



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

Att föra barnen på tal

Yrkesverksammas erfarenheter av att anamma ett barnperspektiv i
vuxenpsykiatri.

Ebba Johansson

Kandidatuppsats (SOPA 63)

HT 2019

Handledare: Karl Eriksson

Abstract

Author: Ebba Johansson

Title: Professional's experiences of adopting a child perspective in adult psychiatry.

Supervisor: Karl Eriksson

Assessor: Tove Harnett

Professionals in adult psychiatry are obliged to consider the children's perspective when a patient suffering from mental illness has children. Studies indicate that many children do not receive the support, advice and information to which they are entitled to under the law. It seems that the professionals are lacking in the work of translating law into practice. The study examines what experiences the professionals in adult psychiatry have of working with children as relatives and in what way the children's perspective is taken in account in their daily work. Also, what opportunities and limitations do they see? In this study, qualitative interviews are used to gain an understanding of professional's experiences of working with the child perspective in adult psychiatry. Four professionals with an assignment as spokesperson for children in adult psychiatry was interviewed. The result of the interviews has been analyzed by the concept discretion and power. The study found that own responsibility and commitment is a prerequisite for the work to be done and that the professionals can use their space of discretion to bring children to speech. However, difficulties such as time, resources and the patient's self-determination can limit the opportunity. The law and guidelines advocate a way of working with the issue, but theory differs from practice in part due to lack of structures and support from management. On the other hand, the study also shows that there is an opportunity to bring the children to speech by talking *about* the children, with the discretion available to the professional.

Key words: children as relatives, discretion, professionals, spokesperson for children in adult psychiatry, power.

Innehållsförteckning

1 Inledning	5
1.1 Problemformulering.....	5
1.2 Syfte.....	7
1.3 Frågeställningar.....	7
1.4 Centrala begrepp och preliminära definitioner.....	8
1.5 Bakgrund.....	9
1.5.1 Lagar och riktlinjer	9
1.5.2 En frånvaro av det socialpsykiatriska perspektivet.....	10
2 Tidigare forskning	12
2.1 Avsnittets upplägg.....	12
2.2 Vad innebär det att vara barn som anhörig?.....	12
2.3 Vilka möjligheter och begränsningar har de professionella i arbetet med barn som anhöriga?.....	14
2.4 Hur har implementeringen av lagen och riktlinjer gått i praktiken?.....	15
3 Teori	17
3.1 Teoretisk utgångspunkt.....	17
3.2 Handlingsutrymmets innebörd för den professionelle.....	18
3.3 Målrationalitet, handlingar och inre tröghet.....	19
3.4 Makt.....	20
4 Metod	22
4.1 Metodologisk ansats.....	22
4.2 Förförståelse av forskningsområdet.....	22
4.3 Tillvägagångssätt.....	23
4.4 Metodologiska överväganden.....	23
4.4.1 Förtjänster och begränsningar.....	24
4.5 Urvalsprocess.....	25
4.6 Genomförande av intervjuer.....	26
4.7 Intervjupersoner.....	26
4.8 Bearbetning av analys av insamlad empiri.....	26
4.9 Metodens tillförlitlighet.....	28
4.9.1 Trovärdighet.....	28
4.9.2 Överförbarhet.....	28
4.9.3 Pålitlighet.....	28
4.9.4 En möjlighet att styrka och konfirmera.....	29
4.10 Forskningsetiska överväganden.....	30
4.10.1 Informationskravet.....	30
4.10.2 Samtyckeskravet.....	30
4.10.3 Konfidentialitetskravet.....	30
4.10.4 Nyttjandekravet.....	31
5 Resultat och analys	32

5.1 Uppdraget som barnombud.....	32
5.2 Arbetet med att föra barn på tal.....	33
5.3 Det egna ansvaret.....	35
5.4 Det viktigaste är alliansen – eller?.....	37
5.5 Patientperspektivet vs barnperspektivet, eller går det att förena?.....	38
5.6 Barnet som frånvarande.....	40
6 Slutdiskussion.....	43
7 Referenslista	46
Bilaga 1 - Informationsbrev	50
Bilaga 2 - Intervjuguide	51
Bilaga 3 – Samtyckesblankett	53

1 Inledning

1.1 Problemformulering

Vuxenpsykiatri är i flera hänseenden en vårdtjänst där patientens mående och behandling är i fokus. Å andra sidan är de yrkesverksamma samtidigt ålagda att ta hänsyn till lagar och riktlinjer som säger att barnets behov ska beaktas när en förälder är sjuk. 2010 infördes en ny paragraf i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär en skyldighet för personal inom hälso- och sjukvården att uppmärksamma barns behov av stöd och information när en förälder har någon form av psykisk störning, missbruk, funktionshinder eller allvarlig somatisk sjukdom (HSL 5 kap 7§). I samband med införandet av den nya paragrafen utformade Region Skåne riktlinjer och handlingsprogram för hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri ska arbeta med och för barnperspektivet i de verksamheter som på något sätt berör barn. Trots lagtillägget i hälso- och sjukvårdslagen och riktlinjer för hur verksamheter ska och bör arbeta med barn som anhöriga visar forskning (t.ex. Priebe & Afzelius 2015) att det finns brister i arbetet med att omsätta barnperspektivet i praktiken och att föra barn på tal. Vad har den yrkesverksamma för handlingsutrymme i arbetet med att föra barnen på tal? De yrkesverksamma har som uppgift att omsätta dessa relativt otydliga riktlinjer och regler i praktiken vilket kräver och skapar ett handlingsutrymme. Handlingsutrymmet medför i sin tur makt, och att föra barnen på tal är ett maktuttryck där lagen ger legitimitet för den yrkesverksamma att kunna göra något.

När en förälder eller annan vuxen inte mår bra till följd av psykisk ohälsa påverkas hela familjen och inte minst barnen. Föräldrars psykiska mående kan leda till psykosociala riskfaktorer för barnet och barn som är anhöriga är i synnerhet en utsatt grupp då de är beroende av de vuxna i deras närhet. Trots att det finns belegg för att information om och stöd kring förälderns sjukdom kan lindra de skadliga effekterna på barnet så lämnas barnet ofta utan förklaringar och insatser från hälso- och sjukvården (Östman 2009; Cooklin 2008). I Sverige har de vuxenpsykiatriska tjänsterna ett stort ansvar när det handlar om att identifiera och uppmärksamma barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa. Afzelius et al. (2017) förklarar att professionella inom vuxenpsykiatri är medvetna om att många av

deras patienter har minderåriga barn, men att den individuella relationen med patienten prioriteras. En del av problematiken ligger förmodligen i att vuxenpsykiatrin till stor del arbetar efter ett individperspektiv där patienten är i centrum. Hur kan den yrkesverksamma ta hänsyn till barnperspektivet i en verksamhet där barnets behov inte är den primära frågan? En trolig anledning till att barn sällan involveras kan vara att de yrkesverksamma inte har utrymme att göra det med hänvisning till hur verksamheten är organiserad. Å andra sidan går det möjligen att förhålla sig till barnperspektivet genom att prata med patienten *om* barnet, och kanske är det ett alternativt sätt att de på det.

Sammantaget verkar det som att det finns brister i arbetet med att omsätta barnperspektivet i praktiken, trots omfattande åtgärder i lagstiftning och med riktlinjer. Vidare står ofta den yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrin inför ett dilemma då hon ska dels ska ta hänsyn till och respektera patientens självbestämmande och önskemål samtidigt som hon ska beakta barnets behov. Utifrån denna problematik och med hänvisning till att barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa inte alltid får den information och det stöd de har rätt till har jag valt att göra denna intervjustudie. Det är intressant att utforska de yrkesverksammas relation till, och erfarenheter av problematiken som beskrivs ovan. Genom intervjuer försöker jag bilda en uppfattning och förståelse för hur de yrkesverksamma arbetar med att uppmärksamma barnperspektivet i praktiken och att föra barnen på tal, och möjligen få en förståelse för varför det inte alltid går. Där kan den hermeneutiska ansatsen hjälpa mig att förstå problematiken genom att tolka och skapa en förståelse för var deltagarna uttrycker. Jag ser handlingsutrymme och makt som centrala i frågan om att föra barnen på tal varför de används som teoretisk utgångspunkt. Därmed kan läsaren berikas när begreppen diskuteras i ett annat sammanhang.

1.2 Syfte

Syftet med denna intervjustudie var att undersöka yrkesverksammas erfarenheter av arbetet med att anamma ett barnperspektiv i en vuxenpsykiatrisk verksamhet.

1.3 Frågeställningar

- Hur beaktar yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrin barnperspektivet?
- Vilka möjligheterna och begränsningar upplever de yrkesverksamma i arbetet med barn som anhöriga?

1.4 Centrala begrepp och preliminära definitioner

Nedan följer definitioner på begrepp som används i texten.

Psykisk ohälsa är en term som täcker både psykiska besvär och psykisk sjukdom. Begreppet innehåller dels diverse psykiska besvär samt kliniskt definierade sjukdomstillstånd (Folkhälsomyndigheten 2019). I studien används psykisk ohälsa som ett övergripande begrepp för olika typ av psykiska besvär, sjukdomar och tillstånd.

Barnperspektiv är ett sätt för vuxna att försöka förstå och undersöka barns erfarenheter och uppfattningar om situationer. En vuxen kan försöka analysera och tolka barns upplevda värld och därmed tänka på att barns situation är annorlunda från de vuxnas.

Barn som anhörig är en minderårig person (under 18 år) med nära relation till en vuxen (t.ex. biologisk förälder) som har någon typ av hälsorelaterad problematik (HSL 5 kap 7§).

Handlingsutrymme för socialarbetare handlar om att omsätta regler i praktiken och möjligheten att agera mellan dessa. Handlingsutrymmet skapas genom hur byråkrater tolkar regler och policys och är varken bra eller dåligt (Evans & Harris 2004). För mer detalj, se teoriavsnitt.

1.5 Bakgrund

Det finns idag många familjer i vilka en förälder eller en annan vuxen inte mår bra till följd av psykisk ohälsa. Den vuxnes psykiska mående påverkar hela familjen och i synnerhet barnen eftersom att de är beroende av de vuxna i deras närhet. På flera sätt är det en utmaning för barn att växa upp med en förälder som lider av psykisk ohälsa, och ett barn kan i många fall påverkas negativt i situationer där en förälder inte mår bra. Det kan vara svårt att förstå vad som händer med föräldern och när en förälder mår dåligt kan det innebära stora förändringar i vardagen. Vilket bland annat kan leda till att barnet, till exempel, själv behöver ta ett större ansvar hemma. Vidare kan det vara svårt för föräldern att ge det stöd och den omsorg som barnet behöver i sin uppväxt (Socialstyrelsen 2013). Alla barn som växer upp med en förälder som lider av psykisk ohälsa drabbas inte av negativa konsekvenser, men för de som riskerar att göra det har hälso- och sjukvården skyldigheter att agera i barnets intresse.

1.5.1 Lagar och riktlinjer

I Sverige har det de senaste åren varit ett stort fokus på kompetensutveckling i arbetet med barn som anhöriga i och med nya bestämmelser i lagar och nya riktlinjer. Bland annat godkände riksdagen 2010 en strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (Prop. 2009/10 232). I denna finns bland annat strategier för hur beslutsfattare och berörda yrkesgrupper ska ha kunskap om barnets rättigheter och sedan kunna överföra den kunskapen till de verksamheter som är berörda. Vidare skall aktörer som berör barn arbeta för en samverkan för att stärka barnets rättigheter (Regeringskansliet 2010). Utöver denna strategi tillkom det 2010 ett lagtillägg i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som tar hänsyn till barn som anhöriga. Enligt HSL 5 kap 7§ ska hälso- och sjukvården särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som:

- 1) har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
- 2) har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
- 3) är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Med dessa strategier och lagändringar i åtanke är det intressant att utforska hur Psykiatri Skåne har anpassat arbetet med barn som anhöriga inom sina verksam-

heter efter lagtillägget i HSL. Priebe och Afzelius (2015) redogör för att Psykiatri Skåne sedan 20 år tillbaka har arbetat med att uppmärksamma barn som anhöriga men att det var först efter lagtillägget i HSL 2010 som Region Skåne 2014 tog beslutet att utveckla arbetet med barn som anhöriga genom att utforma ett handlingsprogram. Det har länge funnits riktlinjer, precis som idag, att det ska finnas barnombud på varje vårdenheter. Barnombuden är de som ska besitta kunskap om vilket stöd det finns att få för barn och deras familjer och samtidigt ska de arbeta för att påminna andra vårdgivare om barnperspektivet. Men både lagen och de riktlinjer som region Skåne utvecklat innebär ett ansvar för alla yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrin att beakta barnperspektivet och inte bara de som är barnombud. Utöver att alla verksamheter ska ha barnombud så finns det andra bestämmelser i handlingsprogrammet som utvecklades 2014. Alla verksamheter som berör arbete med barn som anhöriga ska aktivt arbeta för att uppmärksamma, ge information och göra barn som anhöriga delaktiga, samverka kring varje enskilt barn samt registrera barn i patientregister som underlag för statistik (Psykiatri Skåne 2014). Trots dessa riktlinjer och lagtillägget saknas det än idag konkreta åtgärder. En anledning kan vara att de yrkesverksammas främsta fokus ligger på individen som söker hjälp och inte dess omgivning.

1.5.2 En frånvaro av det socialpsykiatriska perspektivet

Inom de vuxenpsykiatriska tjänsterna råder ett individcentrerat perspektiv där patienten är i fokus. Men när en person drabbas av psykiska problem är det inte bara individen som drabbas utan likväl deras närstående. Ett problem som finns inom den vuxenpsykiatriska vården är att de flesta yrkesverksamma har ett individperspektiv på psykisk ohälsa, vilket tenderar att leda till att det socialpsykiatriska perspektivet faller bort (Borg 2008). Problemet är troligen såväl förenat med hur arbetet är organiserat och en anledning till att de yrkesverksamma fokuserar på individen kan vara för att de inte har utrymme för något annat. I socialpsykiatriska perspektivet betraktas psykiska problem som beroende av flera, ofta samverkande orsaker som formas med det omgivande samhället. Frånvaro av ett socialpsykiatriskt perspektiv inom vuxenpsykiatrin kan bero på att det sen länge funnits en individualistisk eller biologisk syn på psykisk ohälsa (Ågren 2008).

En del forskning visar att vuxenpsykiatrin behöver fokusera mer på familjen och lämna det individualistiska perspektivet för att kunna förebygga de psykiatriska och sociala problem som ett barn kan drabbas av till följd av föräldrarnas psykiska mående (Afzelius et al. 2017). Å andra sidan är det alltid patientens eget val att avgöra om barnet och familjen ska involveras i behandlingen eller inte. De yrkesverksamma behöver ta hänsyn till patientens önskan och vilja vilket kan leda till en utmaning att förena patientperspektivet med barnperspektivet om patienten inte vill. Möjligen är det svårt för den yrkesverksamma att förena dessa två perspektiv med hänsyn till deras arbetssätt, men å andra sidan går det kanske att ha ett barnperspektiv utan att direkt prata med barnet och istället prata *om* barnet med patienten. Det kan vara ett annat sätt att se möjligheten att föra barn på tal i en individfokuserad vårdtjänst.

2 Tidigare forskning

2.1 Avsnittets upplägg

I följande avsnitt redogör jag för tidigare forskning om barn som anhöriga samt de professionellas arbete med målgruppen. Forskningen fokuserar på hur barn påverkas och vilka hinder det finns för den yrkesverksamma till att ge stöd. Hinder som tid, resurser och allians med patienten diskuteras men däremot förekommer det få studier om den yrkesverksammas handlingsutrymme och vilka möjligheter/begränsningar som finns utifrån den enskildes uppdrag. Min uppfattning är att det finns lite nationell forskning om hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri arbetar med barn som anhöriga, särskilt på vilket sätt de ska arbeta utifrån de utbildningar de har samt om när insatser ska ges och till vilka patienter. Fastän studien syftar till att undersöka ämnet i en svensk kontext menar jag att det är intressant att se till den internationella forskningen med anledning av att det finns en viss frånvaro av forskning i svensk kontext. Samtidigt är det intressant då vi i olika länder står inför liknande utmaningar.

Avsnittet är uppdelat i tre rubriker där både internationell forskning från Australien och England presenteras såväl som nationella studier. Avsnittet inleds med vad det innebär att vara barn som anhörig och följs av vilka möjligheter och begränsningar det finns för dem professionella i arbetet med barn som anhöriga. Avslutningsvis presenteras resultat från studier om hur implementeringen av paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen och riktlinjer gått i praktiken.

2.2 Vad innebär det att vara barn som anhörig?

Att vara barn som anhörig innebär att det finns en koppling till institutioner och myndigheter, då det är utifrån dessa aktörers bedömning som barnet anses vara anhörig. Det är i institutionella sammanhang som ett barns förälder bedöms ha psykisk sjukdom, och om det är så, betraktas barnet som anhörig till sin sjuka förälder. Därmed är det faktum att föräldern har någon form av problem som är utgångspunkten för barnets status som anhörig, anhörigskapet kan i sin tur medföra risker. Det har kommit att bli ett ansvarsområde för till exempel vuxenpsykiatri då anhöriga har en viktig roll i återhämtningen från psykisk ohälsa. Däre-

mot kan inte barn bara ses som en resurs i återhämtningen då de behöver skyddas, vilket gör barn som anhöriga till en särskild grupp att ta hänsyn till. Fokus hos de professionella ligger däremot främst hos personen som innehar problemet vilket leder till att barnets situation är sekundär i frågan (Näsman et al. 2015). Barnet står på så sätt ständigt i relation till föräldern, och det är till föräldern som insatserna avser. Innebär det möjligen att barnet är i periferin i dubbelbemärkelse? Dels är barnet beroende av föräldern, samtidigt som att en behöver gå via föräldern för att kunna nå barnet.

Ett flertal studier intresserar sig för barns erfarenheter av att växa upp med en förälder med psykisk ohälsa. Där bland annat en svensk studie av Margareta Östman (2009) där flera barn poängterade vikten av att kunna kommunicera om sin situation med andra i sin omgivning och de betonade betydelsen av att ha någon som lyssnar på en. Särskilt uppskattat upplevde många barn att det var att prata med en professionell om sin och föräldrarnas situation, men det var ett behov som sällan uppfylls. Det leder oss in på det faktum att barn som anhöriga till en förälder med psykisk ohälsa har ett stort behov av information, råd och stöd, vilket bekräftas i ett flertal studier (Skerfving 2015; Östman 2009; Maybery & Reupert 2006). Många gånger lämnas barn utan information och förklaring till deras förälders sjukdom och mående, även om det finns bevis för att sådan information kan mildra de potentiellt skadliga effekterna på barnen (Cooklin 2009). Alan Cooklin (2008) förklarar hur barn som anhöriga ofta kallas för ”young-carers”, det vill säga unga omsorgsgivare. Han redogör för att begreppet kan vara problematiskt då uttrycket i sig medför en acceptans att kunna ställa krav på barnen som egentligen inte är acceptabla. Däremot är det en roll som ett barn som anhörig tar på sig, och som många gånger avkrävs av andra i barnets omgivning. Cooklin (2008) förklarar att termen young-carers till viss del kan användas då den beskriver en situation som många barn som anhöriga lever i och det är ett begrepp som används i andra internationella studier (jfr: Gray et al. 2008). Begreppet har däremot inte fått lika stor utbredning i Sverige då unga omsorgsgivare är ett uttryck som inte har etablerats i svensk lagstiftning (Nordenfors, Melander & Daneback 2014). Det betyder emellertid inte att young-carers inte finns i Sverige utan snarare kanske det handlar om att vi, i ett välfärdsland som Sverige, antar att inget barn

ska behöva ta hand om sin sjuke förälder och därför är det något som underlåtitts att undersökas.

Cooklin (2008) beskriver likt Östman (2009) att närvaron av annan vuxen kan fungera som en skyddande faktor för barnet såväl som insatser från välfärdstjänster och goda miljöer. Men det främsta behovet för barnet är att få en förklaring om vad som händer med sin förälder och på vilket sätt det påverkar barnets situation. Det är hälso- och sjukvårdens ansvar att tillgodose barnet med den informationen, vilket innebär en utmaning för de yrkesverksamma.

2.3 Vilka möjligheter och begränsningar har de professionella i arbetet med barn som anhöriga?

De professionella inom hälso- och sjukvården har alltså ett ansvar att beakta barn som anhörigas behov av information, råd och stöd enligt HSL (5 kap 7§). Forskningen visar däremot att det finns ett flertal hinder som begränsar de yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri, vilket påverkar sättet de arbetar med barn som anhöriga. Maybery och Reupert (2006) har studerat vilka som är de främsta hinder för de yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri i Australien, i arbetet med patienter och deras föräldraskap. Hinder som de yrkesverksamma påtalar är dels att patienten själv inte inser att de är sjuka och på vilket sätt deras sjukdom påverkar deras barn. Samtidigt är tid och resurser ett hinder då arbetet med målgruppen inte får tillräckligt med utrymme i det dagliga arbetet, eftersom att det tar både tid och kraft att arbeta för att involvera barnet i patientens behandling. I studien visar det sig att det finns en kunskapsbrist bland de yrkesverksamma kring hur man bör arbeta med föräldraskap och barn vilket tenderar att leda till att det undviks. Att det är något som undviks har möjligen med farhågan att ta upp ämnet, det vill säga, fråga om patientens barn då det kanske skulle störa den terapeutiska alliansen mellan patient och behandlare (Maybery & Reupert 2006). Forskningen har en tendens att fokusera på de hinder den yrkesverksamma står inför, och mindre på vilka möjligheter som finns.

Något som har visat sig vara effektivt för att stötta barnet som anhörig i relation till förälder med psykisk ohälsa är familjefokuserade insatser (Maybery & Reupert 2009). Däremot visar det sig att denna typ av insats sällan används. Maybery

och Reubert (2009) förklarar att det behövs mer familjefokus inom vuxenpsykiatrin och att grunden till problematiken med att barn inte får det stöd de har rätt till ligger på en organisatorisk nivå. De menar att det krävs förändringar i den organisatoriska strukturen i form av tydliga riktlinjer för hur arbetet ska se ut (Maybery & Reubert 2009). I den internationella forskningen framhävs behovet av mer familjefokuserade insatser inom vuxenpsykiatrin. Sett till en svensk kontext, beskriver Afzelius, Plantin och Östman (2015) i sin studie att det har gjorts stora ansträngningar inom vuxenpsykiatrin för att öka kunskapen hos vårdgivare för att de skall kunna arbeta mer familjeorienterat. Studiens resultat visar att de yrkesverksamma balanserar mellan främst två sätt att tänka. Det ena är att de vill etablera en trygg relation med patienterna och skapa/behålla en allians. Den andra är att de åligger dem att fullgöra de lagliga skyldigheterna gentemot barnet. Respondenterna i studien beskriver att det handlar om att hantera spänningen mellan dessa och för att behålla en trygg relation med patienten kan det krävas en försiktigt kringfrågor om patientens familj och barn. Deltagarna är medvetna om barnperspektivet men berättar att de saknas kunskap om vad det innebär i praktiken. När frågan om barn tas upp krävs det ofta mycket motivation från behandlarens sida för att patienten skall vilja diskutera det. Det tyder på att det är krävande för den professionella att arbeta med patientens familj då det förutsätter flexibilitet och tid. Sammanfattningsvis verkar det som att den individuella relationen är högst prioriterad och att det inte görs särskilt mycket ansträngningar för att involvera patientens barn. När det väl görs så är det utifrån den professionelles handlingsutrymme (Afzelius, Plantin & Östman 2015). Det kan tolkas som att det är upp till den yrkesverksamma för huruvida den enskilde väljer att involvera barnet eller inte.

2.4 Hur har implementeringen av lagen och riktlinjer gått i praktiken?

Forskningen talar mycket om den balansgång den yrkesverksamma står inför i arbetet med att involvera och uppmärksamma barn som anhöriga. Det handlar om att kombinera arbetet med patienten samtidigt som en ska förhålla sig till lagen och de riktlinjer som finns gällande att beakta barnets behov. Hur har det egentligen gått för vuxenpsykiatrin att implementera den nya lagen och de riktlinjer som finns i verksamheterna? Priebe och Afzelius (2015) har utvärderat implementeringen av lagtillägget utifrån Psykiatri Skånes riktlinjer. I studien har de bland

annat intervjuat verksamma barnombud inom vuxenpsykiatri som förklarar att både de och alla andra yrkesverksamma har riktlinjer att arbeta efter gällande barn som anhöriga. Det finns även utbildningar, som exempel *Föra barnen på tal*, vars syfte är att stärka föräldraskapet genom att uppmärksamma hur den psykiska ohälsan påverkar detta, samt *Beardslee* som är en familjeintervention där hela familjen involveras. Författarna understryker dock att bara för att man får utbildning i en metod betyder ju inte det nödvändigtvis att metoden tillämpas.

Resultatet från studien visar att det är få familjer som får insatser samt att yrkesverksamma brister i att dokumentera insatser som ges till barnen. En anledning som nämns är att riktlinjerna inte är tillräckligt förankrade i verksamheterna vilket tillför en uppfattning om att vikten med att registrera och uppmärksamma barnen inte är så betydande. Vidare menar en del informanter att det kan vara svårt att avgöra när en insats ska ges beroende på patientens mående och att det i riktlinjerna inte finns någon enhetlig modell för när vilka insatser ska ges (Priebe & Afzelius 2015). Priebe och Afzelius (2015) förklarar att syftet med tillägget i lagen inte kommer till nytta om det inte sker praktiskt. Det tyder på att de yrkesverksamma är väl medvetna om att de ska arbeta med och uppmärksamma barnperspektivet, men ord och riktlinjer i dokument innebär inte de facto att alla yrkesverksamma följer och aktivt arbetar med dem.

Det verkar som att kunskap per automatik inte innebär förändringar i arbetet. Det bekräftar Kejving, Sandlund och Pihkala (2014) i sin studie där de har undersökt psykiatrisk slutenvårdspersonals attityder och erfarenheter av att arbeta med barnperspektivet. I studien framkommer vikten av att ha en stödjande organisation med närvaro av aktiva ledare för att kunna lotsa implementeringen och de förändringar som den innebär. Respondenterna i studien menar att det är svårt när det inte finns kunskap kring arbetet med barn och att de saknar vissa verktyg för att arbeta med barnperspektivet. Kejving, Sandlund och Pihkala (2014) förklarar att trots utbildning i *Föra barnen på tal* hade ingen av respondenterna använt sig av metoden. Det här tyder å andra sidan på att även om yrkesverksamma har hantverken för att kunna göra det, finns det en osäkerhet i hur de ska användas. Eventuellt beror det på en bristande struktur på ett organisatoriskt plan, vilket kan leda till oklarheter i vad som ska göras och hur man ska göra det.

3 Teori

I följande avsnitt presenteras den teori som används som teoretisk utgångspunkt för att analysera det empiriska materialet. En teori är en förenkling av världen vilket innebär att en teori inte kan förklara allt utan en teori utgår från ett visst perspektiv och lyfter därmed fram vissa aspekter utifrån det perspektivet för att studera ett material. Med hjälp av teorin kan en dels få vägledning men det är såväl en begränsning i hur vi tar del av och begriper världen (Svensson 2015).

3.1 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretisk utgångspunkt som används i studien är handlingsutrymme och makt. De yrkesverksamma som har intervjuats arbetar med att föra barnen på tal och för att kunna göra det krävs det handlingsutrymme. Det finns möjligheter såväl som begränsningar i den yrkesverksammas handlingsutrymme då arbetet styrs av två olika regelverk, som inte sällan krockar. Dels ska man hantera regelverken gällande patienten och dess självbestämmande samtidigt som en ska beakta barnperspektivet. Det är upp till socialarbetaren att lösa dilemmat vilket innebär att det finns ett handlingsutrymme att göra något i på vilket sätt barnen förs på tal. Begreppet handlingsutrymme i det sociala arbetets forskning kopplas ofta till Michael Lipsky (2010) och hans teori om gräsrotsbyråkrati. Lipsky (2010) menar att socialarbetare har stort utrymme att bestämma själv över sitt arbete utifrån att man förhåller sig till organisationens ramar och regler. Vidare menar Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkrati att socialarbetaren, det vill säga gräsrotsbyråkraten, står inför ett dilemma då hon dels ska representera organisationen hon arbetar för, samtidigt som hon ska värna för medborgarnas rättigheter.

Evans och Harris (2004) har resonerat kring Lipskys definition av handlingsutrymme och argumenterar i sin tur för att handlingsutrymme varken är bra eller dåligt, utan att det är en nödvändig aspekt i det sociala arbetet. De menar att det är summan av rutiner och bedömningar, och samtidigt ett ansvar att fatta beslut. Det är inte regler eller avsaknad av regler i sig som är själva handlingsutrymmet utan det är möjligheten att agera mellan regler likväl som att omsätta regler i praktiken (Evans & Harris 2004). Vidare är det inte självklart att reglerna och lagarna är så tydliga att alla inte kommer tolka dem på samma sätt. Det ger den enskilde hand-

lingsutrymme. Under vissa förutsättningar kan handlingsutrymmet vara en viktig professionell egenskap, samtidigt som det kan vara en möjlighet för den yrkesverksamma att använda sig av makt i relation till patienterna. En möjlig negativ följd av ett för stort handlingsutrymme är att det kan tjäna professionellas egna intressen (Evans & Harris 2004). Evans och Harris (2004) argumenterar för att en ökad mängd av rutiner och regler kan leda till att professionella ökar sitt utrymme att agera genom att bortse från vissa riktlinjer och regler, medan de gör en bedömning och väljer att följa andra. Det vill säga att om det finns fler administrativa regler att förhålla sig till så behöver den professionella göra en bedömning för huruvida man ska stå i förhållande till dessa och därmed skapas ett handlingsutrymme.

3.2 Handlingsutrymmets innebörd för den professionelle

Det finns olika sätt att se på handlingsutrymme och hur den yrkesverksamma använder sig av handlingsutrymme i sitt arbete. Svensson, Johnson & Laanemets (2008) beskriver att handlingsutrymme är det utrymme som avgör vilka möjligheter socialarbetaren har att göra och inte göra i den aktuella situationen i mötet med klienten. I en organisation som vuxenpsykiatri är man representant för den organisationen där den främsta uppgiften är att värna om patienterna. Den yrkesverksamma kan i många fall uppleva ett dilemma i mötet med patienten då en ska förhålla sig till de organisatoriska ramarna, vilket kan begränsa handlingsutrymmet beroende på vilket uppdrag yrkesutövaren har. Enligt författarna både formas och påverkas handlingsutrymmet av organisationen, utifrån de rutiner som finns och de professionella tolkningar den yrkesverksamma gör såväl som individuella faktorer hos både den yrkesverksamma och patienten. Som yrkesverksam är man del av en organisation och styrs dels av de lagar och regler som organisationen satt upp, samtidigt som det finns en viss frihet i arbetet. På så vis kan handlingsutrymmet se olika ut för individer med samma profession inom samma verksamhet (Svensson, Johnson & Laanemets 2008).

De yrkesverksammas handlingsutrymme medför en möjlighet att kunna handla utifrån det utrymme som organisationens uppdrag sätter. Den professionella kompetensen som den yrkesverksamma besitter leder till en möjlighet att påverka ut-

rymmet som ges, vilket innebär att handlingsutrymmet skapas i ett samspel mellan organisationen och den professionella.

Den yrkesverksamma i en psykiatrisk verksamhet kan känna sig förpliktad av de regler och riktlinjer som finns avseende arbete med barn som anhöriga, men dessa lämnar även ett utrymme för den enskilde att göra en egen tolkning och tillämpning av det (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). Yrkesverksamma besitter olika sorters av erfarenheter beroende på tidigare arbetslivserfarenheter av både organisationer och patientkontakter, dessa erfarenheter som den yrkesverksamma besitter innebär att man kan använda sitt handlingsutrymme på olika sätt. Svensson, Johnson och Laanemets (2008) menar att mer erfarenhet och kompetens inom ett särskilt område, exempelvis av arbetet med barn som anhöriga, innebär en möjlighet att utnyttja organisationens resurser mer, samtidigt som den yrkesverksamma kan påverka och eventuellt förändra de ramar som organisationen satt upp. Som yrkesverksam inom vuxenpsykiatri och med uppdrag som barnombud kan man dels välja att acceptera det handlingsutrymmet som organisationen ger, eller arbeta för att expandera det. Handlingsutrymmet skapar valmöjligheter för de yrkesverksamma med uppdraget barnombud för huruvida de tar sig ann det uppdraget.

3.3 Målrationalitet, handlingar och inre tröghet

För många organisationer som arbetar med socialt arbete är målrationalitet viktigt då verksamheterna ska vara målinriktade och aktiva. Inom organisationer finns manualer och program som på olika sätt ger stöd i arbetet i specifika situationer och sammanhang, vilka hjälper socialarbetaren att få fäste om sin verksamhet (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). För att de yrkesverksamma inom psykiatri ska kunna genomföra det uppdrag som organisationen givit dem och dels fylla en funktion samt för att professionen ska kunna forma sin egen funktion, så krävs det specifika arbetskunskaper. Som yrkesverksam handlar arbetet mycket om att utföra olika slags handlingar, det vill säga *att göra något*. Men för att kunna bedöma vad som är väsentliga och tänkbara handlingar behöver den yrkesverksamma besitta professionalitet och kunskap. Handlingarna förverkligas när den yrkesverksamma ingriper aktivt eller låter bli att ingripa (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). När den yrkesverksamma fattar beslut om att en patient ska få

en viss insats som stödsamtal eller annan typ av behandling är det den insatsen i frågan som motiverar till handlingen, vilket är en målrational handling som syftar till förändring. I den yrkesverksammes arbete förekommer olika handlingar, även om ”syftet” och målet i kontakten med patienten är förändring betyder det inte att det är den enda handlingen de använder sig av. Dessa handlingar som den yrkesverksamma har att förfoga över har olika innebörder och att i socialt arbete är det dels en utmaning och en möjlighet att ha ett lager av färdigheter att välja på. Varpå dessa varierar i olika situationer och behöver anpassas till människors olika livssituationer. En handling kan utifrån organisationens perspektiv verka helt självklar och rationell, medan den i förhållande till människan som den yrkesverksamma arbetar med kan uppfattas märklig och irrationell (Svensson, Johnson & Laanemets 2008).

I alla organisationer finns en inre tröghet som gör att förändringar inom organisationen kan ta lång tid, vilket påverkar den yrkesverksammes handlingar och handlingsutrymme. Trögheten ger stabilitet och trygghet men den kan också vara ett hinder för dem som vill ha och arbetar för någon form av förändring. Trögheten beror i många fall på att individerna i organisationen strävar efter bevarande. Det kan yttras sig i att en del har problem med att agera på det nya sättet som organisationen framhåller, exempel genom att följa nya rutiner eller riktlinjer. Människor har en tendens att sträva efter att göra på det sättet man brukar och vara tveksam till det nya. I situationer där organisationens aktörer inte bedömer ett problem som ett bekymmer finns risken att de inte ser anledningen till varför det ska ske en förändring. Det leder till ett dilemma eftersom att det är aktörerna som är en förutsättning för att det ska kunna ske en förändring (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). Det betyder att när nya saker ska implementeras i en organisation är ett intresse från både organisationen och ledning samt individerna inom organisationen en förutsättning för att kunna förändra något.

3.4 Makt

Den yrkesverksamma har ett val i hur hon tolkar regler och lagar, denna möjlighet innebär likaså makt. I relation till patienten besitter alltid den yrkesverksamma någon form av makt vilken främst blir synlig genom det tolkningsföreträde den

yrkesverksamma har givet organisationen och det uppdrag som makten tillför. Å ena sidan innebär det en möjlighet att ge klienten alternativ, å andra sidan har man makten att handla på ett sätt som inte gynnar klienten (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). Skau (2018) menar att makt inte alltid behöver vara negativt utan att det är en nödvändighet för den yrkesverksamma för att kunna hjälpa patienten. Som professionell inom en organisation i möte med patienter är det viktigt att vara medveten om och förstå maktaspekten i sin yrkesroll. Makt kan både vara gott och ont, men framförallt skapar det och är en benämning för olikheter mellan människor. Makten är den möjlighet som den yrkesverksamma har att kunna genomföra något, att få igenom "sin vilja". I förhållandet mellan den yrkesverksamma och patienten där båda arbetar för att patienten ska bli frisk eller må bättre kommer viljan ofta att kongruera. Men båda parter kan ha olika föreställningar om vad målet är, likväl vad som krävs för att uppnå det (Skau 2018). Den yrkesverksamma kan ha egna intressen som motsäger patientens, exempelvis om den yrkesverksamma vill lyfta och involvera barnet i patientens behandling medan patienten inte alls ser det som en del av behandlingen.

I en verksamhet som vuxenpsykiatri har den yrkesverksamma både makt och kontroll som dels baseras på organisationens ramar, normer och lagstiftning likväl specifik kunskap den professionella besitter. Idag talas det om att positionen som hjälpare ska baseras på vad patienten önskar och dennes självbestämmande. Det innebär som yrkesverksam att man ska ha respekt för vilket sätt patienten vill ha hjälp. Även om en som yrkesverksam tar hänsyn till patienten och arbetar för att ha en jämlik relation så förekommer det alltid någon form av obalans eftersom patienten i många fall är beroende av behandlarens hjälp. Det är i många fall ett dilemma att både vara hjälpare och att ha makt, där makten kan användas i både ett hjälpande syfte såväl som att det kan orsaka patienten skada (Skau 2018).

4 Metod

4.1 Metodologisk ansats

Med hänsyn till att jag vill tolka och förstå det empiriska materialet har jag valt att använda mig av hermeneutiken som metodologisk ansats. Hermeneutikens intresse är att utforska fenomenet förståelse. Utgångspunkten är att världen förstås genom att införliva hur den ofrånkomligen framträder i våra erfarenheter och det kan förtydliga ett mänskligt och socialt sammanhang. Hermeneutiken handlar därmed inte om att förklara, utan om att förstå hur världen framträder för tolkande perspektiv (Ödman 2007).

För att kunna tolka och få förståelse för den sociala verklighet som informanterna befinner och arbetar i, har jag använt mig av kvalitativa intervjuer. Det är intervjupersonernas beskrivning av sina erfarenheter som är viktig. Eftersom att vi lever i samma värld och delar meningar med varandra kan jag förstå intervjupersonerna, samtidigt som de kan föra samman meningar i för mig nya sammanhang. För att förtydliga detta fokuserar jag på deras upplevelser av fenomen vi båda redan har "tillgång" till. Det är således viktigt som forskaren att reflektera och vara medveten om sin egen förförståelse under processen då även forskaren deltar i intervjun och vi har alltid en förförståelse av det vi tolkar. Enligt hermeneutiken kan vi inte förstå någonting utan förförståelse och denna påverkas av våra erfarenheter (Ödman 2007). Min analys av empirin belyser det perspektivet som intervjupersonerna har, det vill säga deras upplevelse och erfarenhet om det jag studerar.

4.2 Förförståelse av forskningsområdet

Anledningen till det valda forskningsämnet kommer från erfarenheter av arbete inom psykiatri, samt ett generellt intresse av psykisk ohälsa. Det, i kombination med vetenskapen om att barn ofta är särskilt utsatta när de växer upp med en förälder som har någon form av problem har lett fram till forskningsproblemet. Just psykisk ohälsa är särskilt intressant då det många gånger är en problematik som inte syns, vilket kan leda till att barn till föräldrar med psykisk ohälsa försummas. Forskningsfrågan framkom efter research inom ämnet där forskning visar att det

verkar skilja sig i teori för hur man bör arbeta med barn som anhöriga och för vad som görs i praktiken. Eftersom att jag har läst på om ämnet och om tidigare forskning har jag en förförståelse inom området vilket är positivt på så vis att jag i intervjuerna kunde gå direkt in på den problemfråga jag studerar. Däremot kan förståelsen göra att jag tar saker för givet. Deltagarnas upplevelser av sitt arbete och tolkningar av vad uppdraget som barnombud ger mig en möjlighet att ifrågasätta vad jag och tar för givet, exempelvis vad handlingsutrymme är.

4.3 Tillvägagångssätt

För att kunna studera det valda forskningsområdet behövde jag hitta relevant forskning till forskningsfrågan. Jag har framförallt använt mig av LUB-search och genom denna sökmotor har jag kunnat ta del av både de internationella och nationella studierna som berör ämnet. I sökningar på LUB-search har jag använt mig av ord och kombinationer som ”professionals in adult psychiatry”, ”Children as relatives”, ”young carers”, ”parents with mental illness”, ”children of parents with mental illness” ”family-focused practice”. Fokus har varit att finna studier och artiklar som är peer-reviewed vilket majoriteten är.

4.4 Metodologiska överväganden

I studien har jag utgått från en kvalitativ metod. Valet av metod föll sig naturligt då en forskare som utgår från en kvalitativ ansats enligt Bryman (2011), fokuserar på att fånga åsikter och uppfattningar genom att studera något nära och på så sätt få en djupare kännedom och förståelse för det man undersöker. Det är meningar som är betydelsefulla och genom dessa får studien ett annat djup.

I den kvalitativa metoden finns det flera vägar att gå för att samla in data, varav en är kvalitativa intervjuer. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) handlar den kvalitativa forskningsintervjun om att förstå ämnet utifrån intervjupersonens perspektiv. Meningen är att ta del av intervjupersonernas erfarenheter om specifika situationer. Det finns två typer av kvalitativa intervjuer, vilka är ostrukturerade och semistrukturerade. Både ostrukturerade och semistrukturerade intervjuer är flexibla på så vis att intervjupersonen får möjlighet att prata fritt. Den ostrukturerade intervjun liknar ett vanligt samtal där forskaren ofta använder sig av teman och när

samtalet väl är igång kan intervjupersonen tala öppet och mer generellt om de teman som tagits fram, vilket är en fördel när man studerar ett ämne rent allmänt (Bryman 2011). Eftersom att syftet med studien är att studera ämnet mer specifikt har jag valt att använda mig av semistrukturerade intervjuer. Anledningen är att det dels är flexibelt samtidigt som fokus under intervjuerna är riktat mot mina specifika frågeställningar. I den semistrukturerade intervjun har forskaren oftast med sig en intervjuguide som kan användas som ett stöd under intervjuens gång och för att behålla fokus på det som intervjun avser att undersöka. I intervjuguiden (se bilaga 2) tas specifika teman/begrepp fram som är kopplade till studiens frågeställningar. Utifrån dessa teman skapas ett par förbestämda frågor som intervjuaren kan utgå från men som inte behöver komma i någon speciell ordning. Det positiva med denna intervjuform är dels att intervjun riktas in på det som studien avser att undersöka samtidigt som intervjupersonen får stor frihet till att kunna prata om det hen upplever följt av att forskaren kan ställa följdfrågor på det som uppfattas intressant (Bryman 2011).

4.4.1 Förtjänster och begränsningar

Det som är intressant med intervjuer och anledningen till att det passar min studie är att intervjupersonerna kan berätta om hur de arbetar med barn som anhöriga samt berätta om sådant de inte gör. Genom att prata med de yrkesverksamma kan jag tolka deras erfarenheter och det ger följaktligen en förståelse för deras upplevelser av hur det är att arbeta och att inte arbeta med barnperspektivet inom vuxenpsykiatri. Jag är intresserad av intervjupersonernas erfarenheter och meningar för att på så vis lyfta fram vad som är meningsfullt för dem och vad det är dem upplever inte fungerar. I användandet av intervjuer kan jag bara redogöra för hur intervjupersonerna talar om deras arbete, och därmed inte vad de praktiskt gör och på vilket sätt de arbetar efter lagarna och riktlinjerna.

Vidare är det viktigt att reflektera över vad som kan vara problematiskt med intervjuer. Det som begränsar intervjun är bland annat att jag inte kan vara säker på att det som intervjupersonerna berättar under intervjun stämmer överens med hur de handlar och betar sig i verkligheten. Intervjupersonernas utsagor är beroende av hur de upplever något just då och deras utsagorna kan även tolkas olika (Eriksson-

Zetterquist & Ahrne 2015). Under intervjuerna försäkrade jag mig om att jag förstod det som intervjupersonen menar genom att sammanfatta och bekräfta det som intervjupersonen sagt.

4.5 Urvalsprocess

För att undersöka och besvara mitt syfte och mina frågeställningar behövde jag få tillgång till yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri. Respondenterna i studien delar det faktum att de är eller har varit yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri i Region Skåne och att de på något sätt arbetar/har arbetat med att involvera barn till deras föräldrars behandling.

Som urvalsmetod valde jag att använda mig av ett målinriktat urval. Det innebär att jag har valt ut intervjupersoner som är lämpliga och relevanta för det område jag har valt att studera och det är deras erfarenheter jag är intresserad av (Bryman 2011). För att nå ut till de yrkesverksamma började jag med att ta kontakt med en person inom Region Skåne som var relevant för mitt forskningsområde. Personen skickade vidare mitt informationsbrev (se bilaga 1) till yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri inom Region Skåne. På så sätt skickades mitt informationsbrev direkt vidare till de personer som är eller har varit barnombud och de fick möjlighet att ta kontakt med mig vid intresse av att delta i studien. Beskrivet angreppssätt kallas även snöbollsurval då jag först tog kontakt med en person som är relevant för studien, som i sin tur förde mig till andra personer som var relevanta för ämnet (Bryman 2011).

Totalt hade jag 4 stycken intervjuer, vilket var så många jag behövde för att kunna säga något om det ämne jag studerar. Med fyra intervjuer uppnådde jag en mättnad med hänsyn till att jag upplevde att nya data inte skulle ge någon ny information och empirin var tillräcklig för att kunna se mönster, skillnader och olikheter (Bryman 2011). Att poängtera är det faktum att syftet med studien inte är att generalisera empirin utan snarare uppmärksamma den problematik som yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri kan uppleva i arbetet med barn som anhöriga. Det är intervjupersonernas erfarenheter av detta specifika område som är intressant

och som kan ge läsaren en förståelse för vad deltagarna uttrycker samtidigt som det kan berika läsaren när det diskuteras i ett nytt sammanhang.

4.6 Genomförande av intervjuer

Den första kontakten med intervjupersonerna hölls via e-mail och intervjupersonerna fick välja när och var intervjuerna skulle äga rum. Väl på plats för intervjuerna försäkrade jag mig initialt om att det var okej att spela in intervjuerna och att de tagit del av all information rörande studiens upplägg och de etiska kraven. Intervjupersonerna och jag skrev i sin tur på en samtyckesblankett (se bilaga 3).

Till hjälp under intervjuerna hade jag intervjuguiden samt ett anteckningsblock. Intervjuerna spelades in med syftet att det dels underlättar för intervjuaren då man inte behöver anteckna under tiden, samtidigt som man kan ha fullt fokus på vad intervjupersonen säger och ställa frågor. Det inspelade materialet möjliggör för mig att i efterhand gå tillbaka i materialet och på så vis undviker jag att missa något viktigt (jmf. Bryman 2011).

4.7 Intervjupersoner

Tre av intervjupersonerna är kuratorer med ett uppdrag som barnombud inom vuxenpsykiatri. En person har för tillfället tjänst inom annan del av vården men har tidigare arbetat som kurator med uppdrag som barnombud inom vuxenpsykiatri. Inga vidare individuella presentationer av intervjupersonerna kommer ske dels med hänsyn till att skydda deras identitet samt för att det inte är relevant för studien. Intervjupersonerna benämns med fiktiva namn i resultat-delen vilka är: Hanna, Astrid, Nadja och Tove.

4.8 Bearbetning av analys av insamlad empiri

Samtliga intervjuer var ca 45–55 minuter. Det insamlade materialet transkriberades i sin helhet för att kunna bearbetas. Jag valde att inte skriva ut pauser, tonläge och ifyllnadsläten som ”ah” ”eh” ”hm” eller andra ljud som intervjupersonen gav ifrån sig som exempelvis suckar. Anledningen är att det inte är relevant för min analys. När en intervju var genomförd valde jag att transkribera materialet samma dag som intervjun var genomförd. Det är en fördel att ta sig an materialet direkt

då det är en stor mängd material att hantera. Att transkribera intervjun direkt öppnar för en medvetenhet om vilka teman som uppenbarar sig under intervjun (Bryman 2011), vilket innebar att jag kunde ta med mig det till efterkommande intervjuer. När alla intervjuer var genomförda samt transkriberade följde en sorteringsprocess.

Rennstam & Wästerfors (2015) talar om att sorteringsprocessen handlar om att bli förtrogen med det insamlade materialet. Med tanke på de stora mängder material behövde jag läsa igenom materialet flera gånger och under tiden delades det upp och strukturerades om. Materialet sorterades genom att färgmarkera i olika omgångar där jag till en början färgmarkerade meningar och stycken i transkriberingarna utifrån olika begrepp. Man kan säga att jag har utgått från vad man enligt Charmaz (2002) kallar initial/öppen kodning och selektiv/fokuserad kodning. I den initiala fasen lästes materialet ett flertal gånger med ett öppet förhållningssätt. Efter ett antal läsningar började jag se återkommande ord/meningar, vilka leder över till den selektiva fasen där jag började se teman och mönster som återkom i texterna. Genom att sortera på detta vis blev det mer överskådligt att granska materialet (Rennstam & Wästerfors 2015). Intervjupersonernas uttalanden kortades ner så att det mest väsentliga av innebörden kommer fram, vilket kallas meningskoncentrering (Kvale & Brinkmann 2014). De teman jag valde att koda efter var barnombudsuppdraget, arbetet med att föra barn på tal, det egna ansvaret, alliansen, barnets som frånvarande och patientperspektiv vs. barnperspektiv vilka ledde vidare till rubriker i resultat-delen där jag redovisar det som är av samma relevans under samma rubrik med hjälp av citat, meningskoncentreringar och sammanfattningar. I intervjupersonernas utsagor kunde mönster, likheter och skillnader urskiljas som blev intressanta i förhållande till forskningsfrågan. Med hänvisning till stora mängder material var jag tvungen att reducera materialet på ett lämpligt sätt, vilket kräver försiktighet. Det finns ett visst representationsproblem eftersom att man vill göra materialets nyanser rättvisa och samtidigt inte kan visa upp allt. Avsikten med att reducera handlar snarare om att återge en bra framställning av materialet. Viktigt att påpeka är att empirin inte avspeglar verkligheten i sig utan snarare att det empiriska materialet synliggör en viss verklighet, det vill säga den som intervjupersonerna berättar om just där och då. Efter analysen

av materialet redovisas min tolkning av detta i resultatet (Rennstam & Wästerfors 2015).

4.9 Metodens tillförlitlighet

För att bedöma studiens tillförlitlighet i kvalitativ forskning kan man enligt Bryman (2011) diskutera tillförlitligheten utifrån 4 olika kategorier vilka redogörs för nedan.

4.9.1 Trovärdighet

Trovärdighet handlar om att studien görs enligt de regler som finns samt att forskaren förstått vad respondenterna menar med sina utsagor (Bryman 2011). Efter genomförda intervjuer frågade jag intervjupersonerna om de upplevde att de fått säga allt de velat och om det var något de ville skulle uteslutas eller förtydligas. De blev även informerade om att de har möjlighet att ta del av resultatet när studien är färdig.

4.9.2 Överförbarhet

Överförbarhet mäter i vilken mån resultaten från studien kan överföras till andra sammanhang och miljöer (Bryman 2011). Resultatet ger ett exempel på hur yrkesverksammas erfarenheter kan förstås, där mönster och gemensamma drag kan urskiljas. Jag har använt mig av så kallade täta beskrivningar vilket innebär att jag gör en detaljerad beskrivning över arbetets process både i metod och i intervjupersonernas uttalanden. Det medför en möjlighet för andra personer att bedöma huruvida resultaten är överförbara till annan miljö (Bryman 2011).

4.9.3 Pålitlighet

Studiens pålitlighet rör sig om att det ska finnas en tydlig och noggrann redogörelse för arbetets process och faser (Bryman 2011). Jag har förhållit mig till kriteriet genom att dels noggrant beskriva alla studiens faser, redogöra för både förtjänster och begränsningar samt genom att låta min handledare succesivt följa arbetet och ge konstruktiv feedback.

4.9.4 En möjlighet att styrka och konfirmera

I kvalitativ forskning går det inte att uppnå objektivitet, vilket forskaren ska vara medveten om och samtidigt försöka tillförsäkra att personliga värderingar inte har påverkat studien (Bryman 2011). Det handlar om att vara rättvis och förmedla intervjupersonernas beskrivning och upplevelse av deras sociala värld. Jag har försökt vara tydlig med vilken tolkningsram jag utgått ifrån genom att noggrant redogöra i argument för de tolkningar som har gjorts. Därigenom har jag möjligen uppnått en mer nyanserad bild av materialet vilket ger läsaren en möjlighet att lära sig något av resultaten och en chans att bilda sig en egen uppfattning.

4.10 Forskningsetiska överväganden

Vid undersökningar som innefattar människor är det av vikt att reflektera över de etiska övervägandena för huruvida studien är etiskt försvarbar, det vill säga att de som deltar inte ska ta skada av studien. Därför har jag i studien utgått utifrån Vetenskapsrådets krav på individskydd. Individskyddskravet är uppdelat i fyra etiska principer som det är angeläget att förhålla sig till, vilka är följande: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet 2002). Nedan följer en redogörelse för de forskningsetiska principerna samt för hur jag har förhållit mig till dem i studien.

4.10.1 Informationskravet

Kravet innebär att de individer som medverkar i studien ska bli informerade om syftet med undersökningen (Bryman 2011; Vetenskapsrådet 2002). Ett informationsbrev skickades ut till alla respondenter för att försäkra mig om att de är medvetna om studiens upplägg. Via brevet blev de informerade om att det är frivilligt att medverka, att de kan välja att hoppa av när de vill samt att deras medverkan är anonym. Informationen gavs även innan intervjuerna började för att försäkra mig om att alla intervjupersoner fått samma information och uppfattat den korrekt.

4.10.2 Samtyckeskravet

Intervjupersonerna skall få information om att det är frivilligt att delta samt att de har rätt att avstå att svara på frågor (Bryman 2011; Vetenskapsrådet 2002). Inhämtning av samtycke har skett både muntligt och skriftligt genom samtyckesblankett. Under intervjuerna var det viktigt för mig som forskare att veta att intervjupersonerna är trygga och bekväma samt att de är medvetna om deras rätt att avsluta intervjun när som helst.

4.10.3 Konfidentialitetskravet

Konfidentialitetskravet handlar om att forskaren ska förvara de medverkandes uppgifter med konfidentialitet (Bryman 2011; Vetenskapsrådet 2002). I transkriberingar, analys och vid redovisning av resultat har intervjupersonernas namn, ort och organisation avidentifieras. Därmed finns det ingen risk att individernas iden-

titeter röjs och intervjupersonerna kan vara trygga med att allt dem säger behandlas anonymt.

4.10.4 Nyttjandekravet

De uppgifter och det material som samlas in under intervjuer får bara användas till den aktuella studien (Bryman 2011; Vetenskapsrådet 2002) Den information och de uppgifter jag har samlat in under studiens gång kommer att användas till den aktuella studien och ingen annan kommer få ta del av det. När studien är klar kommer allt material att förstöras.

5 Resultat och analys

I följande avsnitt presenteras relevanta delarna av det insamlade materialet. Materialet analyseras med utgångspunkt i begreppen handlingsutrymme och makt. Det sker även viss återkoppling till tidigare forskning som har redovisats tidigare. Intervjupersonerna benämns med fiktiva namn.

5.1 Uppdraget som barnombud

Enligt Region Skånes riktlinjer ska verksamheter som berör barn bland annat uppmärksamma, ge information och göra barn delaktiga. Samtliga respondenter menar att uppdraget som barnombud är ett sätt för verksamheten att beakta barnperspektivet, men uppdraget ser olika ut på verksamheterna. Det tyder på att det finns ett handlingsutrymme med hänvisning till att uppdraget är relativt fritt att tolka. Hanna säger att barnombuden har en viktig roll då man ska finnas som en resurs på mottagningen, för att påminna om och uppmärksamma barnperspektivet och samtidigt vara behjälpliga för andra yrkesverksamma. Nadja påpekar att de också ska hålla sig uppdaterade om vad som händer på området genom att gå utbildningar och på föreläsningar. Det är ett exempel på hur utbildning är viktigt för att kunna företräda barnperspektivet i verksamheten, men betyder det att utbildning är ett kvitto på att verksamheten vet vad den gör? Både Hanna och Tove förklarar att alla vårdgivare ska kunna hålla barnorienterade samtal, men de säger att det är något som ändå inte görs av alla. Möjligen kan detta jämföras med det som Evans och Harris (2004) argumenterar för, att en ökad mängd rutiner, det vill säga exempelvis ”krav” på att gå utbildningar och regler om att uppmärksamma barnperspektivet, kan leda till att den yrkesverksamma ökar sitt handlingsutrymme genom att bortse från vissa riktlinjer och rutiner och väljer att följa andra. I detta fall kan det ökade handlingsutrymmet förstås som att vissa väljer bort att hålla barnorienterade samtal.

Enligt respondenterna verkar det som att en del kollegor har svårt att ta till sig nya rutiner och uppmärksamma barnen. Däremot berättar Hanna hur det är stärkande att ha andra på arbetsplatsen som är engagerade i samma fråga och säger ”Så det var jätteroligt, att få en annan engagerad kollega. Dessutom fick vi en ny chef som gav jättebra stöd. Tidigare hade jag inte fått det utan fick jobba för egen maskin”.

Det som hävdas här av Hanna, tyder på att stöd i arbetet från kollegor såväl som från ledningens sida är viktigt för den enskildes engagemang i arbetet med barn som anhöriga.

Som kurator och barnombud har man ett uppdrag att föra barnen på tal i organisationen såväl som i kontakten med patienter. Tove beskriver hur hon som kurator alltid har ett helhetsperspektiv när hon går in i samtal med patienten, och i detta är barnen och barnperspektivet inkluderat. Hon säger att även om patienten själv inte pratar om barnet, kan hon ändå beakta barnets behov genom att ställa frågor. Det kan ses som en makthandling från den yrkesverksamma då hon har möjlighet att ägna sig åt sin "fria vilja". I detta fall är viljan att inkludera barnet i kontakten med patienten, även om patienten själv inte har initierat detta. På så sätt förfogar hon över en makt då hon kan välja att beakta barnperspektivet och prata om barnet även om patienten inte skulle vilja (Skau 2018).

5.2 Arbetet med att föra barn på tal

I och med att riktlinjerna inte beskriver något generellt sätt att bedriva uppdraget som barnombud är det något som organisationen och framförallt barnombuden själva får bestämma. Det innebär att barnombudet kan skapa sitt handlingsutrymme med utgångspunkt i organisationens ramar och rutiner, därtill från sin professionella tolkning av problemet i den kontext hon upplever det (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). Hälso- och sjukvårdslagen säger att barnets behov av information, råd och stöd ska beaktas, men inte på vilket sätt. Det ger barnombuden ett handlingsutrymme och möjlighet att fritt tolka lagen. Tre av fyra respondenter säger att det hade varit positivt och stärkande om det fanns en egen tjänst på enheten som bara arbetar med anhörig-frågor, då det förmodligen skulle öka möjligheten att fler patienter och barn får hjälp. Hanna förklarar hur det är något hon arbetat hårt för på mottagningen där hon är verksam, men att ledningen sagt nej på grund av resurser. Det som respondenterna hävdar här kan tolkas som att de, i uppdraget som barnombud ska förändra arbetet med barn som anhöriga, men samtidigt får de inte resurserna för att kunna göra det fullt ut.

Såväl som att det inte finns något allmängiltigt sätt att arbeta, skiljer det sig dessutom åt i hur mycket tid man har att avsätta arbetet med barn som anhöriga. Nadja säger att de nyligen har börjat med att avsätta en dag i veckan för endast denna typ av arbete, medan de andra tre berättar att de är upp till en själv att fördela tiden. Det speglar återigen ett handlingsutrymme att forma uppdraget, men inom ramen för organisationen. Utifrån intervjuerna får jag en bild av att en egen tjänst för anhörig-frågor möjligen skulle kunna öka legitimiteten för uppdraget och skapa mer förtroende för arbetet med att föra barnen på tal. Vidare uttrycks en frustration för den begränsning som lite resurser innebär, vilket Tove ger exempel på.

Det stora dilemmat var att hinna med, att man skulle vilja göra så mycket mer men det finns inte utrymme. (Tove)

Samtliga respondenter uttrycker viljan av att göra mer, men säger att det inte finns tillräckligt med tid och resurser. Tove säger att det är en så stor mängd patienter som har barn, vilket är en anledning till varför uppdraget bör få en egen tjänst. Det som Tove uttrycker kan förstås genom att man vill arbeta på ett annat sätt än vad uppdraget ger möjlighet till.

Uppdraget ger möjlighet att utforma arbetet som en själv behagar men trots Region Skånes riktlinjer finns det inga rutiner för vilken typ av information barnet ska få beroende på dess ålder. Astrid förklarar att man behöver ta hänsyn till att barn utvecklas och på så vis är i behov av ny och annan information beroende på deras ålder och mognad. Likt Astrid beskriver Tove hur uppföljning är något som behöver förbättras, och säger att man inte bara ska träffa barnet en gång och tycka att man gjort sitt jobb. Sättet att prata om vikten av uppföljning visar exempel på att det finns en brist i strukturen för när och hur ofta samtal med barnen ska ske, där det blir upp till den enskilde att skapa struktur för arbetet. Det är också ett exempel på hur barnombudet är som en testpilot för att föra barnen på tal eftersom att det inte finns någon tydlig struktur för hur det ska ske. Samtidigt som det leder till att barnombudet får ta ansvar för de tillkortakommanden som uppstår, exempel när det framkommer att inte alla barn får samma möjlighet.

5.3 Det egna ansvaret

Att den yrkesverksamma själv gör upp strukturen och ramen för uppdraget visar att det å ena sidan finns en frihet att välja hur man arbetar med barn som anhöriga, samtidigt som det kan vara en begränsning då det inte alltid ges möjlighet att utföra uppdraget till fullo. Beroende på vilken organisation man verkar inom så innebär det ofta ett stort eget ansvar för utförandet av uppdraget. Den professionella kompetensen som den yrkesverksamma besitter och som har givit dem uppdraget som barnombud leder till en möjlighet att påverka arbetet (Svensson, Johnson & Laanemets 2008), däremot bara till en viss gräns. Under ett års tid bedrev Hanna ett projekt där hon fick möjligheten att bara fokusera denna fråga. Hon säger att det då blev tydligt hur stort behovet är, men att det var en trög process att få andra på verksamheten att uppmärksamma barnen och skicka bevakningar till henne. Det krävdes mycket tid och ansträngningar från hennes sida innan andra yrkesverksamma började uppmärksamma barnen. När projektet sedan tog slut hade hon enormt med bevakningar och patienter (och barn) att prata med, men i och med att hon då behövde återgå till sina ordinarie arbetsuppgifter fanns det inte tid. Att Hanna själv fick utforma projektet är ett exempel på hur det egna ansvaret och att intresset att uppmärksamma frågan är en förutsättning för att det ska finnas ett arbete med barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri. Likt Hanna ger Nadja ett exempel på hur arbetet dels är upp till den enskilde men också på hur det tar lång tid att implementera riktlinjer i verksamheten.

Även om det har blivit bättre, så maler kvarnarna långsamt.... Men sen är det ju inte så att det drivs stenhårt på kliniknivå. Det bygger mycket på eget ansvar.
(Nadja)

Nadjas citat tyder på att det är socialarbetarens ansvar att lösa tidskonflikten och bli mer effektiv, snarare än att de ska få mer resurser. Möjligen kan detta vara ett exempel på hur socialarbetare gör sig själv ansvariga för saker som de nödvändigtvis kanske inte behöver vara ansvariga för. Samtidigt som det är något som är vanligt bland socialarbetare då de i och med sitt helhetsperspektiv ofta får ansvar för allt, och det är något som verksamheten gör de ansvariga för genom att utse dem till barnombud.

I Kejving, Sandlund och Pihkalas (2014) studie framkommer vikten av en stödjande organisation där närvaron av aktiva ledare är en förutsättning i införandet av nya riktlinjer och de förändringar det innebär. Det kan jämföras med detta fall som Nadjas citat visar exempel på, att bristen på aktiva ledare leder till att förändringen tagit lång tid, eftersom att arbetet inte drivs på lika hårt från ledningshåll. Det ligger även i linje med det som Tove berättar då hon säger att det är upp till den enskilda individen för hur arbetet bedrivs. Hon säger att det bygger på eget ansvar och att man tar sin roll på allvar. Samtidigt menar även hon likt Nadja att det också krävs engagemang i led uppåt, inte bara från ledningen utan hela regionen. Hon berättar att det sällan är bra uppföljning på implementeringar av lag och riktlinjer och framhäver vikten av att chefer på alla olika nivåer har ett större intresse i arbetet. Det kan jämföras med det som Svensson, Johnson och Laanemets (2008) beskriver, att tröghet kan vara ett resultat av att organisationens ledning inte ser problemet som ett bekymmer. Ledningen har på ett sätt gjort sitt arbete, men detta medför i sin tur en liten möjlighet för den professionella att utföra sitt arbete.

Tove understryker att det tar tid, men också att man behöver avsätta tiden för att det ska ske. Eftersom att uppdraget är relativt fritt och ligger utöver deras vanliga tjänst som kuratorer krävs det därmed intresse och engagemang för att bedriva arbetet. Det handlingsutrymme man har att förfoga över påverkas av detta intresse och hur väl man tar sig an uppdraget och uppmärksammar barnperspektivet. Men om man väljer att inte göra det, betyder det att man är oengagerad? Detta kan också vara ett sätt att skuldbelägga den enskilde för ett problem som egentligen ligger på ett strukturellt plan. Den professionella kan förändra sitt arbete genom den kunskap de har, men det leder också till att socialarbetaren blir ansvarig för tillkortakommanden i arbetet, om det till exempel uppmärksammas att barnombuden inte gör det de ska. Det är som tidigare nämnt att socialarbetaren blir testpiloter att bedriva arbetet med att föra barnen på tal, inte bara för patienterna utan även för andra kollegor och verksamheten i helhet.

5.4 Det viktigaste är alliansen – eller?

Något som diskuteras genomgående i forskningen är alliansen, dels vikten av att ha en allians såväl som rädslan att förlora den. Alliansens betydelse dök upp under alla intervjuer. Hanna förklarar att alliansen med patienten är en fördel vid en situation då barnets behov ska tas upp. Finns det en allians innebär det ofta ett förtroendekapital som gör det lättare att ta upp frågan.

Grunden är att man får en allians med föräldern, sen får man barnen med. Jag vill inte forcera något utan jag vill hitta ett sätt att nå föräldern på så att den kan förstå varför det är viktigt och vad det kan ge. (Hanna)

Att det är viktigt med alliansen bekräftas av Astrid som menar att det generellt inom psykiatrin alltid har uppfattats som svårt att prata med patienter om att de *inte* fungerar, och en anledning till att det är svårt är för att det finns en oro om att alliansen ska gå förlorad om barnets behov förs på tal. Respondenterna berättar att oron kan vara ett hinder för andra yrkesverksamma. Att vissa har svårt att anamma barnperspektivet kan ha att göra med det som Maybery och Reupert (2006) menar, att det finns en farhåga då det kanske skulle störa den terapeutiska alliansen mellan patient och personal. Samtidigt kan det också vara förenat med att alla yrkesverksamma inte har samma kunskap inom området och därför inte är trygga i att arbeta med det.

Nadja däremot, dementerar att alliansen är så betydelsefull och säger att det är något man skall arbeta sig bort ifrån. Nadja säger att alla yrkesverksamma ska lyfta barnperspektivet i kontakten med patienten och tycker att frågan om barnen ska bli en rutin. Vidare säger hon att det har att göra med hur en som behandlare lägger fram det för patienten, och att det är något man bör arbeta på istället för att fokusera på behovet av en allians. Det ligger i linje med vad Tove berättar. Enligt henne finns det kollegor som vet om att det finns minderåriga barn, men som menar att de inte velat förstöra den terapeutiska alliansen. Möjligen finns det en rädsla bland andra yrkesverksamma när det handlar om att involvera barnen. Likväl som det också kan vara ett resultat av att det är en individcentrerad verksamhet de arbetar inom, där organisationens struktur och riktlinjer strävar efter att fokusera på patientens behandling i första hand. Tove resonerar likt Nadja och

säger att alliansen är ett problem som behöver lyftas. Hon tror inte alliansen kommer förstöras utan snarare att det används som en bortförklaring till varför man inte lyfter ämnet. Möjligen kan det i dessa situationer innebära att makten den yrkesverksamma besitter leder till att man inte agerar till förmån för barnet. Vilket ligger i linje med det som Svensson, Johnson och Laanemets (2008) beskriver att människor inom organisationer tenderar att göra på det sättet som man alltid gjort. Att det finns en tveksamhet till det nya då förändring kan rubba stabiliteten och tryggheten. I detta fall är lagändringen och riktlinjerna relativt ”nya” i kontexten vilket kan påverka att de andra yrkesverksamma inte strävar efter samma förändring eftersom att de inte är lika insatta i ämnet.

5.5 Patientperspektivet vs barnperspektivet, eller går det att förena?

Inom vuxenpsykiatri finns det ett tydligt patientperspektiv och i rollen som behandlare och hjälpare är det viktigt att ha respekt för vilket sätt patienten önskar få hjälp. Tove visar ett exempel på hur patientperspektivet är övervägande inom verksamheten.

Det är väldigt mycket vuxenfokus och man tänker ju så att – hur blir det för henne om vi skulle göra detta? Det kan vara svårt att ta barnperspektivet i vuxenpsykiatri. (Tove)

Det patientperspektiv Tove redogör för här poängterar även Hanna för när hon säger att många patienter som är föräldrar redan har känslor av otillräcklighet, skam och en oro för sitt barn. Hanna säger ”Alla vet också att all personal inom hälso- och sjukvården har anmälningsplikt” och förklarar att vissa vårdgivare kan vara rädda för att väcka rädsla och ångest, vilket leder till att det ämnet är, med hennes ord ”minerad mark”. Även om en som yrkesverksam tar hänsyn till patientens önskan och självbestämmande och arbetar för att ha en jämlik relation så förekommer det alltid någon form av obalans eftersom patienten i många fall är beroende av behandlarens hjälp (Skau 2018). Den makt som den yrkesverksamma besitter är något som patienten är väl medveten om vilket möjligen kan påverka vad patienten väljer att berätta (och inte berätta).

Vissa respondenter menar att en del av problematiken ligger i att patienten ofta förväntar sig att den ska vara i fullt fokus i samtalet. Hanna till exempel förklarar hur hennes agenda som innefattar barnets behov kan strida mot patientens förväntan att samtalet ska handla om den själv. I den yrkesverksammas handlingsutrymme finns det frihet att ta tid till något annat, och i rollen som barnombud innebär det att man ibland behöver bedriva ett arbete som kanske går utanför vuxenpsykiatrins ”egentliga ansvar”, det vill säga att behandla patienten. I och med det egna ansvar som Hanna beskriver kan en därmed forma arbetet och handlingsutrymmet utifrån den tolkning som gör av situationen, utifrån både vad organisationens ramar och riktlinjer är samt efter vad hälso-och sjukvårdslagen säger (Svensson, Johnsson & Laanemets 2008).

Att förhålla sig till barnperspektivet och beakta barnets behov kan på ett sätt överskrida patientperspektivet och patientens självbestämmande. Astrid menar att det kan vara svårt att förena perspektiven, hon säger att vuxenperspektivet är problematiskt och att frågan om vad som är barnets bästa är olika från familjens perspektiv och den yrkesverksammas perspektiv. Till skillnad från Astrid redogör inte Tove för en svårighet med att förena perspektiven, utan menar att det är naturligt för henne att ha ett patientfokus och samtidigt beakta barnperspektivet. Hon säger vidare att det också har med erfarenheter att göra och att hon, med sina egna ord ”har det i sig”. Möjligen kan det vara ett sätt att ge sig själv legitimitet för arbetet man bedriver, både för sig själv men också för verksamheten och kollegor.

Den yrkesverksamma skapar själv ett handlingsutrymme att kunna agera och när hon väljer att beakta barnets bästa utifrån sin egen tolkning, kan man säga att de på ett sätt tar över en del av makten som patienterna förfogar över som förälder till barnet. I de fall där det uppstår en intressekonflikt och patienten inte vill inkludera barnet så har intervjupersonerna i sin tur ändå lagar och riktlinjer att stå på som gör att deras önskan om att inkludera barnet kan väga tyngre (Skau 2018). Här är dilemmat som gräsrotbyråkrater ofta står inför, det faktum att hon dels ska representera organisationen och de lagar och ramar som den arbetar för (i detta fall att beakta barnets behov med hänsyn till HSL), samtidigt som hon ska värna

om patientens rättigheter (Lipsky 2010). Det sker på så vis en makthandling från den yrkesverksamma att blanda in sitt eget yrkesintresse i situationen.

Utifrån de yrkesverksammas handlingsutrymme kan man arbeta på olika sätt för att föra barnen på tal. Hanna förklarar att det ibland handlar om att motivera och förklara för patienten vad det innebär att beakta barnets behov, och att det är något som görs tillsammans för att de ska förstå vikten av det. Det kan ses som ett sätt att använda handlingsutrymmet och makten som en möjlighet att genomföra något, och för den yrkesverksamma att få sin vilja och sitt intresse igenom (Skau 2018). Vidare berättar Tove att kontakten med barn och sättet att beakta barnperspektivet kan ske på olika nivåer och att det inte måste vara i direkt anslutning med barnet i rummet. Hon menar att det sker genom att man pratar med patienten om barnet, och genom stöd och råd motivera patienten att prata med barnet. Vilket är ett exempel på hur barnperspektivet kan tas i beaktning utan att prata direkt med barnet.

5.6 Barnet som frånvarande

I och med att det är föräldern som bestämmer över barnet och om den yrkesverksamma ska få träffa barnet så besitter på så sätt även föräldern makt. Vilket kan leda till en känsla av maktlöshet för den yrkesverksamma. Det är något som alla respondenter tar upp, att föräldern i sig också har ett handlingsutrymme och makt, vilket kan begränsa den yrkesverksammas arbete. Det gavs i uttryck på olika sätt, exempelvis säger Astrid att ”om patienten inte vill att vi ska träffa deras barn så är det så, man kan försöka motivera men samtidigt är det deras val”. Medparten av respondenterna poängterar även hur det inte bara är negativt, eftersom att det är föräldern som är ansvarig för sitt barn. Att patienten har makt att bestämma över sin egen behandling är en rättighet för dennes självbestämmande. Däremot kan det innebära ett avstånd till barnen vilket vissa respondenter menar kan vara ett hinder i arbetet med att föra barnen på tal.

Avståndet kan medföra en utmaning att nå barnen, vilket i sin tur innebär en begränsning i den yrkesverksammas handlingsutrymme. Hanna berättar att hon inte kommer åt barnen förrän föräldrarna är med på det, och då handlar det inte bara om patientens godkännande utan även den andra vårdnadshavarens tillåtelse. Det

kan vara tidskrävande att få förtroende och få föräldrarna med på tåget. Det innebär att det behöver finnas en stor flexibilitet hos den professionella för att kunna arbeta med patientens familj (Afzelius, Plantin & Östman 2015). Hanna säger att hon upplever att den makt som föräldrarna besitter kan leda till minimal insyn för en verksamhet som vuxenpsykiatri.

Vidare ger Nadja exempel på hur maktlösheten kan se ut i praktiken och säger att även om det står i lagen att barnet har rätt att få information, råd och stöd så är det ändå föräldern som bestämmer om det ska ske.

De kan säga, ”nej ni får inte träffa mitt barn”, men
sen kan vi ju avgöra om vi ska gå vidare med det om
vi tycker det är så pass allvarligt. (Nadja)

Här redogör Nadja för patientens egna rättigheter men understryker också att en som yrkesverksam är ålagd att göra en orosanmälan vid minsta oro för att barnet skulle fara illa. Det betyder att det finns ett alternativ och en möjlighet att handla, vilket innebär att man har ett handlingsutrymme och makt trots vad patienten säger. Den yrkesverkamma har ett lager av färdigheter att välja på, och även om de behöver anpassas till människors situationer så kan den utifrån den yrkesverkammans perspektiv vara självklar och rationell, som att göra en orosanmälan vid minsta oro, medan individen, i detta fall patienten som tar emot handlingen inte uppfattar det på samma sätt (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). Om en väljer att gå vidare med ärendet och göra en orosanmälan ligger det däremot i socialtjänstens händer. Möjligen tar handlingsutrymmet slut där? Man har använt sitt handlingsutrymme till att agera, men i slutändan ligger det ändå i någon annans händer.

Samtliga respondenter poängterar vikten av att ge information, råd och stöd, med hänvisning till lagen. Däremot hävdar vissa att det finns en skillnad mellan teori och praktik.

Ja alla uppmärksammar barnens situation, hur barnen har det, finns det någon som kan ta hand om barnen. Men dessa allmänna riktlinjer betyder inte mycket i praktiken. Precis som andra lagar, är det en tolkningsfråga i praktiken.
(Astrid)

Citatet ovan från Astrid kan förstås genom att trots att alla lyfter fram och hänvisar till lagen och de rutiner som finns så är det en tolkningsfråga på vilket sätt man arbetar efter dem. Det finns som Lipsky (2010) menar en diskrepans mellan regler och praktik, vilket leder till att gräsrotsbyråkrater i brist på resurser får vara kreativa. Astrids citat visar likväl hur handlingsutrymmet skapas av dessa riktlinjer och lagen, men att det är upp till socialarbetaren att omsätta reglerna i praktiken (Evans & Harris 2004). För att kunna ge information, råd och stöd behöver man i första hand få en möjlighet att prata om det med patienten. Astrid förklarar däremot att en patients oförmåga att ha insikt i sin sjukdom gör det svårt och kan skapa ett avstånd till barnet. Hon ger exempel på en patient som inte förstod att hon var sjuk och hur det i princip var omöjligt att förklara för henne att barnen behöver stöd. Vilket ligger i linje med det som framkommer i Maybery och Reuperts (2006) studie, att en av de främst hinder för den yrkesverksamma är när patienten själv inte förstår att den är sjuk samt att den inte inser hur detta påverkar barnet. Här är återigen dilemmat som gräsrotsbyråkrater ofta ställs inför, men där barnperspektivet kan komma i tredje hand då man kan behöva väga in vad organisationen står för, det vill säga att uppdraget i första hand är patientens vård och patientens önskemål. Där kan den yrkesverksammas utifrån sitt professionella ansvar använda sitt handlingsutrymme utifrån både de kunskaper hon besitter samt hennes värderingar (Svensson, Johnson & Laanemets 2008). Men här blir det i sin tur en fråga om vem som avgör vad som är barnets bästa.

6 Slutdiskussion

Syftet med studien har varit att undersöka yrkesverksammas erfarenheter av arbetet med att anamma ett barnperspektiv i en vuxenpsykiatrisk verksamhet. För att göra det har studien utgått från att undersöka på vilket sätt de yrkesverksamma beaktar barnperspektivet samt redogöra för vilka möjligheter och begränsningar dem ser i utförande av arbetet med att föra barn på tal. Utifrån resultatet kan jag konstatera att många av de erfarenheter och upplevelser som de yrkesverksamma beskriver stämmer överens med vad tidigare forskning har visat, samtidigt som studien har tillfört vissa nya aspekter av arbetet med barn som anhöriga.

Det finns en tydlig balansgång i arbetet för den yrkesverksamma där man dels ska hantera patientens självbestämmande, samtidigt som man har ens egna yrkesintresse och organisationens ramar och regler att förhålla sig till. Det kan jämföras med det som Afzelius, Plantin och Östman (2015) beskriver att den yrkesverksamma balanserar mellan att etablera och bibehålla en trygg relation med patienterna och samtidigt fullgöra de lagliga skyldigheterna gentemot barnet. Det är ett dilemma som respondenterna berättar om där de förklarar att de har så många aspekter i arbetet att förhålla sig till. De menar att det kan leda till ett avstånd till barnen som i sin tur är en begränsning arbetet med att föra barnen på tal. Alla respondenter ger exempel på hur barnet på många sätt är frånvarande inom vuxenpsykiatrin. Det finns flera hinder som kan göra det svårt för den yrkesverksamma att nå barnet, dels tid och resurser vilket även forskning poängterar (t.ex. Maybery & Reupert 2006) men något som inte diskuteras i forskningen är det faktum att patienten också har ett handlingsutrymme och besitter makt. Det begränsar på ett sätt den yrkesverksammas inflytande. Däremot poängteras också det faktum att man inte alltid behöver nå barnet fysiskt utan att arbetet med att beakta barnets behov även kan ske genom att prata om barnet och att på så sätt föra barnen på tal. Det är ett resultat av att den yrkesverksamma har möjligheten, i och med handlingsutrymmet hon skapat utifrån de lagar och regler som finns, att tolka situationen och själv forma sitt arbete.

Sett till tidigare forskning betonar Kejving, Sandlund och Pihkala (2014) vikten av en stödjande organisation och att det kan vara grundläggande för att göra för-

ändring. Det kan jämföras med resultatet då respondenterna ger exempel på hur arbetet med barn som anhöriga inte drivs på särskilt starkt från ledningshåll vilket leder till att det tar längre tid att förändra organisationens rutiner och strukturer. Något som tidigare forskning däremot inte diskuterat är det faktum att arbetet med att föra barnen på tal förutsätter att engagemang från den enskilde. Enligt respondenterna krävs det stort eget ansvar för att barnperspektivet skall lyftas inom verksamheterna, där det egna intresset är en viktig komponent. Det är verksamheten som gör dem ansvariga för uppdraget och säger ”titta, vi har barnombud”, men på vilket sätt gagnas barnen av detta om det inte sker något praktiskt? Det är socialarbetarna som är ansvariga för att arbetet bedrivs, men de blir såväl ansvariga för tillkortakommanden i arbetet.

Det framgick tydligt i intervjuerna att föra barn på tal är ett viktigt arbete för respondenterna, samtidigt kunde en viss frustration urskiljas angående att frågan inte får det stöd och den uppmärksamhet som behövs, dels från ledningshåll men också från kollegor. Resultatet visar att det finns en önskan om att uppdraget ska få mer legitimitet och betydelse inom vuxenpsykiatrin, möjligen genom att ge det en egen tjänst. En tänkbar anledning är att kuratorn vill sprida sitt naturliga helhetsperspektiv i organisationen för att öka möjligheten till att fler barn får stöd. En slutsats som kan dras utifrån studien är att det som barnombud är komplicerat och i många fall omöjligt att förhålla sig till lagar, organisationens riktlinjer och sina egna yrkesintressen och värderingar samtidigt. Dessa otydliga policys som den yrkesverksamma behöver tampas med kräver och skapar ett handlingsutrymme och ger socialarbetaren således en möjlighet att föra barnen på tal. Men samtidigt som barnombudsuppdraget ligger på dem och de har makt, behöver de ständigt tampas med begränsningar som resurser, tid och både ens egna och patientens intressen.

Något som hade varit intressant att studera vidare om är det faktum att Barnkonventionen blir till lag här i Sverige i år, 2020. I och med införande av den nya paragrafen i Hälso- och sjukvårdslagen 2010 ledde till en omfattande utveckling av riktlinjer och rutiner kring arbetet med barn som anhöriga är det intressant att se om det blir någon förändring (och förbättring) nu när barnkonventionen blir till lag. Lagen kan på ett sätt bli en symbol för att när den väl är på plats, så finns det

brister i att den inte kan åtföljas. Barnombuden är ett uttryck för att vi vill göra mycket med lite, men sättet hjälpen är organiserad på är oförenlig med vissa (nya) värderingar i ledet av välfärdens devis om allas rätt till ett dragligt liv. Det hade varit intressant att göra samma studie om ett par år, eller en liknande där man studerar *hur* implementeringen går till för att se om denna lagändring får starkare genomslag än ändringen 2010. Är det lagändringar som krävs för att arbetet ska tas på allvar? Det verkar som att mycket har förändrats till det bättre sen 2010 men att det än idag finns brister i arbetet utifrån vad tidigare forskning och denna studie visar.

7 Referenslista

Afzelius, Maria, Lars Plantin, Margareta Östman (2017) Families living with parental mental illness and their experiences of family interventions. *Journal of psychiatric and Mental Health Nursing*, 25 (2), pp. 69-77

Afzelius, Maria, Margareta Östman, Maria Råstam, Giesela Priebe (2017) Parents in adult psychiatric care and their children: a call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, no. 1, p.31.

Ahrne, Göran & Peter Svensson (2015) Kvalitativa metoder i samhällsvetenskapen. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber

Borg, Marit (2008) Vardagslivet. I: Alain, Topor, Borg, Marit. *Relationer som hjälper*

Bryman, Alan (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Andra uppl. Malmö: Liber

Charmaz, Kathy (2002) Qualitative interviewing and grounded theory analysis. I: Jaber, F. Gubrium & James, A. Holstein (red.), *Handbook of interview research: Context & Method*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Cooklin, Alan (2008) Children as carers of parents with mental illness. *Psychiatry*, 8(1), pp.17–20.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber

Evans, Tony & John Harris (2004) Street-Level Bureaucracy, Social Work and the (Exaggerated) Death of Discretion. *British journal of social work*, 34/6. S. 871–895.

Folkhälsomyndigheten (2019) Vad är psykisk hälsa

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>. Hämtat: 2019-12-19.

Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning (2002) Stockholm: Vetenskapsrådet Hämtat: 2019-11-24.

Gray, Ben, Catherine Robinson, Diane Seddon (2008) Invisible children. Young Carers of Parents with Mental Health Problems - The Perspectives of Professionals. *Child & Adolescent Mental Health*, 13(4), pp. 169–172.

Kejving Gustav, Mikael Sandlund, Hälje Pihkala (2014) Att förstärka barnperspektivet på en vuxenpsykiatrisk avdelning - angeläget, men svårt. *Socialmedicinsk tidskrift* vol 91 nr 4 2014.

Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3. [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lipsky, Michael (2010) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. 30th anniversary expanded ed. New York: Russell Sage Foundation.

Maybery, Darryl & Andrea Reupert (2006) Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 657-664.

Maybery, Darryl & Andrea Reupert (2009) Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 784–791.

Nordenfors, Monica, Charlotte Melander, Kristian Daneback (2014) *Unga omsorgsgivare i Sverige*. Nationellt kompetenscentrum för anhöriga.

Näsman Elisabet, Karin Alexanderson, Stina Fernqvist, Johanna Kihlgård (2015) Att se barn som anhöriga I: Ulrika Järkestig-Berggren, Lennart Magnusson, Elizabeth Hanson (red), *Att se barn som anhöriga - Om relationer, interventioner och omsorgsansvar*. Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

Priebe, Gisela & Maria Afzelius (2015) Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk – Hur efterföljs lagen? - En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne 2015. Lunds Universitet.

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) Att analysera kvalitativt material. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Skerfving, Annemi (2015) *Barn till föräldrar med psykisk ohälsa: barndom och uppväxtvillkor*. Diss. Stockholm: Stockholms universitet, 2015.

Skau, Greta Marie (2018) *Mellan makt och hjälp: om det flertydiga förhållandet mellan klient och hjälpare*. 4 uppdaterade uppl. Stockholm: Liber.

Socialstyrelsen (2013) *Barn som anhörig. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-6.pdf>. Hämtat: 2019-11-03.

Svensson, Kerstin, Eva Johnsson, Leili Laanemets (2008) *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. 1. utg. Stockholm: Natur & kultur.

Svensson, Peter (2015) Teorins roll i kvalitativ forskning. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (2015). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber.

Prop. 2009/10:232. Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige (2010).
<https://data.riksdagen.se/fil/BA6C3461-B306-42DD-A30F-E043DB81B302>.

Hämtat: 2019-11-10.

Psykiatri Skåne (2019) Barn som anhöriga i psykiatrin
<https://vard.skane.se/psykiatri-skane/bli-delaktig/barn-som-anhorig/> Hämtat:
2019-11-28

Psykiatri Skåne (2019) Vuxenpsykiatri <https://vard.skane.se/psykiatri-skane/ditt-besok-hos-oss/vuxenpsykiatri/> Hämtat: 2019-11-28

Region Skåne (2014) Handlingsprogram – barn som anhöriga
<https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/projekt-och-utveckling/barn-som-anhoriga/handlingsprogram-barn-som-anhoriga-version-2-141212.pdf>. Hämtat: 2019-11-28.

Ågren, Gunnar (2008). Perspektiv på arbete med utsatthet. *Socialmedicinsk tidskrift* (1), 67–70.

Ödman, Per-Johan (2007) *Tolkning, förståelse, vetande: Hermeneutik i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Östman, Margareta (2009). Interviews with children of persons with a severe mental illness—Investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, (5). p.354

Bilaga 1 - Informationsbrev

Informationsbrev och förfrågan om att delta i en intervjustudie.

Mitt namn är Ebba Johansson och jag studerar till Socionom på Lunds Universitet. Jag skriver för tillfället mitt examensarbete med fokus på barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa. En del forskning visar att trots riktlinjer och lagar om att hälso- och sjukvården ska verka för ett barnperspektiv så får ändå inte alla barn den information och det stöd de har rätt till. Det leder mig till frågan - hur är det som professionell att arbeta med barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri? Syftet med studien är att ringa klarhet i hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri tar hänsyn till och arbetar med barnperspektivet.

Jag söker dig som är verksam inom vuxenpsykiatri och som arbetar med att försöka involvera barn till deras föräldrars behandling. Studien består av kvalitativa intervjuer som kommer vara ca 45 min och tid och plats för intervjun kommer vi överens om tillsammans med anpassning efter ditt schema. Jag ser gärna att intervjuerna genomförs i november månad.

Deltagandet i intervjun är helt frivilligt och du kan närsomhelst avbryta ditt deltagande. Intervjuerna kommer att spelas in med ditt samtycke, transkriberas och skrivs ut i text. Din medverkan kommer att vara avidentifierad och när uppsatsen är klar kommer materialet att förstöras och därmed inte vara tillgängligt för annat syfte. Du kommer även ha möjlighet att ta del av resultatet av studien när den är färdig.

Är du intresserad av att bidra med dina erfarenheter? Kontakta mig!

Vänliga hälsningar,

Ebba Johansson

0707707845

Mejl: eb5416jo-s@student.lu.se

Bilaga 2 - Intervjuguide

Deltagandet i intervjun är helt frivilligt och du kan avbryta ditt deltagande när du vill och om det är någon fråga du inte vill svara på är det helt okej. Om det är okej för dig kommer jag spela in intervjun och sedan kommer den att transkriberas och skrivas ut i text. Det är bara jag som kommer höra inspelningarna. Din medverkan kommer vara avidentifierad och när uppsatsen är klar kommer materialet att förstöras och därmed inte vara tillgängligt för någon annan. Är du intresserad av att ta del av resultatet när studien är färdig kan jag skicka det till dig. Syftet med studien är att ringa klarhet i hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri tar hänsyn till och arbetar med barnperspektivet.

Har du några frågor innan vi sätter igång intervjun?

Bakgrundsfrågor

- Vilken profession/titel har du?
- Hur länge har du arbetat inom vuxenpsykiatri?

Yrkesroll

- På vilket sätt kommer du i ditt arbete i kontakt med barn som anhöriga? (Hur mycket tid lägger du på denna typ av arbete?)
- Upplever du att ni på din arbetsplats arbetar i linje med de riktlinjer som finns avseende arbetet med att identifiera och följa upp barn som anhöriga? (Om ja – hur? Om nej – varför inte?)

Handlingsutrymme

- Vilka möjligheter och/eller begränsningar ser du i arbetet med att uppmärksamma och arbeta med barn som anhöriga? (På vilket sätt tror du att det påverkar barnen huruvida om de får stöd eller inte?)
- Hur anpassar du ditt arbete med patienterna till deras barn och barnperspektivet? (På vilket sätt tror du att barnen kan bli delaktiga i föräldrarnas behandling?)

Erfarenheter

- Kan du berätta för mig om en situation då du upplever att du praktiserat din roll? (När känner du att du kan/får göra det?)
- Kan du berätta för mig om ett tillfälle då du känner att du inte kunnat ”leva upp till din roll”? (Vilka följder fick det?)

Samverkan

- Finns det tillfällen då ni diskuterar barnperspektivet tillsammans med kollegor på din arbetsplats? (Om ja – När då? Vid vilka tillfällen? Om nej – varför inte?)
- Hur uppfattar du att samverkan med andra aktörer i samhället fungerar? (Vilka aktörer är aktuella för samverkan? Fungerar det bra/dåligt? – varför/på vilket sätt?)

Avslutande frågor

- Vad tycker du är viktigast att ta upp avseende detta ämne?
- Finns det något ytterligare du känner att du vill tillägga utöver det vi pratat om?

Bilaga 3 – Samtyckesblankett

Samtycke till att medverka i intervjustudie.

Jag har blivit informerad om studiens syfte och upplägg. Vidare har jag fått information om hur informationen samlas in, bearbetas och handskas. Jag är informerad om att mitt deltagande är frivilligt och anonymt samt att jag kan välja att avbryta intervjun när jag vill utan att ange en orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie om hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrin tar hänsyn till och arbetar med barnperspektivet.

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Datum och år

Forskares underskrift

Namnförtydligande