



LUNDS
UNIVERSITET

Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet

Kuratorns relationella arbete

**En kvalitativ studie där sex kuratorer verksamma inom den öppna
rätts- och allmänpsykiatriska vården ger sin bild**

VT 2021

Monica Granberg

Magisteruppsats (SAHS 05)

Handledare: Lotta Jägervi

Abstract

By realizing that a mental illness does not only affect those who are sick, the foundation is laid for reduced suffering and shortened care time. If the relationship with family and network is further investigated, and that these are involved in the treatment, the family and couple interventions can lead to a more lasting treatment outcome. Counsellors with their holistic training, have the potential to see the patient in their family situation, which is why the study covers their way of working with the patient's couple and family relationships.

The purpose of this study was to analyse how counsellors in open forensic and general psychiatry work with the patient's close relationships with primarily partners and children.

The study was conducted using a qualitative method approach. Six semi-structured interviews with counsellors working in an adult outpatient clinic were conducted and the way counsellors worked was followed at treatment conferences for four months once a week. Empirics was analyzed according to grounded theory.

The results showed that the counsellors mainly carry out individual work with the patients and their relatives also in the relationally oriented part of the work. The exception is those patients who have children, to whose families preventive interventions are directed, which, as a side effect, can lead to improved relationships within the family and more open communication between family members.

Keywords: counsellors, forensic and general psychiatric outpatient care, relationship treatment

Title: The relative work of the counsellor- A qualitative study in which six counsellors active in open forensic and general psychiatric care give their picture

Author: Monica Granberg

supervisor:Lotta Jägervi

Tack

Utan respondenternas, dvs de sex kuratorernas i mitt fall, medverkan och vilja att ställa upp och besvara frågor av allehanda slag, hade detta arbete inte varit möjligt att genomföra. Jag vill därför rikta mitt stora och innerliga tack till er!

Givetvis riktar jag också ett tack till Lotta Jägervi som varit handledare och bistått med idéer som lett till nyttig reflektion. Tack också Tove Harnett för en knuff i rätt riktning och Sara Hultqvist för kloka och insiktsfulla kommentarer! Sist men inte minst riktar jag ett jättestort tack till ”motorn för hela hälso- och sjukvårdsprogrammet, MarianneLarsson-Lindahl som stöttat och hjälpt till vid behov och som lett programmet med en till synes aldrig sinande energi.

Tack också Sofie och andra kurskamrater för ett fint år tillsammans med fin vänskap och givande diskussioner!

Monica Granberg

Innehåll

Abstract	2
1. Inledning.....	6
1.1 Mål och syfte	8
1.1.1 Frågeställningar	9
2. Metodansats.....	10
2.1 Forskningsdesign.....	10
2.1.1 Förberedelser- en mängd val	10
2.1.2 Respondenterna	13
2.1.3 Datasamling och analys i enlighet med Grounded theory	13
2.2 Etiska överväganden	17
2.3 Metoddiskussion utifrån kvalitetskriterier	18
2.3.1 Validitet	19
2.3.2 Generaliserbarhet	19
2.3.3 Reliabilitet	20
2.3.4 Pålitlighet	21
2.3.5 Replikerbarhet	21
3. Analys och resultat	22
3.1 Genererad teori	22
3.2 Koder, kategorier och relationer.....	25
3.2.1 Möjligheter och hinder för ett relationsinriktat arbetssätt	25
3.2.2 Det parrelationella arbetets genomförande	27
3.2.3 Tillvaratagande av barnperspektivet	28
3.2.4 Samarbete med vårdgrannar	31
4. Aktuellt kunskapsläge	31
4.1 Kuratorsarbete inom vuxenpsykiatri	32
4.1.1 Kurators arbetsmetoder och synsätt	33
4.2 Historisk tillbakablick på den psykiatriska vården i Sverige	35
4.3 Rättspsykiatri.....	37
4.4 Dagens öppenvårdspsykiatriska vård	39
4.5 Den psykiatriska vården och de närmast anhöriga.....	40
4.6 Barnperspektiv och barns perspektiv	44
4.7 Lagstadgade hinder och möjligheter	46
4.8 Familjebehandling	47
4.9 Stöd riktat till barn och deras familjer.....	48

4.9.1 Beardslees preventiva familjeintervention	48
5. Diskussion	49
6. Förslag till kommande forskning	52
Referenser.....	54
Bilaga 1 Inbjudan att delta som respondent	60
Bilaga 2 Intervjumall.....	62

1. Inledning

Inom Region Skånes vuxenpsykiatri behandlas vuxna personer som har en psykiatrisk diagnos som medför symtom såsom exempelvis svårare depression, kraftig ångest och oro, tvångstankar eller problem med ätstörningar. Vuxenpsykiatrien vänder sig även till personer som har psykiatriska symtom i samband med demenssjukdom (Vuxenpsykiatri Psykiatri Skåne 2018).

Behandlingen som erbjuds är i huvudsak individuellt inriktad (Forinder & Olsson 2014). Det gäller även för en rättspsykiatrisk öppenvårdsmottagning och en mottagning för patienter som behandlas för en psykosjukdom i öppen vård, mottagningar som sammanlagt utgör den verksamhet som är inriktad på psykiatrisk specialistvård i öppen form av vuxna på en medelstor ort i Skåne där kuratorerna observerats och intervjuats om sitt arbetssätt.

” När vi har arbetat färdigt med en person, tänker jag att den ska remitteras tillbaka till vårdcentralen. Och är det familjerådgivning, är det det sedan. För annars skulle man kunna sitta med en människa här på alldeles för många plan. Vi får försöka hålla oss till gränssnittet. Specialistpsykiatri. Men det kan ju hänga ihop. Eller det gör det ju. Så... ja....”

Citatet ovan härrör från en intervju med en kurator inom vuxenpsykiatrien. Citatet återspeglar den komplexitet som finns vad gäller det kurativa arbetet inom hälso- och sjukvården. Var går gränsen för psykiatrikuratorns arbetsområde? Vilka effekter av psykisk ohälsa ska bearbetas inom specialistsjukvården och vilka ska hänskjutas till kommunernas socialtjänst? Det är frågor vars svar inte står klara i den kliniska verksamheten. Denna studie fokuserar på en av de fyra vedertagna patientdomänerna för kuratorsrollen: patientens nära relationsproblematik. De övriga tre utgörs av patientens medicinska, ekonomiska och sociala situation, vilka kan antas ha sin givna plats inom sjukvården på ett naturligt sätt. Men hur behandlas de relationella svårigheterna som riskerar att åtfölja en psykisk sjukdom? Denna frågeställning utgör fokus för innevarande studie.

Författaren till detta vetenskapliga arbete har sin grund i socionomutbildningen men också ett interaktionistiskt systemiskt tänkande efter grundutbildning i familjeterapi och efter att ha arbetat med parrelationer i många år. Med jämna mellanrum har författaren kommit i kontakt med par där en av parterna har en psykiatrisk diagnos. Detta har gett upphov till en undran över om och i så fall, hur vuxenpsykiatrin arbetar med sina patienters nära relationer. Speciellt gäller detta för de patienter som lever tillsammans med barn, som inte har någon egen psykiatrisk diagnos och där familjen alltså inte är aktuell inom barn- och ungdomspsykiatrin, (BUP), där det oftast finns tillgång till familjeterapeutisk kompetens.

Utgångspunkten för föreliggande arbete är att det förekommer en cirkulär påverkan mellan en patients psykiska hälsa och kvalitén i patientens relationer. Det gäller egentligen all slags ohälsa, såväl ett benbrott, en cancertumör som en depression dvs de flesta somatiska men inte minst psykiatriska sjukdomar. Påverkan kan vara större eller mindre, men det är ofrånkomligt att symtomen finns med som en del av det gemensamma livet (Socialstyrelsen 2017).

Patientens nära relationer påverkar i regel patientens psykiska mående och kan utgöra en viktig skyddsfaktor, då de är starka. En ansträngd relation kan å andra sidan utgöra en riskfaktor för patientens psykiska hälsa (Borgström 2006; Danielsson 2015; Hedman Ahlström 2019). Många av en patients relationer påverkas av depressionssymtom och många depressioner har sin upprinnelse i eller utlöses av svårigheter som finns inom individens nära relationer. Även i de fall, där orsaken inte är relationell, påverkas relationen. En möjlig väg till patientens förbättrade hälsa, är att arbeta relationsinriktat: ” Vi kan inte prata bort depressionen, men relationsproblemen kan vi göra något åt – och sekundärt därmed också symtomen” sammanfattar Rikard Berg i en artikel publicerad i Läkartidningen (Borgström 2006). Även om artikeln handlar om depression, finns belägg för att teorin går att applicera på andra psykiatriska symtom. Det kan även vara giltigt för somatiska åkommor, då allt som händer inom en del av ett system, påverkar resten av systemet enligt det familjeterapeutiska sättet att tänka (Minuchin 1976; von Bertalanffy 1968; Öqvist 2018). Inte minst gäller denna ömsesidiga påverkan, i de fall, där patienten lever i en nära relation med en eller flera människor och speciellt då de bor tillsammans, men kan även ha sin giltighet i en sårrelation, för föräldrar och släktingar men påverkar också den nära vänskretsen (ibid).

Föreliggande studie riktar sitt fokus på olika typer av samlevnadsförhållanden, där den ömsesidiga påverkan oftast är starkast. Det är inte bara patienten och dennes symtom som påverkas av relationerna, de anhöriga påverkas också av patientens symtom. Hur tillvaratar man barnperspektivet och barns perspektiv och stärker patientens relation till sitt barn och

hens föräldraförmåga inom vuxenpsykiatri, där det endast är den diagnostiserade som är patient? Detta är en av frågorna som belyses i föreliggande studie.

Då kuratorerna genom sin utbildning har ett holistiskt perspektiv i sitt sätt att se och behandla patienterna, har frågorna riktats till denna yrkesgrupp för att undersöka, hur de arbetar med dessa relationella frågor. Det har varit med en öppen nyfikenhet som studien belyst hur de resonerar kring detta perspektiv, med betoning på framför allt partners och minderåriga barn, och vilken roll som perspektivet spelar i behandlingen.

Sammanfattningsvis redovisar studien en undersökning om hur man inom den psykiatriska öppenvården av vuxna använder sig av familjesystemet i behandlingen av den enskilde, hur detta i så fall ter sig och om det ryms inom de ramar som finns för arbetets genomförande.

1.1 Mål och syfte

Studiens mål är att utgöra en kunskapsöversikt och ett diskussionsunderlag som kan inspirera till en granskning och eventuellt ett vidgat perspektiv att betrakta patienternas nära familjerelationer på, för att i slutändan bidra till att öka patienternas förutsättningar att nå ett ökat välmående.

Syftet med denna studie är att analysera hur kuratorer inom vuxenpsykiatri arbetar med patientens nära relationer till i första hand partners och barn och vilka de bakomliggande orsakerna till arbetsmetoderna är.

1.1.1 Frågeställningar

Vilka hinder och möjligheter finns det för att arbeta med patientens familjerelationer?

Arbetar man systematiskt med att förstärka eller vidmakthålla patientens nära familjerelationer? I så fall hur?

Hur tillvaratas barnperspektivet i patientarbetet?

Arbetar man i samverkan med andra instanser i samhället, för att stärka patientens nära relationer? I så fall, hur ser detta samarbete ut?

Enligt gängse tradition, ska arbetet nu följas av en genomgång av aktuellt kunskapsläge. I föreliggande arbete följer istället en redovisning av hur arbetet genomförts varpå analysen och resultatet som framkommit, presenteras. Denna ordningsföljd återspeglar hur arbetet genomförts enligt Grounded theory. Litteraturgenomgången kommer således först som kapitel fyra och tjänar som stöd för att placera studien i dess kontext och utgör underlag inför den därpå följande diskussionen. Eftersom det inte finns särdeles mycket skrivet om just kurators sätt att arbeta med patientens nära relationer, utgör litteraturgenomgången istället en bred kontext som beskriver de olika faktorer som påverkar och kringgärdar kurators arbete.

2. Metodansats

De vetenskapsfilosofiska frågorna av epistemologisk, ontologisk och metodologisk karaktär, vars svar, visar de överväganden som skett i samband med studiens genomförande samt hur detta har skett, redovisas i föreliggande kapitel.

2.1 Forskningsdesign

Till rubriken ”forskningsdesign” härleds svar på frågan ”hur kan studien läggas upp och genomföras (Ahrne & Svensson 2015; Fejes & Thornberg 2019) vilka för innevarande arbete, presenteras nedan.

2.1.1 Förberedelser- en mängd val

En nyfikenhet på hur det skulle vara, att genomföra studien enligt Grounded theory styrde valet av arbets- och analysmetod. Grounded theory, eller på svenska ”grundad teori”, som utvecklades på 1960-talet av forskarna Barney Glaser och Anselm Strauss, utgör en öppen, induktiv strategi som lämpar sig väl för att ge en systematisk men ändå flexibel vägledning för att samla in och analysera empiri, med syfte att generera teoretiska idéer som grundats i insamlad data (Bryman 2018; Hartman 2001; Starrin & Svensson 1996). Data fick således helt och hållet styra processen, som utmynnade i teorigenereringen.

Ett andra beslut följde, att genomföra en studie vid en av Region Skånes öppenvård psykiatriska enheter för att utröna, om det skulle växa fram en forskningsfråga som kändes relevant att besvara. Detta skedde genom icke-deltagande observationer vid ett av teamens behandlingskonferenser en gång i veckan under några månader. Då familjeperspektivet utgjorde ett område av extra stort intresse, kom sökarljuset att falla på hur kuratorerna resonerade om frågeställningar som var förknippade med patientens familjerelationella problematik.

Syftet formuleras genom forskningsfrågan

Därmed hade ett tredje beslut tagits, att undersöka den relationsinriktade delen av kuratorsarbetet inom den öppna vuxenpsykiatrin, då den relationsinriktade delen av kuratorsrollen vid en litteratursökning inte föreföll vara beforskad i vidare mening. Genom

studiens resultat, var förhoppningen, att kunna vidga kunskaperna om denna del av den sociala verkligheten men också att bidra till vidareutveckling av praktiken. Därmed formulerades forskningsfrågan, som avser att visa syftet med studien (Bryman 2018); att analysera hur kuratorer inom vuxenpsykiatri arbetar med patientens relationer till partners och barn.

Val av forskningsstrategi

Kvalitativ metodansats

Ett val gjordes, att genomföra studien med en kvalitativ metodansats (Fejes & Thornberg 2019), eller forskningsstrategi, (Bryman 2018) då vikt skulle läggas vid att öka förståelse snarare än att skapa kausala samband (Justesen & Mik-Meyer 2011). Det var ordens innebörd och inte kvantifiering vid datainsamlingen och analysen som var det viktiga. Vidare avsåg studien att belysa respondenternas uppfattningar av sin sociala verklighet, som i studien betraktas som föränderlig, tillhörande respondenternas konstruerande förmåga. Denna konstruktionistiska och ontologiska ståndpunkt bidrog till valet av den kvalitativa metoden.

Val av datainsamlingsmetoder

Valet föll på att använda fallstudier som forskningsmetod i form av kvalitativa intervjuer med yrkesverksamma kuratorer förutom att fortsätta att observera, utan att medverka, kuratorernas sätt att resonera vid ett av teamens behandlingskonferenser, som genomfördes en gång i veckan, under ytterligare fyra månader. Dessa ansågs sammantaget kunna tillgodose behovet av datainsamling.

Urvalsprocessen

Att det blev just den aktuella öppenvård psykiatriska mottagningen, utgjorde ett bekvämlighetsurval (Starrin & Svensson 1996) och berodde inledningsvis på att den låg geografiskt närmast och inte medförde några längre resor för att genomföra studien. Någon förkunskap om de olika enheterna inom mottagningen fanns inte vid studiens inledning, så valet av team att observera gjordes på slumpmässig basis (Bryman 2018). Efter en inledande kontakt bedömdes mottagningen exemplifiera dylika mottagningar i allmänhet och kunna utgöra en lämplig kontext för forskningsfrågan. En av kuratorerna inom en enhet, valdes ut

för att besvara frågorna i en intervju. Svaren analyserades och jämfördes med de data som erhållits i form av minnesanteckningar från observationerna. En kärnkategori hade vid detta laget framträtt som bestod av ”hänvisa”. Urvalet av respondenter fortskred och utökades efter hand till att omfatta kuratorer från såväl den öppna rättspsykiatrien som allmänpsykiatrien samt också en kurator från öppenvården av patienter med psykosdiagnos.

Intervjumall

Frågor till respondenterna formulerades, ordnade under olika teman. Frågorna skickades till handledaren för examensarbetet, som kommenterade formuleringen på två av frågorna. Efter korrigering godkändes frågeformuläret. En provintervju genomfördes med en socionom vilket fick frågorna att kännas rätt.

Utifrån ett etiskt perspektiv, var frågorna noga avvägda, i förhållande till hur pass kritiskt de var formulerade och en uppmärksamhet fanns, kring frågor som kunde vara extra känsliga att besvara (Kvale & Brinkmann 2014). Valet att genomföra kvalitativa intervjuer grundades på att det var respondenternas uppfattningar om vad som är relevant och viktigt som var i fokus och att möjligheten att röra sig i olika riktningar under intervjun, skulle ges respondenterna. Sidospår skulle välkomnas och följdfrågor skulle ställas på erhållna svar. Detaljrika och fylliga svar skulle uppmuntras (Bryman 2018).

Medgivande

Erforderliga tillstånd att genomföra studien inhämtades från mottagningens enhetschefer efter hand som urvalet behövde utökas. Kuratorerna kontaktades skriftligt och inbjöds att delta. Samtycke för att genomföra observationer inhämtades av de två kuratorerna som ingick i ett av teamen skriftligt. Att använda observationer i samband med intervjuer bedömdes kunna besvara studiens frågeställningar, utifrån ett induktivt arbetssätt, men ansågs inte vara de enda tänkbara (Fejes & Thornberg 2019; Kvale & Brinkmann 2014). Valet, att genomföra studier av journaler, skulle också kunna framställa en empiri, som visade vilket relationsarbete som verkligen genomförs. Denna möjlighet valdes bort då man med denna datainsamlingsmetod skulle riskera att inte få fram kuratorernas egna upplevelser och hur kuratorerna såg på det relationella arbetet och deras olika ställningstaganden. En kombination av intervjuer och

journalstudier hade antagligen ytterligare ökat studiens validitet men kunde med hänsyn till studiens begränsningar inte genomföras.

Samtliga tre enhetschefer har varit väldigt positiva och hjälpsamma. Det kan häri ses en risk, att kuratorerna kände sig mer eller mindre tvingade att delta i studien, då deltagandet var sanktionerat av deras överordnade. Det har därför känts extra viktigt, att informera om att deras deltagande varit frivilligt och har kunnat avbrytas (Kvale & Brinkmann 2014).

2.1.2 Respondenterna

Mottagningen, där intervjuerna ägde rum, bestod av allmän öppenvårdspsykiatri, rättspsykiatri och en öppenvårdsmottagning för vuxna patienter med psykosdiagnos. Förutom rättspsykiatri, som utgjordes av både slutenvård och öppenvård, bedrevs vården i öppenvårdsform. Kuratorerna inom rättspsykiatri hade kontakt med såväl inneliggande patienter som i öppenvård. Det är arbetet inom öppenvården som fokuseras i detta arbete.

Sex kuratorer intervjuades. Samtliga var socionomer. Två av dem hade en vidareutbildning i steg ett med familjeterapeutisk respektive psykodynamisk inriktning. En kurator hade två terminer i psykosocialt behandlingsarbete och flera av dem hade kortare kurser som de erhållit under anställningar på andra arbetsplatser. Flertalet hade börjat sin yrkesbana efter socionomexamen inom socialtjänstens barn och familje- eller ekonomienhet eller ensamkommande flyktingmottagning. Någon hade arbetat inom arbetsförmedlingen och flertalet hade arbetat inom den somatiska vården som kuratorer. En av dem hade arbetat inom BUP. Samtliga respondenter var kvinnor. Åldersmässigt var de uppdelade i två spann, från 27 till 40 och från 50 till 60 år. Genomsnittsåldern var 44,5 år. Alla sade sig trivas väl på arbetsplatsen och med arbetsuppgifterna. Två av dem hade haft sin anställning i ett halvt år, en i två och ett halvt år, en i fyra år och de som haft sin anställning längst har varit anställda i tolv respektive sexton år.

2.1.3 Datainsamling och analys i enlighet med Grounded theory

Valet, att genomföra studien med hjälp av en induktiv analysmetod, grundad i Grounded theory, (Fejes & Thornberg 2019) innebar ett val, att genomföra bearbetningen av det empiriska materialet, för att i slutändan nå fram till ett nytt antagande om kuratorernas relationsinriktade arbetssätt. Det var nödvändigt, att inte utgå från speciella begrepp, då det

inte på förhand skulle vara möjligt, att avgöra, om dessa skulle vara relevanta i sammanhanget. Grounded Theory utgjorde härför en förtjänstfull strategi, som anger, att processen ska inledas utan någon på förhand given teori (Hartman 2001; Svensson & Starrin 1996).

Valet tillät en fri betraktelse av datamaterialet. Härför har det varit nödvändigt, att lägga den förförståelse som (omedvetet) fanns, vid studiens början, åt sidan. Den närhet till respondenterna som hann utvecklas genom de många mötena, har inte förhindrat en betraktelse av deras arbete utifrån en objektiv syn (Bryman 2018).

Nedan kommer datainsamlingsmetoderna, icke-deltagande observationer och intervjuer att diskuteras var för sig innan en sammanfattande redogörelse för hela arbetsprocessen återges. I verkligheten, fortgick de olika processerna – datainsamling och analys – parallellt och överlappade varandra under hela studiens gång.

Icke-deltagande observationer

Observationerna av kuratorernas resonemang vid ett av teamens behandlingskonferenser genomfördes en dag i veckan under sammanlagt sju månader. Under dessa studerades kuratorernas förhållningssätt utan egen interaktion. Minnesanteckningar fördes om sådant som berörde studiens frågeställningar och om idéer som dök upp. I denna öppna fas var syftet att inhämta så många kategorier som möjligt, dvs meningsfenomen som tillhörde kuratorerna och som framträdde vid analyserna av empirin (Starrin & Svensson 1996).

Intervjuer

Kuratorerna visade en välvilja, trots hård arbetsbelastning, att avsätta tid för att delta i intervjuerna. Förhållningssättet var fortsatt neutralt, öppet och objektivt. Avsikten var, att inte påverka svaren på något sätt (Fejes & Thornberg 2019). Det faktum, att det från studiens början, inte förelåg någon vetskap om hur kuratorer inom psykiatrin arbetar, underlättade objektiviteten. Alla intervjuerna inleddes med att respondenterna informerades om att deras medverkan var frivillig, att de inte behövde besvara alla frågor, att de i efterhand kunde dra tillbaka sina svar samt att de i efterhand kunde göra tillägg om de skulle komma på något som de inte fört fram under intervjutillfället. Respondenterna blev också informerade om att materialet skulle komma att publiceras oidentifierat och att deras namn inte skulle omnämnas. De erhöll via e-post en skriftlig blankett för samtycke till att delta i studien, som samlades in och har förvarats inlåst i kassaskåp. Alla respondenterna blev också informerade

om att de skulle komma att få ta del av det empiriska materialet efter att alla intervjuerna blivit transkriberade, vilket också skett.

Intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplats och varade mellan 40 och 80 minuter. Intervjuerna var semistrukturerade och följde i huvudsak frågeformuläret. Frågorna kom att användas genom hela studien utan att behöva revideras, vilket annars är brukligt i arbete i enlighet med Grounded theory. Däremot ändrades följdfrågorna efter hand som analyserna skedde och tonvikten vid de olika frågeställningarna förflyttades till att ligga nära kärnkategorin. Respondenterna ombads att förtydliga svaren då det fanns anledning (Bryman 2018). Efter att intervjufrågorna gått igenom, tillfrågades de om de hade något de ville lägga till utifrån studiens omfattning. De flesta hade något de ville komplettera med, som de hade suttit och grunnat på och denna sista fråga tjänade som en positiv avrundning och möjlighet till reflektion för dem. Trots att antalet respondenter endast varit sex, kunde en mättnad i svaren urskiljas i de sista intervjuerna.

Efter varje intervju transkriberades den insamlade datan, som fanns inspelat dels på ett minneskort via en digital diktafon men också, som back-up, på en telefons röstmemoapplikation. Vid transkription togs inte ljud såsom harklingar och ”ääää” och inte heller felsägningar samt frekvent förekommande utfyllnader såsom ”liksom, så att säga” samt påbörjade meningar som bedömdes sakna mening, med. Längre pauser och förekommande skratt noterades dock då detta bedömdes kunna ha en meningsbärande innebörd. Det empiriska materialet, lagrat på datorfiler, redigerades därefter till att i ökad utsträckning likna ett skriftspråk utan dialektala inslag. Allt material kodades och analyserades mening för mening kontinuerligt under hela processen, i enlighet med Grounded theory (Svensson & Starrin 1996; Hartman 2001).

Var och ens transkription översändes digitalt till respondenterna för att de skulle godkänna innehållet. De inbjöds också till att förtydliga eller lägga till information om de ansåg det vara nödvändigt. Två av respondenterna återkom via e-mail med förtydliganden eller tillrättalägganden av svar de ansåg vara otydliga eller ofullständiga. Efter att de olika transkriptionerna godkänts av respondenterna, raderades ljudinspelningarna från minneskortet respektive telefonen. Datainsamlingen fortsatte på olika sätt genom exempelvis frågor som skickades till några av respondenterna via e-post eller som ställdes direkt till dem. Detta, då det under analysens gång uppstod frågor som inte besvarats under den del av datainhämtningen som utgjordes av intervjuerna och observationerna. Kuratorerna ställde vänligt och välvilligt upp med sina svar hela vägen. På detta sätt överlappade datainsamlingen

och analysprocessen varandra (Ahrne & Svensson 2015) och fortgick parallellt under några månader.

Arbetsprocessen

I den Inledande öppna fasen, utgjordes ändamålet med det teoretiska urvalet, av att samla in så många kategorier som möjligt. Analysen gjordes efter varje intervju genom att ord för ord, mening för mening manuellt gå igenom empirin för att därigenom få fram olika koder för materialet. Därefter jämfördes dessa öppna koder med varandra och empirin i sin helhet vilket fick likheter och skillnader att framträda. Koder slogs samman med andra med snarlik betydelse till kluster. Koderna blev till kategorier, då de fick en definition, som förklarade betydelsen (Fejes & Thornberg 2019). Genom att på detta sätt ta fram betydelsebärande utsagor och analysera skillnader och likheter gick det att reducera empirin till ett antal kategorier. I detta faktiska kodande mellan intervjuerna begreppsligades kategorierna och egenskaperna. De idéer som genererades ur analyserna, styrde det vidare teoretiska urvalet. Undersökningen blev på så sätt deduktiv till sin art (Hartman 2001).

Så småningom kunde en mättnad konstateras, dvs fler kategorier framträdde inte längre ur empirin. Kärnkategorin, hänvisa, var då identifierad genom att teoretiska idéer hade skapats. Denna förekom ofta i materialet, föreföll vara central och stod i relation till många av de andra kategorierna. Det öppna urvalet övergick då till ett selektivt urval. Arbetet inriktades på att samla mer data, så att de kategorier som var relaterade till kärnkategorin, framträdde. Ändamålet blev då, att bestämma de kvarvarande kategoriernas egenskaper, efter att en selektering av kategorierna skett. De kategorier, som var relaterade till kärnkategorin behölls. Det framkom då, att den främsta kodningsfamiljen utgjordes av strategier, men även orsak – verkan förekom. Slutligen jämfördes kategorierna för att finna samband mellan dem och på så sätt integrera dem i teorin. I detta teoretiska kodandet genererades teoretiska koder, som integrerade de faktiska koderna till en teori. Här utgjorde minnesanteckningarna med reflektioner om koderna, från det tidigare kodningsarbetet, en vägledning efter att de sorterats (Hartman 2001). Slutsatsen tjänar till att öka förståelsen för det studerade fenomenet, i detta fallet kuratorernas relationellt inriktade patientarbete. Utmaningen hade utgjorts av att ur all empiri, skapa mening av det väsentliga och betydelsefulla däri (Fejes & Thornberg 2019).

Relevansen har tillgodosetts genom att de egenskaper som tillskrivits kategorierna, har prövats och funnits vara väsentliga för kategorin i förhållande till forskningsfrågan (ibid).

Arbetet har präglats av en pendling mellan en sensitiv närhet och objektivitet dvs. mellan att läsa av de subtila nyanserna i meningsbärande delar av materialet och en viss distans till empirin och det framväxande resultatet. Under arbetet har det varit viktigt att inta de olika respondenternas perspektiv, tänka komparativt och ständigt pröva antaganden med empirin. Olika relationer mellan begrepp och kategorier har identifierats och utvecklats vilket lett fram till den sammanfattande teoretiska modellen, grundad i datamaterialet. En förutsättning härför, har varit att tidigare förförståelse, teorier och antaganden har lagts undan (Fejes & Thornberg 2019).

2.2 Etiska överväganden

Att respondenternas namn eller arbetsplats inte framgår av studien har säkerställts. Det faktum, att det för välinitierade personer, som om de anstränger sig, skulle kunna härleda vilken mottagning inom Region Skåne som studien är genomförd vid, utifrån de fakta som presenteras om mottagningen, har föranlett att respondenternas konfidentialitet har varit föremål för ifrågasättande. Frågan togs upp vid intervjutillfällena med respondenterna och har även ventilerats med handledaren. Då frågorna inte rörde personligt känsliga ämnen, respondenternas privatliv eller då sådana sidospår framkom, inte har tagits med i empiriredovisningen och analysen, då de inte ansågs vara betydelsefulla för studiens resultat, gjordes bedömningen, att respondenterna inte skulle komma att lida men av studiens publicering. Bedömningen gjordes, att nyttan av studiens resultat skulle överväga de men respondenterna skulle kunna komma att erhålla av sitt deltagande, vilket ansågs rättfärdiga studien (Kvale & Brinkmann 2014). Dock går det inte att helt utesluta, att möjligheten att spåra enheten kan ha haft inverkan på respondenternas svar.

Samtliga respondenter informerades om studiens syfte, dess upplägg och att de kunde välja att avstå från att delta i studien dvs att deltagandet skedde på frivillig grund. Datamaterialet och empirin liksom studien i sin helhet kommer inte att användas i kommersiellt syfte eller till men för respondenterna, varmed nyttjandekravet kan anses vara uppfyllt.

2.3 Metoddiskussion utifrån kvalitetskriterier

Inom kvalitativ forskning finns det delade meningar om huruvida validitets- och reliabilitetsbegreppen är användbara. De är utvecklade inom den kvantitativa forskningen och härstammar från den naturvetenskapliga, positivistiska grenen inriktad på mätbara, icke-kontextberoende undersökningsvariabler. Då det ändå finns stöd bland många, som anser, att de är outhärliga, (bryman 2018, Justesen & Mik-Meyer 2011) presenteras Ett försök att redovisa uppfyllelsen.

Alternativa, mer ändamålsenliga begrepp utgörs av ”ändamål” och ”relevans” vilka tidigare redogjorts för. Ett annat alternativt begrepp, utgörs av ”Tillförlitlighet”.

Tillsammans med intern och extern validitet, utgör möjligheterna till konfirmation och pålitlighet kriterier som kan sägas, bättre passar för att bedöma kvalitativa studiers tillförlitlighet. Uppfyllelsen av kriterierna finns redovisade under 3.3.1 och 3.3.4.

2.3.1 Validitet

Extern och ekologisk validitet

Det framkommer inget som tyder på att den studerade mottagningen utgör något undantag vad gäller kuratorernas bakgrund och arbetssätt utan urvalet kan ses som representativt för kuratorer inom öppen rätts- och allmänpsykiatrisk vård. Mottagningen valdes då den ansågs exemplifiera dylika mottagningar och utgjorde en lämplig kontext för forskningsfrågan, vilket torde underlätta överförbarheten till liknande kontexter. Dock finns ett flertal hinder för att generalisera studiens resultat, vilka redovisas under 3.3.2.

Studien genomfördes på kuratorernas arbetsplats dvs deras naturliga, vardagliga arbetsmiljö men intervjusituationen är konstruerad och kompletterades därför med icke-deltagande observationer (Bryman 2018).

Intern validitet

Utifrån redovisade kvalitetskategorier finns anledning att betrakta slutsatserna som trovärdiga även om den interna validiteten är svår att avgöra, då författaren inte haft någon annan, än handledaren, att diskutera och jämföra resultaten med.

Triangulering

Datinsamling har skett genom såväl observationer som intervjuer för att kontrollera insamlad data och undvika missförstånd (Bryman 2018).

Respondentvalidering

Studiens resultat har redovisats på den studerade mottagningen, som ett led för att öka studiens tillförlitlighet. Respondenterna gavs tillfälle att uttrycka, om de kände igen sig i det redovisade resultatet, vilket de sa sig göra. Möjlighet att styrka och bekräfta resultatet har underlättats, genom att en neutral och objektiv attityd har genomsyrat forskningsprocessen.

2.3.2 Generaliserbarhet

Det föreligger svårigheter att generalisera kvalitativa studier, då de är kontextberoende. Det faktum, att intervjuer endast genomfördes med sex respondenter, medför att resultatet inte går att generalisera, då antalet är alltför litet (Kvale 2014). Denna begränsning har sitt ursprung i att det endast fanns sex kuratorer inom mottagningen och att studiens omfattning var alltför

liten och den tid som fanns till förfogande, var alltför kort, för att utöka antalet ingående enheter i studien. Det hade dock minskat risken, att det empiriska resultatet är påverkat av oidentifierade speciella omständigheter rådande specifikt på den beforskade mottagningen. (Ahrne & Svensson 2015).

2.3.3 Reliabilitet

Respondenter kan påverkas, av att befinna sig i en forskningssituation och anpassa sina svar efter hur de vet, att det är önskvärt att handla, vilket kan försämra en studies tillförlitlighet (Ahrne & Svensson 2015). Det föreligger en risk, att respondenterna har påverkats av att veta, att författaren har sin förankring i ett familjeterapeutiskt synsätt och har anpassat sina svar utefter detta (ibid). Detta är dock omöjligt att uttala sig om och inget som framkom i mötena. Det kan för studiens reliabilitet föreligga en osäkerhet, om det som kuratorerna framförde, verkligen är det som de gör (Ahrne & Svensson 2015; Frejes & Thornberg 2019; Kvale & Brinkmann 2014). Det faktum, att kuratorernas chefer hade vetskap om deras medverkan i studien och att kuratorerna kände till, att cheferna antagligen kommer att ta del av resultatet, kan ha påverkat intervju svaren som var relativt lika inom de olika enheterna. Det föreligger en risk, att kuratorerna uppfattade situationen som kontrollbetingad (Bryman 2018). Om detta beror på att kuratorerna är medvetna om regelverk och hur man ”bör” agera och svarade i enlighet med detta, besvaras inte av studien. Det faktum, att intervjuerna kombinerades med observationer av kuratorernas sätt att resonera under behandlingskonferenser, kan sägas ha motverkat denna risk.

Ett exempel på osäkerhet i svarens tillförlitlighet utgörs av frågan om hur de skulle handla, då barnets bästa inte överensstämmer med patientens bästa. Alla svarade enligt regelboken att det alltid är barnets bästa som prioriteras. Frågan om hur detta sker i verkligheten, skulle med fördel kunna trianguleras genom att empiri även togs fram genom en kombination av journalstudier och skuggning. Såsom i all samhällsforskning, är det dock tveksamt, om det går att ta fram endast en sanning. Å andra sidan finns inget, som tyder på att kuratorerna inte skulle ha återgett sin sanna bild av sitt sätt av det relationsinriktade patientarbetet vilket kan stärka studiens generaliserbarhet till att omfatta även andra öppenvårdsmottagningar (Ahrne & Svensson 2015).

2.3.4 Pålitlighet

Som ett alternativ till begreppet ”reliabilitet” används inom kvalitativ forskning ibland istället begreppet ”pålitlighet” (Bryman 2018). För att stärka studiens pålitlighet, har faserna i forskningsprocessen redovisats, vilket också har betydelse för studiens replikerbarhet.

2.3.5 Replikerbarhet

Studiens replikerbarhet har underlättats, då alla steg i studiens genomförande har redovisats öppet och transparent (Justesen & Mik-Meyer 2011). Dock framgår det av den redovisade reliabiliteten, att det förekommer faktorer, som inverkar på ett försvårande sätt vad gäller studiens replikerbarhet. Hit räknas också det faktum, att respondenterna erhöll följdfrågor på sina svar i de semistrukturerade intervjuerna, vilket är en bland många faktorer som försvårar studiens replikerbarhet. Detta är naturligt och hör till denna typ av studier, där de vidtagna stegen bygger på de föregående resultaten.

3. Analys och resultat

3.1 Genererad teori

Studiens slutsats, sammanfattad i en teori, är ämnad att svara upp mot studiens syfte, som är att analysera hur kuratorer inom vuxenpsykiatri arbetar med patientens nära relationer till i första hand partners och barn och de bakomliggande orsakerna till arbets sättet. Teorin utgör en faktisk teori, då den handlar om en speciell grupp människor; psykiatrikuratorer. Teorin handlar om ett begrepp; arbetsmetoder inriktade på patientens relationella problematik (Hartman 2001).

Slutsatsen tjänar till att öka förståelsen för det studerade fenomenet, i detta fallet kuratorernas relationellt inriktade patientarbete. Utmaningen utgjordes av att ur all empiri, skapa mening av det väsentliga och betydelsefulla däri (Fejes & Thornberg 2019). De kategorier och hypoteser i form av relationer samt den egenskap som presenteras nedan, är slutresultatet av den selektiva fasen som innebar, att alla kategorier som inte befanns vara relaterade till kärnkategorin, ”hänvisa”, sorterades bort (Hartman 2001).

När även icke-relaterade minnesanteckningar hade sorterats och selekterats, kunde den slutliga teorin formuleras.

Denna teori som slutligen genererats ur empirin och dess analys lyder;

Kuratorn – ibland en vägvisare, ibland en lots i det relationsinriktade patientarbetet.

Teorin, grundad i kärnkategorin ”hänvisa,” har ett antal relaterade subkategorier som sammantaget avser att besvara de frågeställningar som under studiens gång mejslats ut ur materialet:

Vilka hinder och möjligheter finns det för att arbeta med patientens familjerelationer?

Hur arbetar man för att förstärka eller vidmakthålla patientens nära familjerelationer?

Hur tillvaratas barnperspektivet i patientarbetet?

Arbetar man i samverkan med andra instanser i samhället, för att stärka patientens nära relationer? I så fall, hur ser detta samarbete ut?

En mer utarbetad version av teorin utgörs av följande förklaring, som samtidigt besvarar studiens frågeställningar:

Det föreligger en frihet att arbeta med att stärka patienternas familjerelationer från organisationens sida. De främsta hindren för att kuratorn själv ska utföra arbetet, utgörs av kuratorernas egna föreställningar om att det inte ingår i kuratorsrollen inom vuxenpsykiatri samt det faktum, att vissa patienter inte lever i familjeförhållanden.

Det relationsinriktade arbetssättet är inriktat på att hänvisa patienten till andra instanser såsom kommunal familjerådgivning. Anhöriga som behöver stöd, hänvisas till en egen behandlare som kan ge ett begränsat antal stödsamtal.

När patienten har barn, finns en vaksamhet kring behovet av att göra en orosanmälan till socialtjänsten om det kan befaras, att barn far illa. Då någon oro inte finns, föreligger möjlighet att remittera barnet till den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen eller boka en tid hos socialtjänsten och eventuellt följa familjen dit, om dessa instanser bedöms kunna ge erforderligt stöd. Om barnen är i förskoleåldern, hänvisas föräldern till BVC eller socialtjänsten om det bedöms föreligga behov av att stärka föräldrarollen. Familjer där det finns barn, har möjlighet att genomgå Beardslees familjeintervention inom mottagningen för att förebygga att barnet utvecklar egen psykisk ohälsa. Föräldrar kan också få del av en kortvariant kallad "Föra barn på tal" där då de får råd om hur de ska tala med barnen om föräldrarnas psykiska sjukdom. Föräldrarna hänvisas då till speciella barnombud som finns på mottagningen. Det finns också en stödgrupp där barn och föräldrar deltar för att utbyta erfarenheter av att leva i en familj, där ena föräldern har en psykisk sjukdom.

Något aktivt behandlingssamarbete i enskilda ärenden med andra instanser förekommer inte. Till stor del ligger aktuell lagstiftning till grund för arbetssättet, men även kuratorernas kulturella föreställningar, den frihet att utforma arbetet som ges av organisationen samt det faktum, att många patienter inte lever i några nära familjerelationer, har betydelse.

Tabellen nedan åskådliggör hur kuratorsarbetet bedrivs med olika typer av relationellt arbete uppdelat efter de styrande orsaker som framkommit i studien. Förklaringar till de olika kategorierna kan utläsas i kap. 4.2. Den kolumn och den rad som är tom, visar att inget arbete är aktuellt

Typ av relationellt arbete	Frihet som styrande orsak	Kulturella antaganden som styrande orsak	Lagstiftning som styrande orsak	Patientens relationsbrist som styrande orsak
Parrelationellt		Socialtjänsten		
Anhörigstöd			Samtal enbart med anhörig alt. slussa till kollega	
Uppmärksamma barns situation	Kartläggning			
Bristande föräldraförmåga/oro för barn			Orosanmälan socialtjänsten	
Familjestöd		Stödansökan BUP, socialtjänsten, BRIS, BVC		
Förebygga psyk. ohälsa hos barn	Om kuratorn är barnombud: "Föra barn på tal." Om kuratorn har erforderlig utbildning: Beardslees familjeintervention		Slussa till speciella behandlare inom mottagningen	
Samverkan med vårdgrannar i relationellt arbete				

Hur detta resultat har framkommit, redovisas nedan, uppdelat efter de olika frågeställningar som de besvarar. För att underlätta för läsaren, presenteras först frågeställningen varpå den utvecklade delen av teorin, som berör den aktuella frågan, återges (kursiverat).

Som ett led i att stärka trovärdigheten redovisas de koder som identifierats inom området och vilken eller vilka kategorier som genererats. Slutligen följer en definition av kategorin, som utgör en subkategori till kärnkategorin "hänvisa," vilken alla subkategorier är relaterade till. På vilket sätt begreppen är relaterade, framgår av definitionen eller uttrycks explicit.

3.2 Koder, kategorier och relationer

3.2.1 Möjligheter och hinder för ett relationsinriktat arbetssätt

Det första område som fokuseras, utgår från frågan

”Vilka hinder och möjligheter finns det för att arbeta med patientens familjerelationer?”

Det föreligger en frihet att arbeta med att stärka patienternas familjerelationer från organisationens sida.

En kategori ”frihet” framkom ur koderna ”regelverk” och utrymme” som hämtats från meningsbärande citat såsom;

Det finns ingen skriftlig gräns som anger vad man får göra.”

” Jag tycker det finns utrymme att jobba med det.”

”Bara att man har rollerna som barnombud här, säger ju att man vill jobba med det.”

”Ja, där känner jag stor frihet att bjuda in anhöriga eller partners eller ja, vilka som helst som jag tycker har betydelse.”

Kategorin ”frihet” blev en subkategori till kärnkategorin ”hänvisa” genom att den anger, att de organisatoriska ramarna ger kuratorerna frihet att utforma arbetet själv, vilket också utgör definitionen av kategorin.

De främsta hindren för att kuratorn själv ska utföra arbetet, utgörs av kuratorernas föreställningar om att det inte ingår i kuratorsrollen inom vuxenpsykiatrin samt det faktum, att vissa patienter inte lever i familjeförhållanden.,

Vad gäller gemensamma samtal med både patient och dennes partner, med relationen i fokus, framstod ett par koder som tydliga; ”fel plats” och ”fel roll.” Dessa har sedan lett till kategorin ”kulturella antaganden.”

Koden ”fel plats” bildades ur:

”Där tycker jag nog inte jag ska vara, som kurator på rättspsyk.”

”Säg att det är två vuxna och det skaver däremellan. Då försöker vi hänvisa till familjerådgivningen eller något mer åt det hållet.”

”men vi tänker på gränssnittet.”

”Man ser ju till, att det kommer till något annat kunnigt ställe.”

”Vi får hålla oss till vuxna och Vi får ha barnen i åtanke och se till, att de får hjälp på rätt ställe.”

Koden ”Fel roll” bildades ur;

”Jag har aldrig varit i den situationen, att det varit aktuellt.”

”Det finns ingen anledning för mig att börja ställa frågor om deras relation.”

”Det är ju inte så, att jag har någon parbehandling eller så.”

”nej, jag tycker inte det är min roll.”

Koderna ”fel plats” och ”fel roll” sammanfördes sedan till kategorin ”kulturella antaganden” vilken kunde definieras som att det finns föreställningar hos kuratorerna, såsom att den medicinska kontexten inte är den rätta för att bedriva arbete inriktat på att förstärka patientens parrelation och att det inte är kuratorns roll att utföra detta arbete.

Koden ”ensamma” bildades ur utsagor såsom;

”de har aldrig levt i en långvarig relation.”

”det är dem enda som jag träffat som ett par.”

Denna kod bildar kategorin ”relationsbrist” vilken definieras med att det inte föreligger något underlag för relationsarbete, då patienterna inte har några nära familjerelationer.

Alla tre kategorierna (”frihet,” ”kulturella antaganden” och ”relationsbrist”) tillhör kodningsfamiljen ”orsak – verkan” då de anger orsaker till att hänvisning sker eller att bearbetning av problematiken sker av kuratorn.

Kategorin ”frihet” står i motsatsförhållande till kärnkategorin ”hänvisa” då den anger, att det inte föreligger något tvång att hänvisa från organisationens sida. ”Kulturella antaganden” pekar på de bakomliggande orsakerna till att parrelationsproblematik och behov av familjerelationellt stöd hänvisas eller lotsas till vårdgrannar och befinner sig på så sätt i en orsaksrelation till ”hänvisa.”

Kategorin ”relationsbrist” anger en orsak till att något relationsarbete inte är aktuellt, då patienterna kan vara tämligen ensamma och det därmed inte finns några relationsproblem att hänvisa. Kategorin står därmed i motsatsförhållande till kärnkategorin, ”hänvisa.”

Kategorin ”kulturella antaganden,” bestående av koder som pekar på föreställningar som utgör hinder för parrelationellt arbete, har jämförts med kategorin ”frihet” bestående av koder som pekar på att det föreligger goda förutsättningar för detta arbete och har befunnits stå i motsatsrelation till varandra.

3.2.2 Det parrelationella arbetets genomförande

Den frågeställning som här fokuseras, är;

” Hur arbetar man för att förstärka eller vidmakthålla patientens nära familjerelationer?”

Det relationsinriktade arbetssättet är inriktat på att hänvisa patienten till andra vårdgrannar såsom kommunal familjerådgivning eller familjerätt.

Här har koderna ”familjerådgivningen” och ”familjerätten” genererats som tillsammans bildar kategorin ”socialtjänsten.” Koderna har bildats ur citat såsom;

”Är det någonting som egentligen inte har med diagnosen att göra och med psykiatri att göra utan att det är något mer relations... då brukar jag hänvisa till familjerådgivning.”

”Då ser man till att patienten får de kontakter som behövs, kring sin sociala situation.”

”vi pratar om att de behöver stöd i sin relation, så kan man hjälpa dem så att de får den hjälpen utifrån. Om det ska vara familjerådgivning eller familjeterapi eller vad det ska vara.”

”Om man ser ett behov av att föräldrar behöver samarbetsamtal eller så, kan man hjälpa till i den kontakten.”

Tillsammans bildar koderna kategorin ”socialtjänsten” som anger, att och var parrelationell problematik hänvisas. Kategorin tillhör kodningsfamiljen ”strategi.”

Anhöriga som behöver stöd, hänvisas till en egen behandlare som kan ge ett begränsat antal stödsamtal.

Kategorin ”slussa till kollega” framkom ur koderna ”skicka vidare” och ”kollega.”

Kategorin ”lagstiftning” som framträdde ur koderna ”sekretesskydd” och ”samtalsbegränsning” framstod som tydlig då det gäller samtal enbart med anhöriga.

”Om jag har en patient, som har en anhörig, som behöver stöd, alltså, där det inte är att man ska bjuda med patienten för att patienten ska må bättre, utan för att den anhörige behöver stöd i hur hon ska förhålla sig till den anhörige, då är det en annan behandlare här som erbjuder tre stödsamtal utifrån att till exempel förklara bipolär sjukdom.”

”Då tar inte jag det samtalet med den anhörige för då kan jag blanda ihop sekretessen.”

”Det heter någonstans, att tre samtal, sedan ska vi skicka vidare om de behöver mer stöd.”

”Då, om vi märker att den anhörige behöver mer stöd, då hjälper vi dem att få kontakt på vårdcentralen.”

Kategorin ”slussa till kollega” indikerar, att anhöriga behandlas av en kollega på mottagningen, som inte träffat patienten. Kategorin tillhör kodfamiljen ”strategi” genom att den visar, hur arbetet med anhöriga bedrivs.

Kategorin ”lagstiftning” tillhör kodfamiljen orsak-verkan och visar att anhöriga hänvisas till annan behandlare för att inte riskera att sekretessen gentemot patienten bryts.

3.2.3 Tillvaratagande av barnperspektivet

Här är de genererade kategorierna fokuserade kring frågan;

”Hur tillvaratas barnperspektivet i patientarbetet?”

När patienten har barn, finns en vaksamhet kring behovet av att göra en orosanmälan till socialtjänsten, om det kan befaras, att barn far illa.

Kategorin ”kartläggning” bildades av koderna ”vaksamhet,” ”barnets bästa” och ”barnombud och har genererats ur citat såsom;

”(…) frågar alltid om barnen (…).”

”(…) kartlägger barnens ålder, hur de mår, hur de har det (…).”

” Men det är det som är bäst för barnet, som går före.”

”Är jag orolig, får jag ju göra en orosanmälan och lägga det där.”

”Det förekommer ju att man behöver göra en orosanmälan om man blir orolig över, hur barnen har det.”

”Sen har vi ju barnombuden. Under alla år jag arbetat här, har de fört barnen på tal – glöm nu inte barnen här, hur ska vi tänka?”

Kategorin ”kartläggning” innebär att det ständigt under patientsamtalen görs en kartläggning, och finns en vaksamhet kring om det finns anledning att befara att barn far illa, vilket i så fall hanteras genom en orosanmälan till socialtjänsten, som utgör en lagstadgad plikt för att tillgodose barnets bästa. På detta sätt är kategorin relaterad till kärnkategorin ”hänvisa” och tillhör kodningsfamiljen ”strategi.”

Då någon oro inte finns, föreligger möjlighet att remittera barnet till den barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen eller boka en tid hos socialtjänsten och eventuellt följa familjen dit eller förmedla en kontakt med BRIS om dessa vårdgrannar bedöms kunna ge erforderligt stöd. Om barnen är i förskoleåldern, kan föräldern hänvisas till BVC om det bedöms föreligga behov av att stärka föräldraförmågan.

Koderna som genererats är ”SoL-insats,” ”BUP-remiss,” ”BRIS-kontakt” och ”BVC-föräldrautbildning” vilka tillsammans bildar kategorin ”stödansökan” vilka genererats ur citat såsom;

”Då har det ju hänt, att man tänkt, att de behöver stöd hos socialtjänsten. Då har vi gjort en ansökan om stöd.”

”Då kanske de behöver någon form av insats från kommunen till exempel. Om de behöver någon form av föräldrastödjande insats eller sådant från kommunen.”

”Det finns ju ganska många olika kontakter både när det gäller ideella och socialtjänsten för föräldrar. Alltså BRIS och olika grupper inom socialtjänsten, föräldrautbildningar. Det kan ju vara både BVC och socialtjänsten och BUP och så.”

”De har ju kontakt med BVC till exempel. Där kan det också vara någon som stöttar dem i deras föräldraförmåga.”

Kategorin ”stödansökan” anger, att familjen kan hänvisas till och ges hjälp att ansöka om frivilligt stöd från socialtjänsten, barnet kan remitteras till BUP alternativt att barnet eller föräldrarna kan hjälpas till en kontakt med BRIS för stöd eller föräldrautbildning, vilken också kan efterfrågas från BVC. Kategorin tillhör kodningsfamiljen strategi, då den visar vart hänvisning kan ske för frivilligt stöd. Därmed är kategorin relaterad till kärnkategorin, ”hänvisa.”

Familjer där det finns barn, har möjlighet att genomgå Beardslees familjeintervention inom mottagningen för att förebygga att barnet utvecklar egen psykisk ohälsa. Föräldrar kan också få del av en kortvariant kallad ”Föra barn på tal” där då de får råd om hur de ska tala med barnen om förälderns psykiska sjukdom. Föräldrarna hänvisas då till speciella barnombud som finns på mottagningen. Det finns också en stödgrupp där barn och föräldrar deltar för att utbyta erfarenheter av att leva i en familj, där ena föräldern har en psykisk sjukdom. Skriftligt material om detta delas också ut till patienterna.

De genererade koderna utgörs av; ”Beardslees familjeintervention,” ”stödgrupp,” ”Föra barn på tal” samt ”skriftlig information” vilka tillsammans utgör kategorin ”Interna interventioner” tillsammans med koden ”informera barnen.”

”Det har också varit att man erbjuder ”Föra barnen på tal-samtal” eller att man erbjuder” Beardslees familjeintervention.”

”Vi har Maskrosen Det är någon från oss och någon från BUP. Det utgår från att en vuxen är psykiskt sjuk. Då får den ta med sig sin partner och sina barn. Barnen kommer i en grupp för sig och föräldrarna eller de vuxna i en grupp och så diskuterar de samma tema och sen träffas de tillsammans.”

”Det är en hel del som man faktiskt kan ge i handen till en vuxen. Hur man pratar med sitt barn om psykisk ohälsa och hur det är att vara förälder och vad som kan vara viktigt och så.”

”Men också att ta hänsyn till barnets rätt till information och stöd.”

”Sen är det ju om patienten har barn, så har barnet rätt att få information, och då blir det en intervention, att man sitter med barnet och informerar.”

”Man pratar med föräldern om föräldraskapet och barnets situation i detta. Eller så erbjuder man att man pratar med barnet. Om föräldern är orolig för hur barnet har det, i denna situation

när föräldern är sjuk och kanske inte har någon annan vuxen där, då erbjuder vi att vi pratar med barnet, antingen tillsammans med föräldern eller med barnet självt.”

Kategorin ”interna interventioner” är relaterad till kärnkategorin ”hänvisa” i en motsatsrelation, som visar att man själv eller kollegor på den egna mottagningen företar åtgärder som är inriktade på barn i preventivt syfte. Kategorin ingår i kodningsfamiljen ”strategi.”

3.2.4 Samarbete med vårdgrannar

Det gick inte att generera några kategorier ur frågan;

”Arbetar man i samverkan med andra instanser i samhället, för att stärka patientens nära relationer? I så fall, hur ser detta samarbete ut?” då svaret blev ”nej”.

något aktivt behandlingssamarbete i enskilda ärenden med andra instanser förekommer inte.

Egenskapen ”ingen delaktighet” har här definierats vilken förklarar den viktigaste egenskapen hos kärnkategorin ”hänvisa.” Egenskapen har kodats ur meningsbärande citat såsom:

”Jag hjälper ju i så fall patienten att få kontakten. Det är ju det, som är min roll i det. Inte att jag jobbar tillsammans med själva familjerådgivningen.”

”Är det så, att du jobbar tillsammans med socialsekreteraren?”

”Nej, nej, o nej.”

4. Aktuellt kunskapsläge

Föreliggande studie har kuratorsrollen inom vuxenpsykiatri i fokus. Specifikt är det kuratorernas sätt att bistå patienten i arbetet med att bearbeta problem som kan ha uppstått eller som alltid funnits, inom patientens relationer till nära anhöriga, som behandlas. Då denna del av kuratorsrollen inte är särdeles beforskad, utgör detta kapitel en orientering om denna yrkesgrupps arbete, dess kontext och de metoder som man i litteraturen kan finna exempel på, generellt sett finns tillgängliga för kuratorer specifikt i arbetet med patientens familj.

Studien avser inte att lägga fokus på patienten och dennes egen situation eller sjukdom, det är bortom ramarna för studien. Däremot redovisas den psykiska ohälsans påverkan på anhörigas med betoning på partners och barns relationer till patienter inom den psykiatriska vården och vad situationen generellt kan innebära för hela familjesystemet. Även olika slags sätt att betrakta barnperspektivet och exempel på vilka metoder man kan använda för att förebygga att patientens barn utvecklar egen psykisk ohälsa presenteras.

4.1 Kuratorsarbete inom vuxenpsykiatri

Den litteratur som behandlar kuratorsrollen inom specifikt den psykiatriska vården är (än så länge) begränsad men den genomgång som Blom et al erbjuder (2014) ger en god insyn i kuratorsrollen i stort och utgör grund för nedanstående del av föreliggande arbete tillsammans med andra källor.

Kuratorer verksamma inom vuxenpsykiatri arbetar i en medicinsk kontext (Forinder & Olsson 2014). Det innebär bl.a. att verksamheten juridiskt styrs av Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30; Blom & Lalos 2014). Det finns även andra lagar som kompletterar HSL varibland Patientlagen (PL) SFS 2014:821 och Patientsäkerhetslagen (PSL), SFS 2010:659. Inom hälso- och sjukvården utgör kuratorerna specialister på samhällets ramar och den påverkan socioekonomiska förhållanden har på hälsan (Gåfvels 2014).

Inom psykiatri arbetar oftast fler än en kurator på en mottagning vilket innebär att den enskilda kuratorn har andra att samarbeta med, som delar det sociala/psykosociala perspektivet. I andra fall kan kuratorn utgöra den enda som har ett socialt synsätt på patienten och dennes situation. I övrigt är det professioner som har ett biomedicinskt eller psykologiskt perspektiv som de samarbetar med. Perspektivet har betydelse för hur man ser på patientens problem och vilka insatser man anser vara till gagn för patienten (Blom & Lalos 2014).

Inom det biomedicinska paradigmet söker man orsaken till patientens problem som sedan, inom psykiatri, kan klassificeras enligt ICFD (International Classification of Functioning) eller DSM V (Diagnostic System of Mental Diseases). ICF klassar en persons hälsa och funktioner medan DSM diagnostiserar utifrån ohälsa (Forinder & Olsson 2014). Här kan kuratorns sociala kartläggning visa på orsaker till patientens tillstånd som behöver förändras för att patientens mentala hälsotillstånd ska förbättras.

4.1.1 Kuratorns arbetsmetoder och synsätt

Kuratorn arbetar främst med samtalet som verktyg vilket kombineras med sociala insatser i form av information och hjälp med ansökningar (Forinder & Olsson 2014). Inte sällan är kuratorer inom psykiatrin vidareutbildade i någon form av psykoterapeutisk metod. Genom samtalet hjälper kuratorn patienten att nå en önskad insikt i sin sjukdom och förändring av sin situation (Öjehagen 2014). Patientskolor eller psykoedukativa grupper utgår från coping- eller inlärningsteorin och är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården och inte minst inom psykiatrin (Forinder & Olsson 2014; Öjehagen 2014).

Det som är utmärkande för kuratorns sätt att arbeta, är användandet av en helhetssyn, ett holistiskt perspektiv i synen på patienten, hens anhöriga och livssituation. Systemteorin, som ligger till grund för familjeterapin, ger kuratorn verktyg för att åstadkomma förändring i patientens sociala nätverk då den möjliggör för kuratorn att applicera ett holistiskt synsätt i betraktelsen av patientens situation. Systemteorin genererar praktiska verktyg i kuratorsarbetet såsom familjekartor, nätverksarbete och familjesamtal. Även i individuella samtal kan fokus ligga på relationellt samspel. En viktig uppgift för kuratorn, är att optimera det sociala stödet runt patienten såväl från det primära som det professionella nätverket (Forinder & Olsson 2014).

Kuratorns arbete kan innebära att ta fram risk- och sårbarhetsfaktorer men också skyddsfaktorer som patienten bär med sig. En av de viktigaste skyddsfaktorerna utgörs av en nära och trygg relation till en annan person (ibid). Det finns samband mellan det sociala nätverkets storlek och återhämtningsförmåga efter psykisk sjukdom vilket visar betydelsen av det sociala stödet ett socialt nätverk kan innebära (Brunt 2014b). Detta kan visa, att det arbete kuratorer lägger ner på att stärka detta nätverk, kan vara fruktbart för patientens psykiska tillfrisknande och hälsa.

Det är också användbart att undersöka patientens resiliens, dvs den motståndskraft som patienten har tillgång till för att hantera svårigheter. Barn som klarar att växa upp till välanpassade, socialt integrerade vuxna med en positiv självbild, trots stora påfrestningar under barndomen, kan sägas ha haft en stark resiliens vilka också benämns som ”maskrosbarn” (Forinder & Olsson 2014; Öjehagen 2014). Likaså kan patientens anknytningsmönster, som grundläggs tidigt i livet i relationen till de primära

omvårdnadspersonerna, utgöra en del av förklaringen till patientens sätt att fungera i interpersonella relationer (Forinder & Olsson 2014).

Ett annat begrepp som är användbart att arbeta med inom kuratorsrollen, är KASAM dvs känsla av sammanhang som grundar sig i Aaron Antonovskys forskning om hur vissa människor kan bibehålla god hälsa, trots stora påfrestningar. Detta salutogena synsätt genomsyrar kuratorers sätt att betrakta patienten och Antonovsky visade, att livets meningsfullhet kan öka, då utmaningarna ses som såväl begripliga som hanterbara (Antonovsky 2005).

Även copingteorin utgör en utgångspunkt för att arbeta med att stärka patientens eller familjens sätt att handskas med påfrestningar. Arbetet fokuseras på att mobilisera såväl inre som yttre resurser för att lösa problem, eller då detta inte går, hitta sätt att hantera dem. Teorin har ett nära samband med det salutogena synsättet (Forinder & Olsson 2014).

Copingstrategier utgörs av medvetna handlingar såsom exempelvis problemlösning, acceptans och resignation (Löfström & Nilsson 2012).

Det föreligger ett behov av att kuratorer ser komplexa samband och inte enbart har ett individfokuserat synsätt. De gängse psykodynamiska och kognitiva teorierna tenderar att generera ett individcentrerat synsätt och det är därför angeläget att kuratorn ser patienten i hans sociala sammanhang och initierar åtgärder riktade till patientens familj och nätverk (Forinder & Olsson 2014).

När en person insjuknar i någon sjukdom, somatisk som psykisk, riskerar rollerna inom familjen, som varit inarbetade, förändras med följd att ansvarsfördelningen mellan familjemedlemmarna ändras. Personen med psykisk ohälsa kan känna skuld och skam för att inte längre kunna fylla den funktion hen tidigare fyllt och nu befinner sig i en beroendeställning till andra. Detta kan kännas tungt gentemot de närstående som å andra sidan kan känna skuld över att fortsätta sina friska liv som tidigare och kanske inte alltid orkar vara så nära den insjuknade som de tror den sjuke önskar. Alla inom familjesystemet kan hysa en oro för att inte klara av ett gemensamt liv i framtiden och en känsla av maktlöshet kan infinna sig (Löfström & Nilsson 2012).

Kuratorn använder ofta ett flertal teorier i sitt arbete för att skapa förståelse för patientens situation ur ett helhetsperspektiv. Därför arbetar ofta kuratorer eklektiskt. För att bistå patienten och hans familj i arbetet med att bearbeta de tankar och känslor som kan finnas hos familjemedlemmarna, kan systemteorin, som ovan nämnts, vara till hjälp för den behandlande kuratorn (Forinder & Olsson 2014). En kort presentation av systemteorin och dess tillämpning återges under 4.8.

För att ge läsaren en inblick i hur den vuxenpsykiatriska vården har utvecklats över tid, inleds resterande delen av kapitlet om aktuellt kunskapsläge med en historisk summarisk tillbakablick.

4.2 Historisk tillbakablick på den psykiatriska vården i Sverige

Fram till 1800-talets början var det i första hand familjen som vårdade den familjemedlem som insjuknat i en psykisk sjukdom. Då familjens insatser inte sågs som tillräckliga för att skydda och kontrollera personen med psykisk sjukdom, blev hen flyttad till någon samhällelig institution i form av fattighus eller fängelse (Östman 2014).

Samhällets omhändertagande av psykiskt sjuka var vid 1800-talets början inte att betrakta som sjukvård. Kommunerna hade ansvar för de mindre bemedlade och de psykiskt sjuka omhändertogs på de statliga hospitalen. Än idag kan man se en uppdelning mellan kommunal socialtjänst och regional vård (Lidberg & Wiklund 2004).

Från mitten av 1800-talet inrättades särskilda ”asylar” i form av mentalsjukhus. Här vårdades patienter med psykisk sjukdom isolerade från övriga samhället, separerade från sina familjer och övriga samhället. Vistelse på mentalsjukhusen, belägna i utkanten av städerna, utgjorde den vanligaste formen för behandling för patienter med psykisk sjukdom fram till 1960-talet. Den lantliga miljön ansågs utgöra en källa för återhämtning (Brunt 2014). En betoning lades på avskildheten från kroppssjukhusen i hälsosamma omgivningar bortom det övriga samhället där patienten hade gott om utrymme och utgjorde tillsammans med mat och aktiviteter en stor del av vården (Johansson Bergström 2019).

Inom institutionsvården växte en övertygelse fram, att det bästa för patienten, är att skiljas från sin familj. På 1950- och 60-talen syftade de första familjeteorimodellerna till att se ”det tokiga familjesamspelet” som ansågs utgöra orsak till patientens psykiska sjukdom. En separation mellan patienten och dennes familj ansågs vara det bästa. Detta kan man se exempel på även under mitten av 80-talets familjeterapiforskning. Detta synsätt utvecklades till att därefter istället uppmuntra till att inom familjen lösa patologiska mönster och man har sett familjen som en viktig resurs för tillfrisknandet (Östman 2014).

Institutionsvården kom att betraktas som något av ondo. En av upphovsmännen till detta synsätt var fransmannen Michel Foucault (1992) och den bok han skrev; ”Vansinnets historia” som utkom 1965). Han betraktade psykisk sjukdom som en social konstruktion och den psykiatriska vården som ett sätt för samhället att kontrollera medborgarna (Lidberg & Wiklund 2004). Några år tidigare hade Erving Goffman (1961) publicerat skildringar av institutionslivet och den hospitalisering som ett liv boende på en institution medför. Kritiken riktades mot den psykosociala miljön och de kränkningar, övergrepp och den avskildhet de stora institutionerna innebar för patienterna (Johansson Berglund 2019). Det faktum, att mentalsjukhusen, med dess täta personalbemanning, var en kostnadskrävande vårdform, utgjorde ytterligare en bidragande orsak till att mentalsjukhusen började avvecklas. En förutsättning härför utgjorde den medicinska utvecklingen med framtagandet av antipsykotiska medel varmed man fann, att man kunde medicinera de flesta så att det var möjligt att uppnå en acceptabel psykisk stabilitet för flertalet patienter (Marklund 2014). Användningen av psykofarmaka slog igenom på bred front i slutet av 1950-talet. Detta medförde att vårdtiderna förkortades. WHO var bland dem, som drev på genomförandet av psykiatrisk vård i öppen form vilket hade slagit igenom i USA. 1959 infördes ett tillägg i sinnessjuklagen (som grundades 1929) vilket möjliggjorde att frivilligt erhålla psykiatrisk vård på sinnessjukhus. Fram tills dess, var all vård av psykiskt sjuka av tvångskaraktär (Lidberg & Wiklund 2004).

En övergång till öppnare vårdformer tog sin början och en mängd olika miljöterapeutiska modeller såg dagens ljus (Johansson Berglund 2019). Den högspecialiserade psykiatrin kom att identifiera sig med den somatiska vården vilket utgör en av förklaringarna till att den blev lasaretsanknuten och placerades i en medicinsk kontext. Socialstyrelsen förespråkade att

mentalsjukhusen skulle omvandlas till förvaltningsbyggnader eller bostäder. Tätorterna hade vid detta laget växt, och mentalsjukhusen, som tidigare var placerade utanför städerna eller på landsbygden, hade kommit att hamna på attraktiv mark inne i städerna (Lidberg & Wiklund 2004).

1987 lades det första mentalsjukhuset, Sundby sjukhus i Strängnäs, ned (Markström 2014). Patienterna flyttade därefter successivt ut i andra kollektiva boendeformer som ett första steg mot en ökad integration i samhället.

På 1990-talet kom Psykiatrireformen som angav, att personer med psykisk ohälsa skulle integreras i samhället och i huvudsak bo i eget boende. Kollektiva boendeformer lades ner och flertalet patienter flyttades ut till egna boenden i och med psykiatrireformens ikraftträdande 1995 (Marklund 2014). Vårdbehovet styr sedan dess, valet av boendeform (Johansson Berglund 2019). De egna boendeformerna utgörs antingen av helt egna bostäder där personen med psykisk funktionsnedsättning har möjlighet att ansöka om kommunalt boendestöd och hemtjänst eller en gruppbostad där det finns tillgång till personal, s.k. bostad med särskild service” hela eller del av dygnet (Brunt 2014).

Till stor del har infriandet av psykiatrireformens intentioner om ökad delaktighet och integrering i samhället uteblivit. Svårigheter i sociala kontakter är inte ovanligt för patientgruppen. Boende i egna lägenheter skapar ofta en social isolering om stöd inte ges, vilket kan vara en viktig uppgift för en kurator inom vuxenpsykiatri (Johansson Berglund 2019).

Det blev 2008 möjligt att bedriva psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård i öppenvårdsform förutsatt att det finns en samordnad individuell plan upprättad och att patienten följer de föreskrifter som förvaltningsrätten föreskrivit (Marklund 2014).

4.3 Rättspsykiatri

I studien deltog två kuratorer från den rättspsykiatriska öppenvården. För att öka läsarens förutsättningar att förstå det empiriska materialet, analysen och diskussionen, ges häri en inblick.

Den rättsmedicinska vården skiljer sig från annan psykiatrisk vård i många hänseenden. Den regleras enligt särskilda lagrum, bl.a. lag om rättspsykiatrisk vård, LRV (1991:1129) och lag om öppen rättspsykiatrisk vård (2008:416).

Vården har föranletts av en dom efter att gärningspersonen bedömts vara skyldig till att ha begått ett brott. Vårdpersonalen har här att balansera hänsyn mellan samhällsmedborgares skydd och patientens integritet, en inte alltid lätt balansakt. Inslag av såväl övervakning som uppfostran ingår som komponenter i vården av dessa patienter, vars liv många gånger präglats av psykisk ohälsa, missbruk och kriminalitet (Porskrog Kristiansen & Strand 2019).

Patienter inom rättspsykiatri är dömda till vården och domen är inte alltid tidsbestämd. Vården ges med eller utan särskild utskrivningsprövning. Vid särskild utskrivningsprövning tar Förvaltningsrätten ställning till permissioner och utskrivning, i annat fall tas dessa beslut av chefsöverläkare. Vården omprövas var sjätte månad och det är hur effekten av vården utvecklas, patientens tillfrisknande och risk för fortsatt kriminalitet som bedöms (Porskrog Kristiansen & Strand 2019).

Vid brottstillfället kan den psykiskt störde gärningspersonen, utifrån sin sjukdom, ha missbedömt situationen hen befunnit sig i eller kan hävda, att hen handlat i nödvärn. Personer med psykisk utvecklingsstörning kan ha svårt att inse konsekvenserna av sina handlingar. I dessa fall anses det inte vara möjligt att utkräva personligt ansvar av gärningspersonen (Lidman & Wiklund 2004b).

När domstolen har anledning att befara, att den häktade lider av en psykisk störning eller att så var fallet vid gärningens genomförande, inleds processen med att en mindre rättspsykiatrisk utredning enligt 7 § i lag om särskild personutredning i brottmål m.m. (1991) görs på uppdrag av Rättsmedicinalverket. Den visar, om det finns skäl att genomföra en större rättspsykiatrisk undersökning, RPU. (SFS 1991:137 Lag om rättspsykiatrisk undersökning, LRPU). Denna får endast genomföras då den misstänkte bedöms vara skyldig till det brott hen ställs till svars för. Utredningen ligger sedan till grund för ett ställningstagande om den dömde ska erhålla fängelsestraff eller rättspsykiatrisk vård (Porskrog Kristiansen 2019; Rättspsykiatri - Rättsmedicinalverket 2021). Om den häktade döms till rättspsykiatrisk vård, behandlas patienten på en sluten rättspsykiatrisk avdelning inom rättspsykiatri. I början av vården görs en kartläggning av psykosociala stressfaktorer. Farlighet, psykisk status och sociala förhållanden utreds. Därefter påbörjas arbetet att tillsammans med patienten reducera stress-

och sårbarhetsfaktorerna. Det finns sedan 2008 en möjlighet för en person som dömts till rättspsykiatrisk vård, att erhålla vård i öppen form (Porskrog Kristiansen & Strand 2019).

Kapitlet fortsätter med att ge en kort orientering om den öppenspsykiatriska vården, för att erbjuda läsaren en inblick i den kontext, vari studien ägt rum.

4.4 Dagens öppenvårdpsykiatriska vård

Den allra största delen av vården av personer med psykisk ohälsa, bedrivs i hemmet av anhöriga. När deras insatser inte är tillräckliga, är det, det professionella nätverkets uppgift, att ta över vården. De patienter som har de svåraste diagnoserna, behandlas inom specialistsjukvården och har i huvudsak kontakt med öppenvårdsmottagningar (Johansson Berglund 2019). Med öppenvård menas annan vård än slutenvården dvs vård som ges till patienter som inte är intagna vid en vårdinrättning (Hälso- och sjukvårdslag, HSL, 2017:30 1 kap. 4&5§§). Den slutna vården kallas även ”haldygnsvård” i dagligt tal. För all vård gäller, att man ska arbeta för att förebygga ohälsa. (HSL 3 kap. 2§) förutom att utreda och behandla uppkommen ohälsa (Patientlag 2014:821 1 kap. 5§).

Mottagningarna inom den öppenspsykiatriska vården bemannas i huvudsak av läkare varav de som är specialiserade på psykiatri tituleras ”psykiatriker” samt av sjuksköterskor, psykologer, kuratorer, skötare, fysioterapeuter, dietister och administrativ personal. Det framgår att det ska finnas personal som uppfyller kraven för att kunna ge en vård av god kvalitet (HSL 5 kap. 2§). Härför krävs personal som erlagt speciell examen (Patientsäkerhetslag PSL 5 kap.).

De professioner patienter, i behov av specialiserad psykiatrisk vård möter, ska ha erforderlig legitimation om de inte assisterar sådan personal. En sådan legitimation utgörs för socionomer av hälso- och sjukvårdskuratorslegitimation och fås efter genomgången högskoleutbildning, vanligtvis socionomexamen samt en specialistutbildning till hälso- och sjukvårdskurator (PSL 4 kap. 1§ 8 p.). Merparten av de vårdinsatser som ges vid exempelvis depressionsbehandling, har en individuell inriktning (Danielsson 2015). Det finns bestämmelser om att Vården som ges ska ges sakkunnigt och vara av god kvalitet som överensstämmer med vetenskap och beprövad erfarenhet (Patientlagen 1 kap. 7§) vilket gäller för all personal.

Fortsättningsvis övergår kapitlet till att erbjuda läsaren en inblick i hur patientens kontakt med psykiatriin påverkar de anhöriga och sekundärt det system, vari de ingår tillsammans med patienten. Avsnittet ger en bild av hur situationen kan se ut och hur relationen mellan anhörig och dess familjemedlem med psykisk ohälsa kan påverkas direkt och indirekt av sjukdomen.

4.5 Den psykiatriska vården och de närmast anhöriga

Förutom skönlitterära skildringar (Cullberg 2007) av anhörigas perspektiv, finns det en gedigen forskning kring hur det påverkar en anhörig till en person med psykisk sjukdom, att leva nära sin insjuknade partner/son/dotter eller syskon. Detta utgör ett anhörigperspektiv, vilket lika lite som patientperspektivet står i fokus för detta arbete. Den redogörelse som ändå ges, syftar till att öka förståelsen för hur patientens och hans anhöriges relation påverkas av att en av dem drabbats av en psykisk sjukdom. Det kan än en gång poängteras, att fokus för föreliggande arbete är själva relationen mellan de vuxna familjemedlemmarna och mellan de vuxna i familjen och barnen samt hur kuratorn arbetar med att stärka dessa relationer.

När en person erhåller professionell vård i hemmet, omvandlas den privata sfären till att även utgöra en arbetsplats för de professionella yrkesgrupperna. Att detta har betydande inverkan på privatlivet är belagt (Johansson Berglund 2019). Men även i de fall personen vårdas inom öppenvårdspsykiatriin eller på en avdelning påverkar det relationerna mellan anhöriga och patienten.

Personer med psykisk ohälsa i form av exempelvis depression, har ett förändrat sätt att interagera med sin omgivning till följd av de symtom som sjukdomen medför. Inte minst gentemot den närmaste familjen. Skärsäter (2002) har i en studie kunnat konstatera, att det förekommer ett ökat antal dispyter inom familjen, innan personen med depression har tillfrisknat. Detta innebär en påfrestning på hela familjesystemet och utgör en psykisk belastning inte minst i parförhållandet. Likaså medför en bipolär sjukdom stora konsekvenser för personen som har sjukdomen, men också för anhörigas livskvalitet (Bergdahl & Gustafsson 2017).

Även på det ekonomiska planet, påverkas i många fall hela familjens ekonomi negativt av den ena förälderns heldygnsvård vilket inte sällan får konsekvenser för barns utövande av fritidsaktiviteter och möjlighet till rekreation (Hedman Ahlström 2019).

Allvarlig psykisk sjukdom såsom schizofreni, bipolär sjukdom, depression och ångestsyndrom riskerar att medföra en omfattande påverkan på omsorgsgivares dagliga liv. Vårdgivarna riskerar att utveckla egen psykisk ohälsa i form av depression och ångestsyndrom. Likaså finns risk att utveckla stressrelaterade somatiska sjukdomar såsom högt blodtryck, diabetes samt hjärt- och kärlsjukdom enligt en nederländsk studie (Zegwaard 2017).

Det är inte ovanligt, att den anhörige går med en ständig oro för den psykiskt sjuke. Rädd för att hen ska ställa till det för sig själv och familjen. Rädd för att behöva skämmas inför andra. Rädsla och skuld är känslor som ständigt återkommer i studiet av anhöriga (Hedman Ahlström 2019). Barn, som växer upp till syskon med någon som är drabbad av psykisk ohälsa, kan drabbas av skuldkänslor över att leva ett lättare liv än den drabbade. Det kan vara svårt att leva med en person som inte är sig lik och att då relatera till denna ”nya” person. Det är en vanlig företeelse, att friska syskon sörjer den person syskonet var tidigare, innan insjuknandet. Syskonkärlek underlättar för det friska syskonet att bistå den insjuknade. Den avund som kan förekomma hos den insjuknade riktat mot det friska syskonet, som lever ett mer normaliserat liv, kan vara svårt att uthärda för det syskon som inte är drabbat (ibid).

Det finns i Sverige ingen juridisk skyldighet att bistå och vårda en vuxen anhörig utöver vad som framgår av Äktenskapsbalken (SFS 1987:230). Enligt denna ska makar bistå varandra med sysslor och utgifter. Många anser att det är en naturlig del av relationen, att bistå med den omvårdnad som en anhörig behöver. De flesta trivs med att ge omsorg men det kan också upplevas som en tung belastning (Socialstyrelsen 2014).

2012 vårdade stöttade eller hjälpte cirka 20% av den svenska vuxna befolkningen någon närstående (familjemedlem, vän, släkting eller granne inte specificerat) pga. funktionsnedsättning, långvarig sjukdom eller hög ålder. I denna grupp inräknas de, som på olika sätt tog hand om och bistod en vuxen person med allvarlig psykisk sjukdom. (ibid). Studier visar, att personer med psykisk ohälsa helst tar emot stöd från det egna sociala nätverket. När detta nätverk inte räcker till, behöver det kompletteras eller ersättas av ett professionellt nätverk. Samarbete mellan dessa två nätverk och den berörde är viktigt, för att det ska fungera för såväl patient som anhöriga (Bergdahl & Gustafsson 2017; Hedman Ahlström 2019).

För den omsorgsgivande kan det medföra stora konsekvenser för den egna hälsan, sysselsättningen och livskvaliteten att bidra med stora omsorgsinsatser. Ju mer omfattande omsorgsinsatserna är, desto större är den negativa påverkan på omsorgsgivarens liv. I de fall, omsorgen som ges, är av ringa grad, behöver det inte innebära några negativa konsekvenser alls för den som står för omsorgen (Socialstyrelsen 2014).

Påverkan på hälsan är störst hos de, som ger omsorg åt en partner jämfört med andra typer av relationer. Omsorgsgivare i åldern mellan 30 och 44 år påverkas mest vad gäller egen fysisk och psykisk hälsa, ekonomi och möjligheter till förvärvsarbete och studier och är vanligast bland kvinnor i denna åldersgrupp. Frekvensen av att bistå en anhörig var högst i åldersgruppen 45 – 64 år. Om man bortser från åldersindelade kategorier, var det ungefär lika många män som kvinnor som ägnade sig åt omsorgsarbete men innehållet i omsorgen varierade (ibid).

De flesta anhörigvårdare har inget annat stöd än det, som den egna familjen tillhandahåller. Endast ¼ var medvetna om att de skulle kunna vara berättigade till kommunalt stöd. Stödet som ges de anhöriga som har en omsorgsgivande funktion, behöver vara individuellt anpassat utifrån såväl den givande som mottagande personens behov och förutsättningar. Inom exempelvis hälso- och sjukvården behöver mer information spridas om anhörigas behov för att säkerställa att de anhöriga inte tvingas ta på sig en större börda än de vill och orkar med (Socialstyrelsen 2014).

För de flesta med psykisk ohälsa, utgör familjens stöd en trygghet och bidrar till en delaktighet i samhället och sociala relationer. Många dras med skuldkänslor för att sjukdomsperioderna kräver mycket kraft från de övriga familjemedlemmarna (Hedman Ahlström 2019). De, som erhöll ett gott socialt stöd från familjen, förbättrades i högre grad från sin depression och fullföljde i högre grad sin behandling (Danielsson 2015). hos såväl anhöriga som hos personen med psykisk ohälsa kan det finnas en skeptisk inställning inför det stöd, samhället kan erbjuda (Socialstyrelsen 2014).

Ur ett anhörigperspektiv, har det beskrivits, att det inom den psykiatriska vården funnits en tradition, att det bästa är, att de anhöriga inte blandas in och att personalen styrs av en rädsla för att bryta mot sekretessen. Det ges ofta en negativ bild av anhörigskapet som präglas av utanförskap och maktlöshet. Anhörigas upplevelse, är att de negligeras och att deras erfarenheter inte efterfrågas. Det kan vara att läkaren endast talar med patienten och inte ens hälsar på den anhörige. Det kan också röra sig om att föräldrar misstänkliggörs men framför

allt, att deras upplevelser och erfarenheter från vad som hänt innan de kommit till vården, inte beaktas. En psykotisk person kan för ett tag, inför läkaren, skärpa sig så att symtomen inte märks och att hen därmed inte blir aktuell för någon vård, ibland med katastrofala följder för patienten och hens anhöriga. Det förekommer också beskrivningar av stora svårigheter för vårdsökande att få hjälp. Får patienten någon hjälp, sker det ofta i form av medicinering och bristen på psykoterapeutiska insatser är påtaglig. Det framförs förslag på att anhörigombud, som ska tjäna som en länk mellan anhöriga och vårdpersonal, inrättas. Sammantaget ger berättelser ur ett anhörigperspektiv en mycket negativ och nedslående bild av hur svensk psykiatri fungerar och framför allt; hur anhöriga till patienter inom psykiatri bemöts (Moberg 2005). En senare litteraturstudie (Andersson 2011) bekräftar resultatet. Bilden var, att anhörigas upplevelser präglades av ensamhet och maktlöshet. Bristen på adekvat stöd för dessa anhöriga var påtaglig. Andersson (2011) ser det som önskvärt, att personalens förståelse för de psykiskt sjukas anhöriga ökar och att samarbetet mellan anhöriga och vårdpersonal byggs ut till gagn för såväl patienter som deras anhöriga.

Sammanfattningsvis kan patienten uppnå en snabbare återhämtning från exempelvis depression genom att familjerelationen uppmärksammas och ges stöd. Att involvera en nära anhörig såsom partner i behandlingen, antas medföra att behandlingstiden förkortas och att ett bättre långsiktigt behandlingsresultat kan uppnås vid exempelvis depression. (Danielsson 2015).

4.6 Barnperspektiv och barns perspektiv

Ovan har ett anhörigperspektiv presenterats jämte anhörigas perspektiv. På liknande sätt föreligger en skillnad mellan olika betydelser av begreppet ”barnperspektiv”. Det används, dels retoriskt, då det är politiskt laddad med en korrekt och betydelsefull innebörd, dels i forskarsammanhang för att beskriva den synvinkel, ur vilken forskaren betraktar det beforskade objektet dvs barnet (Halldén 2003).

Vidare framhålls ”Barns perspektiv” och ”barnperspektiv” (ibid) som ord med två olika innebörder. När något beskrivs ur ett barns perspektiv dvs när barnet är subjekt, handlar det om att se något ur barnets synvinkel. Sommer (2011) beskriver Barnets perspektiv som ”en representation av barnets förståelse, uppfattning och erfarenheter av sin livsvärld”. Att däremot ha ett barnperspektiv när man analyserar en situation, innebär att barnet ses som objekt och det är som vuxen betraktelsen sker med den vuxnes uppfattning om vad som är det bästa för barnet.

I föreliggande studie handlar det om att analysera hur kuratorerna som professionella ser på barnets situation, som barn till en förälder med psykisk sjukdom. Med andra ord, ses barnet här som objekt vilket medför, att det inte är barnens egna uppfattningar som lyfts fram.

Barnperspektivet, vari barnets rätt att bli lyssnad på och vars rätt att få sin vilja respekterad i takt med barnets stigande ålder och mognad, ingår, kan sägas ha sitt stadgeenliga ursprung i FN:s konvention om barnets rättigheter som antogs av FN:s generalförsamling 20 november 1989 (Halldén 2003; Socialstyrelsen 2017). Trots kritik från Lagrådets sida, röstades förslaget om att göra barnkonventionen till lag igenom i Sveriges riksdag den 13 juni 2018. 2019 hade konventionen ratificerats av 196 stater, vilket gör den tämligen unik. Därefter har övrig berörd lagstiftning anpassats efter bestämmelserna i konventionen, bland annat den svenska Hälso- och sjukvårdslagen som är den, som utgör ramarna för bland annat den psykiatriska vården i Sverige.

För att utvärdera hur konventionen efterlevs i Sverige, (Barnkonventionen 2§) har Barnombudsmannen tillsatts vilken utgör en egen myndighet (lag 1993:335 om Barnombudsman. Myndigheten har också till uppgift att företräda de minderårigas rättigheter i förhållande till konventionen (Barnkonventionen 1§).

Konventionen om barns rättigheter innehåller fyra grund- eller huvudprinciper varav artikel tre utgörs av principen om barnets bästa vid alla beslut som rör barn, artikel sex handlar om barnets rätt till liv, överlevnad och utveckling samt artikel tolv som stadgar barnets rätt att uttrycka sina åsikter och bli lyssnad på. Artikel tre och tolv hör nära samman, då man för att kunna fastställa vad som är barnets bästa, ska inhämta barnets egen åsikt som ska beaktas i förhållande till barnets ålder och mognad. Barnet ska beredas möjlighet att fritt uttrycka sin vilja i alla frågor som hen är berörd av. Barnets egen åsikt utgör inte ensamt grund för att avgöra barnets bästa, men ska ingå som en viktig del av ställningstagandet. Artikel tre gäller i många sammanhang, bland annat i såväl privata som offentliga välfärdsinstitutioner dit sjukvården räknas. I konventionen finns ingen definition av barnets bästa, utan bestämmelserna ska tolkas utifrån varje specifikt barn och speciella situation. Detta gör det möjligt att väga olika behov mot varandra. I Sverige är det sagt, att bestämmelserna ska tolkas dels objektivt dvs på vetenskaplig grund, dels subjektivt dvs utifrån vad barnet själv framför. Artikel 17 visar vikten av att barn får ta del av information som har betydelse för dess sociala situation samt fysiska och psykiska hälsa. Nästkommande artikel, 18, anger att staten ska ge föräldrar stöd i att utöva sitt föräldraskap.

Artikel sex om barnets rätt till liv och överlevnad kan hänföras till barnets rätt till hälsa och hälso- och sjukvård som uttrycks i artikel 24. Till artikel tre räknas även rätten till psykisk hälsa och välmående samt psykologisk utveckling. Barns rätt till lek och fritid ses också av värde för barnets hälsa och omtalas i artikel 31. Man ser ett underliggande samband mellan den psykosociala situationen och psykisk hälsa (Ponnert & Sonander 2019; Socialstyrelsen 2017). Berörda yrkesutövare ska ha kunskap om innehållet i konventionen och kunna omsätta den i samverkan med andra myndigheter inom den egna verksamheten (prop. 2009/10:232 ”Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige”).

Barns hälsa påverkas av de levnadsvillkor, under vilka de växer upp. De sociala determinanterna för hälsa såsom barnets relationer till övriga familjemedlemmar samt föräldrarnas hälsa utgör viktiga komponenter bland fler för barnets hälsa och utveckling. I studier där föräldrarna har uppskattat sin hälsa som dålig visar det sig att frekvensen av högläsning för barnen är lägre än hos föräldrar som skattar sin hälsa som god. Det var också vanligare att barnen oftare hade magont, ett symptom som många gånger är psykosomatiskt (Köhler 2019). I familjer, där det finns allvarliga problem i form av bl.a. psykisk ohälsa finns risk att barnet utvecklar egen ohälsa, skolsvårigheter och utanförskap. Ett projekt som bedrevs mellan 2011 och 2017 syftade bland annat till att stärka kunskapen och implementera nya

strukturer för samhälleligt stöd för dessa familjer. Det framhävs, att när familjen söker stöd, ska detta erbjudas såväl enskilda familjemedlemmar som familjen i helhet. Det behövs hjälp för att hantera såväl vardagen som de inbördes relationerna. Man ska även tillgodose, att barnet exempelvis har egen förmåga att hantera situationen utefter sin ålder, har andra vuxna i sitt nätverk att tillgå och har en fungerande fritid förutom ett gott samspel med sina föräldrar, vilket är några av de viktiga skyddsfaktorerna i ett barns liv. Man kom fram till, att bestämmelsen i HSL om att barn ska ta del av information, råd och stöd inte hade implementerats fullt ut. Likaså behöver det stöd som ges, vara mer ändamålsenligt och individuellt anpassat. Föräldern kan förutom behandling för sin egen problematik behöva stöd i sin föräldraroll. Detta stöd behöver påbörjas så snart som möjligt, då motivationen är som störst i inledningen. Det konstaterades, att många barn i dessa familjer uppbär en omsorgsbörda. 3% av barnen stannade hemma från skolan minst en dag i veckan för att ta hand om någon vuxen i familjen. Det är långt ifrån alla barn som uppmärksammas av den del av hälso- och sjukvården, där föräldern har sin behandling. Många gånger hade aldrig frågan ställts, om det finns underåriga barn inom familjen. Föräldrarna behöver stöd i att se barnets behov och perspektiv och familjen stöd för ett gott samspel. För att åstadkomma förändringarna, gavs direktiv om inrättande av barnombud på varje enhet och att dessa ombud får del av kontinuerlig utbildning. Vidare betonas också att ledning och chefer är välutbildade och möjliggör för berörda att genomföra åtgärderna. Man konstaterar, att det finns stort behov av vidare forskning inom området. Resultatet av genomförda studier visar, att stöd i föräldraskapet kan få stor betydelse för barnets fortsatta hälsa. man kan minska förekomsten av exempelvis depression bland barnen i dessa familjer med rätt slags åtgärder. Då får barn vara barn och problematiken förs inte över till nästa generation (Hansson & Olofsson 2017: Socialstyrelsen 2017).

4.7 Lagstadgade hinder och möjligheter

Svensk lagstiftning (HSL 4 kap. 1§, 5 kap. 1§ 3p. samt PL 4 kap. 1 och 2§§), ställer hinder i vägen för att kuratorerna ska framföra krav om att få träffa hela familjen, då en vuxen dvs person över 18 år, lider av psykisk ohälsa då det stadgas, att patientens självbestämmande ska respekteras. Det anges, att vårdpersonalen ska respektera patientens självbestämmande och integritet. Det innebär, att det i de flesta fall krävs ett samtycke från patientens sida för att kunna initiera en anhörig i kontakten/behandlingen. Undantag finns dock vad gäller underåriga barn, som ska informeras om patientens dvs föräldrarnas sjukdom. I de fall det

skulle vara aktuellt med samordning mellan vården och annan myndighet såsom exempelvis socialtjänsten, krävs även härför att patienten samtycker (HSL 16 kap. 4 §, PL 6 kap. 4§).

Dock möjliggör lagstiftningen på ett uttalat sätt, att exempelvis kuratorer involverar anhöriga i behandlingen och gör dem delaktiga i utformningen och genomförandet av denna. Dock under förutsättning att ovan angivna villkor om patientens samtycke är uppfyllda och det bedöms som lämpligt och det inte sker i strid mot bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt (PL 5 kap. 3§).

Ett alternativt synsätt är det familjeinriktade varmed man kan arbeta med patientens relationer individuellt eller företrädesvis genom samtalsbehandling tillsammans med patienten och hans närmaste (Danielsson 2015; Hansson 2001; Öqvist 2018). Härnäst ges en kort inblick i den familjeorienterade arbetsmetoden.

4.8 Familjebehandling

Inom familjeterapin, som ligger till grund för traditionell familjebehandling, ser man på de i helheten ingående subsystemen och enskilda delarna och hur de förhåller sig till varandra. Exempel på ett system är familjen varav föräldrarna utgör ett subsystem. Synsättet fokuserar på aktuell kontext, form och mönster och på hur de ingående delarna samspelar och dess förmåga att förändras och utvecklas. Man betonar samspelet mellan delarna istället för att studera de ingående delarna separat (Johnsen & Torsteinsson 2015; von Bertalanffy 1968; Öqvist 2018). Man behandlar det system, vari symptombäraren ingår, oavsett om hen är ett barn eller en vuxen (Hansson 2001; Lundsbye et al. 2010; Minuchin 1976).

Behandlingen utgör en process, vars innehåll utvecklas i samspelet mellan behandlaren och familjemedlemmarna. Tillsammans samkonstruerar man mening och sammanhang av erfarenheter från både behandlarens och familjens sida.

Verksamma förändringsmekanismer har visat sig utgöras av exempelvis problemomdefiniering, förändrade kommunikationsmönster samt en minskad negativitet (Johnsen & Torsteinsson 2015). Olika typer av interventioner har utvecklats exempelvis språksystemiska som bl.a. använder sig av paradoxer som ”rör till det” för att framkalla en förändring i systemet (Satir 1973).

En utgångspunkt, är att ett system alltid har en dragning tillbaka till ett jämviktsläge vilket man identifierar och justerar, oftast efter en uppkommen kris (Schjødt & Hejderland 1994). Man menar, att alla som ingår i systemet påverkas av en individs mående och att det därför inte är tillräckligt, att endast behandla symtombäraren (Lundsbye et al. 2010; Minuchin 1976).

Man arbetar med familjebehandling på många av landets barn- och ungdomspsykiatriska vårdenheter (Öjehagen 2014). Behandlingen har evaluerats med gott resultat vid många typer av psykisk ohälsa hos barn (Hansson 2001). Detsamma gäller för vuxna som behandlats på familjerelationell grund (Borgström 2006; Danielsson 2015). En förklaring kan finnas i att människan ”genomgår en socialisationsprocess som är beroende av såväl nära relationer som av den speciella kultur hon är omgiven av” (Sonnby-Borgström 2012 s. 14). Diagnoser ses här som försvårande faktorer för att utforska den enskilda personen (Schjødt & Hejderland 1994).

4.9 Stöd riktat till barn och deras familjer

För att stödja de barn vars förälder har en psykisk sjukdom, finns en metod kallad Beardslees preventiva familjeintervention. Den lämpar sig utmärkt för kuratorer, som inte har någon psykoterapeutisk vidareutbildning, men som genomgått speciell utbildning i metoden, att använda. Med utgångspunkt i den vetenskapliga utvärderingen (Pihkala 2011), samt en senare rapport om en snarlik variant av metoden kallad ”Familjestöd” (Bulow Cedersund & Thunqvist Persson 2017), ges här en beskrivning av metoden och dess resultat.

Eftersom detta är den huvudsakliga behandlingen som ges till hela familjen vid mottagningen där studien är utförd, ges en kort redogörelse för den då den kan utgöra en grund och inspiration för de fortsatta diskussioner inom vården som anges utgöra det grundläggande målet för studien.

4.9.1 Beardslees preventiva familjeintervention

Behandlingen inleds med att behandlarna träffar föräldrarna två gånger där de går igenom planering och upplägg för samtalsserien samt pratar om föräldrarnas sjukdom och vilka frågor de har om sitt barn och barnets situation. Därefter träffar behandlarna barnet som får ge sin bild. Därefter träffas behandlarna och föräldrarna igen för att gå igenom vad som ska tas upp på det gemensamma familjesamtalet. Behandlingen omfattar cirka sex träffar där den sista är en uppföljning, som äger rum en tid efter det gemensamma familjesamtalet. Metoden har utvärderats med mycket gott resultat (Bulow Cedersund & Thunqvist Persson 2017; Pihkala

2011). Beardslees familjeintervention utgör en fullödig metod för att uppmärksamma barns situation, då det finns en förälder med psykiatrisk ohälsa i familjen. Den uppfyller lagens intention om barnens stärkta ställning som anhöriga (Pihkala 2011).

En uppföljning som gjorts av en variant av Beardslees familjeintervention, kallad ”Familjestöd” presenterad i form av en rapport (Bulow et al. 2017) visade att familjerna efter genomgången samtalsserie kunde prata på ett öppet sätt om förälderns sjukdom och dess påverkan på vardagslivet, de bråkade mindre och visade större förståelse för och hänsyn till varandras känslor och önskemål. Barnens förståelse för föräldern med psykisk sjukdom och vad som händer, när denne inte mår bra, hade ökat. Samtalsserierna hade också en skuldavlastande effekt för barnen, som inte behövde ta på sig något ansvar för att föräldern inte mår bra.

I rapporten sågs samtalsledarna lyfta fram barnens röster på olika sätt vilket inte sker i den manualiserade kortversionen av Beardslees familjeintervention; ”Let’s talk about the children”, eller dess svenska variant ”Föra barn på tal” (Bulow Cedersund & Thunqvist Persson 2017).

5. Diskussion

Då det enligt en del av den litteratur som finns som redogör och förklarar kuratorns arbete inom hälso- och sjukvården, framgår att kuratorn arbetar med fyra olika perspektiv, där det relationella utgör ett, men detta inte förklaras mer ingående (Forinder & Olsson 2014), utgör föreliggande studies syfte att närmare undersöka hur detta arbete utförs i praktiken.

Den följande diskussionen, som knyter an studiens resultat till det aktuella kunskapsläget (kap. 4), avser att besvara och kritiskt granska de frågeställningar, vars svar är ämnade att uppfylla syftet med studien. Målet är sedan, att det ska skapas tankar bland berörda inom psykiatrin som ansvarar för och arbetar med vården av vuxna med psykiatrisk problematik. Ett antal tänkbara anledningar tas upp, till det framkomna resultatet för att kunna utgöra inspiration till diskussioner som kan leda till positiva förändringar av vården, men även att kuratorerna uppmärksammas för det goda arbete de gör, inom de ramar och den kontext som idag finns runt vården. Denna kontext och de juridiska regleringar har inte alltid varit utformade som de är idag och de kommer säkerligen att även i framtiden förändras för att följa med tidens vindar och kulturella uttryck.

Resultatet av studien visar, att kuratorer inte går in i det relationella arbetet tillsammans med patienten och hans partner eller övriga familjemedlemmar, varken själv eller tillsammans med familjebehandlare eller parterapeuter från andra instanser. De betraktar sig själva istället som lotsar som i huvudsak hänvisar till familjerådgivningen. Inom den rättspsykiatriska vården och psykosvården arbetar kuratorer i huvudsak med anhöriga ur patientens ursprungsfamilj i form av föräldrar och syskon då patienten oftast inte har någon partner eller egna barn. Detta sker då till största del enskilt utan patientens närvaro. Även inom den allmänna öppenvårdspsykiatri genomförs enskilda anhörigsamtal, men då företrädesvis med patientens partner då berörda patienter i högre utsträckning lever i familjerelationer.

Studien visar, kanske en aning förvånande, att det föreligger goda möjligheter från organisationens sida att arbeta med patientens nära familjerelationer i de fall sådana förekommer i patientens liv. Hindren för detta arbete, tycks ligga i lagstiftningen samt hos kuratorerna och deras kulturella föreställningar om vad yrkesrollen innebär samt vad man behandlar inom specialistsjukvården.

Det finns en uppmärksamhet kring behovet av att kartlägga om det finns barn i patientens närhet och hur situationen i så fall ser ut för dem. Här kan en förbättring iakttagas, jämfört med den studie som genomfördes av Socialstyrelsen (2014). Detta kan ha sin grund i det lagstadgade krav som finns om att informera barn om föräldrars sjukdom men kan också hänga samman med det lagstadgade kravet (Socialtjänstlag 14 kap. 1§), att göra en orosanmälan och därmed lämna över till socialtjänstens familje- och individenhet, då man befarar att ett barn far illa. Att på ett systematiskt sätt arbeta med att stärka patientens föräldra- och relationella förmåga förekommer inte i de individuella patientkontakterna. Denna del av de patienters som lever med egna eller andras barn, tillvaro har dock en möjlighet att förändras genom deltagande i de interventioner som finns i form av den manualbaserade Beardslees familjeintervention eller dess kortversion "Föra barn på tal". Dock krävs en speciell utbildning, vilken endast ett begränsat antal behandlare har del av, för att genomföra Beardslees preventiva metod.

Någon utarbetad metod för att undersöka hur barnens situation ser ut, förekommer inte, utan det är upp till var och en att utforma och är avhängigt patientens egna berättelse då man inte träffar familjen och själv kan bilda sig en uppfattning. De flesta kuratorerna hade inte tänkt på, vad ett barnperspektiv egentligen innebär. En av kuratorerna svarade efter ett tags funderande, att det troligen är att se just det specifika för varje barn. Ingen av dem hänvisade explicit till Barnkonventionens bestämmelser. Detta kan bero på att konventionen är så

integrerad i kuratorns sätt att tänka. En annan alternativ tolkning kan utgöras av att man inte har konventionen i åtanke, då man har sitt fokus på den enskilde patienten och dess tillfrisknande och därmed inte riktar strålkastarljuset på patientens barn och hur de har det.

Det finns barnombud utsedda, vars roll innehas av fler professioner än kuratorer. Hur de praktiskt ska utföra arbetet relaterad till denna roll förefaller vara oklart förutom att de ska påminna om att alla ska efterfråga om det finns barn i patientens närhet. Det är oklart om barnombuden har specifik tid avsatt för att utföra arbetsuppgifter som ingår i barnombudets roll samt om barnombuden erhåller någon kontinuerlig fortbildning för att fullgöra rollen. De tar inledningsvis del av en grundutbildning som ges digitalt. Det framkom inget som tyder på att denna utbildning kontinuerligt följs upp.

Beardslees familjeintervention tillåter att även personal som inte har en terapeutisk utbildning arbetar med den. Det fanns ett stort intresse för att arbeta med interventionen. Enligt uppgift från en av respondenterna förekommer en sådan intervention i genomsnitt med en familj per termin och frågan är, om det inte finns fler som skulle behöva ta del av den. Orsaken till att så få genomgår den, framförde en respondent tankar kring, i form av att de familjer som har barn, redan till stor del är aktuella inom socialtjänstens barn- och familjeomsorg och att man räknar med att de får hjälpen där. En annan kan vara att man inte anser sig ha nödvändig utbildning och/eller kompetens för att arbeta med relationell problematik. En tredje förklaring kan utgöras av att själva platsen, mottagning för vuxna med olika typer av psykisk problematik, inte betraktas som den rätta för denna typen av arbete och att man då istället bortser från den delen av kuratorsrollen och hänvisar till andra instanser. Troligen är det en blandning av de tre hypoteserna som tillsammans kan utgöra en förklaring till arbetssättet, men det finns fler tänkbara orsaker.

En förklaring kan hämtas ur det faktum att patienten inte har kvar kontakten med det nära anhörigsystemet, vilket framkom i intervjuerna med kuratorerna inom rättspsykiatri, vara vanligt förekommande. Det fanns helt enkelt i dessa fall många gånger inget nätverk att arbeta med.

Det finns också anledningar att hämta i den lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvårdens verksamhet där regler kring sekretess och tystnadsplikt kan generera hinder för en behandling med omväxlande patienten, den anhörige och gemensamma samtal där båda deltar och man inte har någon inom enheten att hänvisa till, som har vana och kompetens att arbeta enligt denna inriktning.

Även lagstiftningen kring patientens samtycke och delaktighet i val av behandlingsform kan påverka kuratorerna till att arbeta individuellt med patienterna.

Möjligheten att få till stånd ett gemensamt arbete med hela familjesystemet är störst i början av den psykiatriska vården, då patientens motivation är som högst. (Socialstyrelsen 2017). Eftersom kuratorerna inom öppenvårdspsykiatri oftast kommer in relativt sent i vårdprocessen kan det vara svårare att motivera patienten till relationsbehandling. Det kan exempelvis vara efter att patienten skrivits ut från slutenvårdsavdelning och därefter har haft inledande kontakt på öppenvårdspsykiatri med andra professioner som sedan remitterat patienten till kuratorsbehandling. Patientens motivation kan då vara låg för att blanda in andra familjemedlemmar i vården.

Vidare kan den stigma som omger psykisk sjukdom, bidra till att patienten inte vill prata med de övriga inom familjen om sin sjukdom, vilket då förhindrar en behandling där hela familjen involveras.

Det historiska perspektiv som innebär, att man arbetat med patienten individuellt och till stor del isolerat denne från det omgivande samhället, kan också vara en del av förklaringen till det nuvarande arbetssättet. Mentalsjukhusen, som sedan kom att övergå i lasaretsanknuten vård, och uppdelningen mellan kommuners och regioners ansvarsområden, kan ge en förståelse för det förhärskande medicinska synsättet inom psykiatri vilket även kuratorerna kan ha kommit att dras in i och integrera i sitt sätt att betrakta patienten och dess problematik och hur problematiken ska behandlas.

En förhoppning är att kuratorerna inom allmänpsykiatri deltar i samhällsdebatten på ett engagerat sätt och får till stånd en öppnare attityd till psykiska sjukdomar. Detta skulle kunna bidra till att stigmatiseringen minskar och på sikt upphör till förmån för ett mer normaliserat sätt att se på dessa åkommor. Detta skulle i sin tur kunna medföra, att steget inte är så långt att ta för den patient som skulle gagnas av att få hjälp att bearbeta problematiken som finns inom familjesystemet eller, då denna problematik inte är aktuell, få till stånd ett stödande samtalsklimat mellan familjemedlemmarna.

6. Förslag till kommande forskning

Inom svensk hälso- och sjukvård utgör det biomedicinska synsättet en grund för att arbeta med patientens medicinska problematik (Forinder & Olsson 2005). Detta perspektiv kan utgöra en av grunderna till att en kultur har skapats, där även kuratorerna inriktar

behandlingen på den enskilde symtombäraren. En fråga är, om det biomedicinska synsättet även lämpar sig för att arbeta med patientens relationer eller om kuratorn behöver använda sig av något alternativt synsätt och i så fall gör det. Stämmer det grundantagande som framskyntade under studiens genomförande att problematiken som finns inom och kring patienten, beror på obalanser i hjärnan och i egna icke-konstruktiva tankesätt och jag-uppfattningar- kommer, som en bieffekt, även den relationella problematiken att försvinna, då medicineringen gjort sin verkan. Men om det inte är så, om grunden till den psykiska problematik patienten dras med, har sin grund i, eller vidmakthålls av de nära relationerna hen är involverad i, kommer dessa enligt det familjeterapeutiska synsättet inte att med automatik förändras. Härför krävs, att man arbetar med alla delar som ingår i systemet och i de olika ingående subsystemen (Minutchin 1976; Öqvist 2018). Den medicinskt skolade personalens påtryckningar kan vara svåra att urskilja och stå emot då de serveras som självklara sanningar. Detta utgör ett stort forskningsområde och en förhoppning är, att även kuratorns sätt att påverkas, kommer att lyftas fram i ljuset för att öka medvetenheten om dess förekomst. Vilket resultat ett ökat inslag av det familjeterapeutiska tänkandet inom vuxenpsykiatri, skulle generera, skulle likaså utgöra ett intressant område att få belyst i den framtida forskningen.

Studien genomfördes i början av 2021 då pandemin grasserade och hela den svenska hälso- och sjukvården var belagd med restriktioner som innebar att man skulle minimera nära fysisk kontakt och vara avhållsam med att träffa fler personer än åtta i samma rum. De flesta rum som används av kuratorerna är små till storleken och det är svårt att upprätthålla rekommenderat avstånd om två meter. Rädslan för att bli smittad med coronavirus kan ha haft en hindrande effekt för att genomföra samtal med fler än patienten. Att det innebar, att gruppverksamheten i form av exempelvis "Maskrosen" inte genomfördes utan helt stod på vänt, är dock ett faktum. Vilken effekt detta har haft för patienterna och deras anhöriga står utanför denna studies ramar att besvara men vore mycket intressant att få belyst i kommande forskning.

Referenser

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

Andersson, Julia (2011) *Anhöriga till personer som lider av psykisk ohälsa- En litteraturstudie som belyser anhörigas känslor och upplevelser*. Karlskrona: Blekinge Tekniska Högskola.

Antonowsky, Aaron (2005) *Hälsans mysterium*. Andra uppl. Stockholm: Natur och Kultur.

Bergdahl, Lisa & Gustafsson, Isabelle (2017) *Upplevelser av att vara närstående till personer med bipolär sjukdom*. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Borgström, Agneta (2006) Interpersonell psykoterapi ovanligt i Sverige. [Interpersonell psykoterapi ovanligt i sverige \(lakartidningen.se\)](http://Interpersonellpsykoterapi.ovanligt.isverige.se) Hämtat 2021-04-28]

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

Brunt, David (2014a) Boende. I: Brunt, David & Hansson, Lars (red.) *Att leva med psykisk funktionsnedsättning-livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Brunt, David (2014b) Socialt nätverk. I: Brunt, David & Hansson, Lars (red.) *Att leva med psykisk funktionsnedsättning-livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bulow, Pia H., Elisabet Cedersund & Daniel Thunqvist Persson (2017) *Samtal som familjestödande praktik – barn som anhöriga när en förälder har psykiska problem*. Jönköping: Jönköpings universitet.

Cullberg, Johan (2007) *Mitt psykiatriska liv. Memoarer av Johan Cullberg*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielsson, Ulla (2015) *Betydelse av stöd från familj och vänner vid olika typer av psykoterapeutisk behandling av depression*. Umeå: Umeå Universitet.

Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (2019) Kvalitativ forskning och kvalitativ analys. I: Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Forinder, Ulla & Olsson, Marianne (2014) Teorier och metoder i kuratorsarbetet. I: Blom, Björn, Ann Lalos, Stefan Morén, Mariann Olsson & Elizabeth Beddoe (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Foucault, Michel (1992) *Vansinnets historia under den klassiska epoken*. Lund: Arkiv förlag.

Forslund, Karin & Thornberg, Robert (2019) Grundad teori. I: Fejes, Andreas & Thornberg, Robert (red.) *Handbok i kvalitativ analys*. Tredje uppl. Stockholm: Liber.

Goffman, Erving (1961) *Asylum: essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Harmondsworth: Penguin.

Gåfvéls, Catharina (2014) Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Blom, Björn, Ann Lalos, Stefan Morén, Mariann Olsson & Elizabeth Beddoe (red.) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Haldén, Gunilla (2003) Barnperspektiv som ideologiskt eller metodologiskt begrepp. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 8 (1–2): 12–23.

Hansson, Kjell (2001) *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia och Centrum för utvärdering av socialt arbete.

Hansson Merike & Olofsson, Elisabet (2017) När föräldrarna inte mår bra påverkas barnen. *Socialmedicinsk tidskrift* vol. 4 nr 4 Tema: Barn i risk

Hartman, Jan (2001) *Grundad teori Teorigenerering på empirisk grund*. Lund: Studentlitteratur.

Hedman Ahlström, Britt (2019) Familje- och barnperspektivet – att leva som anhörig. I: Skärsäter, Ingela & Wiklund Gustin, Lena (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa på grundnivå*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Johansson Berglund, Inger (2019) Vårdmiljön - spelar det någon roll? I: Skärsäter, Ingela & Wiklund Gustin, Lena (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa på grundnivå*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2015). *Lärobok i familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.

Justesen, Lise & Mik-Meyer, Nanna (2011) *Kvalitativa metoder, från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Köhler, Marie (2019) Allt väl - Om alla barns och varje barns rätt till god hälsa. I: Ponnert, Lina & Sonander, Anna (red.) *Perspektiv på barnkonventionen. Forskning, teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Lidberg, Lars (2004) Bakgrund. I: Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (red.) *Svensk rättspsykiatri, psykisk störning, brott och påföljd*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (2004a) Kriminalvården i Sverige I: Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (red.) *Svensk rättspsykiatri, psykisk störning, brott och påföljd*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (2004b) Brott, domstolar och påföljder för Brott I: Lidberg, Lars & Wiklund, Nils (red.) *Svensk rättspsykiatri, psykisk störning, brott och påföljd*. Andra uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lundsbye, Mats, Tommie Fälth, Björn Holmberg, Göran Sandell & Peter Währborg (2010) *Familjeterapins grunder, ett interaktionistiskt perspektiv baserat på system-, process-, och kommunikationsteori*. Fjärde uppl. Stockholm: Natur & Kultur.

Löfström, Jeanette & Nilsson, Siv (2012) Psykosociala perspektiv. I: Jönsson, Ann-Cathrin (red.) *Stroke: patienters, närståendes och vårdares perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Marklund, Urban (2014) Avinstitutionalisering och post-avinstitutionalisering I: Brunt, David & Hansson, Lars (red.) *Att leva med psykisk funktionsnedsättning-livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Minuchin, Salvador (1976). *Familjer i terapi. Strukturell familjeterapi i teori och praktik*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.

Moberg, Åsa (2005) *Vara anhörig, bok för anhöriga till psykiskt sjuka*. Stockholm: Bokförlaget DN.

Pihkala, Heljä (2011) *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska familjers erfarenheter*. Doktorsavhandling. Umeå: Umeå universitet.

Ponnert, Lina & Sonander, Anna (2019) Om barnkonventionen och dess utveckling i Sverige. I: Ponnert, Lina & Sonander, Anna (red.) Perspektiv på barnkonventionen. Forskning, teori och praktik. Lund: Studentlitteratur

Porskrog Kristiansen, Lisbeth & Strand, Susanne (2019) Rättspsykiatri. I: Skärsäter, Ingela & Wiklund Gustin, Lena (red.) *Omvårdnad vid psykisk ohälsa på grundnivå*. Tredje uppl. Lund: Studentlitteratur.

Prop. 2009/10: 232 *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*.

Rättspsykiatri - Rättsmedicinalverket (2021)
<https://www.rmv.se/verksamheter/rattspsykiatri/> Hämtat: 2021-02-22.

SFS 1987:230 *Äktenskapsbalk*.

SFS 1991:1129 *Lag om rättspsykiatrisk vård*.

SFS 1991:1137 *Lag om rättspsykiatrisk undersökning*.

SFS 1991:2041 *Lag om särskild personutredning i brottmål m.m.*

SFS 1993:335 *lag om Barnombudsman*.

SFS 2001:453 *Socialtjänstlag*

SFS 2008:416 *Lag om ändring i lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård*.

SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*.

SFS 2014:821 *Patientlag*.

SFS 2017:30 *Hälso- och sjukvårdslag*.

Skärsäter, Ingela (2002) *The importance of social support for men and women, suffering from major depression*. Doktorsavhandling. Göteborg: Göteborgs Universitet.

Socialförsäkringsrapport 2014:4 Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser.

Socialstyrelsen (2014) *Anhöriga som ger omsorg till närstående. Fördjupad studie av omfattning och konsekvenser*.

Socialstyrelsen (2013) *Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider*.

Socialstyrelsen (2021) Metodbank [<https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/beardslees-familjeintervention/>] Hämtat: 2021-03-14.

Sommer, Dion (2011) *Barnperspektiv och barnens perspektiv i teori och praktik*. Andra uppl. Stockholm: Liber.

Starrin, Bengt & Svensson, Per-Gunnar (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

von Bertalanffy, Ludwig (1968) *General system theory*. New York: George Braziller.

Vuxenpsykiatri Psykiatri Skåne (2018) [<https://vard.skane.se/psykiatri-skane/ditt-besok-hos-oss/vuxenpsykiatri/>] Hämtad: 2021-02-14

Zegwaard, Marian, I.(2017) *Trust: an essential condition in the application of a caregiver support intervention in nursing practice*.
https://www.researchgate.net/publication/313255377_Trust_An_essential_condition_in_the_application_of_a_caregiver_support_intervention_in_nursing_practice Hämtat: 2021-04-16

Öjehagen, Agneta (2014) Socialt arbete och psykisk ohälsa. I: Blom, Björn, Ann Lalos, Stefan Morén, Mariann Olsson & Elizabeth Beddoe (red) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.

Östman, Margareta (2014) Familjens situation. I: Brunt, David & Hansson, Lars (red) *Att leva med psykisk funktionsnedsättning-livssituation och effektiva vård- och stödinsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Öqvist Oscar (2018) *Systemteori i praktiken. konsten att lösa problem och nå resultat*. 4 uppl. Stockholm: Gothia fortbildning.

Bilaga 1 Inbjudan att delta som respondent

Monica Granberg

2021-01-24

monica@granberg.it

0708487212

INBJUDAN

Inbjudan att delta som respondent

Under andra och sista terminen på Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet ingår det att göra ett vetenskapligt arbete och jag har valt att fördjupa mig i kuratorsrollen inom den öppenvårdspsykiatriska vuxenpsykiatrin.

Studien kommer att behandla olika sätt att som kurator betrakta och arbeta med patienternas nära familjerelationer. Ansvarig för programmet är Marianne Larsson Lindahl på Socialhögskolan i Lund.

Jag bjuder härmed in dig till att medverka som respondent i studien.

Jag är mycket tacksam om du kan avsätta ca 2 timmar för att besvara mina frågor. Svaren kommer att behandlas helt anonymt och i det färdiga materialet kommer det inte att framgå vilken öppenvårdspsykiatrisk mottagning som deltagarna hämtats från.

Jag kommer att spela in intervjuerna för att sedan transkribera innehållet varpå ljudfilerna kommer att raderas. Du kommer att få tillfälle att läsa igenom intervjun när den är transkriberad och får då tillfälle att komplettera eller rätta till om det är något du uppfattar som ofullständigt eller felaktigt.

Din medverkan är viktig!

Eftersom det är så få kuratorer anställda inom vuxenpsykiatrin på din arbetsplats, är just ditt deltagande viktigt för att jag ska kunna fullgöra studien och det är därför min förhoppning att du kan och vill medverka! Intervjuerna kommer att genomföras i februari.

Jag ber dig ringa mig, så kan vi boka en tid som passar dig! Stort tack på förhand!

Min bakgrund?

Jag är sedan länge (1996) socionom och har arbetat som handläggare inom socialtjänsten, som skolkurator och som familjerådgivare. Däremot har jag aldrig arbetat inom den medicinska världen och tycker detta skulle vara stimulerande att avsluta mitt yrkesliv med. Därav är jag nu åter tillbaka i studierna och läser den ettåriga utbildningen till hälso- och sjukvårdskurator.

Bilaga 2 Intervjumall

Allmänt

Vad fick dig att söka dig till vuxenpsykiatri?

Hur trivs du med dina arbetsuppgifter?

När tog du socionomexamen?

Har du någon vidareutbildning utöver din socionomexamen?

Din ålder?

Vilken tidigare arbetserfarenhet har du efter din socionomexamen?

Vuxenpsykiatri

Vad anser du är speciellt med att arbeta inom vuxenpsykiatri?

Familje- och anhörigperspektivet:

Finns det utrymme för dig att använda ett familje- och anhörigperspektiv i ditt arbete med patienter?

Hur märks familje- och anhörigperspektivet rent praktiskt i så fall i ditt arbete?

Erbjuder du kontakt med patientens familjemedlemmar?

Använder du några speciella interventioner riktade till familjen som helhet?

Barnperspektivet

Hur påverkas ditt arbete av att patienten har barn?

Hur får du reda på att patienten har barn?

När i patientkontakten får du reda på att hen har barn?

Hur ser din bild av ett barnperspektiv ut?

Vilken kompetens har du vad gäller barnperspektivet?

Hur tror du patientens föräldraförmåga påverkas av hens symtom?

Samverkan

Arbetar du tillsammans med andra myndigheter exempelvis socialtjänsten, när patienten har minderåriga barn?

Vem arbetar med att stärka patientens föräldraförmåga?

Vem kan du tänka dig arbetar med att stärka patienternas föräldra förmåga?

Hur tas barnperspektivet till vara inom vuxenpsykiatri rent generellt?

Hur bedömer man vad som är bäst för barnet och vem görs denna bedömning tillsammans med?

Hur tänker du, när patientens behov inte överensstämmer med barnets bästa?

Har du önskemål om hur man skulle kunna arbeta med barnperspektivet på ytterligare sätt? I så fall vilka?

Parrelationen

Arbetar du för att patienten ska kunna stärka sin relation till sin partner?

Arbetar du tillsammans med den kommunala familjerådgivningen för att patienten ska kunna förbättra sitt sätt att fungera i sin relation till sitt/sina barns andra förälder?

Om inte, någon annan du samarbetar med?

Resultat

Hur tänker du dig att ditt arbete med patienten påverkar hens barn och partner?

Har du upplevt detta i verkligheten?

Finns det något annat sätt du skulle vilja arbeta på med de patienter som har barn?