



LUNDS
UNIVERSITET

Barn som anhöriga vid vårdcentral

Kuratorers erfarenheter och tankar kring arbetet med barn som anhöriga utifrån vårdcentralens kontext i Region Skåne

Nina Wallgren

Magisteruppsats (SAHS05)

Aktuell termin VT 2021

Handledare: Lotta Jägervi

Abstract

Author: Nina Wallgren

Title: Children as next of kin in Primary health care – Health care social workers experiences and thoughts working with children as next of kin in the context of Primary health care in Region Skåne

Supervisor: Lotta Jägervi

The aim of this study was to investigate the experiences and thoughts of the health care social workers working with children as next of kin in Primary health care. This was made through semi-structured interviews with seven health care social workers in Primary health care in Region Skåne. To analyse my results the ecological system theory of Urie Bronfenbrenner, the concept sense of coherence of Aaron Antonovsky and childhood sociology was applied. The main results show that it is most common that health care social workers support children as next of kin by supporting the adult patient. There are both organizational and relational challenges and possibilities related to the work with children as next of kin and to implement that in the daily work of the health care social workers. However, in the interviews of the health care social workers working with their patients it was revealed that they may support the child indirectly by giving the patients information about the child's situation and also how they can support their child. This may show that the health care social worker can help the patient to handle the situation from another perspective and also through that help the child to do the same. In the interviews emerged that having a direct contact with children is not common and that challenges connected to that is something that may be a question of development in Primary health care.

Key Words: Children as next of kin, primary health care, health care social worker

Förord

Ett stort tack riktas till de kuratorer som deltog i denna studie och därmed gjorde det möjligt att titta närmare på frågan kring barn som anhöriga vid vårdcentral.

Även ett stort tack till min uppsatshandledare Lotta Jägervi som under hela arbetsprocessen varit ett stöd genom snabb feedback och kloka ord. Jag vill även tacka mina handledare på praktikenheten, Moa och Charlotte, och sist, men inte minst, min familj för all fin support under den här resan.

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	1
1.1 Problemformulering.....	1
1.2 Syfte.....	3
1.3 Frågeställningar	3
1.4 Avgränsningar	3
2. Bakgrund	4
2.1 Ett historiskt perspektiv	4
2.2 Framväxt i svensk lagstiftning.....	4
2.3 Lagen i praktiken	5
2.3.1 Lagstiftningen och dess innebörd	5
2.3.2 Information	6
2.3.3 Råd och stöd.....	6
2.3.4 Att implementera lagen i verksamheten	7
3. Kunskapsläget	8
3.1 De professionellas perspektiv	8
3.1.1 Barriärer	8
3.1.2 Att arbeta familjefokuserat.....	9
3.1.3 Studie inom primärvården i Sverige	10
3.2 Den vuxna patientens perspektiv	10
3.3 Barnets perspektiv	11
3.4 Påverkan på barnets hälsa.....	11
3.5 Forskning kring interventioner	12
3.6 Litteratursökning	13
4. Teori	13
4.1 Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell	13
4.2 Barndomssociologi	14
4.3 KASAM – Känsla av sammanhang.....	15
5. Metod	16
5.1 Val av metod.....	16
5.2 Urvalsprocessen.....	16
5.3 Genomförande av datainsamling	18
5.4 Undersökningens tillförlitlighet.....	18
5.4.1 Trovärdighet	19

5.4.2	<i>Överförbarhet</i>	19
5.4.3	<i>Pålitlighet</i>	20
5.4.4	<i>Möjlighet att styrka och konfirmera</i>	20
5.5	Bearbetning och analys	20
5.6	Kurator	21
5.7	Etiska överväganden	21
6.	Resultat och analys	22
6.1	Kuratorns beskrivning kring kontakten med den vuxna patienten i relation till barn som anhöriga	22
6.1.1	<i>Vilka vuxna patienter möter kuratorn i sitt arbete på vårdcentralen och vilka är aktuella utifrån barn som anhöriga?</i>	22
6.1.2	<i>När kommer barn som anhöriga på tal i kontakt med den vuxna patienten?</i>	24
6.1.3	<i>Organisatoriska utmaningar och möjligheter för att barn som anhöriga ska komma på tal och uppmärksammas i kontakt med den vuxna patienten.</i>	25
6.1.4	<i>Relationella utmaningar och möjligheter för att barn som anhöriga ska komma på tal och uppmärksammas i kontakt med den vuxna patienten.</i>	26
6.1.5	<i>På vilka sätt beskriver kuratorerna att man stödjer barnet indirekt i kontakt med den vuxna patienten?</i>	28
6.2	Kuratorns beskrivning kring barnets situation i relation till barn som anhöriga	31
6.2.1	<i>Hur skildras det att barnen påverkas?</i>	31
6.2.2	<i>Att ge barnet direkt stöd</i>	32
6.2.3	<i>Kuratorernas tankar kring ålderns inverkan på en direkt kontakt</i>	33
6.2.4	<i>Vem ska ha samtalet med barnet?</i>	35
6.3	Kuratorns beskrivning kring externt stöd gällande barn som anhöriga	36
7.	Avslutande diskussion	36
7.1	Vidare forskning	39
8.	Referenslista	39
9.	Bilagor	44
9.1	Bilaga 1: Informationsbrev	44
9.2	Bilaga 2: Samtyckesformulär	45
9.3	Bilaga 3: Intervjuguide	46

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Vårdcentralens personal innehar en kompetens som är bred och som exempelvis kan innefatta att hjälpa patienter som är kroniskt sjuka, har psykisk ohälsa samt olika skador (Region Skåne 2020a). I SOU 2019/20:164 framkommer att en utmaning inom sjukvården idag, till skillnad från när hälso- och sjukvårdssystemet utformades, är att patienter i större omfattning har långvariga och kroniska tillstånd där det ofta finns en hög komplexitet (SOU 2019/20:164). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska primärvården genom öppenvård svara för de behov som finns avseende grundläggande medicinsk behandling, förebyggande arbete, rehabilitering och omvårdnad där inte särskilda tekniska och medicinska resurser krävs eller annan särskild kompetens. Denna vård ges utan avgränsning gällande ålder, patientgrupper eller sjukdomar (2017:30).

Lagen kring att ett barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas inom sjukvården infördes 2010 (Socialstyrelsen 2010) med bakgrunden att det hade uppmärksammats att barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning, missbruk och i vissa fall allvarlig sjukdom var i en särskilt sårbar riskgrupp (SOU 1998:31). Det lyftes då fram att primärvården och vuxenpsykiatrien har en ställning som är ledande gällande att upptäcka och initiera stöd till barn och barnens föräldrar med anledning av att det i dessa verksamheter finns kunskap om föräldrarnas sjukdom (SOU 2006:100). Inför detta initierades ett nationellt projekt av regeringen där både primärvårdens och psykiatriens personal skulle utbildas i Beardslees familjeintervention, som är en evidensbaserad psykopedagogisk samtalsmetod där man hjälper föräldrar och barn att påbörja samtal kring saker som kan vara svåra (Prop. 2008/09:193, s.12). Syftet med lagen är att barn som anhöriga ska få en uppväxt som är trygg och att negativa konsekvenser framöver förebyggs (Socialstyrelsen 2020, s. 12).

Barn som anhöriga kan ha mycket oro i familjen, det kan också finnas familjehemligheter kring sjukdomen vilket bidrar till att barnet försätts i en utsatt situation där barnet har svårt för att be andra om hjälp utan att hamna i en lojalitetskonflikt gentemot föräldern. En tystnad i familjen kring föräldrarnas situation kan bidra till obesvarade frågor hos barnet. Detta kan dock vara av välvilja från föräldern då resonemanget kan vara att man inte vill att barnet ska bli ledsen eller orolig. Det bidrar dock till att barnet gör sin egen tolkning av situationen. Barn kan också ta mer ansvar än utöver det vanliga i familjen och känna skuld för situationen.

Beroende på graden av problemen i familjen och hur de hanteras påverkas barn och unga olika (Socialstyrelsen 2013).

Hjern och Manhica (2013, s.5) beskriver att i svenska register finns inte något riktigt bra mått på när en förälder har en så pass svår somatisk sjukdom att barn har behov av stöd och/eller information (Hjern & Manhica 2013). I stödmaterial från Västra Götalandsregionen har man beskrivit att lagstiftningen inte anger diagnoser utan när det handlar om allvarlig sjukdom eller skada hos föräldern så är den av den karaktär att barnets vardag och utveckling kan påverkas över tid (Ramnfors 2018). Avseende psykisk ohälsa gjorde Allgulander och Nilsson (2003) en primärvårdsstudie där det framkom att var fjärde patient led av ångest och/eller depression (Allgulander & Nilsson 2003). Hjern och Manhica (2013, s. 28) beskriver, utifrån deras studie, att en mycket stor andel barn berörs i Sverige när det gäller föräldrars psykiska ohälsa, långvarig fysisk sjukdom eller risk/missbruk av narkotika och alkohol. Författarna lyfter fram att det många gånger särskilt handlar om de barn som redan är i en socialt sårbar situation (Hjern & Manhica 2013). Oja et al. (2019) beskriver att patienter inom primärvården kan, utan specifika allvarliga diagnoser, ändå ha en funktion i vardagen och i yrkeslivet som är kraftigt reducerad och som besöker primärvården för deras symtom men också vid behov av sjukskrivning. Det är ofta som dessa patienter har en kombination av ångest och depression där även kronisk smärta ofta förekommer som kombination. Det är primärvårdens personal som ofta är de enda professionella som är medvetna om dessa personers sjukdom och därför också den potentiella negativa situationen för barnet (Oja et al. 2019).

I Socialstyrelsens rapport (2020) framkommer att man inom primärvården möter många barn som inkluderas i lagstiftningen kring barn som anhöriga men att det finns en osäkerhet, hos läkare och annan vårdpersonal, kring hur man med sina vuxna patienter ska närma sig känsliga frågor kring barns behov och föräldraskap (Socialstyrelsen 2020). I en tidningsartikel i Läkartidningen (Olsson 2015) framkommer genom utredare vid Socialstyrelsen att det finns flera anledningar till att det har varit svårt att få med läkare i utvecklingsarbetet kring barn som anhöriga i primärvården; ovana, tidspress och en uppfattning om att de patienter som finns inom primärvården inte befinner sig i gruppen allvarligt sjuka. Inom primärvården behandlas dock psykisk ohälsa, kroniska sjukdomar och när patienten söker för annat så kan även missbruks- och beroendeproblematiken vara närvarande. Majoriteten av patienterna finns således inom primärvården och denna del av sjukvården behöver vara med i arbetet för att barnens behov ska kunna uppfyllas (Olsson 2015).

Utifrån ovanstående framkommer att det finns ett ansvar och behov av att stödja barn som anhöriga vid vårdcentral. Samtidigt så finns det information som tyder på att det finns svårigheter kopplat till detta som bidrar till att det kanske inte alltid görs i så stor utsträckning av olika anledningar. Denna eventuella ”lucka” bidrar till en nyfikenhet och intresse av att veta vilka upplevelser som hittills finns inom detta område utifrån vårdpersonalens arbetsvardag vid vårdcentral. Med anledning av att det psykosociala perspektivet inom hälso- och sjukvård företräds av kuratorn (Gåfvels 2014) samtidigt som jag ej i så hög grad funnit forskning kring kuratorns arbete med barn som anhöriga, särskilt inte inom vårdcentralens kontext, är detta ett relevant perspektiv att fokusera på.

1.2 Syfte

Syftet är att undersöka kuratorers erfarenheter och tankar kring att arbeta med barn som anhöriga utifrån vårdcentralens kontext.

1.3 Frågeställningar

Vilka är de anhöriga barnen inom vårdcentral som är i behov av direkt eller indirekt stöd?

Vilka utmaningar och möjligheter finns i relation till arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral?

Hur påverkar den organisatoriska nivån arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral?

På vilket/vilka sätt uppmärksammar kuratorer, vid vårdcentral, barn som anhöriga?

1.4 Avgränsningar

I Region Skånes beskrivning kring begreppet barn som anhöriga innefattas även barn där syskonet är patient inom vården (Region Skåne 2020b, s.7). Fokus i uppsatsen har dock varit på barnet som anhörig till den vuxna patienten.

Fokus i uppsatsen är främst på barn som anhöriga och inte på barn som far illa. Samtidigt så behöver man också ha en medvetenhet kring det som Andersson (2015, s.45) tar upp att de barn som blir aktuella för insatser inom socialtjänsten vanligtvis är barn till föräldrar med svårigheter och problem och som innefattas inom det uppdrag barn som anhöriga utgör (Andersson 2015).

2. Bakgrund

2.1 Ett historiskt perspektiv

Jansson, Larsson och Modig (2011, s.21) beskriver att det finns en ovana att barn betraktas som anhöriga till sina föräldrar. Hos vuxenvärlden har det länge funnits en föreställning om att barn ska skyddas mot smärtsam information och att man ska hålla dem utanför problem och svårigheter hos vuxna. Med tiden har man dock fått mer kunskap kring att barn inte glömmes så lätt som man tidigare föreställt sig utan att trauman i barndomen kan bäras in i vuxenlivet och ha en påverkan. I stället behöver man alltså ge barnet utrymme att uttrycka sina känslor, få information och få svar på de frågor som barnet har. Genom forskning och genom att erfarenheter har delats av vuxna barn vet man idag att det finns en oro hos föräldrar kring hur sjukdomen påverkar barnen samt en oro hos barnen för sina sjuka föräldrar. Genom att bryta tystnaden i familjen, öppna upp kommunikationen och avlasta från skam och skuld kan man ge familjen en förutsättning att få stöd (Jansson, Larsson & Modig 2011). Skerfving (2005, s.16–17) tar upp att idag ses barn i högre grad som aktiva, kompetenta och självständigt handlande och som själva är medskapare till den verklighet som de lever i. Vad som har påverkat att barnen har blivit mer synliga kan vara svårt att avgöra men möjliga förklaringar som lyfts fram av författaren är att FN:s konvention om barns rättigheter har accepterats av olika länder i världen, massmedial uppmärksamhet och den förändrade vuxenpsykiatri (Skerfving 2005).

2.2 Framväxt i svensk lagstiftning

I Prop. 2008/09:193 beskrivs att en bakgrund till lagförslaget, om att barns behov av information, råd och stöd särskilt ska beaktas i hälso- och sjukvården, grundade sig i ett slutbetänkande från Barnpsykiatrikommittén (Prop. 2008/09:193). I ett uppdrag skulle Barnpsykiatrikommittén tänka över och föreslå insatser för att både förebygga dels uppkomst av psykiska problem, dels förebygga fördjupning och befästning av psykiska problem som redan uppkommit. Man kom då fram till att barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning, missbruk och även föräldrar med allvarlig sjukdom i vissa fall bildade en riskgrupp som var särskilt sårbar (SOU 1998:31). Vid slutbetänkandet av Nationell psykiatrisamordning (SOU 2006:100, s.202–203) framkom att det krävs att primärvården, men även vuxenpsykiatri, utvecklar ett barn- och familjeorienterat arbetssätt för att kunna upptäcka de barn som har behov av stöd samt kunna påbörja stöd till dessa barn. Det krävs även att det bildas ett nära samarbete mellan primärvård, vuxenpsykiatri, socialtjänst, skola

och andra berörda aktörer. Uppmärksammar man patienterna och barnens situation tidigt minskar man troligtvis riskerna för psykisk ohälsa senare i livet hos barnen (SOU 2006:100).

Barnkonventionen blev svensk lag den 1 januari 2020 (Unicef 2021). När det gäller barn som anhöriga finns det flera rättigheter utifrån konventionen som har relevans, exempelvis barnets rätt till hälsa och utveckling, barnets rätt till skydd, barnets rätt till delaktighet och barnets rätt till social trygghet (Region Skåne 2020b). Jansson, Larsson och Modig (2011, s.16) tar upp att genom att ge barnet möjlighet att ta upp sina frågor kring föräldrarnas sjukdom och berätta om sin vardag får man också en föreställning om den synen som barnet har på sin tillvaro och om ett stödbehov finns, vilket kan kopplas till barnets rätt att uttrycka sina åsikter och bli hörda (Jansson, Larsson & Modig 2011).

2.3 Lagen i praktiken

2.3.1 Lagstiftningen och dess innebörd

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kap. 5 § 7 framkommer följande kring hälso- och sjukvårdspersonalens särskilda skyldigheter gällande barn:

7 § Ett barns behov av information, råd och stöd ska särskilt beaktas om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. har ett missbruk av alkohol, annat beroendeframkallande medel eller spel om pengar.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.

I patientsäkerhetslagen (2010:659) kap. 6 § 5 finns en liknande lagbestämmelse. Det framkommer i Prop. 2008/09:193 att med barn menas varje människa under 18 år och när det gäller en vuxen som barnet varaktigt bor med så kan det utöver förälder exempelvis också vara en styvförälder eller en familjehemsförälder, alltså den vuxna som har en faktisk omsorg om barnet. Den psykiska funktionsnedsättningen innebär att det finns en nedsättning av den psykiska förmågan vilket en psykisk sjukdom eller annat tillstånd bidragit till. Avseende missbruk av alkohol är det svårt att dra en gräns avseende konsumtionsnivå. I propositionen beskrivs att enligt förarbeten till lagen om LVM (lagen om vård av missbrukare i vissa fall) så

måste det bedömas som missbruk när det ger följder som blir allvarliga för den enskilde med sociala eller medicinska problem. När det gäller målgruppen som avses i propositionen så är den dock vidare än den grupp som kan vara aktuell för vård enligt LVM. Stödet, råden och informationen behöver anpassas efter barnets mognad och ålder. Utifrån barnets bästa kan det exempelvis i en del fall innebära att informationen ska ges först när en viss tid har gått eller inte alls (Prop. 2008/09:193).

2.3.2 Information

Vid Region Skåne har det tagits fram ett handlingsprogram avseende arbetet med barn som anhöriga. Här går man också närmre in på hur lagstiftningen kan appliceras i praktiken. Den information som barnet har behov utav är exempelvis; den vuxna patientens tillstånd eller sjukdom, medicinbiverkningar som är vanliga, förklaring av symtom eller förändringar som sker kroppsligt och vad som kommer att hända den närmaste tiden (Region Skåne 2020b). Det kan också handla om att ge barnet information om reaktioner som är vanliga hos barn och anhöriga (Socialstyrelsen 2013). Personalen kan även beakta barnets behov av information genom att vid samtal med patienten föra barnet på tal. Barnet kan gynnas av att det finns en förståelse och insikt hos den vuxna patienten hur situationen påverkar barnet och i dialog med personal kan man tillsammans med patienten komma fram till vilken typ av information som skulle vara relevant för barnet att ta del av. Vid de tillfällen när patienten inte själv kan informera barnet, eller när det finns en önskan hos patienten och barnet om samtal med personal, så ska man erbjuda detta. När personal och patient inte kommer överens om vilken information som ska ges, eller om informationen ska ges överhuvudtaget, är det av vikt att personalen försöker att motivera till att barnet får information och prata om anledningen till detta (Region Skåne 2020b).

2.3.3 Råd och stöd

När det gäller råd så kan det innebära att exempelvis vägleda den vuxna patienten kring hur de kan hantera sin egen och barnets situation för att man i vardagen ska kunna bevara en god struktur genom exempelvis en öppenhet i familjen. Det kan även finnas behov hos patienten att få råd kring hur man ska prata med och informera andra viktiga vuxna runt barnet, i exempelvis skola och förskola (Kunskapsguiden 2019). Som personal kan man även ge råd kring hur man pratar om svårigheter i familjen och vilka förhållningssätt som kan bidra till att situationen underlättas för barn och unga i familjen (Socialstyrelsen 2013).

När det finns behov av *stöd* till barn och föräldrar kan detta ges inom den egna enheten eller så kan det innebära att motivera och eventuellt hjälpa barnets föräldrar till kontakt med andra delar inom hälso- och sjukvården, andra ställen där adekvat kompetens finns eller socialtjänsten (Socialstyrelsen 2013).

Ramnfors (2018) beskriver att begreppen stöd, råd och information är ibland inte möjliga att skilja åt och det är inte alltid heller nödvändigt. Det kan ge en stödjande effekt med goda råd och bra information och det kan ha en behandlande effekt med ett bra stöd (Ramnfors 2018).

Socialstyrelsen (2013, s.55–56) beskriver att det finns mycket som talar för att man behöver övergå från ett individfokuserat till ett familjeorienterat synsätt när det gäller att utröna det stöd som barn som anhöriga behöver. Tillräckligt stöd finns många gånger för dessa barn inom familjen och nätverket men det kan också vara så att barnet, föräldrarna och familjen behöver ytterligare stöd. Det kan innebära både direkt stöd till barnet och föräldrarna eller indirekt stöd till barnet genom föräldrarna. Enligt forskning framkommer att lång- och kortsiktiga negativa konsekvenser som eventuellt uppstår är kopplat till hanteringen av riskfaktorer och skyddsfaktorer som kompenserar. Möjligheten för föräldrarna och andra viktiga vuxna att på ett bra sätt hantera situationen och därmed också ge barn och unga stöd är därför en viktig grundsten vilket också innebär att stöd till föräldrar kan vara ett stöd till barnet (Socialstyrelsen 2013).

2.3.4 Att implementera lagen i verksamheten

Kunskapsguiden (2019) lyfter fram att utifrån den erfarenhet som finns av utvecklingsarbete och forskning kring implementering så behöver man ha strukturer i verksamheten för att det på sikt ska fungera. Detta kan exempelvis innebära att; det behövs en ledning som är engagerad och från vilka resultat också efterfrågas, det finns en förankring hos medarbetare, ledning och första linjens chefer, delaktigheten är bred, nätverk av barnombud finns, resurser är säkrade avseende ekonomi, kompetens, personal och tid, arbetet förs in i processer samt att det finns ett uppföljningssystem (Kunskapsguiden 2019).

När det gäller metoder och verktyg i arbetet med barn som anhöriga så är några exempel på de som kan användas: ”Våga fråga”, en virtuell vårdcentral för allmänläkare (Socialstyrelsen 2019), ”Föra barnen på tal” och ”Beardslees familjeintervention” (Nationellt kompetenscentrum anhöriga 2017). Den virtuella vårdcentralen är ett verktyg för blivande och

verksamma allmänläkare, som stöd för att applicera ett familjeperspektiv och på sätt möjliggöra att barn som anhöriga uppmärksammas i primärvården (Socialstyrelsen 2020).

3. Kunskapsläget

3.1 De professionellas perspektiv

3.1.1 Barriärer

När det gäller arbetet med barn som anhöriga så har det i forskning uppmärksammats strukturella barriär som försvårar detta (Karidar et al. 2016; Dencker et al. 2016; Gullbrå et al. 2014). En strukturell barriär som lyfts fram är bristen på tid (Karidar et al. 2016; Dencker et al. 2016, Gullbrå et al. 2014). I en svensk studie med sjuksköterskor inom onkologi framkom att även strukturella ramar utifrån ekonomi, medicin, prioriteringar och politisk logik påverkade sjuksköterskornas interaktion med barnet. Den strukturella ramen åsidosatte intentionen och den goda viljan hos sjuksköterskor att möta patientens barn trots det krav som finns utifrån lagen att uppmärksamma dessa barn. Utifrån sjuksköterskornas arbetssituation krävdes att de medicinska delarna hade första prioritet och därefter de psykosociala delarna (Karidar et al. 2016). Andra strukturella barriärer som lyfts fram är brist på träning, professionell kod och utrymmesbrist i det medicinska registreringssystemet (Dencker et al. 2016).

I en dansk studie undersökte man sjuksköterskors och läkares barriärer med hänsyn till att prata med allvarligt sjuka patienter kring deras barn. Det framkom att de emotionella barriärerna hade benägenhet för att växa när man inte adresserade de strukturella barriärerna. De emotionella barriärerna innebar bland annat uppfattningen kring nödvändigheten av att hålla en professionell distans och situationens smärtsamma natur (Dencker et al. 2016). Tillit i relationen mellan professionell och patient är en faktor som också har lyfts fram när det gäller arbetet med barn som anhöriga (Johnsen Hogstad & Leer-Salvesen 2020; Hafting et al. 2019). I en norsk studie inom palliativ vård framkom det att det man som vårdpersonal främst tar hänsyn till är att bygga tillit i relationen mellan professionell och patient samt att upprätthålla hoppet hos patienten. Detta grundades i att man hade en respekt för autonomi hos patienten. Förhandlingen kring patientens autonomi respektive barnets involvering hanterades på olika sätt av professionella (Johnsen Hogstad & Leer-Salvesen 2020).

Att invänta rätt tidpunkt som professionell har också åskådliggjorts (Karidar et al. 2016; Johnsen Hogstad & Leer-Salvesen, 2020; Priebe & Afzelius 2015). I en utvärdering av Priebe

och Afzelius (2015, s.41) lyftes vikten av att informera nästkommande vårdenhet ifall en insats ej kunde genomföras så att arbetet kring detta kunde fortsätta (Priebe & Afzelius 2015). Föräldrarnas strategi kring att inkludera eller exkludera barnet i vården har också lyfts fram som en utmaning för professionella (Karidar et al. 2016, s.27; Maybery & Reupert 2009).

Gullbrå et al. (2014) beskriver i en norsk studie att allmänläkarna hade huvudfokus på patienten och att de kunde vara rädda för att förlora eller såra sina patienter som var sårbara och på så sätt också undvek att föra patientens barn på tal (Gullbrå et al. 2014). En tveksamhet till att prata med patienterna om deras barn med anledning av oro kring att relationen skulle äventyras har även lyfts fram (Priebe & Afzelius 2015, s.50; Lauritzen et al. 2015).

3.1.2 Att arbeta familjefokuserat

I en norsk studie som genomfördes inom psykiatri framkom att de professionella som hade mer kunskap kring barn och hur föräldrarollen kan påverkas av psykisk sjukdom hade mindre oro för att relationen till patienten skulle störas av att ha en strategi som var barnfokuserad. Även de som förväntade sig att barnet skulle dra nytta av interventionen var mindre bekymrade kring om relationen skulle störas av att ha ett familjefokus (Lauritzen et al. 2015). I en norsk tvärsnittsstudie av Skogøy et al. (2019) undersökte man hälso- och sjukvårdspersonals skillnader i att stödja familjer när patienten är förälder till ett barn som är anhörig. Att ha samtal med föräldrar kring barnens behov påverkades av de professionellas färdigheter och kunskap. Bara en tredjedel hade genomfört samtal med barn och den organisatoriska faktorn medarbetarstöd var den enda förutsägande omständigheten kopplat till att samtal genomfördes. Avseende familjestöd så hade socialarbetare betydligt högre poäng men även sjuksköterskor hade höga poäng. En tanke lyftes fram av forskarna kring att socialarbetarnas praxis eventuellt kunde bidra till ett underlättande att följa de förväntningar som finns utifrån den nya lagstiftningen kring att uppmärksamma barn (Skogøy et al. 2019).

Att utveckla barn- och familjekompetensen hos medarbetare generellt inom vuxenpsykiatri och att de som genomför insatser får mer specifik kompetens kring detta var rekommendationer som framkom efter en utvärdering inom vuxenpsykiatri. För att insatser skulle kunna genomföras behövde det även finnas tillgång till resurser. I utvärderingen framkom hade det framkommit en underrapportering av barn och att det gavs få insatser till de barn och familjer i de fall man hade registrerat barnen (Priebe & Afzelius 2015).

I en australiensk studie, och därmed också i en australiensk kontext, lyftes fram potentiella lösningar till hinder kring att arbeta familjefokuserat i verksamheten. Författarna uttrycker att de tror att dessa problem och lösningar kan begreppsliggöras som en hierarki som kan relateras till Maslows hierarki där faktorer på en lägre nivå behöver finnas i organisationen för att de aktiviteterna på en högre nivå ska vara framgångsrika. De pekar på att när stöd från organisationen finns med riktlinjer och tillvägagångssätt och när man adresserat det glapp som finns avseende arbetarnas kunskap, kompetens och attityd så är man i en bättre position att engagera sig med föräldrarna samt identifiera och arbeta med deras familjer (Maybery & Reubert 2009).

3.1.3 Studie inom primärvården i Sverige

I en svensk studie har man undersökt vilka de centralaste livsstrategierna och bekymren som barn till kroniskt sjuka föräldrar har vid en vårdcentral i Stockholm. Utifrån de resultat som framkom i studien lyftes det fram praktiska konsekvenser med anledning av resultaten. Det framkom att det är en viktig uppgift för professionella inom primärvården att nå ut till barn med kroniskt sjuka föräldrar, antingen genom föräldern eller barnet direkt. Då kan man ge information om förälderns sjukdom, namnet på sjukdomen, symtom, behandling och prognos vilket hjälper barnet att förstå situationen. Som professionell behöver man informera barn och föräldrar om att barn vanligtvis är väldigt intresserade av förälderns hälsa och att de ser sig själva som att de bidrar till familjen där barnet försöker hjälpa och förstå. Här behöver professionella välkomna de känslor och observationer som barnet har, inbjuda till frågor samt erkänna de bidrag som barnet gör i familjen. Samtidigt behöver man ha i åtanke att barnets främsta uppgift är att utvecklas och växa och så småningom separera från föräldern (Oja et al. 2019).

Oja et al. (2019) beskriver att med hänvisning till den lag som finns kring barn som anhöriga i Sverige så finns det samtidigt få studier som visar på hur man effektivt kan ge information och stöd inom primärvården utifrån detta. Utifrån den aktuella studien med barn till kroniskt sjuka föräldrar så drar författarna slutsatsen att dessa barn ser sin egen situation som allvarlig och problematisk och som också indikerar på en risk för överföring av sjukdom mellan generationer.

3.2 Den vuxna patientens perspektiv

I en litteraturstudie av Oja et al. (2020) har man tittat på interventioner inom olika områden i hälso- och sjukvård, kopplat till att informera barn om förälderns sjukdom, där man bland

annat beskrivit vad föräldrarna tyckte vad hjälpsamt vid dessa interventioner. Det framkom att det resulterade i ökad kunskap kring sin sjukdom, mer öppen kommunikation, förändrade känslor där känslor av skam och skuld reducerades, nya copingstrategier, ökad förståelse hos föräldern kring att förstå sitt eget barn, att föräldern observerade förändringar i barnets beteende och en lättnad över att se sitt barn ha roligt vid aktiviteter samt i relationer vid interventionen. De flesta interventioner gjordes vid psykiatrin men även inom vård av HIV och cancer. Det framkom inte några effektstudier av interventioner i primärvården när det gäller att fånga upp barn som anhöriga och det finns därför ett behov av det (Oja et al. 2020). Vid intervjuer med föräldrar som hade en depressionsdiagnos framkom i en svensk studie att föräldrarna både längtade efter men var också rädda för att prata med sina barn om sin sjukdom. Föräldrar såg de professionella som ett stöd i att prata med sina barn om detta (Pihkala & Johansson 2008).

3.3 Barnets perspektiv

I en svensk studie har man intervjuat barn till föräldrar som är patienter vid vårdcentral vilka har varit sjukskrivna i mer än 90 dagar. Det framkommer att barn till kroniska sjuka föräldrar inom primärvården dels försöker att förstå den situation de är i, dels att de tar på sig en föräldraroll. Genom att observera föräldern över tid försökte barnet förstå hur saker och ting hänger ihop samtidigt så vill inte barnet belasta föräldern med obekväma frågor. Barnet kan exempelvis observera förälderns symtom och humör. Barn funderar kring varför det blivit som det blivit och vad som är lösningen på problemet. Barnet har en konstant oro kring nutid och framtid och tar ansvar för att förebygga att dåliga saker ska ske och för att lösa situationer som uppstår. Att barnet intar en föräldraroll innebär att barnet dels tar hand om föräldern, sig själv och hushållet. Barnen ser sig själva som ett viktigt bidrag till att deras familjer ska fungera (Oja et al. 2019). I en annan studie av Oja et al. (2020) framkom att när interventioner hade använts, inom olika delar av sjukvården, för att informera barnet om förälderns sjukdom, så bidrog detta till att barnet fick ökad kunskap och förståelse, nya copingstrategier, mer öppen kommunikation samt en känsla av lättnad (Oja et al. 2020)

Barnets situation och behov kopplat till ålder, exempelvis hur barn som anhöriga i de yngre åldrarna har det, har belysts genom Andersson (2015) och Axberg et al. (2019).

3.4 Påverkan på barnets hälsa

Olika faktorer i ett barns vardag kan försvaga eller förstärka risken avseende utvecklandet av barns psykiska ohälsa när barnet lever med en förälder med psykisk sjukdom. Både utländska

och svenska studier har visat på att det finns ett samband, som är starkt, mellan barnets psykiska ohälsa och föräldrarnas psykiska sjukdom. En stark skyddsfaktor är att föräldern trots sjukdom kan ge sitt barn närhet och kärlek samt att det finns en tillgång på andra nätverk och relationer (Jansson, Larsson & Modig 2011, s.22–23).

Barn till föräldrar med återkommande depressioner har erfarenhet av psykiska problem på hög nivå enligt en studie från Storbritannien och dess kontext. En av fem ungdomar visade sig dock ha god hälsa och i studien framkom följande skyddande faktorer kopplat till detta; medföräldrarnas stöd, sociala relationer av god kvalitet, frekvent träning, föräldrarnas positivt uttryckta känslor samt självförmåga. Faktorer som dessa visade sig bidra till resiliens avseende en ihållande god ungdomlig mental hälsa men det krävdes samtidigt flera av dessa skyddande faktorer (Collishaw et al. 2016).

I forskning har det framkommit att föräldrar kan skatta barnets mående och situation annorlunda än barnet själv (Ruud et al. 2015, Axberg et al. 2019).

3.5 Forskning kring interventioner

En svensk studie inom psykiatri, gjord av Pihkala, Sandlund och Cederström (2011), pekade på att föräldrars trygghet och förtroende till professionella samt Beardslee's familjeintervention som metod gav förutsättningar för föräldrar att en kommunikation med deras barn kring föräldrarnas psykiska sjukdom skulle initieras.

I en amerikansk randomiserad studie av Beardslee et al. (2007) framkom att förebyggande, korta och familjecentrerade ingrepp kan bidra till att familjens funktion förbättras och att dessa blir långvariga och ihållande. Studien visade även bland annat på att i den klinikerbaserade interventionen bidrog det i högre grad till att barnen fick en förståelse för föräldrarnas sjukdom (Beardslee et al. 2007). I en amerikansk litteraturstudie (Diareme et al. 2007) tittade man närmre på interventioner riktade till barn och ungdomar vars förälder har en somatisk sjukdom. Utifrån studien framkom att olika riktlinjer kunde ges till kliniker utifrån de resultat som framkom, bland annat vikten av att, vid utformningen av interventioner, ta hänsyn till det samspel som finns mellan familjen, barnets behov och sjukdomens fas och karaktär (Diareme et al. 2007).

I en utvärdering som genomförts vid Psykiatri Skåne framkom att den vanligaste insatsen var att ge information och att det var en femtedel av de familjer där barn hade registrerats som hade tagit del av detta. Det framkom även att när det fanns större barn i familjen hade de fått insatser i högre grad än i familjer med små barn (Priebe & Afzelius 2015, s.47).

3.6 Litteratursökning

Litteratursökning har främst gjorts genom databasen LUBsearch och bibliotekskatalogen LUBcat. Vid litteratursökningen har sökord som ”parent-child relations”, ”primary health care”, ”trust”, ”social support”, ”children of impaired parents”, ”children as next of kin” och ”social work” använts. Inspiration till sökorden har delvis uppkommit genom sökord som jag fann relevanta för studien men också genom att se vilka sökord som användes vid de artiklar som jag fann väsentliga. När jag funnit relevanta forskningsartiklar har jag också tittat vidare på de referensartiklar som jag tyckt varit av intresse för studien.

4. Teori

4.1 Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell

Bronfenbrenners modell för utvecklingsekologi tar hänsyn till att utveckling sker i interaktion med omgivande faktorer och då alltså sker i ett sammanhang (Andersson 2013 s. 202). I teorin ingår olika system; mikrosystem, mesosystem, exosystem och makrosystem (Bronfenbrenner 1979). Klefbeck och Ogden (2003, s.51–52) beskriver att det ekologiska perspektivet betonar sammanhanget och helheten kopplat till barnets utveckling och uppväxt. Författarna tar upp att Bronfenbrenner använder en symbolik med barbusjkadockor när miljöns uppsättning beskrivs, vilket är ryska trädockor som passar in i varandra. På olika abstraktionsnivåer med olika närhet till barnet delas miljön in där barnet benämns som aktör (Klefbeck & Ogden 2003). Bronfenbrenner beskriver att mikrosystemet är ett mönster av roller, aktiviteter och interpersonella relationer som är upplevda av den person som utvecklas i en viss miljö där det finns särskilda materiella och fysiska egenskaper. Avseende miljön anspelar det på en plats där det är möjligt att engagera sig ansikte mot ansikte, exempelvis i hemmet eller på förskolan (Bronfenbrenner 1979). Avseende mesosystemet så menar Bronfenbrenner att det inbegriper det samband som finns mellan två eller flera miljöer där det finns ett aktivt deltagande av den som utvecklas. Det kan exempelvis innebära de relationer som finns mellan skola och hemmet. Mesosystemet innefattar alltså ett system av mikrosystem (Bronfenbrenner 1979). Klefbeck och Ogden (2003, s.56) förklarar att beroende på barnets kontaktyta och sociala kompetens så kan barnets mesosystem vara av olika omfattande grad. Kvaliteten på och antalet kontakter i mesosystemet är dock viktiga för barnets utveckling samt barnets rörelse i detta system som benämns som ekologiska övergångar (Klefbeck & Ogden 2003). Gällande exosystemet så innefattar detta en eller flera miljöer där den utvecklande personen inte är aktivt involverad men att det inträffar händelser där som antingen påverkar eller påverkas av

det som händer i den utvecklande personens miljö. Ett exosystem skulle exempelvis kunna innebära förälders arbetsplats (Bronfenbrenner 1979). Exosystemet kan också innefatta hälso- och sjukvårdens, socialtjänstens och vuxenpsykiatriens organisationer. (Skerfving, 2015). Makrosystemet består bland annat av ideologier och institutioner som ett samhälle genomsyras av. Det innefattar sociala, kulturella, politiska, ekonomiska, legala och utbildningsmässiga system som bidrar till uttryck på de andra nivåerna (Lagerberg & Sundelin 2000). Bronfenbrenners utvecklingsmodell har visat sig vara användbar vid framtagning av rekommendationer avseende vägledning vid praxis och politik med hänsyn till allmän psykisk hälsa (Eriksson, Ghazinour & Hammarström 2018)

4.2 Barndomssociologi

Skerfving (2015, s. 29) beskriver att barndomssociologin har uppkommit utifrån synen på barn som har förändrats historiskt och som tilltog vid förra seklet men främst de sista decennierna vid det århundradet. Vid slutet av 1900-talet märktes en tydlig förändring avseende barnets position i samhället och vuxnas perspektiv på barn (Skerfving 2015). Utifrån ett framväxande paradig som lyfts fram av James och Prout (1997, s.8) så innebär en del av detta paradig att barn är och måste ses som aktiva aktörer i sina egna liv, i samhället samt i sin omgivning. Barn är inte passiva ting i förhållande till processer och sociala strukturer. Paradigmet lyfter även fram att barndom är förstått som en social konstruktion där barndom varken är en allmän eller naturlig företeelse bland människor, det framträder istället som en kulturell komponent och speciell struktur i många samhällen. Till skillnad från att se barndom som biologisk omogenhet. Barndom ger en tolkningsram där de första åren i livet kan kontextualiseras (Prout & James 1997). Bäck-Wiklund och Lundström (2010) beskriver att uttryck som *barns bästa*, *barnperspektiv* och *barnets röst* är begrepp som på senare år används av bland annat de som arbetar med barn eller forskar kring området. Hur man ska förstå barns villkor och göra dem begripliga är kopplat till dessa begrepp (Bäck-Wiklund & Lundström 2010). Halldén (2003, s. 21) uttrycker att ett barnperspektiv innefattar både att fånga upp de röster som barnet har och samtidigt att det finns behov av att tolka dessa utifrån ett uttryck av ett diskursivt sammanhang (Halldén 2003). Enligt Barnombudsmannens definition av *barnperspektiv* så kan man dels prata om samhällets barnperspektiv, dels den enskilda vuxnes syn på barn, barndom och de villkor som barndomen för med sig. Det samhällseliga barnperspektivet, det generella barnperspektiv som finns i samhället, är något som reflekteras genom exempelvis, föreskrifter, allmänna råd, lagstiftning, attityder och normer. Den enskilda vuxnes perspektiv är de egna erfarenheter man som vuxen har från sin

egen barndom, hur ens egna barn har det och hur man ser på de barn som finns runtomkring. *Barnets perspektiv* innebär det enskilda barnets syn på sin omvärld och sitt eget liv. Detta baseras på mognad, ålder, tradition, kultur, erfarenheter och det nuläge som finns. Genom åren kan barnets perspektiv förändras och det är ett perspektiv som kommer fram först när barnet får berätta med egna ord. På så vis beaktas barnets perspektiv av vuxna genom att lyssna till barnet och ställa frågor (Barnombudsmannen 2019, s. 70). Pramling Samuelsson, Sommer och Hundeide (2011, s.40) beskriver att det krävs ett barnperspektiv som är grundat på professionella insikter och/eller vardagliga erfarenheter för att närma sig ett barns perspektiv. Med andra ord behövs det insikter som representerar realistiska uppfattningar hos vuxna kring barns erfarenheter och uppfattningar (Pramling Samuelsson, Sommer & Hundeide 2011).

4.3 KASAM – Känsla av sammanhang

Att stärka barnets känsla av sammanhang (KASAM) kan bidra till att skapa bättre förutsättningar för barnets situation (Socialstyrelsen 2013, s.55). Antonovsky (2005) utvecklade begreppet KASAM; känsla av sammanhang, som är ett salutogent perspektiv och består av de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. *Begriplighet* avser i hur stor utsträckning man upplever yttre eller inre stimuli som förnuftsmässigt åtkomlig där informationen är strukturerad, sammanhängande och tydlig till skillnad från brus som är oväntad, slumpmässig, oordnad, oförklarlig och kaotiskt. En person som har en hög känsla av begriplighet har en förväntan om att de stimuli som man möter framöver kommer att vara förutsägbara och när det blir överraskningar så kommer de att kunna förklaras och organiseras (Antonovsky 2005). När det gäller *hanterbarhet* handlar detta om: ”den grad till vilken man upplever att det står resurser till ens förfogande, med hjälp av vilka man kan möta de krav som ställs av de stimuli som man bombarderas av” (Antonovsky 2005, s.45). Resurserna kan vara de som man själv har kontroll över eller som behöriga andra kontrollerar över och som man litar på; såsom en hustru, kollegor, vänner, historien, läkare, Gud eller en partiledare (Antonovsky 2005). Det kan vara både formella resurser, såsom omsorgspersonal eller social service men också informella resurser som exempelvis familjen. Det krävs att vi anser att det finns en mening med att situationen behöver hanteras (Eriksson 2015, s.25–26). Komponenten *meningsfullhet* kan ses som en komponent som speglar motivation och i vilken utsträckning man känner att det finns en känslomässig innebörd i livet (Antonovsky 2005).

5. Metod

5.1 Val av metod

I denna uppsats kommer kvalitativ metod (Bryman 2018) att användas där fokus ligger på ord snarare än siffror och där forskaren bland annat är intresserad av att ta del av hur undersökningspersonerna upplever sin sociala verklighet. Det handlar också om att begripa processer och får en förståelse för de åsikter, värderingar och beteenden som finns inom en viss kontext samt beteendets mening (Bryman 2018). Inom kvalitativ forskning har jag valt att använda mig av det som May (2013) beskriver som semistrukturerade intervjuer. Vid denna intervjuform brukar frågorna vara specificerade men för den som intervjuar är det möjligt att i större utsträckning gå bortom svaren och söka mer fördjupning och klargörande i dialog med intervjupersonen (May 2013). Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s.34–38) lyfter fram att man kan få insikt om förhållanden som finns i en viss social miljö genom att ett antal personer som befinner sig där intervjuas. Författarna uttrycker att det knappast är möjligt att dra tydliga gränser kring olika former av intervjuer. Antalet fasta frågeformuleringar och öppna frågor kan varieras och ordningen på de olika frågorna. I första hand kanske det inte är en djupare kunskap kring ett fenomen som man får men däremot en bredare bild med olika dimensioner, i jämförelsevis med standardiserade frågor. Vid kvalitativa intervjuer så har intervjuaren mer möjlighet att exempelvis ta upp nya ämnen, hitta nya angreppssätt och ställa nya frågor (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015).

5.2 Urvalsprocessen

Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s.39) lyfter fram att vid urvalet av intervjupersoner så är forskningsfrågan helt avgörande för detta (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Johannessen, Tufte och Christoffersen (2020, s.100–102) beskriver att vid kvalitativa metoder så är avsikten att komma nära inpå målgruppens personer som man har ett intresse att få mer kännedom om. Urvalet kan inte vara slumpmässigt eller tillfälligt utan rekryteringen behöver ha ett tydligt syfte (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2020). Avsikten med uppsatsen har initialt varit att titta närmare på professionellas erfarenhet och tankar kring att arbeta med barn som anhöriga inom vårdcentral. Till en början valde jag då att detta skulle ske genom intervjuer med två olika professioner, kuratorer och läkare, för att inkludera en lite mer bredare bild kring hur man arbetar med barn som anhöriga vid vårdcentral. Vid artikelsökning har jag inte i så hög grad funnit vetenskapliga artiklar relaterat till barn som anhöriga kopplat till kuratorer men däremot mer kopplat till läkare och sjuksköterskor. Därför är det också en

intressant aspekt att fånga in kuratorns perspektiv. Gåfvells (2014) beskriver att kuratorn inom hälso- och sjukvård verkar inom det psykosociala arbetsområdet där man ser individen utifrån dess samhällsliga och sociala sammanhang (Gåfvells 2014). I studien av Karidar et al. (2016, s.28) framkom att uppgiften att prata med patienten och barnen oftast genomfördes av socialarbetare eller läkare (Karidar et al. 2016). Gullbrå et al. (2014) beskriver att allmänläkare är i en bra position i att hjälpa barn som anhöriga (Gullbrå et al. 2014). Vid ett strategiskt urval av informanter bestämmer forskaren den aktuella målgruppen för att den information som krävs ska kunna samlas in (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2020, s.104).

Ett mail med tillhörande informationsbrev (se bilaga 1) skickades via mina handledare på praktikenheten dels ut till läkare (ST-läkare och specialistläkare) vid en vårdcentral i Region Skåne och dels ut till vissa kuratorer vid vårdcentraler i Region Skåne. På dessa mail fick jag nästan inga svar och valde därför att prata med mina handledare kring vilka de tänkte skulle kunna vara intresserade av att delta och jag började därefter skicka ut mail för att på nytt försöka rekrytera informanter. Denna typ av metod kallas enligt Johannessen, Tufte och Christoffersen (2019) för snöbollsurval när intervjupersoner rekryteras genom att man blir hänvisad till informanter genom personer som vet mycket om det fenomen som undersöks (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2019). En risk med ett snöbollsurval är att personerna man blir tipsad om troligen har kontakt med tipsaren och att de kan ha en del gemensamma attityder eller erfarenheter (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2019).

Vid rekryteringen av informanter visade det sig att det var svårt att rekrytera och bestämma intervjuetid med läkare. Till slut valde jag därför att fokusera på kuratorer som det professionella perspektivet vid arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral. Detta beslutades när sju kuratorer hade intervjuats och jag ansåg att jag hade ett bra material för att kunna genomföra en analys samt att jag i det läget också behövde förhålla mig till den begränsade tiden. Enligt Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s 42) kan intervjuer med sex till åtta personer ur en viss grupp bidra till att man får ett material som med större säkerhet är relativt oberoende utav mycket personliga uppfattningar hos enstaka personer (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015). Syfte och frågeställningar har till stor del kunnat kvarstå trots förändringen i studien där urvalet koncentrerades till kuratorer, fränsett att syftet har blivit fokuserat på erfarenheter och tankar kring arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral utifrån kuratorns perspektiv.

Det hade varit intressant att även fånga in andra professionellas uppfattning inom vårdcentralen kring frågan om barn som anhöriga men detta bedömdes inte vara möjligt utifrån uppsatsens omfattning. Johannessen, Tufte och Christoffersen (2019, s.101) beskriver att det teoretiskt sätt inte finns någon övre eller undre gräns kring antalet intervjuer som ska göras utan i regel så handlar det om vad som är möjligt i praktiken och när det handlar om studentprojekt så finns det begränsade resurser gällande tid (Johannessen, Tufte & Christoffersen 2019).

5.3 Genomförande av datainsamling

Semistrukturerade intervjuer har genomförts med 7 kuratorer som arbetar inom vårdcentral i Region Skåne. Intervjuerna har tagit mellan ca 35–90 minuter. Med anledning av pandemin av covid-19 har intervjuerna genomförts främst via telefon, två av intervjuerna genomfördes via Teams utifrån intervjupersonernas önskemål. Bryman (2018, s.582) beskriver att utifrån forskning som framkommit har det visat sig finnas små skillnader mellan att intervju direkt eller via telefon. Författaren lyfter fram att det vid telefonintervjuer dock kan finnas vissa aspekter man behöver vara medveten om. Exempelvis innebär en intervju via telefon att man inte kan se den intervjuades kroppsspråk och därmed inte heller eventuella gester eller minspel som kan ge information till intervjuaren om förvirring eller obehag. Det kan också finnas tekniska svårigheter vid inspelandet av telefonintervjuer (Bryman 2018). Upplevelsen vid intervjuerna, både via telefon och via Teams, var att det gick att uppfatta när något kändes oklart. Dels genom hur intervjupersonen reagerade muntligt, dels att intervjupersonen själv tog upp oklarheter. Dock kan det ju ha funnits tillfällen som inte gick att uppfatta med anledning av att intervjun inte gjordes med intervjupersonen i rummet. Tekniska svårigheter upplevdes inte vid intervjuerna via telefon men vid intervjuerna vid Teams blev det ibland störningar och då bad jag intervjupersonen berätta igen och när det uppkommit oklarheter vid transkriberingen har jag valt att inte ha med detta i resultatdelen.

5.4 Undersökningens tillförlitlighet

Bryman (2018, s. 467) beskriver att när det gäller kvalitativa undersökningar så kan det finnas behov av att värdera och bedöma studien utifrån andra kriterier (Bryman 2018). Denna studie kommer använda sig av den grundläggande kriterien *tillförlitlighet* som Bryman (2018) benämner och som tagits fram av Guba och Lincoln (Lincoln & Guba 1985; Guba & Lincoln 1994 se Bryman 2018) där man tittar på studiens *trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera*.

5.4.1 *Trovärdighet*

När det gäller *trovärdigheten* i studien, som motsvarar intern validitet, så beskriver Bryman (2018, s. 465) att intern validitet inbegriper hur väl de teoretiska idéerna stämmer överens med de observationer som forskaren gjort (Bryman 2018). De olika teoretiska idéerna i studien har dels mognat fram under arbetets gång, dels i processen vid genomgång av den kunskap som redan finns i ämnet men också under intervjuernas genomförande. På så sätt har det funnits en intention att under genomförandet ha en medvetenhet kring teoriernas relevans utifrån studiens syfte.

En teknik som man kan använda sig av för att bedöma trovärdigheten är triangulering; en strategi som etnografer bland annat kan använda genom att med hjälp av intervjufrågor kontrollera den insamlade datan för att säkerställa att det inte blivit missförstånd kring det som de sett eller hört (Bryman 2018, s. 466). I denna studie har jag i intervjuerna ställt följdfrågor för att kolla av så att jag uppfattat saker korrekt och i de fall där jag vid genomläsning av de transkriberade texterna upptäckte att det eventuellt kunde finnas missförstånd vid olika frågor så har jag valt att inte ta med det i resultatet. Vid en av intervjuerna framkom det en bit in i intervjun att informanten mer hade uppfattat det som att uppsatsen fokuserade på barn som far illa när man pratade om barn som anhöriga. Jag fick då klargöra ytterligare uppsatsens fokus. Med anledning av detta kommer delar av denna intervju inte att användas i uppsatsen.

5.4.2 *Överförbarhet*

Bryman (2018) beskriver att *överförbarhet* motsvarar extern validitet och handlar om huruvida resultaten är överförbara till en annan miljö och i hur stor utsträckning (Bryman 2018). Utifrån att det är en förhållandevis liten studie som gjorts påverkar det överförbarheten till andra vårdcentraler. Också med tanke på att det finns olika omständigheter i kuratorns kontext som kan påverka de erfarenheter och tankar som kuratorn har så kan det också påverka överförbarheten av resultatet. En annan viktig del är att se till är att studien har gjorts utifrån kuratorns perspektiv, det innebär att överförbarheten till andra professionella på vårdcentralen påverkas även om det skulle kunna finnas liknande erfarenheter och tankar hos dem. Det som skulle kunna stärka överförbarheten är att de kuratorer som har intervjuats har arbetat inom samma organisation, alltså vårdcentral, och inte kuratorer vid spridda verksamheter inom hälso- och sjukvård.

5.4.3 Pålitlighet

Pålitlighet i studien liknar det som i kvantitativ forskning benämns som reliabilitet (Bryman 2018). När det gäller reliabilitet så handlar det både om extern reliabilitet och intern reliabilitet. Vid den förstnämnda så tittar man på i vilken utsträckning som det är möjligt att upprepa undersökningen, vilket man menar kan vara väldigt svårt i kvalitativa studier eftersom exempelvis sociala miljöer förändras. Vid intern reliabilitet belyser man hur pass överens forskarna är överens om hur något ska tolkas i studien (ibid.). Det hade varit svårt att upprepa samma studie igen, nya erfarenheter och tankar växer fram som kan påverka utfallet av ett nytt resultat. Utifrån att studien har gjorts av en enskild forskare så har det eventuella dilemmat att tolka det insamlade materialet olika uteblivit, samtidigt som man också skulle kunna se det som en nackdel att det inte är flera som har genomfört arbetet och därmed haft flera analyserande och kritiska ögon på det insamlade materialet.

5.4.4 Möjlighet att styrka och konfirmera

När det gäller det som Bryman (2018, s. 470) beskriver kring *möjlighet att styrka och konfirmera* så handlar det dels om att forskaren låtit en teoretisk inriktning eller värderingar som är personliga inverka på genomförandet av undersökningen och dess slutsats. Det handlar också om en insikt kring att det i samhällslig forskningen inte går att uppnå en fullkomlig objektivitet (Bryman 2018). För att få en så objektiv syn som möjligt på fenomenet, så har jag exempelvis i intervjuguiden försökt att ha ganska breda och öppna frågeställningar, vid inhämtandet av information av intervjupersonerna har jag kunnat observera vissa delar som återkommer samtidigt som jag vid nästkommande intervju har hållit mig till intervjuguiden och inte låtit mig styras av den information som redan inkommit. Utifrån den förförståelse jag haft för det som studeras, genom inhämtande av kunskap men också genom den praktik som jag genomfördes i den kliniska verksamheten på vårdcentral, så har jag låtit det finnas med som en förståelse kring hur det skulle kunna se ut men samtidigt varit öppen för andra typer av tankar och erfarenheter.

5.5 Bearbetning och analys

När intervjumaterialet hade samlats in och transkriberats påbörjade det som Bryman (2018) beskriver som kodning, vilket är början på materialets kvalitativa analys. Författaren tipsar om att man kan påbörja denna kodning under intervjuprocessens gång vilket kan bidra till att man ökar sin förståelse och det teoretiska urval som man gör. Man kan exempelvis notera om det är något av särskilt intresse eller vikt som framkommer i intervjun (Bryman 2018). Detta

förhållningssätt var något som jag använde mig av under förloppets gång. Författaren beskriver att efter en första genomläsning behöver man läsa igenom materialet igen och då försöka se olika teman eller nyckelord som använts av intervjupersonerna (ibid.). Jag har använt mig av det arbetssätt som benämns (ibid.) som tematisk analys med öppen kodning som sedan kan brytas ned till teman och delteman (ibid.). Vid kodningen fann jag teman som var fokuserade på den *vuxna patientgruppen, det indirekta arbetet med barn som anhöriga, det direkta arbetet med barn som anhöriga, organisatoriska utmaningar och möjligheter, relationella utmaningar och möjligheter* samt *externt stöd*. Därefter har fokus legat på det som Johannessen, Tufte och Christoffersen (2019, s.151–152) beskriver kring att tolka materialet. Författarna lyfter fram att kvalitativa data inte talar på egen hand utan behöver sättas i ett större sammanhang där man fångar en inte uppenbar betydelse, vilket vanligtvis görs genom teorier.

Bryman (2018, s. 581) beskriver att ibland kan det vara delar i den transkriberade texten som behöver redigeras. Det är dock av vikt att innebörden inte förändras av det som återges (Bryman 2018). Vid återgivning av citat i resultatdelen har jag ibland valt att ta bort ett ord eller flera ord för att citatet ska bli mer lättillgängligt i text.

5.6 Kurator

De deltagande kuratorerna i studien bestod både av kuratorer utan legitimation och kuratorer med legitimation (hälso- och sjukvårdskuratorer). I uppsatsen kommer deltagarna benämnas som kuratorer för att ge alla samma beteckning.

5.7 Etiska överväganden

Vid planeringen av en studie behöver man göra avvägningar kring individskyddskravet och forskningskravet. När det gäller individskyddskravet så är det fyra huvudkrav som är vägledande för detta; *informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet* och *nyttjandekravet* (Vetenskapsrådet 2002). Vid en studie finns det ett informationskrav kring studiens syfte till de som är berörda av studien. Är deltagaren aktiv i studien krävs det i princip att deltagaren är informerad i förväg (ibid.). Detta har beaktats genom att informanterna har blivit informerade genom ett informationsbrev (se bilaga 1) innan intervjun genomfördes kring syftet med studien. Efteråt har intervjupersonen kunnat ta ställning till deltagande och har också haft möjlighet att ställa följdfrågor. Vetenskapsrådet (2002) lyfter fram, utifrån samtyckeskravet, att deltagarna har själv rätt att bestämma kring medverkan i studien vilket innebär att man behöver inhämta ett samtycke som forskare (ibid.). Skriftligt

samtycke (se bilaga 2) har inhämtats av alla informanter och de har blivit informerade om i skrift att deltagandet är frivilligt samt att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Konfidentialitetskravet beskrivs (ibid.) som att de som ingår i studien ska ges konfidentialitet i största möjliga mån och att förvaringen av personuppgifter ska bevaras på ett sådant sätt så att det inte kan komma utomstående tillhanda (ibid.). Deltagarna har blivit informerade om att de kommer att anonymiseras i studien. I uppsatsen kommer inte detaljer kring deltagarnas ålder, arbetslivserfarenhet eller kön redovisas för att kunna garantera anonymitet i möjligaste mån, också med tanke på att dessa detaljer inte är något som det har gjorts någon analys kring i resultatdelen. Det inspelade och transkriberade materialet har endast varit tillgänglig för forskaren. Nyttjandekravet (ibid.) innebär att man endast får använda det insamlade materialet kring enskilda personer för ändamålet med forskningen (ibid.). Detta krav har tagits hänsyn till genom att bara använda det material som samlats in, genom intervjuer, i denna studie.

6. Resultat och analys

I denna del kommer jag att analysera det empiriska material som samlats in via intervjuer med kuratorerna genom att applicera de teorier som lagts fram tidigare i uppsatsen samt i relation till det tidigare kunskapsläget. De olika kuratorernas perspektiv kommer att synliggöras i resultatdelen genom benämningarna K1, K2, K3, K4, K5, K6 och K7.

6. 1 Kuratorns beskrivning kring kontakten med den vuxna patienten i relation till barn som anhöriga.

6.1.1 Vilka vuxna patienter möter kuratorn i sitt arbete på vårdcentralen och vilka är aktuella utifrån barn som anhöriga?

Alla kuratorer beskriver att de möter patienter med psykisk ohälsa av något slag, en del (K1, K4, K5 och K6) beskriver att de träffar patienter med kriser och en majoritet av kuratorerna (K1, K2, K5, K6 och K7) beskriver även att de även träffar patienter med fysisk problematik. Det kan då vara en kombination av psykisk ohälsa och fysisk problematik men också endast fysisk problematik kan vara aktuellt. En kurator (K7) beskrev också att en kontakthanledning med kuratorn kan vara sociala svårigheter där patienten i första hand inte vill prata om den psykiska ohälsan men att det kan komma upp i ett senare skede.

En del kuratorer beskrev att problematiken de möter ska vara av lättare (K2, K3, K4, K5) eller måttlig (K3, K4) karaktär. Samtidigt så uttryckte en kurator:

Sen har ju vi dom som har det som man kallar för recidiverande depression, det är ju återkommande depressioner. Så det finns ju faktiskt människor i primärvården som har återkommande depressioner [...] i princip också genom hela sitt liv [...] Där man kan tänka sig att barnen också blir väldigt påverkade (K3)

Några av kuratorerna (K3, K4, K5) beskrev också att de upplevde en förskjutning där de idag möter patienter med en tyngre problematik. En kurator beskrev:

Gräns till psykiatrin, ja djup depression som kanske inte har svarat på behandling så kommer dom inte vidare. Eller om man upptäcker att där är en annan underliggande problematik (K5)

Utifrån dessa kurators upplevelser kring att det idag är en tyngre problematik inom primärvården än tidigare skulle man kunna relatera till att förutsättningarna ser annorlunda ut inom det som Bronfenbrenner (1979) benämner som exosystemet. Detta system har inte barnet direktkontakt med men kan ändå påverka barnets mikrosystem (Bronfenbrenner 1979). Utifrån intervjuerna framkom det inte att arbetet med barn som anhöriga hade ökat med anledning av detta men en kurator lyfte fram behovet av att uppmärksamma barnen:

Jag tror att man är ju van på ett annat sätt inom psykiatrin som jag säger där är ju patienterna oftast i sämre kondition [...] Så där blir det mycket tydligare att barnens situation blir sämre. Men [...] idag har vi faktiskt ganska många i primärvården som mår psykiskt dåligt så [...] vi behöver tänka likadant här för att uppmärksamma dom (K3)

Detta skulle kunna relateras till det Klefbeck och Ogden (2003, s.58) tar upp att beroende på hur man inom ekosystemet (författarna benämner den tredje cirkeln i uppväxtmiljön kopplat till Bronfenbrenners utvecklingsekologi som ekosystemet) tillvaratar barnets intressen och företräder ett barnperspektiv så inverkar det på hur systemet påverkar barnen (Klefbeck & Ogden 2003).

Det framkom även genom en kurator (K3) att det kan finnas individuella skillnader i hur en patient blir påverkad utifrån sin diagnos. En annan kurator (K6) belyste vikten av att ställa frågor oavsett vilken problematik och vilken grad av problematik. Dels utifrån perspektivet att föräldrar kan känna sig maktlösa kring hur de ska hantera situationen, dels att det kan vara lätt att barnen glöms bort. I detta menade också kuratorn att det kan vara en process för föräldern

att känna sig trygg nog att öppna upp sig där frågor kan behöva ställas av kuratorn flera gånger. Utifrån Region Skånes handlingsprogram för barn som anhöriga (2020b, s. 9) beskrivs att när det handlar om att identifiera barn som anhöriga så kan det också innebära att man även behöver uppmärksamma de barn som faller utanför den hälsoproblematik som lagen innefattar. Detta då föräldrarnas symtom kan påverka barnet eller föräldraförmågan även i de fall när exempelvis en fysisk sjukdom bedöms som mindre svår (Region Skåne 2020b). Det framkom i studien av Oja et al. (2019, s. 410) att sjukdomens allvarlighetsgrad inom primärvården definieras vanligtvis inte utifrån dödlighet eller diagnos utan det handlar snarare om att patienten över en längre tid har en bristfällig vardaglig funktion (Oja et al. 2019). Att barn som anhöriga i generell mening särskilt ska beaktas kan relateras till det som framkommer genom Lagerberg och Sundelin (2000) att makronivån påverkar hur lagar och ideologier har en inverkan på samhället. Detta kan också påverka hur man i allmänhet ser på barn i samhället men också det inflytande som barn får (Lagerberg & Sundelin 2000). Halldén (2007, s.11) uttrycker att utifrån de beslut som fattas av politiker så bidrar det till möjliggörandet av en viss barndom. Utifrån barndomsforskning så belyser man inte då bara det enskilda barnet utan även de synsätt och ideologier som råder i olika kontexter (Halldén 2007). Utifrån de ovanstående kuratorernas beskrivning kring att diagnoser dels kan påverka patienter på olika sätt, dels att det kan finnas ett behov av att lyfta frågan med den vuxna patienten oavsett problematik så skulle man kunna se det som att man också behöver se den faktiska situationen för barnet. Det kan därför finnas behov av en lyhördhet relaterat till det som Lagerberg och Sundelin (2000, s.19) beskriver utifrån utvecklingsekologin; att det är ett ömsesidigt samspel mellan barnets utveckling och barnets kontext (Lagerberg & Sundelin 2000). Där barnet betraktas som en aktör som interagerar med sin omgivning (Andersson 2015).

6.1.2 När kommer barn som anhöriga på tal i kontakt med den vuxna patienten?

Alla kuratorerna beskrev att de i bedömningsamtalen (vilket benämns som kartläggningen respektive anamnesupptagningen av två kuratorer) med patienterna frågade kring familjesituationen och på så sätt också uppmärksammade om patienten hade barn. En kurator uttryckte:

när man ska göra en bedömning, en första bedömning, så ställer man ju jättemycket frågor om familjen å nätverket å barnen å relationerna och hur det fungerar med dom och deras utveckling. Så att det, det kommer ju in (K5)

En annan kurator beskrev att man kollade av om det finns barn och om det finns en oro för barnet men att man kanske inte frågar vidare utifrån barnet som en anhörig:

den första checken där liksom om här finns oro för ett barn far illa. Den tror jag att man, den tänker man ju på [...] sen tror jag inte att, varken från mig faktiskt eller ifrån läkarna eller så att här finns någon, att man tänker nästa steg till, ja men hade det varit bra för barnen att få reda på nånting om mammas diagnos eller pappas diagnos eller vad det nu kan handla om (K2)

Flera av kuratorerna (K1, K2, K3, K5 och K6) beskrev att de uppmärksammade barn som anhöriga just när det fanns en koppling till psykisk ohälsa exempelvis depression som kunde bidra till att det var svårt att uppmärksamma sitt barn. Två kuratorer (K1 och K7) beskrev att situationer när barnet blir påverkad kunde vara avgörande för att prata vidare om det med patienten. En kurator (K1) nämnde att det kunde vara i situationer som blir svårförståeliga för barnet som detta förs på tal.

6.1.3 Organisatoriska utmaningar och möjligheter för att barn som anhöriga ska komma på tal och uppmärksammas i kontakt med den vuxna patienten.

I intervjuerna framkom främst organisatoriska förutsättningar som anledning till utmaningar och möjligheter i arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral. Skerfving (2005, s.14) beskriver att exosystemet påverkar barnets utveckling och tillvaro även om barnet inte har direkt kontakt eller ingår i detta system. Hälso- och sjukvårdens organisation är ett exempel på exosystem som ingår i denna struktur (Skerfving 2005).

En organisatorisk utmaning som lyftes fram var *tid* (K1, K2 och K7). Både i relation till att uppmärksamma barn som anhöriga, men även i förhållande till nästa steg i arbetet med barn som anhöriga lyftes tid fram. En kurator uttryckte:

Om jag skulle fånga upp barn [...] säga till en patient 'tror du ditt barn skulle vilja ha information om det här, skulle behöva det? Ska du ta med ditt barn nästa gång?' Då ska [...] finnas tid, det ska finnas personal till att fånga upp det (K2)

Två av kuratorerna (K1 och K7) beskrev att det finns ett produktionskrav kring antalet besök vilket också bidrar till mindre tid. Tid lyftes samtidigt av några kuratorer (K1, K2 och K7) fram som något som kunde möjliggöra arbetet med barn som anhöriga. Tid som organisatorisk utmaning till att uppmärksamma barn som anhöriga har även lyfts fram i tidigare forskning (Karidar et al. 2016, Dencker et al. 2016, Gullbrå et al. 2014). Även kunskap var något som lyftes fram både som en utmaning och möjlighet i arbetet med

anhöriga. Utifrån utmaningar var det exempelvis relaterat till kunskap kring hur det praktiska arbetet skulle utföras. Jansson, Larsson och Modig (2011, s.23) beskriver att vi måste tro att vi kan göra något när det behövs för att man ska våga se barn som anhöriga. Det innebär att vi bland annat behöver fördela och tydliggöra ansvaret, få verktyg till att hjälpa barnen och samarbeta (Jansson, Larsson & Modig 2011).

Det fanns även tankar hos kuratorerna (K1, K2 och K3) kring behov av metoder angående hur man ska arbeta med den här frågan vid vårdcentral, där en kurator (K1) beskrev behovet med tanke på den variation av sjukdomar som finns inom primärvården. En annan kurator (K2) uttryckte att ett sätt att utveckla den här typen av verksamhet inom vårdcentral skulle kunna vara utbildning i samtal med barn. Ett liknande resultat framkom i studien av Gullbrå et al. (2014, s. 19) där allmänläkare önskade mer verktyg och utbildning kring hur man lättare skulle kunna prata med barn (Gullbrå 2014).

En kurator (K7) menade att det inte fanns avsaknad av material i ämnet utan att det handlade mer om att det fanns behov av implementering. Även i en utvärdering vid Psykiatri Skåne (Priebe & Afzelius 2015, s.50) framkom flera faktorer som utgjorde ett hinder av implementeringen kring att beakta barns behov i den kliniska vardagen, bland annat att det fanns oklarheter kring när vilka insatser blir aktuella (Priebe & Afzelius 2015). Kuratorer lyfte fram rutiner som både en utmaning (K1) och möjlighet (K1 och K6) i arbetet med barn som anhöriga. En kurator (K6) lyfte även fram det i förhållande till andra professionella på vårdcentralen.

6.1.4 Relationella utmaningar och möjligheter för att barn som anhöriga ska komma på tal och uppmärksammas i kontakt med den vuxna patienten.

En majoritet av kuratorerna (K1, K2, K3, K4, K5 och K6) beskrev att de inte upplevde att det hade en negativ effekt på deras relation med patienten att föra barn som anhöriga på tal. Detta skiljer sig exempelvis från studien av Gullbrå et al. (2014, s. 20) med allmänläkare där det framkom att de kunde undvika att adressera barnets situation med anledning av rädslan att förlora patienten, vilket de tänkte kunde bli en nackdel för patienten men också familjen (Gullbrå et al. 2014). Några av kuratorerna (K1, K6 och K7) beskrev att det kunde påverka alliansen. En kurator uttryckte:

Det kan absolut påverka samtalet, det kan absolut påverka relationen till patienten, att det blir en liten, eller vad ska man säga, ja men det blir en liten belastning på alliansen liksom [...] då får man jobba lite mer med den (K7)

Samtidigt beskrev en annan kurator (K6) att det kan finnas en fördel med att lyfta frågan tidigt i processen, vid bedömningssamtalet, med tanke på att det också tar ett tag innan man kan skapa alliansen tillsammans med patienten. En annan kurator lyfte fram att just frivillighet att ta emot stöd ger förutsättningar för att alliansen inte påverkas:

så jag tänker nog att det inte borde störa alliansen. En anmälan till socialtjänsten kan ju störa alliansen [...] men det här blir mer ett erbjudande och det finns en frivillighet liksom i det. Det är ett erbjudande för att liksom ge stöd (K2)

Genom att kuratorn förmedlar erbjudande om stöd till patienten så skulle man kunna se detta som att kuratorn även erbjuder patienten ett sätt att hantera situationen. Detta skulle kunna kopplas till Antonovskys (2005, s. 45) komponent *hanterbarhet* där resurser för att hantera en situation kan kontrolleras av andra, exempelvis en läkare, och som man kan ta del för att kunna möta de krav som olika stimuli framkallar (Antonovsky 2005).

En kurator (K1) beskrev att en relationell utmaning kunde vara hur man skulle ta upp det med patienten för att det inte skulle uppfattas fel. Två kuratorer (K6, K4) lyfte samtidigt fram att detta inte upplevdes som en utmaning av dem utan erfarenheten var den omvända. En kurator beskrev:

jag har aldrig upplevt det som särskilt svårt, att närma sig det [...] och heller inte annat än positiv respons tillbaka faktiskt (K6)

Några av kuratorerna (K3 och K6) såg det som en utmaning att eventuellt inte få helt inblick i barnets situation, där en kurator uttryckte:

utmaningen kan ju va att man riskerar ju att patienten går i försvar. I synnerhet om den själv känner på sig att det här ingen bra situation för mina barn [...] Kan det ju bli jättejobbigt att prata om det [...] Och sen så sitter jag ju alltid med situationen att inte helt å hållet få veta [...] Jag får ju bara veta det som patienten väljer att berätta (K3)

Utifrån vad som framkom från några av kuratorerna är att det kan finnas ett dilemma med att man bara får förälderns synvinkel på situationen och inte barnets. Utifrån det kan det vara av vikt att ta hänsyn till det som Halldén (2007, s.40) belyser, att genom beakta de relationer som barnet blir erbjuden så kan man bättre förstå barns villkor. Relationerna är beroende av dels den vardagspsykologi som vuxna har kunskap kring men också de sociala och ekonomiska omständigheter som familjen omfattas av (Halldén 2007). Halldén (2003) belyser att ett

barnperspektiv kan innebära att arbeta utifrån barnets intresse och arbeta för barnets bästa. Det kan betyda att man uppmärksammar vilka erfarenheterna är för barn som intar vissa positioner som barnet har möjlighet att ta i ett visst samhälle. Vilket är något som barnet inte nödvändigtvis själv behöver ge information om (Halldén 2003).

Flera av kuratorerna (K3, K5 och K6) lyfte fram vikten av att normalisera situationen i kontakt med patienten vilket kan ses som ett sätt att möjliggöra att prata kring barnet som en anhörig till patienten. En kurator beskrev det så här:

Normalisera [...] våga fråga kring hur det påverkar för att normalisera att det gör det ju. Att det påverkar ju hela systemet så att säga, hela familjen, när nånting händer eller drabbar någon så att säga å att det påverkar ens relationer [...] Så normalisera alla tankar som kan uppstå. Och med det ge utrymme till patienten att blotta sina tankar (K6)

Ljunggren (2017, s.85) uttrycker att om man som samtalsledare kan förmedla att de reaktioner eller problem som lyfts fram inte är så ovanliga så kan det innebära en lättnad för klienten, och en normalitet, som kan bidra till att personen kan ta till sig av erbjuden hjälp lättare (Ljunggren 2017). En annan kurator (K7) uttryckte vikten av att motivera och sätta saker i sitt sammanhang ifall patienten känner sig ifrågasatt samt bekräfta de svårigheter som finns som ett sätt att också underlätta att alliansen upprätthålls. Kuratorn beskrev vidare:

Att dom känner sig sedda liksom, att det handlar liksom inte hur du skulle va en dålig förälder [...] men du har en sårbarhet för det här kanske och nu har du en depression igen eller vad det nu är (K7)

Att kuratorn i kontakt med den vuxna patienten normaliserar en situation eller sätter saker och ting i sitt sammanhang skulle kunna relateras det som Antonovsky (2005) beskriver kring att skapa *begriplighet* utifrån begreppet KASAM (Antonovsky 2005). Eriksson (2015, s.25) beskriver att för att kunna hantera en situation som är stressfull är en förutsättning att vi till viss del förstår den. Genom att i kaos ha förmågan att skapa struktur bidrar till att sammanhanget kan förstås och även den del man har i det, exempelvis vilken roll som man har i familjen (Eriksson 2015).

6.1.5 På vilka sätt beskriver kuratorerna att man stödjer barnet indirekt i kontakt med den vuxna patienten?

En del kuratorer (K1, K2 och K4) beskrev det som att man inte riktigt arbetade med barn som anhöriga samtidigt som de i intervjuerna skildrade att de i sin kontakt med den vuxna

patienten stöttade patienten, i olika grad, i relation till barnet. En majoritet av kuratorerna (K1, K2, K3, K4 och K7) beskrev att man ville arbeta med barn som anhöriga i högre grad. Den indirekta stöttningen till barnet, genom den vuxna patienten, blev i vissa fall mer synlig under intervjuens gång. När kuratorerna beskrev hur de stöttade föräldern eller vilka tankar de hade om detta så beskrevs detta dels genom att ge information till den vuxna patienten. Detta handlade dels om information till den vuxna patienten om barnets situation som anhörig, dels om råd kring *vilken* information man kan ge till barnet och *hur*. En del av dem (K2, K5, K6) beskrev att det kunde innebära att hjälpa den vuxna patienten att ge åldersanpassad information till barnet. Genom att kuratorerna försöker förmedla till den vuxna patienten vilken information och på vilket sätt som detta kan förmedlas till barnet så skulle man också kunna förklara detta som att kuratorn indirekt, via den vuxna patienten, stödjer barnet att hantera sin livssituation. I en studie av Sagy och Antonovsky (2000) framkom att för att kunna utveckla en starkare känsla av sammanhang under barndomen så är en av de centralaste faktorerna att göra barn delaktiga kring vad som inträffar i familjen (Sagy & Antonovsky 2000). Eriksson (2015, s. 58) belyser att genom att familjen möjliggör att barnet kan tolka det som sker kan det bidra till att begriplighet uppstår vilket i sin tur gör att hanterbarheten stärks. Genom barnets delaktighet i familjen utformas även en meningsfullhet (Eriksson 2015).

En del av kuratorerna (K3, K4, K5, K6) beskrev att de gav råd till de vuxna patienterna kring situationer i *vardagen*. En kurator uttryckte:

det kan va såna vardagssituationer där det fungerat tidigare som inte fungerar längre [...] nån speciell situation som har varit extra svår [...] jag tänker att det är normal problematik också, mycket, men om föräldern har ett utmattningssyndrom eller depression eller mycket ångest så kan det ju påverka hur det löser sig på nåt vis (K5)

En annan kurator beskrev stödet i vardagen också kopplat till vikten av att följa upp detta:

sen är det ju oerhört viktigt att följa upp det [...] så att patienten inte blir lämnad med dom erfarenheterna oavsett om dom har vatt goda eller mindre goda, har man provat göra nånting nytt [...] tydligare gränssättning, eller att själv försöka förhålla sig till sina känslor på ett annat sätt i de här situationerna (K6)

Även några andra av kuratorerna (K4, K5 och K7) beskrev hur de följde upp det som de pratade med den vuxna patienten om och en kurator (K7) beskrev det som något som möjliggjorde att kuratorn pratade om barnet som en anhörig med patienten. Genom att följa upp de råd som

man givit till patienten får man en återkoppling kring detta, utifrån föräldrarnas perspektiv. Vikten av att följa upp skulle också kunna ses i ljuset av att det som Bronfenbrenner (1979, s.273) beskriver kring att för att kunna avgöra om exosystemet påverkar utvecklingen hos personen så behöver man påvisa en orsaksssekvens i två steg. Först behöver man se att det som sker i exosystemet har en inverkan på processer som sker i personens mikrosystem och därefter behöver man se att dessa processer kan kopplas till personens utveckling i denna miljö (Bronfenbrenner 1979). Eriksson, Ghazinour och Hammarström (2018, s.414-415) belyste i deras studie användandet av Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell vid studier av mental hälsa. Resultatet visade på att när man tydligt tog hänsyn till de interaktioner som finns inom och mellan system så kunde det resultera i att man kom fram till användbara rekommendationer vid guidning av praxis och politiken avseende allmän psykisk hälsa (Eriksson, Ghazinour & Hammarström 2018).

En kurator (K2) beskrev också en situation när kuratorn hade gett råd till en patient kring hur patienten kunde prata med sitt barn som hade haft frågor om patientens sjukdom. Patienten hade haft stora föreställningar om hur jobbigt det skulle bli att prata med barnet men beskrev vid uppföljningen att barnet hade blivit nöjd med informationen som barnet fick, vilket patienten varit väldigt lättad över. Den interaktion som uppstod mellan barnet och patienten skulle eventuellt relateras till det Halldén (2007, s.35) belyser hur det inom barndomssociologin har växt fram att till skillnad från att prata om att barnet är ensidigt beroende av en vårdgivande vuxen eller är ett självständigt och kompetent barn så kan man nu också prata om att det finns ett ömsesidigt beroende mellan vuxna och barn (Halldén 2007). Bronfenbrenner (1979, s.56) menar att när en person i en miljö deltar i eller uppmärksammar aktiviteter som någon annan har så bidrar det till att en relation uppnås. När det finns en relation i båda riktningarna existerar en dyad (Bronfenbrenner 1979) De dyadiska relationerna innebär exempelvis relationen mellan barnet och mamman eller barnet och pappan (Klefbeck & Ogden 2003, s.57). De erfarenheter som den vuxna patienten och barnet fick kanske även kan kopplas till det Bronfenbrenner (1979, s.65) lyfter fram ett förslag kring att när en person i dyaden genomgår en förändring i utvecklingen så innebär det sannolikt att den andra personen i dyaden också gör detta (Bronfenbrenner 1979). Avseende föräldrarnas reaktion framkom liknande forskningsresultat genom Oja et al. (2020, s. 17) där föräldrar som hade pratat om sin sjukdom kunde känna lättad.

6.2 Kuratorns beskrivning kring barnets situation i relation till barn som anhöriga.

6.2.1 Hur skildras det att barnen påverkas?

Utifrån flera av kuratorernas (K1, K2, K4, K5, K6 och K7) dialog med den vuxna patienten framkom beskrivningar av hur patienten upplevde situationen kring barnet på olika sätt och hur detta hanterades av patienten. Detta kunde exempelvis beskrivas som att patienten kanske inte upplevde att barnet märkte av något i situationen. En kurator (K1) beskrev att dialogen med patienten kring barnets situation kunde sätta i gång en reflektionsprocess hos patienten kring vilken påverkan det fick på barnet och barnets agerande. Det skulle kunna ses som att en del av kuratorns arbete med den vuxna patienten kan innebära att bidra till det som Antonovsky (1979) beskriver kring begriplighet (Antonovsky 1979). Det kan också handla om att hjälpa den vuxna patienten att inta det som Halldén (2003) benämner som barnperspektiv (Halldén 2003) men också möjliggöra att inta det som författaren belyser kring ett barns perspektiv.

En del av kuratorerna (K2, K5 och K7) beskrev hur patienterna beskrivit hur barnet påverkades av situationen som de befann sig i. Detta kunde exempelvis skildras som att barnen blev oroliga. En kurator uttryckte:

Det kan ju förekomma att de säger liksom att min son kan vara orolig för mig, han verkar hålla koll på mig och sånt och då blir kanske ett samtal, hur ska du prata med honom om hur du mår? [...] så det blir ju en indirekt [...] insats kanske då för barnet som anhörig [...] man stöttar ju patienten till att prata med barnet (K2)

Några av kuratorerna (K2, K5 och K7) beskrev konsekvensen av att den vuxna patienten hade tagit till sig råd och agerat annorlunda i situationen genom att exempelvis förklara för barnet att de fick hjälp. Detta kunde ur föräldrarnas perspektiv exempelvis beskrivas som att det *skapades ett lugn* hos barnet, vilket en kurator skildrade:

det kan skapa lugn [...] det har jag nog varit med om [...] eller i alla fall föräldrar har beskrivit det, att barnet har blivit lugnare [...] det har ju ibland varit barn som inte velat gå till skolan eller till fritids [...] ofta kan det ju va barn där i en viss ålder 9–10, lite vill va hemma och hålla koll [...] då vet dom att föräldern har fått hjälp att barnet inte behöver ta nåt ansvar (K5)

Detta skulle kunna relateras till att kuratorn, via den vuxna patienten, kunde stödja barnet och familjen till en förändring kring det som Bronfenbrenner (1979, s.45) beskriver kring molaraktivitet, vilket innebär en aktivitet som är en pågående process, som har en mening för individen och som har en påverkan på barnets utveckling. I studien av Oja et al. (2019, s. 415) menade författarna att Antonovskys komponent *meningsfullhet* möjligen kunde ses som den faktor som motiverade barnets ansträngning i familjen. Genom att på olika sätt få livet fungerande för människorna och sig själv i hushållet så strävar även barnet efter en familj, det som kan ses som mest meningsfullt (Oja et al. s.415). I det beskrivna exemplet från kuratorn ovan så skulle man alltså kunna säga att man stödjer barnet indirekt dels genom att möjliggöra för barnet att inta andra aktiviteter men också till det som Antonovsky (2005) lyfter fram kring *meningsfullhet*.

6.2.2 Att ge barnet direkt stöd

Av de kuratorer som intervjuades var det en av dem (K7) som beskrev att kuratorn vid vissa tillfällen hade haft kontakt med barn, utifrån arbetet med barn som anhöriga. Det framkom att kuratorn vid de tillfällena hade träffat barnet tillsammans med föräldern. Vid de tillfällena som beskrevs så handlade det bland annat om att avlasta barnet från ansvar på olika sätt. Kuratorn beskrev att det dels då hade handlat om barn där föräldrarna var i socialt utsatta situationer men beskrev också ett exempel där barnets förälder hade en fysisk sjukdom. I det fallet hade kuratorn mötet tillsammans med föräldern och barnet och utgjorde ett stöd för föräldern i samtalet med barnet. Kuratorn beskrev att patientens sjukdom hade påverkat deras situation och att det fanns en anledning att prata med barnet kring detta då det fanns en risk att barnet tog ansvar för hur det såg ut. Att förklara situationen för barnet i det här läget skulle kunna relateras till det som Antonovsky (2005, s.44) beskriver kring att skapa begriplighet där information är tydlig snarare än oförklarlig.

Kuratorn beskrev även ett annat ärende där patienten var i en socialt utsatt situation vilket påverkade barnet och där barnet fick ta ett vuxenansvar för vissa delar i hemmet. Här hjälpte kuratorn till att ordna en social insats till patienten som avlastade barnet från att ta det ansvaret. Detta skulle man kunna relatera till att kuratorn kunde stödja barnet och familjen så att barnet kunde få en annan roll i familjen. Bronfenbrenner (1979, s.85) menar att en roll innefattar en förväntan om en viss uppsättning av aktiviteter och relationer. Dessa förväntningar kommer dels från de personer som rollinnehavaren har en relation till men också utifrån att personen har en viss position i samhället (Bronfenbrenner 1979). En roll kan förändras med plats och tid och man kan ha flera roller samtidigt. Beroende på vilken roll och

de uppgifter som det finns ett ansvar kring beskrivs aktören men även utifrån den funktion som aktören har gentemot systemets övriga aktörer (Klefbeck & Ogden 2003, s. 52). Utifrån studien av Oja et al. (2020, s. 18) framkom att när det gäller interventioner som är kopplade till att informera barn om föräldrarnas sjukdom så bidrar framgångsrika interventioner till att tillgodose behovet hos både barn och föräldrar där en viktig del för barnet är att tillåtas att förbli i rollen som barn där barnet kan växa och vara trygg (Oja et al. 2020).

Hos de övriga kuratorerna fanns det sedan olika anledningar till att de inte hade haft kontakt med barn. Detta kunde främst kopplas till de olika organisatoriska utmaningar som beskrivs mer under avsnitt 6.1.3, två informanter (K5 och K6) beskrev också att den direkta kontakten inte var möjligt utifrån vilka åldrar som man har kontakt med på vårdcentralen. De beskrev att de inte träffade barn under 18 år respektive 16 år. En av kuratorerna (K4) beskrev också tankar kring att en direktkontakt med barnet skulle kunna få motsatt effekt.

6.2.3 Kuratorernas tankar kring ålderns inverkan på en direkt kontakt

Det framkom en del olika tankar kring hur en direkt kontakt med barnet skulle kunna se ut, en del av dessa var kopplat till barnets ålder. Några av dem (K2, K3, K6 och K7) beskrev att när det gäller mindre barn så var det inte lika självklart att ha en direkt kontakt med dem och att det exempelvis i de situationerna handlade om att stötta föräldern att stötta barnet. Gällande att involvera barnet utifrån ålder beskrev en kurator det så här:

det är jättestor skillnad [...] för det handlar ju också om att jag som behandlare behöver ju förstå konsekvenserna av mitt agerande [...] plockar jag in ett barn på ett samtal så måste jag ju förvissa mig om att jag klarar att hantera detta på barnets nivå [...] så att jag tror att det blir mer komplicerat ju yngre barnen är [...] jag har inte en specialkompetens att jobba med barn (K3)

Detta skulle kunna relateras till det som Oja et al. (2019) uttrycker kring att när personal inom primärvården arbetar för att ge barn information kring föräldrarnas sjukdom behöver man ha i åtanke den förståelse och position som barnet har utifrån situationen och möta dem där vilket medför en respekt både för deras sårbarhet men också för deras kapacitet (Oja et al. 2019). Utifrån att barnet är i en ny miljö tillsammans med kuratorn och föräldern behöver man också ta hänsyn till det som Bronfenbrenner (1979, s.26) beskriver kring ekologisk övergång. Detta innebär att en persons position är förändrad i det ekologiska systemet med anledning av att det skett en förändring av miljön, en roll eller båda delarna (Bronfenbrenner 1979). Det innefattar att det blivit en övergång mellan två mikrosystem och på så sätt också bidragit till att ett nytt

mesosystem upprättats. I och med övergången är barnet mer sårbar då barnet inte vet om barnet i det nya sammanhanget klarar av de krav som finns eller om det kommer att finnas en acceptans (Klefbeck & Ogden, 2003, s.57). Med detta i åtanke kan man samtidigt behöva förhålla sig till det som Andersson (2015, s. 50) lyfter fram att barn i åldrarna 1–6 år har svårt att jämföra de förhållanden som finns i sitt eget hem i jämförelse med andras och veta hur det vanligtvis kan se ut. Det finns en svårighet för barnet att kunna ifrågasätta den bild som omvärlden tilldelat dem och även om barnet inte kan förstå all information fullt ut så är den viktig. Att någon annan sätter ord på det som barnet känt av i hemmet och känner till de problem som finns kan vara värdefullt (Andersson 2015). Barn behöver också uppmärksammas i tidigt skede för att bäst förutsättningar ska kunna ges till att främja en positiv utveckling och för att utveckling som hamnat på villospår ska kunna rättas till (Axberg et al. 2019, s.41). En kurator (K7) beskrev att när det gällde yngre barn så hade kuratorn haft samtal tillsammans med föräldern och barnet.

När det gällde äldre barn menade en del kuratorer (K3, K6 och K7) att det kunde finnas anledning till att ha en direktkontakt med barnet. En kurator beskrev:

Jag tänker att ju äldre barn ju viktigare att lyssna på dom [...] vad barnet själv uttrycker ett behov av. Jag tänker att när man, ja, det sägs ju att det är vid 12-årsåldern nånstans [...] åh det är väl rimligt. Att barnet får bestämma ganska mycket där själv när det gäller att bli lyssnad på (K6)

Utifrån det som framkom genom kuratorerna avseende att ha en direktkontakt med barnet verkar ålder vara en faktor som skulle kunna inverka på inhämtandet av det som (Halldén 2003) benämner som barnets perspektiv (Halldén 2003). Gällande barnets ålder och inverkan på kuratorns agerande skulle detta också kunna kopplas till det som Andersson (2015, s. 55–56) beskriver kring Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori där barnet betraktas som en aktör som interagerar med sin omgivning där ålder, kön, klass, etnicitet, kultur, religion m.m. har en påverkan på interaktionen (Andersson 2015, s.55–56). Paralleller skulle också kunna dras till det som Halldén (2007, s.31) belyser; att barndom *görs* av barnen där livet de lever också binds samman till den samhällsliga kontext de befinner sig i (Halldén 2007).

Flera kuratorer (K1, K2, K3 och K6) uttryckte osäkerhet kring hur det direkta stödet skulle kunna se ut till barnet. En kurator uttryckte följande:

Jag tycker att det är en jättesvår fråga [...] faktiskt, jag vet inte. För det är ju klart att jag är ju öppen för att ha samtal med barnen. Så skulle det va nånting att

en förälder tycker att 'det här tycker jag är jättesvårt skulle jag kunna liksom ta hit barnet så vi kan prata tillsammans' så skulle jag säga 'jajemen'. Och skulle det vara en tonåring så skulle jag absolut i större utsträckning själv erbjuda mig (K3)

En annan kurator (K6) beskrev att det kunde finnas ett behov av att man hade samtalet i nära anslutning att något inträffat och att barnet då får verbalisera själva hur det påverkar där kuratorn etablerar stöd och åtgärder runtomkring. En annan kurator (K7) uttryckte att detta skulle kunna ske dels genom besök på vårdcentralen, dels genom hembesök.

6.2.4 Vem ska ha samtalet med barnet?

Utifrån några av kuratorerna (K1, K2, K6 och K7) framkom det tankar kring vem som ska ha ett samtal med barnet när det finns ett behov av det. Dels framkom det att en kurator tänkte att man skulle ha samtal med barn till de patienter som man själv hade kontakt med, dels också att det krävdes rätt kompetens:

det är ju den som har den behandlande kontakten med patienten oavsett om det är kurator, läkare, psykolog, fysioterapeuten. Den personen som har kunskap om tillståndet är ju isåfall den som ska prata och informera [...] jag kan ju inte sitta och informera barn om medicinskt tillstånd som jag inte kan något om [...] det behöver ju vara en människa som har rätt kunskap [...] man ska ju kunna svara på barnets frågor (K2)

En annan kurator beskrev samtidigt vikten av att samverka kring detta på vårdcentralen:

det kan ju va så att ett barn kommer till läkaren och har mycket oro [...] och där jag tänker att samverkan är väldigt väsentlig att de olika kompetenserna möts för att kunna [...] hjälpa till så att det här barnet faktiskt får det stödet som de är i behov av där jag tänker att vi som kuratorer är rustade med viss information [...] att det blir mer samverkan och inte stuprör (K6)

Resonemangen skulle kunna kopplas till att barnet ska ges bäst förutsättningar att erhålla det som Antonovsky (2005) begrepp KASAM har sin koppling till; *begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet* (Antonovsky 2005).

6.3 Kuratorns beskrivning kring externt stöd gällande barn som anhöriga

Några kuratorer (K3 och K6) beskrev att när barnet hade utvecklat en egen problematik så var det inte aktuellt att de skulle ha en direktkontakt med barnet, behovet av stöd skulle då tillgodoses på annat sätt. En kurator uttryckte:

Alltså där barnet kanske också har utvecklat en problematik. Och där det inte längre är i fokus att barnet är liksom bara anhörig men att det kanske får psykologiska eller psykiska konsekvenser av kanske det eller nåt annat (K7)

Några kuratorer (K3, K4, K5 och K7) tog även upp att se till barnets egna sociala nätverk och att exempelvis välfungerande personer där kunde ge ett bra stöd. Att uppmärksamma det sociala nätverket runt barnet skulle kunna relateras till att hänsyn tas till det som Klefbeck och Ogden (2003, s. 56) beskriver kring barnets mesosystem. Detta system består av de relationer som uppstår mellan olika mikrosystem. Detta kan exempelvis vara kontakt mellan fritidsmiljön och hemmet. Kvaliteten och antalet på dessa system, samt rörelsen i det; ekologiska övergångar, är av vikt för utvecklingen hos barnets. Barnets utvecklingsrisker eller möjligheter påverkas av de kvaliteter som finns i detta system (Klefbeck & Ogden 2003).

Några andra exempel som lyftes fram som externt stöd för barnet och/eller den vuxna patienten var ungdomsmottagningen, anhörigföreningar, BVC, Första linjen, skolan, föräldragrupper, familjerådgivning, familjebehandling via socialtjänsten eller stödgrupper för barn.

7. Avslutande diskussion

I den aktuella studien har både erfarenheter och tankar kring arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral lyfts fram ut kuratorns perspektiv. Genom det teoretiska ramverk som använts har det möjliggjort att belysa barnets situation som aktör men också hur kuratorn i sitt arbete med både vuxna och barn kan stödja det som Antonovsky (2005) benämner som känsla av sammanhang (Antonovsky 2005)

Det har framkommit att det finns varierande tankar från kuratorer kring omfattningen av den problematik som finns hos de vuxna patienter som har kontakt med vårdcentralen. Utifrån kuratorns perspektiv finns beskrivningar kring att barn uppmärksammas som en del i bedömningssamtalet, med anledning av den vuxna patientens problematik i sig men också när man märker att patientens situation påverkar barnet. Hur patienten hanterar situationen kring

barnet kan också utgöra en grund för att prata vidare med patienten kring hur man skulle kunna stödja barnet på ett främjande sätt.

När det gäller att uppmärksamma barn som anhöriga och arbetet med detta lyfts det både fram organisatoriska och relationella utmaningar och möjligheter avseende detta vilket påminner om de utmaningar som lyfts fram från tidigare forskning i uppsatsen avseende att uppmärksamma barn (Karidar et al. 2016; Dencker et al. 2016; Gullbrå et al. 2014; Johnsen Hogstad & Leer Salvesen 2020; Hafting et al. 2019; Maybery & Reupert 2009; Priebe & Afzelius 2015; Lauritzen et al. 2015). Det som framkommer är dock att alla kuratorer, i olika utsträckning, arbetar med att uppmärksamma barn i familjen och ge indirekt stöd till barnet på olika sätt genom information och/eller råd. Kanske kan detta resultat relateras till tanken (Skogøy et al. 2019) kring att traditionen i socialt arbete angående att se patienten i sitt sammanhang också bidrar till att de förväntningar som finns kring att uppmärksamma barn utifrån lagen har en bidragande koppling (Skogøy et al. 2019). Tid, kunskap och rutiner benämns som både en utmaning och möjlighet och behovet av metod lyfts fram som dels är anpassad till det sammanhang som vårdcentralen befinner sig, dels i hur man kan samtala med barn och stödja dem som anhöriga. I den relationella dimensionen framkommer genom en del kuratorer att det kan påverka alliansen till patienten men samtidigt nämner några av dem att man inte tänker eller har erfarenhet av att det påverkar relationen negativt. En del av kuratorerna har snarare fått en positiv respons från den vuxna patienten, här kan det exempelvis underlätta att det är ett *erbjudande* om stöd som ges. Det framkommer att en del upplever det som en utmaning att eventuellt inte helt få inblick i barnets situation. Ett barnperspektiv genomsyrar de beskrivningar som kuratorerna ger samtidigt som det framkommer att barnets perspektiv inte kommer fram i så stor utsträckning. En tanke kopplat till detta är när det finns mer behov att få barnets perspektiv på situationen? Hur avgör man i vilken utsträckning barnet ska involveras och vilka tankar finns det från barn och vuxna patienter kring detta? Detta är också relevant att ta hänsyn till med anledning av att forskningsresultat visat att föräldrar kan skatta barnets mående och situation annorlunda än barnet själv (Ruud et al. 2015; Axberg et al. 2019).

Det framkommer att barnet till större del stöds indirekt genom den vuxna patienten och inte utifrån att kuratorn har en direktkontakt med barnet. Kuratorn kunde ge information om barnets situation som anhörig till patienten och även råd kring på vilket sätt patienten kunde prata med barnet. Det framkom att genom kuratorns kontakt med den vuxna patienten kunde kuratorn troligtvis stödja patienten till det som Antonovsky (2005) benämner som

hanterbarhet och begriplighet (Antonovsky 2005) kring barnets situation vilket i sig eventuellt kunde stödja barnet. Genom att underlätta för patienten att prata med sitt barn kring patientens situation så kunde det troligtvis även bidra till att i den situationen även stärka barnet i Antonovskys (2005) komponenter hanterbarhet, begriplighet och meningsfullhet (Antonovsky 2005). Detta kunde eventuellt också underlätta för barnet att ta mindre ansvar utifrån föräldrarnas situation och bidra till att barnet underlättas att inta andra, med koppling till Bronfenbrenners utvecklingsteori (1979) aktiviteter och roller (Bronfenbrenner 1979) som eventuellt skulle kunna främja barnets utveckling.

En av sju kuratorer beskrev att det hade funnits direktkontakt med barn utifrån arbetet med barn som anhöriga. Flera av kuratorerna beskrev att det fanns organisatoriska utmaningar kopplat till detta. Det fanns även en osäkerhet kring hur en direkt kontakt med barnet skulle kunna genomföras på ett bra sätt. En del kuratorer menade att barnets ålder skulle kunna påverka den direkta kontakten med barnet, där samtal med äldre barn var mer aktuellt. Då det framkom att några av kuratorerna inte har möjlighet att träffa barn under 18 år respektive 16 år väckte det tankar hos mig kring vilka begränsningar som finns kopplat till ålder och vårdcentralens arbete med barn som anhöriga. En annan tanke är hur man på bästa sätt ska kunna stödja de yngre barnen som anhöriga, också med tanke på det som lyfts fram (Andersson 2015; Axberg 2019) kring vikten av de yngre barnens behov av stöd.

Uppsatsen bidrar med att synliggöra att arbetet med barn som anhöriga utifrån kuratorns perspektiv vid vårdcentral till största del sker genom en indirekt kontakt via den vuxna patienten. Det har dock framkommit, främst utifrån vad kuratorn berättar med hjälp av den vuxna patientens perspektiv, att detta är något som kan bidra till ett viktigt stöd för både patienten och även barnet. När det gäller den direkta kontakten med barnet verkar det vara något som det råder osäkerhet kring; kan det göras, hur ska det göras och med vilka barn. Det handlar samtidigt om att tid och resurser ska finnas kopplat till detta. Uppsatsen har därför också synliggjort att detta behöver blir mer tydligt och här kanske det också kan vara relevant att ta hänsyn till det forskningsresultat som tidigare framkommit genom (Skogøy et al. 2019) där den organisatoriska faktorn medarbetarstöd visade sig vara den enda faktor som kunde förutsäga utförandet av samtal med barn av professionella inom sjukvården (Skogøy et al. 2019).

7.1 Vidare forskning

I denna uppsats har endast kuratorns perspektiv på barn som anhöriga vid vårdcentral beaktats. Därför finns det anledning att titta närmare på även andras professioners erfarenheter och tankar kring detta inom vårdcentral och kanske också hur man på ett bra sätt skulle kunna samverka kring frågan. Eftersom det i kuratorernas beskrivningar framstod som att det inte fanns tillgång till några specifika metoder kring hur man ska arbeta med barn som anhöriga i vårdcentralens kontext kan det också vara relevant att ur ett större perspektiv ta reda på hur detta ser ut på andra vårdcentraler och vilka erfarenheter som finns. Avvägning kring när ett barn har behov av att involveras på ett mer direkt sätt hade också varit av värde, inte minst ur ett barns perspektiv.

8. Referenslista

Allgulander, Christer & Bo Nilsson (2003) Rikstäckande primärvårdsstudie: Var fjärde patient lider av ångest och depression. *Läkartidningen*, 100(10):832–838.

Andersson, Gunvor (2013) Utvecklingsekologi och sociala problem. I: Anna Meeuwisse & Hans Swärd. *Perspektiv på sociala problem*. Andra uppl. Stockholm: Natur & Kultur

Andersson, Gunvor (2015) Barn som anhöriga – i skuggan av förälder med problem. I: Ulrika Järkestig Berggren, Lennart Magnusson, Elizabeth Hanson (red.). *Att se barn som anhöriga – Om relationer, interventioner och omsorgsansvar*. Kalmar: Linnéuniversitetet: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka)

Antonovsky, Aaron (2005) *Hälsans mysterium*. Andra upplagan. Stockholm: Natur och Kultur

Axberg, Ulf, Gisela Priebe, Maria Afzelius & Lina Wirehag Nordh (2019) *Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatrin – hur har de det? Rapport från en nationell studie*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet

Barnombudsmannen (2019) *FN:s konvention om barnets rättigheter*. Stockholm: Norstedts Juridik / Karnov Group: Barnombudsmannen

Beardslee, William R, Ellen J. Wright, Tracy R. G. Gladstone & Peter Forbes (2007) Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, 21(4):703-713.

Bronfenbrenner, Urie (1979) *The Ecology of Human Development – experiments by nature and design*. Cambridge, Mass. Harvard Univ. Press

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje uppl. Stockholm: Liber AB

Bäck-Wiklund, Margareta & Tommy Lundström (2010) Inledning. I: Margareta Bäck-Wiklund & Tommy Lundström (red.). *Barns vardag i det senmoderna samhället*. Stockholm: Natur & Kultur

Collishaw, Stehpan, Gemma Hammerton, Liam Mahedy, Ruth Sellers, Michael J Owen, Nicholas Craddock, Ajay K Thapar, Gordon T Harold, Frances Rice & Anita Thapar (2016) Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *Lancet Psychiatry*, 3(1):49–57

Dencker, Annemarie, Bo Andreassen Rix, Per Bøge & Tine Tjørnhøj-Thomsen (2017) A qualitative study of doctors' and nurses' barriers to communicating with seriously ill patients about their dependent children. *Psycho-Oncology*, 26(12): 2162-2167.

Diareme, Stavroula, John Tsiantis, Georg Romer, Emanuel Tsalamaniotis. Sophia Anasontzi, Elena Paliokosta & Gerasimos Kolaitis (2007) Mental Health Support for Children of Parents With Somatic Illness: A Review of the Theory and Intervention Concepts. *Families, Systems & Health: The Journal of Collaborative Family HealthCare*, 25(1):98-118.

Eriksson, Malin, Mehdi Ghazinour & Anne Hammarström (2018) Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health*, 16(4):414-433.

Eriksson, Monica (2015) *Salutogenes – om hälsans ursprung*. Stockholm: Liber AB

Eriksson, Malin, Mehdi Ghazinour & Anne Hammarström (2018) Different uses of Bronfenbrenner's ecological theory in public mental health research: what is their value for guiding public mental health policy and practice? *Social Theory & Health*, 16(4):414-433.

Eriksson-Zetterquist, Ulla & Göran Ahrne (2015) Att få kunskap om samhället genom intervjuer. I: Göran Ahrne & Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber AB

Gåfvells, Catharina (2014) Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Socialt arbete i hälso- och sjukvård – Villkor, innehåll och utmaningar. Stockholm: Natur & Kultur

Gullbrå, Frøydis, Tone Smith-Sivertsen, Guri Rørtveit, Norman Andersson & Marit Hafting (2014) To give the invisible child priority: Children as next of kin in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 32(1):17-23.

Hafting, Marit, Frøydis Gullbrå, Norman Anderssen, Guri Rørtveit, Tone Smith-Sivertsen & Kirsti Malterud (2019) Burdened parents sharing their concerns for their children with the doctor. The impact of trust in general practice: a qualitative study. *Scandinavian journal of primary health care*, 37(3):327-334.

Halldén, Gunvor (2003) Barnperspektiv som ideologiskt eller metodologiskt begrepp. *Pedagogisk Forskning i Sverige*, 8(1-2): 12-23.

Halldén, Gunilla (2007) *Den moderna barndomen och barns vardagsliv*. Stockholm: Carlsson

Hjern, Anders & Helio Adelino Manhica (2013) *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de? Rapport 1 från projektet "Barn som anhöriga" – en kartläggning*. Kalmar: Nationellt kompetenscentrum anhöriga

James, Allison & Alan Prout (1997) *Constructing and Reconstructing Childhood*. London: Falmer

Jansson, Mårten, Anne-Marie Larsson & Cecilia Modig (2011) *Mod och mandat - Ny lagstiftning stärker barn som anhöriga - Har vi modet att möta dem?* Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset: Socialstyrelsen.

Johannessen, Asbørn, Per Arne Tufte, Line Christoffersen (2019) *Introduktion till samhällsvetenskaplig metod*. Andra uppl. Stockholm: Liber AB.

Johnsen Hogstad, Ingrid & Kjartan Leer-Salvesen (2020) Going against patients' will? A qualitative study of how palliative health-care professionals handle competing considerations when children are excluded from parental illness and death. *European Journal of Oncology Nursing*, 49:1-8

Karidar, Hakima, Helene Åkesson & Stinne Glasdam (2016) A gap between the intention of the Swedish law and interactions between nurses and children of patients in the field of palliative oncology – The perspective of nurses. *European Journal of Oncology Nursing*, 22:23-29.

Klefbeck, Johan & Terje Ogden (2003) *Barn och nätverk – Ekologiskt perspektiv på barns utveckling och nätverksterapeutiska metoder i behandlingsarbete med barn*. Andra uppl. Stockholm: Liber AB

Kunskapsguiden (2019) *Hälso- och sjukvården – barn som anhöriga*. [<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/barn-och-unga/barn-som-anhoriga/halso-och-sjukvarden/> Hämtat: 2021-05-17]

Lagerberg, Dagmar & Claes Sundelin (2000) *Risk och prognos i socialt arbete med barn – Forskningsmetoder och resultat*. Stockholm: Gothia

Lauritzen, Camilla, Charlotte Reedtz, Karin Van Doesum & Monica Martinussen (2014) Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child & Family Studies*, 24(4):864-871.

Ljunggren, Ingrid (2017) *Stödsamtal och stödterapi*. Lund: Studentlitteratur AB

May, Tim (2013) *Samhällsvetenskaplig forskning*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur AB

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*, 2009(16):784-791.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2017) *Metoder och verktyg för stöd i arbetet med barn och vuxna*. [<https://anhoriga.se/metoder-och-stod/modeller-och-metoder/> Hämtat: 2021-05-17]

Oja, Charlotte, Tobias Edbom, Anna Nager, Jörgen Månsson & Solvig Ekblad (2019) Making life work for both themselves and their parents alone – how children aged 11-16 view themselves in relation to their chronically ill parents in a primary health care setting. *International Journal of Adolescence and Youth*. 24(4): 408-420.

- Oja, Charlotte, Tobias Edbom, Anna Nager, Jörgen Månsson & Solvig Ekblad (2020) Informing children of their parent's illness: A systematic review of intervention programs with child outcomes in all health care settings globally from inception to 2019. *PLOS ONE*, 15(5):1–24.
- Olsson, Kajsa (2015) Allvarlig sjuklighet hos förälder riskfaktor för sjuklighet hos barn. *Läkartidningen*, 12 oktober 2015. [<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2015/10/allvarlig-sjuklighet-hos-foralder-riskfaktor-for-sjuklighet-hos-barn/>]. Hämtat:2021-02-11]
- Pihkala, Heljä & Eva E. Johansson (2008) Longing and fearing for dialogue with children – Depressed parent's way into Beardslee's preventive family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5): 399-404.
- Pihkala, Heljä, Mikael Sandlund & Anita Cederström (2011) Initiating communication about parental mental illness in families: An issue of confidence and security. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3):258-265.
- Pramling Samuelsson, Ingrid, Dion Sommer & Karsten Hundeide (2011) *Barnperspektiv och barnens perspektiv i teori och praktik*. Stockholm: Liber AB
- 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. Lund: Lunds universitet, Region Skåne
- Prop. 2008/09:193 *Vissa psykiatrifrågor m.m.*
- Ramnfors, Christina (2018) *Vägledning – barn som anhöriga enligt 5 kap 7 § hälso- och sjukvårdslagen*. Andra uppl. Västra Götalandsregionen.
- Region Skåne (2020a) *Vårdcentraler och annan primärvård*. [<https://www.skane.se/Halsa-och-varld/hitta-varld/Vardcentraler-och-annan-primarvard/>]. Hämtat: 2021-02-11].
- Region Skåne (2020b) *Handlingsprogram för 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:2021-02-11]
- Ruud, Torleif, Bente Birkeland, Anne Faugli, Kristine Amlund Hagen, Anders Hellman, Marit Hilsen, Ellen Katrine Kallander, Elin Kufås, Maren Løvås, Gro Christensen Peck, Åshild Skogerbø, Bjørg Eva Skogøy, Kristin Stavnes, Eivind Thorsen, Bente M Weimand (2015) *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Akershus: Akershus universitetssykehus HF, Lørenskog
- Sagy, Shifra & Helen Antonovsky (2000) The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *International journal of aging & human development*, 51(2):155-166.
- Socialstyrelsen (2013) *Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2010) *Meddelandeblad - Hälso- och sjukvårdens ansvar för information, råd och stöd till vissa barn under 18 år*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2019) *Stöd till barn som är anhöriga*.
[<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/jamlik-halsa-var-d-och-omsorg/stod-till-anhoriga/stod-till-barn/> Hämtat: 2021-05-17]
- Socialstyrelsen (2020) *Stärkt stöd till barn som anhöriga – Slutrapport från regeringsuppdrag 2017–2020*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 1998:31 *Insatser mot psykiska problem hos barn och ungdomar*.
- SOU 2006:100 *Ambition och ansvar. Nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder*.
- SOU 2019/20:164 *Inriktning för nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*.
- SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.
- Skerfving, Annemi (2005) *Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Stockholm: Förlagshuset Gohia
- Skerfving, Annemi (2015) *Barn till föräldrar med psykisk ohälsa – Barndom och uppväxtvillkor*. Doktorsavhandling. Stockholm: Institutionen för socialt arbete – Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Skogøy, Eva Bjørg, Terje Ogden, Bente Weimand, Torleif Ruud, Knut Sørgaard & Darryl Maybery (2019) Predictors of family focused practice: organisation, profession, or the role as child responsible personnel? *BMC Health Services Research*, 19(1):1-13.
- Unicef (2021) *Barnkonventionen är vårt uppdrag* [<https://unicef.se/barnkonventionen/>]. Hämtat 2021-05-17]
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

9. Bilagor

9.1 Bilaga 1: Informationsbrev

Informationsbrev – intervju

Lunds universitet

Socialhögskolan

Nina Wallgren

e-mail: [...]

Handledare: Lotta Jägervi

e-mail: [...]

Hej!

Mitt namn är Nina Wallgren, jag är socionom och studerar just nu vid hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet vid Lunds universitet. Under våren 2021 kommer jag att skriva min uppsats och har då valt att kika mer på professionellas erfarenheter och tankar kring arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral. Jag är bland annat intresserad av att höra vilka utmaningar och möjligheter man möter i sitt arbete utifrån detta, vilka barn som kan tänkas vara i behov av stöd och på vilket sätt.

Intervjun kommer att ta ca 45 minuter och kommer med anledning av covid-19 främst göras digitalt/via telefon. Jag är flexibel med tiden och anpassar mig till en tid som passar dig.

Intervjun kommer att bli inspelad så att jag har möjlighet att lyssna och analysera materialet i efterhand. När uppsatsen är färdig kommer intervjun att raderas.

Materialet som samlas in kommer bara att användas till min uppsats och kommer att behandlas med stor respekt. Du kommer att vara anonym i uppsatsen. Det är helt frivilligt att delta i uppsatsen vilket innebär att du också när som helst kan avbryta ditt deltagande i studien.

Önskar du att delta i en intervju kan du kontakta mig via min mail som står här ovan senast 10 mars. Har du några fler frågor kring uppsatsen så går det jättebra att också höra av dig till mig via mail.

Vänliga hälsningar

Nina Wallgren

9.2 Bilaga 2: Samtyckesformulär

Samtyckesformulär vid studie

Lunds universitet

Handledare: Lotta Jägervi

Socialhögskolan

e-mail: [...]

Nina Wallgren, student

e-mail: [...]

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien. Jag får behålla den skriftliga informationen och jag har haft möjlighet att ställa frågor.

Jag samtycker till att:

- delta i studien avseende professionellas perspektiv kring arbetet med barn som anhöriga vid vårdcentral.
- följande personuppgifter samlas in: ljudupptagning, namn, telefonnummer, e-mail, adress till arbetsplats och arbetstitel.
- personuppgifter kommer att användas till att en kontakt kan tas mellan mig och studenten samt att den inspelade intervjun ska kunna transkriberas och analyseras i efterhand.
- de uppgifter som samlas in bevaras tills att uppsatsen är godkänd.

Ort och Datum

Underskrift

Student:

Ort och Datum

Underskrift

Programansvarig, ytterst ansvarig för studien.

Marianne Larsson Lindahl, Lunds universitet

e-mail: [...]

9.3 Bilaga 3: Intervjuguide

Intervjufrågor:

Arbetsituation:

Vad är din profession?

Hur länge har du arbetat där du jobbar nu?

Hur länge har du arbetat med din profession?

Vad är dina arbetsuppgifter?

Kontakt med den vuxna patienten

Vilken sjukdomsbild finns bland de vuxna patienter som du kommer i kontakt med?

Vad är dina erfarenheter och tankar kring arbetet med barn som anhöriga?

I vilka fall tycker du det är aktuellt att börja prata med patienten kring patientens barn som anhörig? Hur kan situationen se ut för patienten då?

Vad tänker du påverkar om du tar upp detta med patienten eller inte? Vad tänker du möjliggör att man uppmärksammar barn som anhöriga? Vilka utmaningar finns som påverkar att man inte uppmärksammar barn som anhöriga?

Finns det lägen när du tänker att man inte pratar med patienten kring patientens barn som anhörig? Vad beror det på?

Finns det situationer när du har pratat med patienten om patientens barn och hur har det då blivit för patienten? Vet du hur det har blivit för barnet? Vet du hur det har blivit för barnet och patienten i efterhand?

Tänker du att det är önskvärt att man arbetar mer med barn som anhöriga? Finns det nackdelar med att göra det? Om ja, vad skulle kunna bidra till att man arbetar med barn som anhöriga i större omfattning?

Hur tänker du att det påverkar relationen med patienten att prata om patientens barn som anhörig? Vad skulle kunna underlätta att relationen/alliansen med patienten upprätthålls?

Barnet:

Vad skulle kunna avgöra att du upplever att patientens barn har behov av direkt stöd? Indirekt stöd?

På vilka sätt kan barnet stödjas indirekt?

På vilka sätt kan barnet stödjas direkt?

I vilka situationer tänker du att du är delaktig i detta? På vilket sätt?

Finns det situationer när du skulle remittera det vidare? I så fall till vem? Varför?

Är det någon skillnad att involvera barnet utifrån ålder?

Finns det situationer såhär i efterhand där du tänker att du skulle ha uppmärksammat barnet som anhörig? Om ja, vad är i så fall anledningen till det? Hur hade du då agerat? Finns det situationer där du tänker att det varit en nackdel att uppmärksamma barnet som anhörig?

Organisatorisk nivå:

Har du gått någon utbildning med fokus på barn som anhöriga?

Upplever du att du har de verktyg som du behöver för att arbeta med barn som anhöriga?

Är det möjligt för dig att journalföra ditt arbete kring barn som anhöriga i journalföringssystemet genom användning av KVÅ-koder?

Är det någon organisatorisk faktor som du tänker skulle kunna underlätta arbetet med barn som anhöriga och att uppmärksamma dem?

Är det någon annan faktor/faktorer som du tänker är viktig för att barn som anhöriga ska uppmärksammas?

Övrigt:

Är det något mer som du vill lägga till som vi inte har tagit upp kopplat till barn som anhöriga?