen av sin profession (Skau 2001). Då den enskilde yrkesutövaren har makt att besluta vad han/hon anser är lämpligt kan detta leda till olika konsekvenser för barnperspektivet, både positiva och negativa. Om kuratorn väljer att inte handla utifrån ett barnperspektiv finns det risk för att barnperspektivet inte uppmärksammas, men väljer kuratorn att uppmärksamma barnperspektivet kan makten i sig öppna upp för kuratorer att kunna nischa sig inom ett kunskapsområde som socionomer har bred kunskap om. Det kan därmed vinna juridisktion över andra yrkesgrupper inom enheten. Makt behöver inte vara negativt utan kan också vara en möjlighet. En möjlighet att uppmärksamma barnen och göra andra yrkesgrupper medvetna om barnperspektivet så att det integreras i alla psykiatrins delar, inte bara i kuratorns arbete (Skau 2001).

Respondenterna upplever att det finns ett motstånd när de tar upp ansvaret kring barnperspektivet och barnens behov i samtal med andra professioner på enheten. Kurator 4 betonar följande:

... det är ju vi som tar fram detta här som ingen egentligen vill behöva hantera eller ta i, så därför blir vi obekväma och det tror jag att vi vet allihopa, kuratorer, att vi gör ett viktigt jobb, men sen samtidigt så är det också så att, jag kan tänka mig att vissa skulle vilka slippa höra oss. Jag vet psykologer som jag har stort förtroende för som också är vänner till mig som har sagt att 'varför måste ni alltid, alltid dra in det', 'kan man aldrig få lov och sitta i terapi i lugn och ro', då tänker jag så här liksom, hur tänker du? För mig är det så här fullkomligt främmande, det är ju inte så här att jag inte begriper vad dom säger, men det var också en sådan irritation också i det liksom som om att 'håll ungarna utanför'. (Kurator 4)

Ansvar som respondenterna känner för att upprätthålla barnperspektivet kan bero på deras kunskap om att barn till patienter tidigare (och idag?) förbisågs av vårdpersonal (Killén 1999; Korhonen et al 2010; Skerfving 2005). Respondenterna tror att det även idag förbises av andra yrkesgrupper, kurator 5 beskrev under sin intervju hur andra professioner inom enheten väljer att inte delta i internutbildningar om barnperspektivet. Kurator 5 anser att det finns ett motstånd för att inkludera barnperspektivet i vården av patienten och att andra yrkesgrupper anser att det är svårt att samtala kring barn och på grund av detta väljer att bortse från perspektivet i arbetet med den vuxna patienten. Kurator 7 betonar följande:

... jag märker hur andra när det gäller barn och det är bara, kan du ta det, kan du ta det, kan du ta familjesamtal eller någonting så om jag säger det eller om jag initierar kan min patient uppfatta det som kritik eller då och då det här med här behandlingsalliansen... (Kurator 7)

... många gånger hamnar jag och mina kollegor i, jag kan inte säga att det är en konflikt eller konfliktfylld situation men vissa behandlare säger ja men patienten han/hon har försämrats ... fokus ligger mer på att patienten ska bli symptomfri så snabbt som möjligt, återhämta sig så snabbt som möjligt och ja man tror att det finns, det här med barn och hur barn har det dom flesta vuxna har svårt att föreställa sig att det händer något ont dem, sedan är det väl lättare för oss att se verkligheten genom rosa glasögon och då blir det ok... (Kurator 7)

Motståndet hos andra yrkesgrupper att hantera barnperspektivet och se barnets behov kan vara ett skäl till att kuratorerna tar ansvaret för frågan inom enheten. När ansvaret läggs på och tas av respondenterna att företräda barnperspektivet besitter de en stor makt i relationen till klienten. Makt behöver inte utövas för att existera utan den existerar även i möjligheten att agera (Skau 2001). Det innebär att kuratorerna har makt i det handlingsutrymme och de

handlingsmöjligheter som respondenterna fått inom psykiatrin. Såväl i sitt uppdrag som av andra professioner.

Barnombud

Respondenterna betonar hur de själva företräder barnperspektivet eller hur andra kuratorer tagit på sig rollen som barnombud eller blivit tilldelad den inom enheten. Barnombud är en aktiv roll inom vuxenpsykiatrin och barnperspektivets yttersta ombud. Barnombuden har ett särskilt uppdrag att lyfta barnfrågan på behandlingskonferenser och i teamet och ombuden finns till hands för övrig personal om de behöver diskutera något extra kring en patient som har barn.

... Vi jobbar ju här med barnombud, så varje enhet har ett eller fler barnombud...(Kurator 1)

... i varje team finns det minst ett barnombud, då är vår uppgift att ta upp, vid anmälningsärenden man diskuterar med teamet till exempel eller har dom barn eller vart var barnen när patienten åkte in till sjukhuset och så vidare... (Kurator 3)

Respondenterna menar att barnperspektivet är en naturlig del i deras dagliga arbete och eftersom de är extra engagerade och intresserade av frågan så finns perspektivet levande i deras kliniska vardag. Respondenterna arbetar kring barnperspektivet utifrån de patienter som de möter, utifrån sina arbetsmetoder och rutiner samt utifrån att det handlar om att vara ett stöd till både föräldern och barnet. Kurator 3 och kurator 1 betonar följande:

Jag tänker på det utifrån dom patienter som jag träffar, jag frågar ofta hur det är med barnen och försöker lära mig alla barnens namn, med det är ju inte alltid lätt, för man träffar ju inte alla barn --- se till barnens intresse när jag arbetar med föräldern... det är viktigt att jag försöker se på dom, deras situation lite separat... (Kurator 3)

... jobbar ju här med att följa rutiner, att tidigt uppmärksamma hur barnen har det och hur dom påverkas, utifrån det patienten beskriver --- jobbar också konkret med metoder här som familjeintervention, enligt Beardslee då och 'föra barnen på tal'... och vi erbjuder alla patienter som också är föräldrar möjligheten att komma på ett jag tror vi kallar det 'informationsamtal', där man kan komma själv eller tillsammans med sina barn och prata om, om hur det är hemma. (Kurator 1)

Rutinen som nämns i ovanstående citat från kurator 1 lyfter fram hur de sänder med patienter ett informationsbrev, där patienten bjuds in till ett samtal med vårdpersonal. I brevet blir

patienten även informerad om personalens skyldighet att enligt lag erbjuda information, råd och stöd till patienternas barn.

Möjligheter & svårigheter

Respondenterna upplever att det har skett en förändring i och med lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen. Kurator 7 betonar följande:

Att erbjuda att alltid erbjuda att berätta det är det ja. Det är rutinen den fanns inte, den följdes inte riktigt tidigare. Innan den här förstärkningen av lagen att man jag tror att det står att det är obligatoriskt eller inte bör utan att man ska det finns en skillnad där en klar skillnad om hur det var tidigare. (Kurator 7)

Citatet ovan belyser att lagändringen har inneburit en förstärkning av barnets rätt att få information, råd och stöd. Kurator 7 och kurator 4 säger även det följande:

... använder jag ibland i sådana fall när det inte finns, när patienten kanske är, det finns en ständig paranoia, att det finns en, att jag är skyldig enligt lagen att erbjuda information till ditt barn, stöd till ditt barn, jag formulerar det på lite olika sätt men utgår ifrån den här lagen, utifrån den här lagändringen. (Kurator 7)

... När vi går in och gör sådant här, och bjuder in barnen här, det har vi lärt oss med tydliga formuleringar av Y¹, som håller i det här med X² och där Y säger att, eller där vi säger att, vi ställer det inte som ett erbjudande utan vi säger att så gör vi här alltså med en självklarhet att det är inte så mycket att diskutera och jag kan tycka att, men då lurar man ju våra föräldrar in i saker och ting och det går ju inte att komma ifrån alltså så, men att man ändå på något sätt får det att falla naturligt att barn kommer hit och vi pratar med barnen också..." (Kurator 4)

Kurator 7 och kurator 4 väljer hur de på bästa sätt kan erbjuda patienternas barn vad som står i lagändringen i HSL. Detta stämmer överens med hur makt är förenat med etik (Skau 2001). Var går gränsen för vad man får säga som professionell till en patient för att övertyga om barnets bästa utifrån sin yrkesroll. Finns det någon sådan gräns? Är det professionellt acceptabelt att ta ifrån patienten sin rätt att ha en åsikt kring vad han eller hon anser är bäst för sina barn. Enligt Skau (2001) krävs det att man använder moraliska principer för att handskas med sådana etiska dilemman. Dilemmat för respondenterna är att se till att barnen får ta del

¹ Person som håller i projektet med en arbetsmodell kring samverkan i storstadsregionen.

² Projekt med en arbetsmodell kring samverkan.

av erbjudandet om råd och stöd, samtidigt som man inte vill kränka föräldrarnas rätt att tacka nej till erbjudandet. För vem har makten över barnets bästa, vårdpersonalen eller föräldern?

Respondenterna uttrycker både möjligheter och svårigheter med att följa ett barnperspektiv i sitt dagliga arbete. En möjlighet för att uppmärksamma barnen och barnperspektivet i arbetet med den vuxne patienten är, enligt respondenterna, att det faller sig naturligt att uppmärksamma perspektivet då det varit en del av respondenternas uppdrag sedan flera år tillbaka. Respondenterna menar att det sitter i ryggmärgen att uppmärksamma barnperspektivet. Att organisationens ledning framhåller vikten av att uppmärksamma barnen är en annan möjliggörare för barnperspektivet, kurator 4 säger:

...vi har en organisation som ställer sig bakom det och påtalar vikten utav det, men det är inte så att mina arbetsledare håller det levande på något sett utan det ligger på, det är vårt ansvar som kuratorer återigen. (Kurator 4)

Svårigheten blir att förankra detta i praktiken menar dock respondenterna. En praktik som ofta står inför högt patienttryck och tidsbrist. Enligt Kurator 3 krävs det då att ha ”...koll på sig själv...”. Kurator 2 och kurator 3 betonar följande:

Möjligheter har vi eftersom socialstyrelsen pekar med hela handen att det här är jätte viktigt och ledningen säger också det och stimulerar det--- sen blir det ju vi som sitter här och ska försöka få ihop det då, det är ett högt patienttryck och då att ha det där lilla extra då som jag har varit ledare för familjegrupper, det kräver mycket kringarbete...(Kurator 2)

Jag tycker faktiskt det finns stora möjligheter, jag tycker till exempel i mitt team när jag i min roll som barnombud, när jag påminner om barnens situation i vuxenärendena tycker jag att det finns en acceptans för det. Och det är inte alltid jag vågar säga det här, utan det blir diskussioner om det. Sen är det väl lite så att varje tjänst, man gör lite som man vill inom sina egna väggar... Svårigheterna är väl att man måste hålla koll på sig själv tycker jag. Och att det kan, inte för mig, men för andra, att det kan verka besvärligt och svårt, hur gör man när man pratar med barn och så där ... (Kurator 3)

Enligt respondenterna är det svårt att bibehålla ett barnperspektiv vid de tillfällen där föräldern reagerar kraftigt eller när de inte vill involvera sina barn. För kurator 5 finns det en gråzon för när man är tillräcklig orolig för ett barn. Ett resonemang som vittnar om den värdeladdning som finns i gräsrotsbyråkratens bedömning, utifrån både kontakten med patienten och organisationens ramar och regler (Svensson et al. 2008). Kurator 5 säger följande:

Någonting som är svårt är ju när man har en behandlingskontakt, terapi som är pågående och där är mycket allians, arbetsallians och man jobbar på och så har man ett barnperspektiv också, och som man också pratar om barnen. Men ibland kan jag känna, vart går gränsen att jag kan känna mig lite orolig för hur är det egentligen med barnen här, men det är svårt, för det blir väldigt dramatiskt om man skulle gå in då och göra en anmälan för att man är liksom inte riktigt säker, där är liksom en gråzon, när gör man en anmälan och när är det nått. Ja det är en gråzon där på nått vis, när är jag tillräcklig orolig för att jag ska kunna bryta vår behandlingsallians... (Kurator 5)

Respondenternas handlingsutrymme kan möjligen kännas fri i dess tyglar. Sett utifrån det ansvar som respondenterna tar och utifrån vad som tillskrivs kuratorsrollen, när det kommer till att uppmärksamma ett barnperspektiv i arbetet med den vuxne patienten. Det kan även vara svårt i rollen som behandlare av patienten, framförallt vid anmälningskyldigheten. Handlingsutrymmet blir en tillgång när patienten inte vill involvera barnen i sin behandling. Att motivera patienten i de skeenden är en möjlighet som ges i respondenternas handlingsutrymme i och med att många patienter inom öppenvården är aktuella inom enheten under flera år. Kurator 6 betonar följande:

... Det kan ju vara en förälder som inte alls vill blanda in sina barn och som inte vill att det ska vara centralt men det kan man ju ta och motivera och det kan ta lite tid och man får träffa personen några gånger så att man bygger upp någon slags tillit till den personen... (Kurator 6)

Kurator 6 arbetar med patienten genom att skapa ett handlingsutrymme, att motivera och bygga upp tillit. Respondenterna som gräsrotsbyråkrater skapar sitt handlingsutrymme utifrån organisationens uppdrag, lagar och rutiner, men även genom att använda sitt eget omdöme i mötet med patienter (Wingfors 2004). Detta överensstämmer med Franzéns (2005) intentionella maktbegrepp. Där maktens handlande aktör, respondenten, har avsikter, intressen eller mål med sitt maktutövande. Det innebär att respondenterna utövar makt över sin patient när de har en avsikt med att motivera patienten till att involvera barnen i patientens vård. Så att barnen får ta del av information, råd och stöd från personal inom psykiatrin enligt lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen.

Respondenterna resonerar kring barnperspektivets förankring inom enhet och kring enhetschefen roll i detta arbete. I det första citatet berättar kurator 5 om hur han/hon höll i internutbildningar inom enheten där barnperspektivet var i fokus. Vid tre tillfällen fick personalen möjlighet att ta del av; hur man kan lyfta fram perspektivet i arbetet med patienten och få praktiska råd och övningar i hur man kan samtala med barn. Antalet deltagare sjönk för varje tillfälle och under den sista träffen fick kurator 5 hämta deltagare själv.

... jag har ju drivit detta på egenhand väldigt mycket, där jag tycker egentligen att chefen skulle vart mycket mer, gått på mer. Hon skulle ha mailat ut detta, här är liksom fokus på barnen, alla ska vara med och borde ju själv ha varit med ju. Jag tror det är jätte viktigt vad ledningen visar, eftersom det finns ett sådant motstånd. Det folk behöver tänker jag, det är just det här med att få höra hur det går till och alltså få mer vända och vrida på det, med rollspel och sådant. (Kurator 5)

Citatet från kurator 5 stämmer överens med Forsner et al. (2010) forskning kring implementering inom psykiatrin. Forsner et al. (2010) lyfter fram vikten av en stödjande organisation och en närvaro av aktiva ledare som kan guida implementering och kliniska förändringarna för resterande personal. Så att implementeringen blir så bra som möjlig inom organisationen. På samma sätt anser kurator 5 att en aktiv ledare kan möjliggöra under utbildningar, så att kunskapen som kan förvärfvas där når ut och integreras hos varje medarbetare inom öppenvårds mottagningen. Kurator 4 resonerar följande:

... Vi har en organisation som snarare vill, alltså som följer lagstiftningen om vad vi ska göra och, men det är ju vi själva som måste se till att det blir gjort ju. Hade vi haft en socionom som chef så hade det ju kanske varit en annan sak som man varit mer mån om och pekar på detta här på ett annat sätt möjligtvis, men och andra sidan är vi ju anställda för det är vi som ska göra det. (Kurator 4)

I citatet funderar kurator 4 kring hur det hade varit om enhetschefen också varit socionom och funderar om hur förankringen av ett barnperspektiv hade sett ut inom enheten då. Kurator 5 och flera av respondenterna menar dock att som kurator är man anställd just för att lyfta barnperspektivet inom enheten oavsett chef. Vilket kan innebära att det är upp till kuratorerna att uppmärksamma barnperspektivet eller inte. Kuratorn som gräsrotsbyråkrat skapar sitt handlingsutrymme utifrån organisationens ramar, rutiner och från sin professionella tolkning av problemet i sin kontext (Svensson et al. 2008; Wingfors 2004). Det innebär i ett scenario där organisationens ramar och rutiner inte öppnar upp för ett barnperspektiv, och om kuratorn i fråga inte besitter en fallenhet för att uppmärksamma barnen och ett barnperspektiv – så kan detta resultera i att barnperspektivet inte beaktas i mötet med patienter.

Om organisationen lägger makten hos den professionella att uppmärksamma ett barnperspektiv är barn till psykiskt sjuka beroende av om yrkesutövaren väljer att agera eller inte. Om den professionella väljer att inte agera på grund av skäl, som okunskap eller rädsla att ta upp frågan med föräldern eller en ovilja att samtala med barn (Maybery & Reupert 2006; Killén 1999;2009; Skerfving 2005), är detta en fara för barnen och leda till att de inte

uppmärksammas. Därmed finns det stora möjligheter för barnperspektiv om enhetschefen antingen är socionom eller om det finns tydligare riktlinjer inom enheten att ansvaret ligger hos just kuratorerna. Idag riktar sig riktlinjerna till all vårdpersonal vilket i sig kan förvirra mer än förankra barnperspektivet inom den psykiatriska öppenvården.

Detta resonemanget kan knytas an till maktaspekten inom olika systemnivåer. Där olika system skiljer sig från varandra i fråga om vilken grad av frihet en kurator till exempel får inom enheten som ett system (Skau 2001). Eftersom respondenterna anser att riktlinjerna borde vara tydligare kan vi utgå ifrån att systemet är ett öppet system som i hög grad överlåter till den enskilde yrkesutövaren att själv utforma sitt handlingsutrymme. I och med detta kan yrkesutövaren om han eller hon är kompetent i sin yrkesroll och är etiskt medveten öppna upp för stora möjligheter att integrera ett barnperspektiv i arbetet med patienten. Genom att motivera patienten att inkludera barnen i dennes vård, om patienten inte ser betydelsen av det, krävs det dock att respondenten är etiskt medveten om var gränsen går för motivation och för direkt övertalning. Ett system med svag kontroll med till exempel otydliga riktlinjer kan oavsett om den ger stor frihet till den enskilde yrkesutövaren få negativa följder för patienten om yrkesutövaren har låg kunskapsnivå, kombinerat med makthunger – innebär att det största ansvaret många gånger ligger hos den enskilda yrkesutövaren oavsett strikt eller öppet system (Skau 2001).

Lagen

Implementering

Den nya lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen har respondenterna redan nämnt i citat och under tidigare rubriker. Respondenterna kunde inte redovisa för lagen ordagrant, men alla visste vad kärnan i innehållet innebär för dem som personal inom hälso- och sjukvården. De betonar förändringen i lagändringen från ett 'bör' till ett 'skall' och respondenterna menar att detta innebär en möjlighet och en större tyngd för både riktlinjer inom enheten, om de finns, och en större tyngd i mötet med patienter som har barn.

... jag vet inte om jag kan upprepa den nu precis ordagrant men det är ju att, förändringen blir ju att innan var det ju att man bör beakta, och nu blir det ju att man skall beakta barns, alltså i hälso- och sjukvården, alltså att man ska beakta barn till föräldrar med psykisk ohälsa och missbruk och somatisk sjukdom också. Beakta deras behov av information, råd och stöd och alltihopa. (Kurator 5)

... i rollen som samordnare så tog vi emot den väldigt glädjande, eftersom den gav en ytterligare tyngd i att försöka få till en förstånd, nå allmän hållning på kliniken i hur viktigt det är att uppmärksamma barnen --- under tiden man tog fram den här lagändringen och införandet av lagen, hade vi en del kontakt med myndigheter kring hur vi skulle tolka lagtexten och sen har vi försökt jobba på olika sätt med att få ut det i verksamheten... jag upplever att vi fick ett större genomslag för våra riktlinjer sedan lagen kom. (Kurator 1)

Vad kurator 1 säger stämmer överens med forskning från Forsner et al. (2010). Att det är av stor vikt att arbeta aktivt vid implementering av nya riktlinjer. På så sätt uppnås en större känsla av ägarskap och empowerment hos dem som sedan ska arbeta praktiskt med de nya riktlinjerna. (Forsner et al. 2010).

Respondenterna uttrycker att även om lagändringen har gett upphov till nya rutiner inom organisationen, som registrering av vad som görs i kontakten med patienternas barn till exempel barnsamtal. Så menar respondenterna att lagändringen inte har förändrat deras kliniska arbete i stort. Kurator 4 betonar följande:

Jag skulle nog inte kunna redogöra för lagtexten men den finns absolut närvarande i mitt dagliga arbete ... det har den varit för mig alltid, så är alltså ingenting som är förändrat, det har förändrats i organisationen här med registreringar och liknande, det har vi inte haft tidigare. (Kurator 4)

Storstadsregionen och de två mindre stadsregionerna skiljer sig åt när det kommer till huruvida förändringen av lagen fått betydelse för handlingsplaner och rutiner inom enheten. Respondenterna från de mindre städerna menade att lagen gett ytterligare tyngd till redan befintliga handlingsplaner. Respondenterna från storstadsregionen gav uttryck för att det behövs tydligare implementering av lagändringen.

... lednings sak att implementera det tydligare faktiskt, det är något att tänka på. (Kurator 5)

Kurator 5 anser att ledningen bör vara tydligare vid implementering av nya lagar och rutiner inom enheten. Detta stämmer överens med Forsner et al. (2010) forskning, där författarna anser att en stödjande organisation och närvaro av en aktiv ledare är möjliggörare för lyckad implementering av kliniska förändringar inom psykiatrin (Forsner et al. 2010).

Utbildning är av vikt

Respondenterna uttrycker att deras praktiska arbete har förändrats och utvecklats mer genom åren än på grund utav lagändringen. Kurator 6 och kurator 1 säger följande:

Nej jag tror nog inte att själva lagändringen har gjort det utan vi har ju lärt oss genom dom åren liksom redskap till hur man ska göra när det gäller barn och så, böcker, spel, kontakten och samverkan. (Kurator 6)

Det har nog inte förändrats så mycket... för tankegången i dom lokala riktlinjerna var så här redan innan... det kan göra att jag kan vara lite tydligare kanske i mötet med patienten och förklara att vi nu även har en lag som gör att vi behöver uppmärksamma det här med barnen, men i övrigt för jag nog samtalet på samma sätt. (Kurator 1)

Kurator 1 menar att förändringen förekommer i mötet med patienten, att lagändringen hjälper respondenten med att vara tydligare med vad man är skyldig att erbjuda patienternas barn. Respondenterna beskriver även att *om* de uppmärksammar barn till patienter i arbetet med den vuxne patienten beror det snarare på deras utbildning- och arbetslivserfarenhet än på lagändringen. Kurator 7 uttrycker följande:

... mitt arbete har förändrats genom min utbildning mer genom min familjeterapeut utbildning än det här lagen i och med att jag jobbar inom en sådan verksamhet där familjetänk och barntänk, barnperspektiv är något som alla, jag har blivit mer stärkt i mitt arbete eller blivit bättre i mitt arbete genom utbildning. (Kurator 7)

Detta stämmer överens med forskning från bland annat Maybery och Reaupert (2006) och Korhonen et al. (2010). Som säger att professionella med längre erfarenhet och vidareutbildning uppmärksammar barn till patienten inom vården oftare. (Maybery & Reaupert 2006; Korhonen et al. 2010).

Allas ansvar

Studiens respondenter menar att kuratorerna har haft ett barnperspektiv redan innan lagändringen, men att lagändringen har lett till att man kan påminna om allas ansvar att beakta perspektivet i sitt dagliga arbete. Kurator 4 och kurator 6 uttrycker följande:

... vi kuratorer som har frågan så att säga, så här är det inte så här mycket att komma med utan det är ju det arbetet vi har haft hela tiden, med det är väl bara det att nu har det liksom gett oss ett ännu mer tydligare mandat --- Det har ju underlättat arbetet... just i teamet. Att jag uppfattas mindre besvärlig

när jag drar i dom här frågorna, så på det sättet har det ju underlättat.
(Kurator 4)

Ja det tycker jag nog eller förändrat men den är mer liksom i team och så där när vi sitter i teamkonferenser så kan jag kanske säga ibland ´nu är det inte bara vi socionomer, men tänk på att vi är skyldiga att tänka på att finns det barn med i bilden´ att man kan trycka på det mer nu för att lagen nu är så mycket tydligare. (Kurator 6)

Respondenterna uttrycker att lagändringen har lett till färre konflikter och diskussioner med andra yrkesgrupper inom enheten i och med den. Vilket kan tyda på att lagändringen har fått ett större gensvar bland andra yrkesgrupper och inte bara hos kuratorerna som anser att de alltid har haft perspektivet närvarande i sitt arbete. Detta stämmer överens med Maybery och Reauperts (2006) forskning om möjligheter och hinder för professioner att uppmärksamma barn inom vården. Lagändringen hjälper till att visa på vems ansvar det är att synliggöra dessa barn och vem som ska tillgodose deras behov. Vilket kan leda till att barnen uppmärksammas mer.

Lagen ger makt

Lagändringen kan ses som en maktaspekt i arbetet för ett barnperspektiv inom enheten. Respondenterna har makten genom lagändringen, att man *skall* erbjuda barn information, råd och stöd. Sedan är det upp till patienten, eftersom kontakten går via den vuxna patienten, att ta emot erbjudandet eller inte. Vill inte patienten ta emot erbjudandet kan barnperspektivet försvinna om inte respondenterna använder motivation som ett redskap för att upplysa om vikten av lagen under samtal med patienten. Kurator 6 uttrycker följande:

... en förälder som inte alls vill bland in sina barn och som inte vill att det ska vara centralt med det kan man ju ta och motivera och det kan ta tid och man får träffa personen några gånger så att man bygger upp någon slags tillit till den personen men det händer väldigt sällan att någon inte vill prata om sina barn tvärtom så tycker jag att dom flesta vill prata om sina barn att det är viktigt för dom... (Kurator 6)

Eftersom de flesta patienter som är föräldrar är mycket måna om sina barn, kan lagändringen och arbetet för ett barnperspektiv leda till att minska den osynliga maktaspekt som kurator 2 nämner i följande citat:

... vi har blivit mer jämbördiga, alltså att dom kan se oss som hjälpare att vi, det är ju också någonting det här med den hierarkiska ordningen som man har sett långt tillbaka i tiden att vårdpersonal är lite högre upp än

patienterna... nu är vi på samma nivå, vi hjälper till... att vi jobbar mer fokuserat och den [lagen] ser till så att vi måste jobba mer fokuserat och eftersom vi gör det så måste vi anstränga oss väldigt för att få den här alliansen med patienten, att vi även kan prata om det här känsliga... (Kurator 2) [min anteckning]

Att som kurator visa att man som yrkesverksam också är mån om patienternas barn och barnens behov gör att det handlar om att hjälpa och inte förmana och fördöma. Innan lagändringen, med sitt erbjudande om stöd till barnen, så är det möjligt att arbetet från den enskilde yrkesutövaren uppfattades som en påtryckning utan särskild tyngd. Hierarkin som uppstod mellan kuratorn och patienten kunde skada det samarbete som gynnade både patienten och dennes barn. Lagändringen har möjligtvis haft den effekt som kurator 2 uppmärksammat, om patienten är mån och ser fördelarna av att involvera barnen och ge dem information, råd och stöd. Men enligt Skau (2001) finns makt oavsett, som professionell är du högre upp i den hierarkiska ordningen i och med den beroendeställning som patienten hamnar i när han eller hon blir patient. Detta blir tydligt om föräldern inte vill göra barnen delaktiga och ge dem vad lagen erbjuder. Respondenterna använder då makt för att kunna med motivation understryka vikten av att inkludera barnen eller anmäla till socialtjänsten om de misstänker att ett barn far illa.

Förändringen i lagen har enligt respondenterna förändrat attityder och acceptans bland andra professioner inom enheten. En acceptans som ger respondenterna makt i form av jurisdiktion att bedriva yrkesverksamhet inom psykiatrins intellektuella jurisdiktion som tillhör bland annat läkare. Idag handlar psykiatrin om ett teamarbete, där olika professioner samarbetar kring omsorgen av patienten (Abbott 1988). Hur har samverkan mellan andra myndigheter kring patienten förändrats efter lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen.

Samverkan

Enligt respondenterna är de främsta samverkanspartners barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och socialtjänsten när det finns barn till patienter inom vuxenpsykiatrin. De tre städerna som undersöktes i studien skiljer sig dock åt i vissa aspekter när det kommer till andra samverkanspartner. Storstadsregionen använder sig av ett projekt med en arbetsmodell kring samverkan som innehåller konsultationsteam. Konsultationsteamet består av olika yrkesverksamma som representerar: socialtjänsten, BUP, vuxenpsykiatrin, BVC, mödravården och familjestöd. Till konsultationsteamet kan yrkesverksamma vända sig till som arbetar med barn eller som har något bekymmer rörande ett barn eller en familj, för att få

råd kring sitt ärende och/eller diskutera det med ”experter” inom de olika områdena. Konsultationsteamet finns i samtliga stadsdelar inom storstadsregionen. Åtgärder kan ske på plats vilket kan mynna ut i snabbare hjälp i ärenden som kräver snabba beslut och resurser. Arbetsmodellen har funnits i storstadsregionen sedan 10 år tillbaka och är väletablerad där. Respondenterna från de mindre stadsregionerna har inte tillgång till liknande samverkansmodell idag. Kurator 1 uppger att de gjort ett försök att pröva en liknande modell, men i mindre skala då staden inte är av liknande storlek som storstadsregionen. Kurator 1 menar att försöket inneburit ett ökat tänk kring samverkan. Kurator 1 och kurator 2 säger följande:

... jag upplever att vi i samband, att vi har fått ett, det finns ett uttalat, en uttalad önskan om ytterligare samverkan, men jag tror inte att det har förändrats så mycket i praktiken... (Kurator 1)

--- jag tror att vi kanske håller på att börjar närma oss varandra lite mer genom detta, kanske. (Kurator 2)

Respondenterna uppger att det i praktiken inte skett någon ytterligare samverkan. De menar att det behövs gemensamma utbildningar och mötesplatser för att dela varandras bedömningar och arbeta framåt med att hitta lösningar för familjerna.

Jag tror att det finns ett behov av gemensamma utbildningsinsatser och gemensamma möten. Vi har provat här att utbilda oss tillsammans till exempel i ’föra barnen på tal’ och familjeintervention --- det upplever jag vart väldigt positivt och inneburit ett ökat tänk på samverkan. (Kurator 1)

Vi har regelbundna träffar med barnenheten på socialförvaltningen här i kommunen och inte kring patienten utan kring samarbetsfrågor och tar fram olika saker, sådant som vi tycker är viktigt. (Kurator 3)

Respondenterna uttrycker att man kan bli förvånad över hur olika myndigheterna tänker. Att socialtjänsten många gånger inte reflekterar över hur svårt sjuk en psykiskt sjuk patient kan vara, medan socialtjänsten blir förvånad över hur psykiatrin inte reflekterar över hur sjukdomen påverkar familjen. Detta stämmer överens med Forsner et al. (2010) forskning kring implementering. Att implementering och förändring i praxis är en komplicerad process som kräver ett aktivt deltagande från både organisationen och från den enskilde yrkesutövarens sida. Vad både kurator 1 och 3 säger, kring gemensamma träffar, är någonstans vad Forsner et al. (2010) belyser som komponenter för lyckad implementering –

Att införskaffa sig förståelse för hinder och möjligheter av en implementering för bättre samverkan mellan socialtjänsten och psykiatrin.

Att respondenterna från storstadsregionen inte upplever en ökad samverkan efter lagändringen beror enligt dem på det projekt och arbetsmodell som funnits i staden under 10 års tid. Kurator 5 uttrycker följande:

Nej det kan jag inte säga det här med X³ fanns ju redan innan och det här med X är ju något väldigt exceptionellt för Z⁴... också att vi har ett bra samarbete på det sättet i Z... (Kurator 5)

Respondenterna från storstadsregionen lägger stor vikt vid det samverkansprojektet som kurator 5 nämner. De ser ingen förändring i samverkan med andra samhällsorgan och menar att detta beror på att samverkansprojektet är så väl integrerat i deras arbete sedan många år tillbaka, och ser därför heller ingen påverkan av någon förändring i sitt arbete på grund av detta. Detta uttrycker även respondenterna från de mindre städerna trots att de inte har en integrerad arbetsmodell kring samverkan. Studiens respondenter ser ingen förändring i samverkan på grund utav lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen. Utan respondenterna från de mindre städerna anser att förändringen i lagändringen har endast öppnat upp för ökad önskan och en vilja att närma sig varandra från psykiatrins sida och från bland annat socialtjänsten. Kurator 3 och kurator 1 uppger följande:

... De här träffarna tycker jag har varit väldigt bra... Och jag tror att jag kanske kan komma in mindre som en fiende... och det tror jag är bra. (Kurator 3)

... jag upplever att vi i samband, att vi har fått ett, det finns ett uttalat, en uttalad önskan om ytterligare samverkan, men jag tror inte att det har förändrats så mycket i praktiken... (Kurator 1)

³ Projekt med en arbetsmodell kring samverkan.

⁴ Storstadsregionen.

Avslutande diskussion

Under avslutande kapitel kommer jag att ta upp studiens övergripande resultat och föra en slutdiskussion kring aspekter som jag funnit intressanta i materialet och i studiens analys. Jag för även en kortare diskussion kring vidare forskning utifrån frågeställningar som dykt upp under studiens gång.

Övergripande resultat

Min tolkning av de sju respondenternas intervjusvar är att respondenterna tar hänsyn till barnperspektivet i sitt kliniska arbete inom öppenvårdspsykiatri. Respondenterna menar att ett hänsynstagande av perspektivet har funnits sedan lång tid tillbaka. De menar att deras socionomutbildning är *en* bidragande orsak till att de uppmärksammar barnperspektivet i sitt arbete med den vuxne patienten. Men även att det har blivit deras uppdrag inom arbetsenheten att företräda perspektivet. Ett uppdrag som kan vara både uttalat och outtalat, vilket kan leda till sammanstötningar med andra professioner inom enheten. Enligt respondenterna blir vissa kollegor stötta av att respondenterna inte utgår från att de själva är medvetna om sitt ansvar att uppmärksamma barnperspektivet. Andra kollegor anser att respondenterna är okänsliga inför patientperspektivet och lägger för stor vikt vid barnen. De tycker att det är patienten som är där för att få vård och omsorg. Men enligt respondenterna anser många professioner inom enheten att det är bra att respondenterna tar ansvar för barnperspektivet och de uppskattar respondenternas kompetens. De frågar respondenterna hur de ska samtala med barnen och vilka resurser som finns utanför psykiatri när de misstänker att ett barn riskerar att fara illa. Detta resultat från studien anser jag belyser socionomens och kuratorns specifika yrkeskompetens. Yrkeskompetensen fyller en viktig roll inom vuxenpsykiatri för att ta hänsyn till patienternas barn och beakta barnperspektivet enligt lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen.

Barnperspektivet beaktas utifrån den vuxna patienten och utifrån respondenternas arbetsplats, vuxenpsykiatri. Det innebär att barnperspektivet ses utifrån att barnen är barn till psykiskt sjuka föräldrar och i behov av stöd och råd för att undvika konsekvenser för sin framtida emotionella hälsa. Lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen har inneburit en viss förändring. Den har i viss mån givit kuratorerna tydligare mandat att företräda barnperspektivet och medfört att barnperspektivet fått större tyngd inom vuxenpsykiatri. Respondenternas kliniska arbete har inte förändrats på något avsevärt sätt efter lagändringen,

men de uppger att rutiner för att uppmärksamma barnen har tillkommit inom organisationen. De har även blivit erbjudna internutbildningar för att kunna samtala med barnen och lyfta barnperspektivet i samtal med patienten. Detta är det övergripande resultat som empirin har fångat in utifrån respondenternas utsagor.

Slutdiskussion

Materialet belyser en spänning mellan patientperspektivet och barnperspektivet. Respondenternas utsagor tyder på att det ibland krävs av dem att de flyttar sitt fokus från patientperspektivet för att beakta ett barnperspektiv. Detta leder till att för att kunna ha ett barnperspektiv måste kuratorerna gå utanför organisationens ramar, riktlinjer och framförallt psykiatrins uppdrag. Vissa respondenter väljer att träffa barn till patienter oftare än vad riktlinjerna anser är tillräckligt och får till stor del förlita sig på sin yrkeskompetens i mötet med patienterna för att uppmärksamma hur barnen har det. Olika teorier om barn som utvecklingsteori och anknytningsteori beaktas inte av alla inom enheten, beroende på personernas olika kunskaper, professioner och erfarenheter. Hur barnets behov lyfts fram beror därmed på vem patienten möter inom den vuxenpsykiatriska enheten.

Lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen har tagits emot med glädje av samtliga respondenter, men de menar samtidigt att innebörden av denna lagändring redan är integrerad i deras arbete. Storstadsregionen hyllar projektet med den specifika arbetsmodellen som ett skäl till varför detta är belyst sedan flera år tillbaka. De mindre stadsregionerna är något återhållsamma och uppmärksammar istället de aktiva samordnarna som under 2000-talet har tagit fram material kring barnperspektivet och påmint de olika professionerna om vikten av att uppmärksamma perspektivet inom vuxenpsykiatrin. Jag ställer mig kritisk till deras utsagor kring lagändringens betydelse för deras kliniska arbete. Varför har det krävts en lagändring om respondenterna nu menar att barnperspektivet redan funnits inom vuxenpsykiatrin sedan årtal tillbaka och att uppdraget legat hos dem.

Lagändringen riktar sig till all vårdpersonal inom hälso- och sjukvården. Men eftersom studien har haft fokus på psykiatrikuratorn så är det konsekvenserna för denna yrkesgrupp inom vuxenpsykiatrin som lyfts fram och som uppmärksammas genom studiens empiri.

Vem har det övergripande ansvaret för barnperspektivet inom vuxenpsykiatrin och vems uppdrag är det att tillgodose barnens behov utifrån lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen? Detta är en relevant fråga att ställa sig, då svaret kan tala om för oss om lagändringen har betydelse för om barnen får den uppmärksamhet som de enligt forskningen

behöver för att inte utveckla framtida emotionell ohälsa. Lagen riktar sig till all vårdpersonal, men enligt studiens respondenter tar inte all vårdpersonal sitt ansvar av olika orsaker.

En av dessa orsaker kan vara att de flesta av respondenterna har tagit sig an rollen som barnombud inom enheten. För respondenterna kan rollen som barnombud vara både ett uttalat och uttalat uppdrag och ansvar inom och från organisationen. Några av respondenterna ser rollen som barnombud som likvärdig med rollen som kurator. Speciellt kurator 4 anser att rollerna inte skiljer sig åt då det oftast är, inom öppenvårdspsykiatri, kuratorn som är barnombud i större utsträckning än andra professioner.

Vad innebär detta för barnperspektivet? Under sammanställningen av studiens material och resultat blir det tydligt att samtliga respondenter anser att det är kuratorerna som företräder barnperspektivet främst inom psykiatrin. Med vissa undantag från andra professioner som till exempel sjuksköterskor och skötare som av eget intresse väljer att företräda barnperspektivet utanför sitt uppdrag inom enheten. Att företräda barnperspektivet är enligt respondenterna inte något som ligger utanför deras uppdrag utan det är kuratorns uppdrag inom vuxenpsykiatrin. Detta är enligt respondenterna vad som skiljer dem från andra professioner inom enheten. Respondenterna kallar ibland andra professioner som företräder barnperspektivet för eldsjälar. Jag väljer att tolka eldsjälar som, en individ som av egen fri vilja väljer att ha ett barnperspektiv utanför sin professions uppdrag och arbetsuppgifter inom enheten och utifrån ett eget intresse.

För barnperspektivet innebär detta att perspektivet blir uppmärksammat om det finns antingen eldsjälar eller kuratorer som på samma sätt som studiens respondenter ser barnperspektivet som sitt uppdrag att företräda. Kuratorer som belyser vikten av perspektivet för andra professioner och i det teamarbete som utförs inom enheten. Detta kan få konsekvenser för barnperspektivet eftersom det inte alltid finns eldsjälar eller kuratorer som tar sig an ansvaret i samma utsträckning. Detta leder till att olika barn får varierande uppmärksamhet beroende på behandlare och att vissa barn inte uppmärksammas alls eftersom det är oklart vems ansvar det egentligen är att ta hänsyn till barnen. En anledning till detta kan grunda sig i lagtextens innebörd och den enskilde yrkesutövarens uttalade eller outtalade uppdrag inom öppenvårdspsykiatrin.

Enligt sammanställningen av studiens resultat är en positiv konsekvens av lagändringen att respondenterna tar sig an ansvaret och arbetar aktivt med ett barnperspektiv. Påminner om lagändringen, att det är en skyldighet för alla inom psykiatrin från läkare till skötare att uppmärksamma barn till patienter, vilket kan leda till att barnen uppmärksammas i större utsträckning idag än innan lagändringen.

Respondenterna uttrycker att de vid tillfällena mött ett visst motstånd från andra professioner som inte anser att de behöver bli påmindas om sitt ansvar, eftersom de menar att de tar hänsyn till perspektivet i sitt dagliga arbete. Men vi vet att barn ibland förbises av vården och därför krävs det att personalen påminns om sin skyldighet, och inte i avseende att förringa andras kompetens utan för att förebygga så att barnen faktiskt uppmärksammas – vilket är av stor betydelse för barnen. Kanske är lagändringen en lag riktad till professioner som inte har densamma kunskapen kring barn till psykiskt sjuka som socionomer har. Men om så är fallet, så krävs det att kuratorer inte bara tar på sig ansvaret för barnperspektivet inom vuxenpsykiatri, utan fortsätter att påminna och inkluderar andra yrkesgrupper i arbetet för barnens bästa, så att lagen får ett fäste även i deras kliniska arbete.

Eller så finns här en möjlighet för kuratorn att nischa sina arbetsuppgifter inom vuxenpsykiatrisk öppenvård och få auktoritet inom området. Eftersom sex av sju respondenter har vidareutbildning inom psykoterapi kan detta få betydelse för kuratorns jurisdiktion inom vuxenpsykiatri. Med sin specifika kunskapsbas som socionom och med sin utvidgade vidareutbildning kan kuratorer som profession övertyga omgivningen om att man är främst om att utföra vissa specialiserade uppgifter inom psykiatri, som att företräda barnperspektivet (Abbott 1988; Wingfors 2004). Kuratorerna kan från att ha rådande jurisdiktion, den svagaste jurisdiktionen, få delad jurisdiktion inom vuxenpsykiatri som innebär att flera professioner samarbetar med ett avgränsat kompetensområde (Abbott 1988; Wingfors 2004). Detta kan innebära att barnperspektivet uppmärksammas ännu mer eftersom det blir tydligare att kuratorerna äger frågan inom vuxenpsykiatri. Det är dock naivt att anta att alla kuratorer idag företräder barnperspektivet bäst, även om de har stor kunskap om barn till psykiskt sjuka. Respondenterna vill gärna ge det intrycket, men jag tror att även kuratorer missar att inkludera perspektivet i sitt arbete med patienterna. Här krävs det tydligare riktlinjer och rutiner än att endast registrera att det finns barn och vilka åtgärder som görs för dem, även om detta är ett steg i rätt riktning. Det krävs mer än internutbildningar och en önskan om samverkan mellan olika myndigheter. Det krävs ett större engagemang från ledningen vid implementering av nya lagar och riktlinjer och det är av största vikt att all vårdpersonal deltar i implementeringen för att göra både lagen och riktlinjerna till en naturlig del av allas dagliga arbete, så att barn till patienter uppmärksammas inom vuxenpsykiatri.

Flera nya frågeställningar har dykt upp under studiens gång. Enligt respondenterna finns det barnombud inom varje enhet och i bästa fall inom varje team. Jag anser att det skulle vara intressant att undersöka barnombudens betydelse för barnperspektivet. För att möjligen se tydligare vem det är som tar sig an rollen som barnombud och varför. Finns det en risk med

att låta kuratorn åta sig ansvaret, vore det inte mer positivt att delge en sådan roll till yrkesgrupper som inte naturligt tar sig an den rollen – för att sprida ansvaret för barnperspektivet och se till så att perspektivet uppmärksammas även utanför kuratorns arbete. En ytteligare frågeställning som dykt upp under studiens gång är hur barnperspektivet är utbrett inom primärvården, och om det ens beaktas i vården av vuxna där. Det vore även intressant att göra en jämförande studie mellan slutenvården och öppenvården kring barnperspektivet, för att belysa skillnader och/eller likheter i riktlinjer, rutiner och hur fördelningen av ansvaret av ett barnperspektiv ser ut dem emellan. Föreliggande studie kan möjligen väcka ett intresse för vidare forskning kring lagändringens (i HSL) betydelse för barnperspektivet och vad denna kan tillföra och förändra i psykiatrins arbete för barn till psykiskt sjuka patienter och för barnens framtida emotionella hälsa.

Referenser

Abbott, A. (1988). *The system of professions – An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago

Aldridge, J & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: Policy

Brante, T. (2009). ”Vad är en profession? – Teoretiska ansatser och definitioner”. I Lindh, M (red.). *Profession och vetenskap – idéer och strategier för ett professionslärosäte*: artiklar sprungna ur en seminarieserie vid Högsolan i Borås våran 2009. Borås: Högsolan i Borås.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB

Daneback, K. & Månsson, S-A. (2008). ”Internetforskning” i Meeuwisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R., & Jacobsson, K. *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur

Devlin, J. & O’Brien, L. (1999). Children of parents with mental illness. I: an overview from nursing perspective. *Australian and New Zealand journal of mental health*, 8, 19-29.

Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt Å. A., & Forsell, Y. (2010). Implementing clinical guidelines in psychiatry: a qualitativ study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry*, 10:8.

Franzén, M. (2005), ”I fråga om makt. Diskurser, resurser, kontexter” i Goldberg, T. (red.) *Samhällsproblem*. Lund: Studentlitteratur.

Fraser, E. & Pakenham, K. (2009). Resilience in children of parents with mental illness: Relations between mental health literacy, social connectedness and coping, and both adjustment and caregiving. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (5), 573-584

Hedman A, B. (2010) ”Familj- och barnperspektivet – hur är det att leva som närstående” I Särskäter, I., (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa – på grundläggande nivå*. Lund: Studentlitteratur

Jacobsson, K., & Meeuwisse, A. (2008) ”Fallstudieforskning” i Meeuwisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R., & Jacobsson, K. *Forskningsmetodik för socialvetare*. Stockholm: Natur och Kultur.

Johansson, R. (2007) *Vid byråkratins gränser – Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. 3 upplagan 2 tryck. Lund: Arkiv förlag

Killén, K. (1999) *Svikna barn – Om bristande omsorg och vårt ansvar för de utsatta barnen*. Stockholm: Wahlström & Widstrand

Killén, K. (2009) *Barndomen varar i generationer – Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Lund: Studentlitteratur

Knuttson-Medin, L., Edlund, B., & Ramklint, M. (2007) Experiences in a group of grownup children of mentally ill parents. *Journal of psychiatric and Mental Health nursing*, 14, 744-752.

Koelch, M., Schmidt, M., & Fegert, J, M. (2009). P02-107 Children of psychiatric in-patients – prevalence, psychiatric symptoms and obstacles for professional support. *European Psychiatry*; Jan2009 Supplement 1, Vol. 24, pS797-S797, 1p

Korhonen, T., Pietilä, A-M., & Vehviläinen-Julkun, K. (2010). Are the children of the clients visible or invisible for nurses in adult psychiatry. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24, 65-74.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, M (2010) *Street-level bureaucracy – Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage.

Lundin, A., Benkel, I., Neerdaard, G., Johansson, B-M & Öhrling, C. (2009) *Kurator – Inom hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur

Olsson, S. (1999). *Kuratorn förr och nu: Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv*. Diss. Göteborgs universitet. Göteborg: Kompendiet AB

Psykiatri Skåne (2013) ”Barn som anhöriga” (elektronisk), *Psykiatri Skånes officiella hemsida* <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Psykiatri-Skane/Barn-som-anhoriga/> (2013-01-20).

SFS 1982:763 Hälso- och sjukvårdslag

SFS 2001:453 Socialtjänstlagen

SFS 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag

Skau, G M. (2001) *Mellan makt och hjälp – Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. Malmö: Liber AB

Skerfving, A. & Waltré, E. 1995. *Barnprojektet: om psykiskt störda föräldrar vid Beckomberga sjukhus: en kartläggning av deras antal och av sjukvårdens rutiner vid deras intagning*. Rapport från FoU-enheten/psykiatri Västra Stockholms sjukvårdsområde

Skerfving, A. (2005) *Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Gothia

Svensson, K., Johnsson, E. & Laanemets, L. (2008) *Handlingsutrymme – Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur

May, T. (2001) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur

Maybery, T., & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 40, 657-664.

Walsh, J. (2009). Childrens understanding of mental ill health: Implications for risk and resilience in relationships. *Child and Family Social Work, 14*, 115-122.

Wingfors, S, S. (2004). *Socionomyrkets professionalisering*. Diss. Göteborg: Univ., 2004

Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with severe mental illness – investigating their everyday situation. *Nordic journal of psychiatry, 62*, 5, 354-359.

Bilagor

Bilaga 1 - Intervjuguide

Personliga uppgifter

Kön?

Ålder?

Antal år inom yrket?

Annan utbildning än Socionom? Vidareutbildning?

Arbetar du inom privat eller offentlig psykiatri?

Barnperspektiv

Hur tolkar du begreppet barnperspektiv? *Vad innebär det för dig? Vad skiljer barnperspektiv från vuxet perspektiv?*

Är barnperspektivet förenligt med patientperspektivet enligt dig? *Varför, varför inte?*

Finns det lagar som hindrar dig att både arbeta utifrån ett barnperspektiv och ett patientperspektiv?

Handlingsutrymme och rutiner

Finns det rutiner för arbetet med barn till patienter med psykisk sjukdom? *Är det några rutiner jag kan få ta del av?*

Hur tänker du kring barnperspektivet i ditt dagliga arbete? *Vilken roll har barnet i ditt arbete med den psykiskt sjuka föräldern?*

Hur arbetar du för att följa ett barnperspektiv i ditt dagliga arbete? *Kan du ge något konkret exempel? Hur ofta träffar du barn till patienter?*

Pratar du med patienten om deras föräldraskap och om deras barn? *Vad kan du lyfta från ett sådant samtal? Finns det några nyckelord?*

Vilka möjligheter respektive svårigheter upplever ni att ni har med att följa ett barnperspektiv i ert dagliga arbete? *Organisatoriska bestämmelser som hindrar dig? På vilket sätt?*

När är det svårt att bibehålla ett barnperspektiv? Ge exempel.

Hur kan barn göras mer delaktiga i vården av deras föräldrar? *Hur aktiva/delaktiga anser du att de bör göras?*

Lagar

Vilken kunskap har du om lagändringen i Hälso- och sjukvårdslagen? *Finns lagen närvarande under ditt dagliga arbete? På vilket sätt?*

Finns det någon annan lag som är mer närvarande I ditt kliniska arbete än HSL? *Anmälningsskyldigheten enligt SOL, Sekretesslagen etc.? Varför?*

På vilket sätt har ditt arbete förändrats i och med lagändringen? *Vad innebär förändringen? Konsekvenser... för vem?*

Har lagändringen förändrat hur du arbetar kliniskt med ett barnperspektiv? *I så fall på vilket sätt?*

Samverkan

Vilka samverkar ni med när det finns barn till patienter med psykiskt sjukdom? *Finns det riktlinjer för vilka ni ska/bör samverka med? Anser du att det finns andra ni bör samverka med?*

Har det skett någon förändring i samverkan med andra samhällsorgan sedan lagändringen? *På vilket sätt har samverkan förändrats? Hur ser samverkan ut idag kontra innan lagändringen?*

Påverkar förändringen i samverkan ditt dagliga arbete på något sätt? *Relationen till patienten. Positiva och negativa effekter.*

Bilaga 2 – Intervjupersoner sökes till masteruppsats

Hej!

Jag heter Karoline Saga och studerar till en master i socialt arbete vid Lunds universitet. Jag söker nu intervjupersoner till min uppsats och vill komma i kontakt med Dig som kurator inom vuxenpsykiatri, öppenvård.

Jag är intresserad att få höra Dina resonemang kring din kliniska vardag och hur det är att arbeta med patienter som har minderåriga barn. I min undersökning söker jag information om hur Du som kurator uppfattar och resonerar kring din kliniska vardag och hur den påverkas av den nya lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 § 2g inom psykiatrisk öppenvård.

Intervjun kommer inte att ta mer tid än 60 minuter och handlar om några utvalda teman kring *Barnperspektiv, Handlingsutrymme, Hälso- och sjukvårdslagen* och *Förändring* med tillhörande frågor. Intervjuerna kommer att bandas, om det godkänns av dig och transkriberas samt ske på den plats och tid som passar dig. Din medverkan är anonym och all information kommer att aidentifieras i den färdiga uppsatsen. Du kommer även ha möjlighet att läsa uppsatsen innan det publiceras.

Kontakta gärna mig eller min handledare om du är intresserad av att delta eller få mer information om studien.

Med vänliga hälsningar

Karoline Saga

Kontaktuppgifter:
Karoline Saga
Email:
Mobil: 070-xxx xx xx

Handledare:
Helena Hansson
Email:
Mobil: 070x-xx xx xx