



LUNDS
UNIVERSITET

Socialhögskolan

**Att arbeta med barn som anhöriga i
vuxenpsykiatri
– en studie av yrkesverksammas
upplevelse**

Tove Dackert

Masteruppsats (SOAM21)

VT 2022

Handledare: Staffan Blomberg

Förord

”Hur man mår som förälder påverkar barnet och hur barnen har det påverkar föräldern och hela familjens situation påverkar alla.”

Intervjuperson 1

Inledningsvis vill jag rikta ett stort tack till de intervjupersoner som tagit av sin viktiga arbetstid för att delta i studien, utan er hade det inte blivit någon uppsats. Tack för att ni delade med er av era upplevelser i arbetet med patienternas barn.

Även tack till min handledare Staffan Blomberg och inte minst min familj, som alla varit ett stort stöd i detta lärorika, givande och stundvis utmanade arbete med uppsatsen.

Abstract

Author: Tove Dackert

Title: Working with children of parents with mental illness – how the professionals experience the work [translated title]

Supervisor: Staffan Blomberg

Assessors: Alexandru Panican & Verner Denvall

Children of parents with mental illness (COPMI) are exposed and at risk for developing mental illness, therefore it's essential that they receive necessary support. In Sweden professionals working in mental health care are obligated by law to acknowledge and provide support to their patients' children. Despite this, research shows that the work is neither obvious nor as extended as it should be. The aim of this study was to examine professionals' in mental health care perspective of working with COPMI. With a hermeneutic approach the study explores the professionals' view of the work, how it implements and how they experience the conditions of the work. 12 qualitative interviews were performed on professionals working in mental health care. The result shows that there was a consensus about the importance of acknowledging and supporting the children. Despite this there were difficulties with implementing the work and the professionals' view on the performance of work differentiated. Using Webers' theoretical approach about social actions and legitimacy together with theories about working in human services organizations the difficulties of implementing the work could be comprehended from three dimensions; the moral context and legitimacy, organized emotional care and the relationship between the professional and the patient.

Keywords: children of parents with mental illness (COPMI), familyfocused mental health care, moral context, organized emotional care.

Innehållsförteckning

Inledning	5
<i>Problemformulering</i>	5
<i>Syfte och frågeställningar</i>	7
Bakgrund	7
<i>Risikfaktorer och behov för barn som anhöriga</i>	7
<i>Rådande lagstiftning i Sverige och juridiska förutsättningar</i>	8
Kunskapsläget	11
<i>Olika former av stöd till barn som anhöriga</i>	11
<i>Förekomst av stöd till barn som anhöriga</i>	13
<i>Faktorer som påverkar om barn som anhöriga uppmärksammas</i>	14
<i>Sammanfattande kommentar</i>	20
Teoretiskt ramverk	20
<i>Socialt handlande och legitimitet</i>	21
<i>Ett arbete i en moralisk kontext</i>	21
<i>Ett emotionsstyrt arbete/organiserad emotionell omsorg</i>	22
<i>Relationen och mötet mellan yrkesverksam och klient</i>	23
Metod	24
<i>Forskningsansats och förståelse</i>	25
<i>Studiens upplägg</i>	26
<i>Genomförande av intervjuer</i>	29
<i>Bearbetning av empiri och analys</i>	30
<i>Studiens tillförlitlighet</i>	32
<i>Etiska överväganden</i>	33
Resultat och analys	34
<i>Synen på arbetet och det faktiska arbetet</i>	35
<i>Arbetets genomförande</i>	43
<i>Utmaningar i arbetet</i>	60
<i>Sammanfattning</i>	71
Slutdiskussion	73
Referenser	76
Bilagor	81
<i>Bilaga 1 Informationsmail till chefer</i>	81
<i>Bilaga 2 Informationsmail till barnombud</i>	82
<i>Bilaga 3 Informationsbrev</i>	83
<i>Bilaga 4 Intervjuguide</i>	84

Inledning

Problemformulering

Barn till en förälder som lider av psykisk sjukdom löper två till fem gånger högre risk att själva utveckla psykisk ohälsa (beroende på vilken diagnos föräldern har). Hur det går för barnen varierar dock och beror på flera olika faktorer och relationen mellan risk- och skyddsfaktorer, både genetiska och i barnets omgivning/miljö. Flera av dessa riskfaktorer är möjliga att fånga upp med olika typer av interventioner. Risken för att ett barn till en förälder med psykisk sjukdom själv utvecklar psykisk ohälsa kan reduceras med 40 % med hjälp av adekvata interventioner (Tungpunkom et al 2017). I Sverige är det cirka 6 % av alla födda mellan 1987 och 1989 som under sin uppväxt hade minst en förälder som vårdades inom den psykiatriska slutenvården (Socialstyrelsen 2020). Exempelvis finns det en risk att barn till föräldrar som lider av psykisk sjukdom eller annan allvarlig sjukdom får ett alltför stort ansvar i hemmet. Cirka 7 % av alla 15- åringar i Sverige har en alltför stor omsorgsbörda (Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2022). Ett annat problem är att barn i stor utsträckning vet för lite om sina föräldrars psykiska sjukdomar och inte får relevant information, vilket skapar negativa känslor som t.ex. oro, skuld och frustration. Detta trots att det finns en samsyn hos yrkesverksamma, patienter och patienters barn om att information om föräldrarnas tillstånd är viktigt för barnen (Cudjoe & Chiu 2020).

Inom det sociala arbetet kan yrkesverksamma möta barn vars föräldrar lider av psykisk ohälsa i flera olika sammanhang, och på olika typer av arbetsplatser, som t.ex. socialtjänst och skola. Fokus i denna studie ligger på det sociala arbetet som bedrivs som en del av hälso- och sjukvården, i detta fall vuxenpsykiatri, här arbetar främst socionomer men även andra yrkesgrupper med att beakta situationen för patienters barn.

2010 infördes en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (SFS: 2017:30 Hälso – och sjukvårdslagen, HSL) samt patientsäkerhetslagen (SFS: 2010:659 Patientsäkerhetslag, PL) om att personal inom hälso- och sjukvården som behandlar vuxna har ett särskilt ansvar för att fånga upp patienters barns situation. Detta avser framförallt barn till föräldrar med allvarlig sjukdom, missbruk och psykisk ohälsa (Nationellt kompetenscentrum anhöriga, 2022). Formuleringen

som låg till grund för själva utformandet av lagparagraferna har sin utgångspunkt i barnkonventionen och betonar varje barns i rätt, att i en utsatt situation, bli uppmärksammas och få stöd. 2020 blev Barnkonventionen svensk lag och även om den tidigare var ratificerad innebär det lagstiftande faktumet att barnens rätt till information, att själv få komma till tals och rätt till stöd förstärkts ytterligare (Stiftelsen allmänna barnhuset, 2022). I april 2021 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att förstärka och vidareutveckla stöd till bl.a. barn till en förälder med psykisk sjukdom (Socialdepartementet 2021).

Samtidigt arbetar all personal inom hälso- och sjukvården under sekretess (SFS: 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag, OSL) som bara under vissa extraordinära omständigheter får brytas. För att komma i kontakt med patienters barn krävs samtycke från patienten. Psykisk sjukdom skiljer sig från andra diagnoser på så sätt att det finns en lång historik av stigma. Att inte vilja blanda in närstående i sin kontakt med den psykiatriska vården, både för att skydda sig själv och andra är därför inte ovanligt. Vid allvarlig psykisk sjukdom kan det ibland också finnas en bristande sjukdomsinsikt (Adu et al 2021).

Forskning visar att barn som anhöriga inte fångas upp och erbjuds stöd i den utsträckning som de borde och att de satsningar på att utveckla arbetet med barn som anhöriga genom utbildning m.m. inte har haft den effekt man önskat (Priebe & Afzelius 2015; Lauritzen et al 2014). Vad detta beror på finns det inga enkla svar på, men faktorer som lyfts i tidigare forskning är bl.a. hur arbetet är organiserat, utbildning och kompetens hos de yrkesverksamma samt faktorer både hos den enskilde yrkesverksamma och patienten (Kejving, Sandlund & Pihkala 2014). En annan aspekt som lyfts är den dubbelhet som kan finnas i att beakta både patientens och barnens perspektiv och hur detta kan påverka relationen med patienten (Afzelius 2017; Leviner 2019).

Att som behandlare av vuxna inom hälso- och sjukvården ha ett ansvar gentemot patienters minderåriga barn innebär en komplex situation för de yrkesverksamma som ska värna relationen med patienten och samtidigt fånga upp barnens situation och fullgöra de lagstadgade skyldigheter som finns kring det.

För att förstå komplexiteten i arbetet är de yrkesverksammas egna upplevelser av stor betydelse, därför har denna studie en hermeneutisk utgångspunkt där de yrkesverksammas tolkningar ligger till grund för analysen. Detta för att inte bara

få kunskap om hur arbetet genomförs utan också för att möjligen få en djupare förståelse för arbetets essens samt hur de yrkesverksamma ser på och förhåller sig till utmaningarna i arbetet.

Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrien upplever arbetet med barn som anhöriga. Hur de arbetar för att göra barn delaktiga i sina föräldrars vård och hur utmaningarna med att få genomslag i arbetet kan förstås.

- Hur ser yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrien på arbetet med barn som anhöriga?
- Hur genomförs arbetet med barn som anhöriga?
- Vilka utmaningar upplever de yrkesverksamma i arbetet med barn som anhöriga?

Bakgrund

Barn som anhöriga till en förälder som lider av psykisk sjukdom är ett välbeforskat område, främst utifrån vilka behov samt riskfaktorer och svårigheter som kommer med dessa barns situation. Det finns även en hel del forskning om insatser som ges till barn som anhöriga både inom den psykiatriska vården men också i samverkan med andra instanser som t.ex. kommuner. I detta avsnitt lyfts kortfattat forskning kring barn som anhöriga till en förälder med psykisk sjukdom samt en fördjupad genomgång av de juridiska förutsättningar som finns i arbetet. Även om ovanstående inte är en del av studiens huvudsakliga syfte så bedöms de vara av relevans för att ge förståelse för hur yrkesverksamma inom vuxenpsykiatrien arbetar för att fånga upp barns situation. En genomgång av tidigare forskning med tydligare koppling till studiens syfte och frågeställningar görs under den kommande rubriken kunskapsläget.

Riskfaktorer och behov för barn som anhöriga

Av rapporten ”Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatrien - hur har de det?” (Axberg et al 2020) framgår att både föräldrar och barn själva skattar

högre på symtom för psykisk ohälsa gällande barn som har en förälder som har kontakt med vuxenpsykiatri, jämfört med övriga populationen. Barnen skattar högre jämfört med övriga populationen på bl.a. emotionella problem, hyperaktivitet/uppmärksamhetsproblem samt sammantagen problembild. Barnen skattar sig själva högre inom ovan nämnda områden, än vad deras föräldrar gör. Vidare framgår det av studiens resultat att det är av stor vikt att yrkesverksamma fullföljer sitt lagstadgade uppdrag om att fånga upp barnens situation. Dock visar studien att barn som anhöriga kanske främst hade gynnats av egna tidiga behandlingsinsatser istället för stödjande interventioner utifrån sitt anhöringskap.

En studie om allmänläkares arbete med att fånga upp barn till patienter med psykisk ohälsa visar att en stor andel föräldrar ser att deras barn är i behov av mer information och stöd utifrån föräldrarnas psykiska ohälsa. Det framkommer att patienterna/föräldrarna tycker att det är svårt att veta hur de ska stötta sina barn och att de inte känner till vilket stöd man kan erbjudas, vilket de önskar få mer information om. Samtidigt visar studien också på att det finns en ambivalens hos föräldrar att prata om sina barns situation i mötet med vården. Anledningar till detta är bl.a. rädsla för att framstå som en dålig förälder, eller att deras barn ska tas ifrån dem. Vidare framkommer en önskan om att upprätthålla en så ”normal” familjesituation som möjligt och att man därför kämpar för att upprätthålla en fasad. Det framkommer också en stor osäkerhet hos patienterna kring hur mycket av sin sjukdom och situation de ska dela med sig av till sina barn för att inte skapa onödig oro (Hafting et al 2019).

Rådande lagstiftning i Sverige och juridiska förutsättningar

I hälso- och sjukvårdslagen 7§ (HSL) samt patientsäkerhetslagen 5§ (PL) framgår följande;

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

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

4. utsätter eller har utsatt barnet eller en närstående till barnet för våld eller andra övergrepp.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. Lag (2021:648).”

De juridiska förutsättningar som yrkesverksamma behöver förhålla sig till, kan innebära svårigheter i arbetet med barn som anhöriga, både om det finns samtycke, eller om det saknas från en eller båda vårdnadshavarna och det saknas rättskällor om hur lagstiftningen kan tillämpas (Leviner 2019).

Leviner (2019) lyfter hur vårdnadshavares rättigheter och skyldigheter regleras i föräldrabalken, där framgår det att samtliga vårdnadshavares samtycke krävs vid frågor om barnet, utöver beslut i den dagliga omsorgen. Kravet på detta kan endast frångås i situationer där det står klart att ett beslut i en fråga inte kan skjutas upp och att det är nödvändigt för barnets bästa (Leviner 2019; SFS: 1949:381 Föräldrabalk, FB). Ifall en förälder inte samtycker eller pga sitt sjukdomstillstånd inte har möjlighet att yttra sig i frågan kan alltså information, råd och stöd till ett anhörigt barn endast ges om bedömningen görs att det inte går att avvakta med insatsen, eller ifall ett samtycke kan presumeras.

Principerna om barnets bästa och själv- och medbestämmanderätt påverkar också hur yrkesverksamma bör/kan agera i arbetet med barn som anhöriga. Här utgör möjligheten till en utökad själv- och medbestämmanderätt i FB en viktig funktion, då detta innebär att större hänsyn ska tas till barnets egna önskemål och åsikter i takt med ökad ålder och mognad. En bedömning utifrån detta behöver alltså också göras för att ta ställning till om det är möjligt att som yrkesverksam ha ett samtal med barnet utan vårdnadshavares samtycke. Detta gäller även i motsatt riktning, d.v.s. att även om det finns samtycke från vårdnadshavarna är det inte självklart vilken information som ska lämnas ut till barnet. Här behöver en bedömning göras både utifrån principen om barnets bästa (vilken information om föräldrarnas tillstånd och sjukdom är lämplig för barnet att känna till) och utifrån barnets själv-

och medbestämmanderätt (vad och hur mycket om ovanstående omständigheter vill barnet själv veta) (Leviner 2019).

Även om det är en rättighet för ett anhörigt barn att få sin situation uppmärksammas och erbjudas stöd är det svårt för yrkesverksamma att genomföra detta utan samtycke från den vårdnadshavare som är patient. Som hälso- och sjukvårdspersonal behöver man utöver det som regleras i FB förhålla sig till OSL. Där framgår det att ingen information om en patients sjukdomstillstånd kan lämnas ut utan samtycke. Vilken information barnet kan ges i ett samtal begränsas alltså av föräldrarnas samtycke både i FB och OSL. Om samtycke från föräldern som är patient saknas kan endast generell information lämnas ut (Leviner 2019).

Ytterligare en aspekt att som yrkesverksam förhålla sig till i arbetet med barn som anhöriga är hur den information som framkommer i samtal med patientens barn ska hanteras. Leviner (2019) menar att detta är en svår juridisk avvägning då föräldern utifrån barnets ålder och mognad de facto har rätt att ta del av information från ett enskilt samtal mellan den yrkesverksamma och barnet för att kunna uppfylla sitt omsorgsansvar. I takt med att ett barns ålder och mognad ökar själv- och medbestämmanderätten och därmed stärks också sekretessen gentemot vårdnadshavarna. Ett sätt att hantera detta kan vara en överenskommelse med vårdnadshavarna om att inte lämna ut någon information om vad som framkommer i samtalet med barnet, i samband med att samtycke till att samtalet genomförs lämnas (ibid).

En annan juridisk aspekt av arbetet, som omfattar (bl.a.) all personal inom hälso- och sjukvården och som inte är specifik för arbetet med barn som anhöriga är skyldigheten att vid misstanke om att ett barn far illa orosanmäla detta enligt 14 kap 1§ socialtjänstlagen (SFS: 2001:453 Socialtjänstlag).

Kunskapsläget

I detta avsnitt görs en genomgång av kunskapsläget om barn som anhöriga kopplat till studiens syfte och frågeställningar. Underlaget i detta avsnitt består av vetenskapliga artiklar och rapporter baserade på studier både i svensk och international kontext och de presenteras utifrån gemensamma teman. Tidigare forskning i denna studie har avgränsats till att främst behandla vilken typ av stöd som erbjuds barn till föräldrar med psykisk ohälsa och hur förekomsten av stödet ser ut. Även studier om vad som påverkar hur/om yrkesverksamma fångar upp barnens situation har inkluderats i nedanstående genomgång av kunskapsläget.

Vid genomgång av tidigare forskning har litteratursökning i artikeldatabasen Lubsearch genomförts. Sökord som använts är ”mental illness & families” “support to children of parents with mental illness”, ”talking to children of parents with mental illness” familysupport mental health care” “COPMI” använts. Även en genomgång av publikationer på Nationellt kompetenscentrum anhörigas hemsida har gjorts.

Olika former av stöd till barn som anhöriga

Vad som anses vara familjestöd till patienters närstående är brett och varierar mellan olika verksamheter. Foster et al (2016) gör en genomgång av vad innebörden av familjefokuserat arbete/familjefokuserad praktik faktiskt innebär. En genomgång av 40 artiklar visar på att vad professionella väger in i begreppet skiljer sig. Bl.a. i vilka som anses ingå i begreppet familj och i vilken kontext vården ges. Foster et al (2016) identifierar följande sex områden som familjefokuserat arbete kan innebära; *”utredning”, ”psykoeducation”, ”instrumentellt, emotionellt och socialt stöd”, ”familjevårdplanering och målsättning”, ”alliansen mellan familjen och vårdgivare”* samt *”ett koordinerat vårdsystem gemensamt för anhöriga/familjemedlemmar och vårdgivare”*.

Goodyear et al (2015) presenterar riktlinjer för anhörigarbete inom den psykiatriska vården. Processen att ta fram riktlinjerna inleds med genomgång av befintliga policydokument och forskning inom området. Författarna identifierar olika teman i det befintliga arbetet avseende stöd till patienters barn och familjer och föreslår

sedan egna riktlinjer för arbetet i form av en insatstrappa. Det första steget är att redan vid remittering eller screeningsamtal ställa frågor om familjesituation och eventuella minderåriga barn. I nästa steg av behandlingskontakten är att ge fördjupad information till patienten, både generell information om olika stödinsatser i samhället och psykoedukation. Vidare lyfts vikten av att följa upp och utvärdera hela familjens situation under behandlingens gång, inte bara fokusera på patientens sjukdomsförlopp.

Afzelius (2017) har studerat hur personal inom psykiatrin arbetar för att hitta en balansgång mellan att ha en god relation med patienten och samtidigt fullgöra sina skyldigheter att fånga upp deras barns situation. Här framkommer att de yrkesverksamma i stor utsträckning arbetar för att ha barnens situation i fokus och beakta ett barnperspektiv i samtal med patienter även om de inte träffar barnen. Detta stämmer överens med resultatet i Hafting et al's (2019) studie av allmänläkare inom primärvården, där det framgår att läkare i större utsträckning pratar med patienter om deras föräldraskap och familjesituation och känner sig mer bekväma med detta, än att prata direkt med patienters barn om deras situation.

Arbetet med barn som anhöriga kan vara organiserat på så sätt att verksamheten som helhet fullföljer sin skyldighet att fånga upp barnens situation, genom att vissa specifika personer i personalen har ansvar för själva anhörigarbetet, istället för att samtliga enskilda yrkesverksamma har detta ansvar (Afzelius 2017).

I den svenska kontexten lyfts bl.a. BRA-samtal (Eriksson 2018), Beardslées familjeintervention, Föra barnen på tal och Barnkraft som modeller för hur yrkesverksamma inom psykiatrin kan fånga upp och samtala med patienters barn (Pihkala & Söderblom 2015)

BRA (barns rätt som anhöriga)- samtal är en modell som tagits fram av Stiftelsen allmänna barnahus i samband med att lagen om stöd till anhöriga införlivades i hälso- och sjukvårdslagen samt patientsäkerhetslagen. Modellens syfte är att fånga upp barnens situation och se till att de får information om föräldrarnas

sjukdom, och en behovsinventering av fortsatt stöd görs. Modellen används inte bara till barn med föräldrar med psykisk sjukdom, utan även för barn till föräldrar med missbruksproblematik eller allvarlig somatisk sjukdom. Barnens delaktighet är av stor vikt och tanken är att detta ska genomsyra även samtalen som de professionella har med barnen, dvs att barnen medverkar till samtalsagendan (Eriksson 2018). En annan metod för att samtala med barn och familjer när en förälder lider av psykisk sjukdom är Beardslees familjeintervention. Interventionen går ut på att stärka barnets motståndskraft och uppmärksamma både barnet och föräldrar på de skyddsfaktorer som finns runt dem. Interventionen bygger på fem till sex samtal. Till skillnad från BRA-samtal är det i Beardslees modell stort fokus på förälderns roll och att det är föräldern som själv ska berätta om sin sjukdom och att föräldern ska försöka ta sig an barnets perspektiv (Pihkala 2011).

Föra barnen på tal är en mindre omfattande metod som endast bygger på samtal med patienten/föräldern med fokus på hur de dels kan prata om sitt psykiska mående med barnen och dels identifiera och stärka skyddsfaktorer i barnets liv (Pihkala & Söderblom 2015). Barnkraft är en gruppintervention som genomförs med en barn- och en föräldragrupp parallellt med varandra, interventionen har samma teoretiska utgångspunkter som Beardslees familjeintervention (ibid).

Förekomst av stöd till barn som anhöriga

I en registerstudie från 2015 görs en utvärdering av införandet av riktlinjer för att fånga upp barn som anhöriga inom psykiatri i Sverige, som infördes efter lagförändringen 2010. Två mätningar genomfördes år 2013 respektive 2014 för att undersöka om satsningen på den implementering av insatser för barn som anhöriga haft någon effekt. Resultatet visar att endast en tredjedel av de barn till patienter som registrerats i journalsystem också hade en insats registrerad i ärendet. När det gäller vilken typ av insatser barnen/familjerna fått så var information den vanligaste insatsen, vilket stod för ca en femtedel av insatserna. Andra registrerade insatser var bl.a. kontakt med socialtjänsten och interventionerna ”föra barnen på tal” eller ”Beardslees familjeintervention”. Resultatet från de båda mätningarna visar att ökningen efter implementeringen är

marginell och att det fortsatt endast är ett fåtal av patienters barn som rapporteras in samt att ännu färre erbjuds insatser (Priebe & Afzelius 2015).

Cirka 40-50% av de yrkesverksamma som är utbildade i samtalsmodellen BRA brukar erbjuda BRA-samtal och i endast 15-20% av dessa fall brukar det resultera i ett enskilt samtal med en patients barn. Vidare framkommer det att det varit särskilt svårt att få till BRA-samtal inom verksamheter vars primära målgrupp är vuxna. En slutsats från utvärderingen är att yrkesverksamma inom viss hälso- och sjukvård som riktar sig till vuxna, inte anser att modellen är anpassad efter deras verksamhet och därför svår att genomföra. Författaren menar att detta inte är något som har med modellen i sig att göra utan istället kan ses som ett uttryck för ett generellt utvecklingsbehov av stöd till barn som anhöriga inom dessa verksamheter Eriksson (2018). Det framgår dock inte av studien vad denna slutsats grundar sig i.

I Norge infördes samma lagstiftning som i Sverige år 2010 och även där har det genomförts en studie om implementeringen av nya rutiner för att uppmärksamma och identifiera barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Studien visar att barnens situation i större utsträckning uppmärksammas då personalens användning av ett formulär med familjefrågor hade ökat från 44 % till 65 % efter att implementeringen av de nya rutinerna gjorts. Gällande ökat stöd till patienters barn i form av att erbjuda samtal till barnen, hade det däremot inte skett någon statistiskt säkerställd ökning, trots att det var ett behov som i större utsträckning uppmärksammades efter införandet av de nya rutinerna (Lauritzen et al 2014).

Faktorer som påverkar om barn som anhöriga uppmärksammas

De studier som undersöker varför yrkesverksamma inte uppmärksammar barn som anhöriga i den utsträckning som det borde göras, visar att en rad olika aspekter spelar in. Nedan redogörs för befintlig forskning inom området indelat i olika teman som identifierats vid genomgång av litteraturen.

Utbildning och kompetens

Kejving, Sandlund och Pihkala (2014) undersöker hur sjuksköterskor och skötare inom slutenvårdspsykiatri förhåller sig till barnperspektivet. Intervjupersonerna lyfter bl.a. bristande kompetens som en faktor till avsaknaden av barnperspektiv i arbetet och att detta resulterar i osäkerhet i hur de kan närma sig frågan. Det efterfrågas både utbildning i och riktlinjer för denna typ av arbete. Även i Zechmeister-Koss et al's (2020) studie om insatser till barn vars föräldrar lider av psykisk sjukdom framhålls avsaknad av utbildning och erfarenhet inom området som förklaringar till varför barns situation inte fångas upp av yrkesverksamma i större utsträckning.

I en portugisisk studie görs en utvärdering för att se vilken effekt införandet av metoden ”child talk” har för en psykiatrisk mottagnings arbete med barn som anhöriga. Resultatet visar på att införandet av metoden hade stor effekt på mottagningens arbete. Bl.a. visar mätningar att personalen i större utsträckning fokuserar på patienternas familjesituation efter genomgången utbildning jämfört med tidigare. Deras kunskap om, och förmåga att bedöma hur föräldrars psykiska sjukdom påverkar barn ökade tack vare utbildningen. Dock innebar det ingen ökning i hur de interagerade med patienters familjemedlemmar eller i stöd till barn och andra närstående. Slutsatsen av studien är trots detta att utbildning och träning i att uppmärksamma barn som anhöriga ger resultat och gör att barn till patienter i högre utsträckning uppmärksammas och får stöd i sin situation (Van Doesum et al 2019).

I en transnationell studie undersöks hur förutsättningarna för olika yrken som t.ex. socialarbetare, psykolog, lärare, förskolelärare och läkare, för att fånga upp barn till föräldrar med psykisk sjukdom ser ut. Mätningarna i studien är gjorda före och efter att yrkesverksamma i olika europeiska länder har genomgått en utbildning/träningsprogram (CAMILLE) för att öka medvetenheten och kunskapen om familjer som lever med psykisk ohälsa. Generellt så visar studiens resultat på en ökning i medvetenhet efter genomgången utbildning (Viagnó et al 2017). Fördjupad kunskap och kompetensutveckling, för att på bästa sätt kunna bemöta familjers behov där en förälder lider av psykisk ohälsa, är något som också efterfrågas av läkarna i Hafting et al's (2019) studie.

Organisatoriska faktorer

En annan svårighet som lyfts är bristfällig struktur i arbetet med patienters barn och anhöriga (Kejving, Sandlund & Pihkala 2014). Ifall en patients barns situation uppmärksammas eller ej avgörs av den enskilda personalens motivation till att fånga upp detta och det saknas strukturer i arbetet för att det generellt genomförs. (Zechmeister-Koss et al 2020). Att inom ramen för sitt arbete hålla i samtal med en patients familj upplevs som både tidskrävande och ställer krav på plats och de yrkesverksamma själva som ska hålla i ett möte med flera olika deltagare i olika åldrar och med olika utgångpunkter, vilket kräver flexibilitet (Afzelius 2017). I Hafting et al's (2019) studie framkommer att det p.g.a. faktorer som hög arbetsbelastning och korta patientbesök är svårt för läkarna att få utrymme till att fråga om patienternas familjesituation.

Att involvera patienters familjemedlemmar skapar också, som tidigare nämnt, frågetecken kring hur eventuellt information ska hanteras. Detta gäller både vilken information som kan lämnas ut om patienten till dennes familjemedlemmar och hur yrkesverksamma ska hantera den information om patienten som kan framkomma i samtal med deras barn (Afzelius 2017). I Kejving, Sandlund och Pihkalas (2014) studie av personal i slutenvården framkommer att det saknas en formell gång för vad yrkesverksamma ska göra med den information de eventuellt kan få i ett samtal med ett anhörigt barn samt vem som ska ta vid kring detta efter att patienten blir utskriven från slutenvården. Vidare framkommer det i Hafting et al's (2019) studie att läkarna i högre utsträckning kände ansvar för en patients familjesituation om också patientens barn var listade hos dem, jämfört med om barnen var listade hos en annan läkare.

I Kejving, Sandlund och Pihkalas (2014) studie efterfrågas mer stöd från ledningen och personalen upplever bl.a. att det var svårt att planera in tid för att prata med patienter om och med deras barn. Vidare visar Van Doesum et al's (2019) studie att det organisatoriska stödet för ett familjecentrerat arbete på de

mottagningar som genomgått utbildningen ”child talk” ökade. Främst märks skillnaden avseende handledning och framtagandet av policydokument kring hur arbetet ska utföras. Gällande andra faktorer som arbetsbelastning och kollegialt stöd finns det dock ingen skillnad i mätningarna före och efter utbildningen i arbetsmetoden.

Professionstillhörighet

I en surveyundersökning från 2017 undersöks hur yrkesverksamma inom psykiatrisk vård i Thailand arbetar med patienter och deras barn. Studiens resultat visar att olika professioner har olika förutsättningar att fånga upp barnens situation. De professioner som besvarade undersökningen var socialarbetare, psykologer, sjuksköterskor och psykiatriker. Studiens resultat visar att det finns en stor variation i hur mycket patienters barn och familjer involverades i behandlingen. I studien står socialarbetare ut jämfört med andra professioner, både psykiatrisköterskor, psykologer och psykiatriker, när det gäller att fånga upp hela familjens situation. Författarna menar att detta beror på det holistiska perspektivet på behandling som genomsyrar socialarbetarnas synsätt på arbetet med människor. Studien visar vidare att den profession, av de tillfrågade, som i minst utsträckning arbetade familjefokuserat med patienterna var sjuksköterskor vilket enligt författarna stämmer överens med tidigare forskning inom området (Tungpunkom et al 2017).

Vid utvärderingen av utbildningen i träningsprogrammet CAMILLE framkommer att olika professioner har olika förutsättningar och preferenser för vilka områden som var viktiga att fokusera på. Lärare prioriterar barnrelaterade arbetsuppgifter och är den yrkesgrupp som har sämst kunskap om hur föräldrar kan stöttas, vilket är tvärtemot hur socialarbetarna svarar. Psykologer är den yrkesgrupp som enligt denna studie generellt har bäst kunskap om hur man arbetar med familjer där en förälder lider av psykisk ohälsa. Vidare framkommer att utbildningsnivå till viss del påverkar arbetet då yrkesverksamma med en högre examen skattar högre både på medvetenhet och självsäkerhet gällande utförandet av vissa arbetsuppgifter (Viganó et al 2017).

Den enskilde professionella

Ytterligare en aspekt som lyfts fram av yrkesverksamma själva är att olika personliga förutsättningar som t.ex. ålder, kön, arbetslivserfarenhet och ifall man själv har barn påverkar hur och om yrkesverksamma lyfter frågan om patienternas barns situation (Kejving, Sandlund & Pihkala 2014). Viganó et al's (2017) studie motsäger dock detta då den visar att faktorer såsom ålder och arbetslivserfarenhet inte har någon betydelse för yrkesverksammas möjlighet att tillgodogöra sig en arbetsmetod i att uppmärksamma barn till patienter med psykisk sjukdom.

I Vives-Espelta, Barjales-Marti och Ferré-Graus (2022) reviewartikel undersöks hur sjuksköterskor inom psykiatrisk vård (bl.a.) ser på föräldraskap och psykisk sjukdom samt hur de arbetar med föräldrar med psykisk sjukdom. Av artikeln framkommer att sjuksköterskornas personliga erfarenheter av psykisk sjukdom och deras egna värderingar kring familjebild och föräldraskap påverkar arbetet. Vidare framgår att stigma i stor utsträckning påverkar både sjuksköterskornas syn på psykisk sjukdom och föräldraskap, vilket i förlängningen påverkar vilken typ av stöd som erbjuds. Vissa frågor gällande föräldraskap anses vara tabubelagda att prata om och fördomarna som de yrkesverksamma har, både om föräldraskap och psykisk sjukdom, påverkar alliansen med patienten och den professionella rollen. Vilket också påverkar vad som utreds och registreras i patientarbetet.

Gällande yrkesverksammas (inom psykiatrin) inställning till arbetet med barn som anhöriga skattades både vikten av att arbeta med familjer med psykisk sjukdom och att bemöta dessa familjer på ett icke dömande/fördomsfullt sätt högt. Att delta i utbildningen och studien var frivilligt och författarna (Viganó et al 2017) drar slutsatsen att de yrkesverksamma som redan ansåg att ämnet var angeläget var de som valde att delta. Samtidigt framkom att det ansågs både viktigt och angeläget att i större utsträckning beakta barnperspektivet i sitt arbete (ibid).

Kejving, Sandlund och Pihkalas (2014) studie visar att det inte är p.g.a. av ointresse och bristande engagemang som arbetet med att uppmärksamma barn som anhöriga inte blir av, utan att det snarare finns ett stort intresse bland yrkesverksamma att utvecklas inom detta, men att de upplever att

förutsättningarna för det är otillräckliga. Van Doesum et al's (2019) studie visar att ökat självförtroende i arbetet med frågor gällande patienters familjesituation och barn som anhöriga, hos yrkesverksamma (genom utbildning) resulterade i att de kände sig något mer bekväma i arbetet vilket påverkade hur de i kontakten med patienterna lyfte dessa frågor.

Faktorer kopplade till patienten

Vikten av att skapa en allians med patienten och bygga en tillitsfull relation lyfts som viktiga faktorer innan man som yrkesverksam kan föra frågan om patienters barn på tal (Afzelius 2017). Även i Hafting et al's. (2019) studie uppger flera av läkarna oro för vad som ska hända med relationen till patienten om de lyfter frågor om deras barn och det finns en rädsla att patienten ska sluta komma till dem. Resultatet i studien visar dock snarare att relationen mellan läkare och patient bör ses som en tillgång när det gäller frågor om familjesituationen. Här lyfts bl.a. vikten av att bekräfta patienterna i hur de kämpar för att få ihop vardagen. I flera studier framkom en oro bland de yrkesverksamma att det skulle väcka obehag hos patienterna i form av skuld, stress och oro ifall de ställer frågor kring patienters familjesituation och minderåriga barn (Afzelius 2017; Hafting et al 2019). I vissa fall vägs ett identifierat stödbehov till en patients barn mot motivationsarbete till att patienten själv fortsätter sin behandling (Afzelius 2017).

Även inom slutenvården beskrivs det som känsligt att prata med patienter om deras barn och att det är något som patienterna sällan lyfter på eget initiativ. De yrkesverksamma uppfattar att det finns en oro hos patienterna att socialtjänsten för att socialtjänsten ska involveras i deras familjesituation och denna oro delas av de yrkesverksamma själva som dels lyfter svårigheter i samarbetet med socialtjänsten p.g.a. sekretess och dels att det finns en oro för att kontakt med psykiatrin skulle vara mer stigmatiserande än t.ex. den somatiska vården (Kejving, Sandlund & Pihkala 2014). Andra svårigheter i arbetet med barn som anhöriga relaterat till patienten är att det kan vara svårt att få samtycke från patienten. Det kan också vara svårt att få till tider för att samtala med anhöriga och det är inte ovanligt att patienters familjemedlemmar dök upp vid andra

tillfällen än avtalat, vilket resulterar i att arbetet inte blir så förutsägbart som de yrkesverksamma önskar (Afzelius 2017).

Sammanfattande kommentar

Forskning visar att yrkesverksamma upplever det som svårt att veta hur de ska ta sig an frågan om patienters barn och är rädda för att skapa oro hos patienterna med dessa frågor. Samtidigt visar andra studier på att, tvärt emot de yrkesverksammas farhågor, så vill patienter gärna ha stöd i hur de kan stötta och prata med sina barn utifrån sin sjukdomsbild. Andra aspekter som lyfts är avsaknad av utbildning och erfarenhet hos yrkesverksamma inom detta område, samt att det saknas struktur och rutiner för hur anhörigarbetet ska ske. I en utvärdering av en av samtalsmodellerna menade författaren dock att det fanns ett motstånd hos professionella inom hälso- och sjukvården att använda metoden, men att detta inte berodde på metoden i sig, utan snarare kunde ses som ett uttryck för ett större utvecklingsbehov av att ändra synen på anhörigarbete på arbetsplatsen. Tidigare studier har gjorts inom olika verksamheter, både för att undersöka vilka faktorer som påverkar genomförandet av arbetet och för att följa upp och utvärdera implementeringen av olika arbetsmodeller. Denna studie fokuserar på arbetet med barn som anhöriga i vuxenpsykiatri och syftar till att ge en fördjupad förståelse för hur yrkesverksamma upplever arbetet med barn som anhöriga. Detta kan bidra till att skapa förståelse för de utmaningar som arbetet innebär och ge kunskap om varför det inte genomförs i den utsträckning det borde.

Teoretiskt ramverk

I detta avsnitt redogörs för de teoretiska begrepp som ligger till grund för studiens analys av den insamlade empirin. Arbetet med barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri är mångfacetterat och dess förekomst och förutsättningar kan förstås på flera olika nivåer. Studiens teoretiska ramverk har delats in i tre dimensioner och Webers (1983) teori om socialt handlande och legitim ordning kommer genomgående appliceras på alla dessa, men kompletteras med andra teoretiska begrepp. Samtliga tre dimensioner kännetecknar på olika sätt arbetet i människobehandlande organisationer. Arbetet utmärks dels genom de kontextuella förutsättningarna som det bedrivs i på en samhälllig och organisatorisk nivå. Vidare kan arbetet betraktas som emotionsstyrt, vilket är ett

sätt att förstå både hur arbetet upplevs och genomförs. Den tredje teoretiska dimensionen som används för att få förståelse för arbetet med barn som anhöriga avser relationen mellan yrkesverksam och klient.

Socialt handlande och legitimitet

En social handling är en handling som relaterar och orienterar sig gentemot andra personers tidigare, nuvarande eller förväntade handlingar och beteenden (Weber 1983). Weber (ibid) identifierar fyra olika typer av sociala handlingar; målrationella-, värderationella-, affektuella- samt traditionella handlingar. Weber kopplar samman socialt handlande med legitim ordning och menar att sociala handlingar utgår från förväntningar om olika typer av legitim ordning. Det finns fyra olika grunder för legitimitet, dessa är; tradition, affektuell, värderationell samt positiva stadgar som anses vara legala då det antingen finns en överenskommelse om dessa eller att de införts av en myndighet som anses vara trovärdig.

Ett arbete i en moralisk kontext

Hasenfeld (2010) menar att människobehandlande organisationer kan ses som processande, upprätthållande eller förändrande verksamheter. En och samma verksamhet kan ha antingen en eller flera av dessa syften. Individens, d.v.s. den blivande klienten/patienten är att betrakta som ett råmaterial som behöver anpassas till verksamheten. Gällande arbetet med barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri är det främsta syftet upprätthållande och förändrande även om arbetet inom psykiatri på det stora hela också i hög grad är processande, då det är genom denna typ av arbete som individen går från "råvara" till patient för att passa in i organisationens mallar. Hasenfeld (ibid) menar vidare att arbetet i människobehandlande organisationer genomförs i en moralisk kontext.

Verksamhetens moraliska kontext är ett resultat av rådande politiska, kulturella, ekonomiska och lokala kontexter som både omgärdar och finns i organisationen. Detta hänger samman med arbetets legitimitet i samhället då mandatet att bedriva arbetet inom organisationen syftar till att upprätthålla moraliska värderingar som finns i samhället och bedöma/värdera individers levnadsvillkor (Levin 2013).

Detta kan kopplas samman med Webers (1983) begrepp kring legitimitet och den moraliska kontexten kan förstås som värderationell legitim ordning. Hasenfeld (2010)

menar att den moraliska kontexten ofta är avgörande för vilken insats som patienter/klienter erbjuds. Den moraliska kontexten kan ses som rådande både i en samhällelig kontext men också i en organisatorisk kontext då det råder olika moraliska kontexter inom olika verksamheter. I denna studie kommer utgångspunkten om en moralisk kontext användas på båda dessa sätt för att försöka förstå hur arbetet med barn som anhöriga prioriteras och organiseras i förhållande till andra arbetsuppgifter.

Ett emotionsstyrt arbete/organiserad emotionell omsorg

Ytterligare ett kännetecken för arbete i människobehandlande organisationer är att arbetet är emotionellt (Hasenfeld 2010). Hasenfeld (ibid) lyfter Lopez (2006) två olika synsätt på hur människobehandlande organisationer kan förhålla sig till de professionellas emotioner, som också han menar kan påverka klienten upplevelse och utfallet av kontakten med organisationen. Lopez (2006) skiljer på emotionellt arbete (emotional labor) och organiserad emotionell omsorg (organized emotional care). Emotionellt arbete innebär att organisationen reglerar när, vad och hur den professionella uttrycker känslor i kontakten med patienten, medan organiserad emotionell omsorg istället innebär att organisationen möjliggör att den professionella använder sina emotioner för att skapa givande och omsorgsfull relation med klienten. Hasenfeld (2010) menar att möjligheten att använda sina känslor i arbetet påverkar hur de professionella ser på sina patienter. Om de professionella tillåts, eller tom förväntas hänge sig åt arbetet och känna empati med klienterna hänger samman med hur de ser på sina patienter som moraliskt korrekta och i vilken grad de anses värda att få stöd i sin situation. I de fall som klienter bedöms vara moraliskt värdiga är det i högre grad troligt att de professionella är mer uppmärksamma på och besvarar deras känslomässiga behov. Samtidigt kan kravet på emotionellt engagemang från organisationens sida bli för stort och gå över gränsen för var de professionella själva anser är lämpligt. Guy et al (2010) menar dock att även om ett emotionellt krävande arbete kan skapa stress så är det största problemet ofta i arbetet när emotionell dissonans uppstår, dvs där professionella behöver uttrycka känslor som de inte kan stå för, oavsett om de är positiva och negativa.

Svensson (2021) lyfter att yrkesverksammas emotioner bör betraktas som en naturlig del av arbetet i människobehandlande organisationer, just eftersom arbetet utförs för och av människor. Svensson (ibid) menar således att användning av sina känslor i arbetet är att agera professionellt. Att som yrkesverksam känna omtanke och empati är en tillgång i arbetet. Även andra emotioner som rädsla lyfts som centrala i arbetet och här menar Svensson (ibid) att en viktig del inte bara är att använda sig av sina känslor utan också kunna hantera dem. Människans generella förhållningssätt till obehag, antingen fysiskt eller socialt, är en strävan att undvika det och istället uppnå välbefinnande. Svensson (ibid) menar vidare att individen tillfälligt kan utsätta sig för ett visst mått obehag i förhoppningen att det kommer resultera i välbefinnande på längre sikt. Om detta görs i för stor utsträckning skulle det dock kunna resultera i det som Guy et al (2010) kallar för emotionell dissonans.

Att arbetet i människobehandlande organisationer till stor del är emotionsstyrt kan kopplas samman med Webers begrepp affektuellt handlande och kan kopplas till den empati som ofta kännetecknar arbetet i människobehandlande organisationer. Även underlåtenhet att handla är enligt Weber en handling, som skulle kunna vara exempelvis affektuell på så sätt att man undviker vissa handlingar pga obehag, och för att knyta an till Svenssons (2021) resonemang om att tillfälligt utsätta sig för ett visst mått av obehag för i längden uppnå välbehag, så kan detta form av handlande ses som både värderationellt, dvs det etiskt korrekta att göra och målrationellt, dvs det finns ett tydligt syfte och förväntat resultat av handlandet, även om vägen dit väcker obehag.

Relationen och mötet mellan yrkesverksam och klient

Mötet och relationen mellan professionell och patient beskrivs av Hasenfeld (2010) som en viktig faktor som kännetecknar människobehandlade organisationers arbete. Det interpersonella utbytet mellan yrkesverksam och brukare är central i interventionen. Yrkesverksamma använder sig själva som verktyg för att motivera och påverka klienten till förändring. Att som yrkesverksam skapa en allians med brukaren är avgörande för utfallet av

kontakten och de yrkesverksamma skapar och använder sig av olika typer av själv-presentation för att hantera kontakten, hur dessa används påverkar i sin tur hur klienterna besvarar dem. Den bästa grunden för relationen mellan yrkesverksam och klient är tillit (ibid).

Ett sätt att förstå samspelet mellan professionell och patient i mötet är med utgångspunkt i Scheffs (2000) resonemang om mellanmänniska relationer som sociala band. Sociala band är beroende av individens emotioner, främst skam och stolthet. Scheff (ibid) menar att undvikandet av skam och eftersträvan av stolthet är mänskliga drivkrafter i interaktioner med andra. Utifrån detta kan skam förstås som ett hot mot ett socialt band som riskerar att förstöra det. Samtidigt är känslan av stolthet också central i det sociala bandets betydelse och ett socialt band kan därför både "lagas" och bli stärkt av ifall en relation istället utmärks av respektfullhet och omsorg. Inom psykologin beskrivs skam som den emotion som uppstår när det finns en diskrepans mellan den man önskar att man vore (idealet) och den man faktiskt är. Ur ett sociologiskt perspektiv kan skam däremot förstås som upplevelsen av hot mot sociala band (Scheff 2010). Teorin om sociala band och hur känslor av skam och stolthet påverkar dessa band kan användas för att skapa förståelse för vad sker i relationen mellan professionell och patient och sociala bandet mellan professionell och patient kan beskrivas som alliansen. Detta kan kopplas samman med Svenssons (2021) resonemang om den mänskliga strävan att undvika obehag och underlåtenhet att fråga för att undvika känslor av skam kan ses som en affektuell handling (Weber 1983).

Metod

I detta kapitel redogörs för studiens metodologiska process och överväganden, samt tillvägagångssätt i genomförande av studien. Inledningsvis redogörs för studiens vetenskapsteoretiska utgångspunkt, forskningsansats samt den egna förförståelsen. Vidare presenteras val av metod samt studiens genomförande och avslutningsvis förs ett resonemang kring studiens tillförlitlighet och etiska aspekter.

Forskningsansats och förförståelse

Studiens utgångspunkt är kvalitativ med avstamp i det hermeneutiska perspektivet. Hermeneutikens metodologiska målsättning är att genom undersökandet av ett socialt fenomen generera en fördjupad förståelse kring detta, vilket innebär att det är intervjupersonernas, d.v.s. subjektens, tolkningar av verkligheten som utgör det empiriska underlaget (Lundin 2018). Eftersom syftet med studien inte enbart är att förklara hur arbetet går till utan också att få en djupare förståelse för hur yrkesverksamma förhåller sig till olika aspekter av sitt arbete med barn som anhöriga, har studien genomförts med kvalitativa forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann 2020).

Kritik mot en hermeneutisk utgångspunkt är att den förutsätter att det alltid ska finnas ett genomgående tema i det som tolkas, vilket Alvesson och Sköldberg (2017 s. 197-205) menar inte går att veta på förhand. Möjligheten till en enhetlig tolkning eller flera olika potentiella förklaringar är något som visar sig först under tolkningsprocessen, varför en hermeneutisk utgångspunkt därmed skulle bli omöjlig. Samtidigt lyfter Alvesson och Sköldberg (ibid) Hirschs resonemang om att tolkningar även inom hermeneutiken kan vara dynamiska i de fall inte kan tolkas som statiska, varför detta utifrån Hirsch synsätt inte är ett problem.

Inom det hermeneutiska perspektivet spelar även forskarens roll in. Här kommer den egna förförståelsen för ämnet in (Kvale & Brinkmann 2020: Alvesson & Sköldberg 2017). Min egen förförståelse till uppsatsens ämne är att jag innan föräldradidighet och tjänstledighet för att fullfölja denna masterutbildning arbetat som socionom/kurator på en mottagning för behandling av vuxna som lider av psykisk ohälsa. Mina arbetsuppgifter där har delvis varit att arbeta med barn som anhöriga och på så sätt väcktes mitt eget intresse för dessa frågor. Således har jag en egen upplevelse av arbetet med barn som anhöriga, hur det genomförs och vilka utmaningar som kan finnas. Min förförståelse om ämnet är det som styr studiens syfte och att det ens blev en studie inom detta område. Ovanstående information har delgivits samtliga intervjupersoner i samband med intervjuerna.

Redan vid genomgång av kunskapsläget tematiserades den tidigare forskningen. Denna tematisering låg sedan till grund för utformningen intervjuguiden och de

teman som lyfts med intervjupersonerna i den semistrukturerade intervjuguiden. Utifrån detta har studiens utgångspunkt på så sätt varit deduktiv (Alvesson & Sköldberg 2017). Samtidigt har den haft en induktiv ansats då val av teoretiska begrepp gjorts utifrån vad som framkommit under intervjuerna (ibid) Således kan man säga att studien bygger på abduktion, som enligt Alvesson och Sköldberg (ibid) är en kombination av deduktion och induktion, samtidigt som det inte enbart kan förringas till en blandning av dessa två. I en abduktiv process sker en alternering mellan empiri och teoretiska begrepp som succesivt utvecklar varandra för att en djupare förståelse av ett fenomen ska kunna uppnås (ibid). Detta kan kopplas samman med studiens hermeneutiska utgångspunkt som innebär att bearbetning och tolkning av empiri är en dynamisk process som ständigt utvecklas (Kvale & Brinkmann 2020).

Studiens upplägg

Syftet med en kvalitativ intervju är att förstå och skapa mening kring ett fenomen utifrån intervjupersonens perspektiv och kan ses som en interaktion mellan intervjuperson och intervjuare där kunskap om fenomenet konstrueras (Kvale & Brinkmann 2020 s. 17-18). En kvalitativ intervju ansågs därför kunna ge svar på studiens syfte och frågeställningar som handlar om *hur* professionella inom vuxenpsykiatri ser på, och upplever sitt arbete (ibid s. 143).

Empirin i denna studie har samlats in genom semistrukturerade intervjuer och valet av denna typ av intervju gjordes för att skapa en viss struktur med gemensamma teman i samtliga intervjuer, samtidigt som det ger en öppenhet och flexibilitet för intervjupersonerna att själva kunna reflektera och föra intervjuerna vidare i den riktning de själva upplever som relevanta. En annan aspekt i valet av denna metod, är att jag själv i egenskap av intervjuare inte skulle ta för stor plats, utifrån den egna förförståelsen (Bryman 2018). Kvale och Brinkmann (2020) lyfter dock att den öppenhet som semistrukturerade intervjuer innebär ökar risken för ledande frågor, varför användandet av intervjumetoden istället kan få motsatt effekt. Detta är något som hafts i åtanke under intervjuernas gång.

Urval och rekrytering av intervjupersoner

Studiens målgrupp är yrkesverksamma som arbetar inom vuxenpsykiatri eller motsvarande och som inom ramen för sitt arbete på något sätt arbetar med anhörigstöd till patienters barn. Det görs således ingen distinktion mellan olika yrkesgrupper, utan samtliga yrkesverksamma som i någon form arbetade med barn som anhöriga är inkluderade i urvalet. Även om det i tidigare forskning och, till viss del i denna studies resultat, framkommer skillnader i, eller åsikter om, olika professioners förutsättningar att arbeta med barn som anhöriga, så är det inte något som det läggs vikt vid i analysen i denna studie. Syftet med att nedan redogöra för intervjupersonernas professionstillhörighet i detta metodavsnitt bör främst ses som en del i att ge bakgrundsinformation om intervjupersonerna. Intervjupersonerna betraktas i studiens analys främst som en homogen grupp, d.v.s. anställda inom vuxenpsykiatri som arbetar med barn som anhöriga, och inte utifrån eventuella skillnader.

Ett målstyrt urval genomfördes (Bryman 2018) då kontakt med målgruppen etablerades efter genomgång av psykiatriska mottagningar och avdelningar inom den regionala vården samt idéburen sektor, med utgångspunkt i studiens syfte och frågeställningar. Kontakt togs initialt med ansvariga chefer genom mail med bifogat informationsbrev (se bilaga 1) om studien. Kalman och Johansson (2019) lyfter den eventuella problematik kring att ta hjälp av chefer i rekryteringen av intervjupersoner, då det innebär en form av beroendeförhållande som kan påverka både att intervjupersonerna känner sig tvingade att delta i studien och vad de känner sig bekväma med att ta upp under intervjuerna. Övervägandet att trots detta kontakta chefer gjordes då det sågs som en förutsättning för att kunna få kontakt med yrkesverksamma som arbetade med barn som anhöriga. Mailadresser till cheferna inhämtades antingen från verksamheternas hemsida eller genom telefonkontakt med mottagningen/avdelningen. Sammanlagt skickades mail till 31 chefer.

I samband med en av intervjuerna fick jag mailadresser till personer som specifikt har som uppdrag att arbeta med barn som anhöriga på sina respektive arbetsplatser, mail med bifogat informationsbrev skickades även till 27 av de

personerna (en del av dem fanns redan en etablerad kontakt utifrån första rekryteringsförsöket). Rekrytering av intervjupersoner gjordes även genom kontakt med personal inom två verksamheter som jag hade personlig kännedom om och som var behjälpliga med att koppla samman mig med personal inom deras respektive verksamheter som sedan intervjuades, ovanstående kan ses som ett snöbollsurval (Bryman 2018 s. 505).

Intervjupersonerna

Sammanlagt intervjuades tolv yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri eller motsvarande. Elva av de intervjuade arbetade inom den regionala vården och en på en mottagning inom idéburen sektor. Elva av arbetsplatserna var öppenvårdsmottagningar och en var en slutenvårdsavdelning. De yrkesverksamma som intervjuades hade olika professionstillhörighet, åtta var kuratorer, två sjuksköterskor, en skötare samt en verksamhetsutvecklare inom arbetsplatsens barnverksamhet. Samtliga av de yrkesverksamma som arbetade inom regionen hade funktionen barnombud på sin arbetsplats, vilket innebar att de hade ett extra ansvar i arbetet med barn som anhöriga. För enkelhetens skull har begreppet barnombud ibland använts som samlingsbegrepp vid benämningen av de yrkesverksamma som arbetar med barn som anhöriga i resultat/analys, trots att samtliga intervjupersoner inte hade denna titel, men då deras arbetsuppdrag bedöms motsvara barnombudsfunktion. Hur lång arbetslivserfarenhet de yrkesverksamma hade, både generellt inom psykiatri men också från sin nuvarande arbetsplats varierade. Arbetslivserfarenhet inom psykiatri sträckte sig från 2 år till 47 år och samtliga intervjupersoner hade varit på sin nuvarande arbetsplats i minst ett och ett halvt år.

Tabell 1. Information om intervjupersonerna.

Professionstillhörighet	
Kurator	8
Sjuksköterska	2
Skötare	1
Verksamhetsutvecklare barnverksamhet	1

Typ av arbetsplats	
Öppenvårdsmottagning	11
Slutenvård	1
Typ av vårdgivare	
Region	11
Idéburen sektor	1
Antal arbetade år i vuxenpsykiatri	
5 eller färre	5
6- 10	2
11-15	1
16-20	-
21-25	2
26-30	1
30 +	1

Genomförande av intervjuer

Målsättningen var inledningsvis att genomföra åtta till tio enskilda intervjuer och därefter en fokusgruppintervju. Då det till en början var svårt att komma i kontakt med intervjupersoner och p.g.a. hur arbetet med barn som anhöriga var organiserat, blev det svårt att genomföra en fokusgruppintervju inom tidsramen för studien. Samtidigt har mer än en yrkesverksam på vissa arbetsplatser intervjuats (enskilt), och avvägningen gjordes därför att slutligen genomföra tolv enskilda intervjuer för att få tillräcklig bredd i empirin.

Sammanlagt genomfördes alltså 12 intervjuer med personal på nio olika arbetsplatser. Åtta av intervjuerna genomfördes på plats på mottagningar/avdelningar och fyra genomfördes digitalt genom videosamtal på Zoom. Anledningarna till att vissa av intervjuerna genomfördes digitalt var geografiskt avstånd, utifrån intervjupersonens önskemål samt sjukdom/rådande riktlinjer p.g.a. covid-19. Det upplevdes ingen större skillnad mellan de intervjuer som genomförts på plats eller digitalt. De digitala intervjuerna genomfördes med videosamtal, uppkopplingen fungerade bra och intervjuare och intervjuperson kunde både se och höra varandra under hela intervjuens gång, vilket innebar att de efterliknade intervjuerna som genomförts på plats i möjligaste mån (Bryman 2018

s. 590 ff). Samtliga intervjuer tog cirka en timme. Intervjupersonerna fick själva bestämma tid och plats för intervjuerna. Samtliga intervjuer genomfördes under arbetstid och på respektive intervjupersons arbetsplats, detta gäller även vid genomförandet av de digitala intervjuerna. Utöver att chefer kontaktats under rekryteringsprocessen är även detta något som kan ha påverkat om intervjupersonerna kände sig begränsade i vad som kunde lyftas under intervjuerna. Detta upplevdes dock inte som ett problem, utan samtliga intervjupersoner har uppfattas som angelägna att både lyfta fram både positiva aspekter och svårigheter med arbetet.

Under intervjuerna fick intervjupersonerna berätta fritt om sin syn på, och upplevelse av arbetet med barn som anhöriga. Detta resulterade i en form av självanalys under intervjuens gång, d.v.s. att nya upptäckter gjordes av intervjupersonerna själva utifrån de egna reflektionerna. Genom sammanfattningar och tolkningar av intervjuaren fick intervjupersonerna möjlighet att validera, bestrida och vidareutveckla de ståndpunkter som uttryckts under intervjun och sedan tolkats av intervjuaren. Denna process beskrivs av både Kvale och Brinkmann (2020) samt Rennstam och Wästerfors (2015) som en inledning av analysen.

Efter intervjuens avslut transkriberades den. Anledningen till att transkriberingen genomfördes löpande, parallellt med intervjuerna, var främst utifrån tidsaspekten, vilket också var en av anledningarna till att fokusgruppintervju inte genomfördes. Målsättningen med fokusgruppintervju var att återkoppla tolkningen av den insamlade empirin till intervjupersonerna, vilket är ytterligare en del i analysarbetet enligt Kvale och Brinkmanns (2020). Detta genomfördes alltså inte enligt plan, men eftersom transkribering gjordes parallellt med intervjuernas genomförande, så har aspekter som framkommit under vissa intervjuer noterats och lyfts i efterföljande intervjuer för vidareutveckling och fördjupning.

Bearbetning av empiri och analys

Studiens empiriska underlag utgjordes av sammanlagt 152 sidor transkriberat intervjumaterial. Att den insamlade empirin blev så pass omfattande skulle kunna

ses som nackdel för studien, då tidsåtgång till genomförande av intervjuer och transkribering istället hade kunde ägnats åt förberedelse inför- och analys av befintliga intervjuer, vilket skulle kunna innebära att än mer ingående tolkningar hade kunnat göras av varje enskilt intervju (Kvale & Brinkmann 2020 s. 156-157). Samtidigt genererade samtliga intervjuer ny kunskap och nya infallsvinklar som bedömdes vara av relevans för analysen (ibid).

Även om transkribering gjordes löpande under intervjuprocessen så påbörjades ingen ”formell” sammanställning eller bearbetning av empirin förrän samtliga intervjuer var genomförda och transkriberade. I enlighet med Rennstam och Wästerfors (2015) beskrivning av bearbetning av empiri och analys inleddes bearbetningen av materialet med en sortering, på så sätt att det sammanställdes utifrån intervjuguidens teman (se bilaga 4). Därefter gjordes en ny genomgång av materialet, nya kategorier och teman togs fram utifrån de mönster som identifierats i materialet och en del av det reducerades bort. Den slutliga sorteringen av den kvarvarande empirin gjordes utifrån studiens teoretiska ramverk. Här blir det som Alvesson och Sköldberg (2017) benämner som reflexivitet i forskningsprocessen av relevans, då förståelsen för den kontext som tolkningar görs i, d.v.s. både den egna förförståelsens och tidigare forsknings betydelse för både genomförandet av intervjuerna, tolkningen av empirin och i sin tur av val av teoretiska begrepp. Samtidigt möjliggör tillämpningen av studiens teoretiska ramverk fördjupad tolkning och förståelse av empirin.

I redovisningen av resultat och analys har en version av metoden excerpt-commentary units används för att koppla samman empiriska fynd med tidigare forskning och teori (Rennstam & Wästerfors 2015). Resultatet presenteras främst genom citat, men också genom sammanfattningar. En förhållandevis stor andel citat har lyfts in i resultatredovisning och analys. Detta då citaten till stor del är informativa och talande, men också att det framkom en ganska stor variation i intervjupersonernas upplevelser och resonemang. Det är möjligt att en mer deduktiv ansats där även teoretiska begrepp plockats in tidigare i processen hade möjliggjort en mer lätthanterlig analys av empirin, men samtidigt hade detta kunnat innebära att viktiga delar av empirin gått förlorade.

I citat redovisade i resultat/analys har (...) använts för att visa där enstaka ord plockats bort från citatet och (---) där flera ord har plockats bort. Anledningen till att det plockats bort delar av citat är antingen för att göra citaten mer begripliga för läsaren då tal- och skriftspråk skiljer sig åt (Bryman 2018), att delar av citatet inte bedömts som relevant, eller där det framkommit exempel eller uppgifter som har bedömts vara av specifik karaktär, så att det genom dem skulle kunna gå att identifiera intervjupersonerna. En del citat återger delar av intervjun med både intervjuare och intervjuperson, i dessa fall är intervjuaren angiven som I (intervjuare) och intervjuperson R (respondent). I vissa citat har det gjorts tillägg för att t.ex. förtydliga vem eller vad som åsyftas i citat, vilket redovisas med (tillägg: xxx), ... har använts för att beskriva tystnad.

Studiens tillförlitlighet

Tillförlitlighet i studien kan utifrån Lincoln och Cubas kategorisering delas in i fyra underkategorier; trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjlighet att styrka och bekräfta/konfirmera (Bryman 2018 s. 467-470).

Trovärdighet, kan enligt Bryman (2018) jämföras med intern validitet och innebär att studien genomförts på ett trovärdigt sätt. Här spelar faktorer som etiska överväganden och respondentvalidering in. Att intervjupersonernas tankar och reflektioner sammanfattats och återupprepas under intervjuernas gång, är ett sätt att säkerställa att de uppfattats korrekt. Utöver detta användes ljudinspelning under intervjuerna för att minska risken för efterhandskonstruktioner av vad som sagts.

Överförbarhet kan likställas med extern validitet, dvs om studiens resultat kan generaliseras till andra sociala miljöer. Här lyfts resultatets fyllighet fram och ifall beskrivningarna i studien är tillräckliga för att andra ska kunna ta ställning till om resultatet hade kunnat överföras till andra sociala miljöer (Bryman 2018). I resultatredovisning och analys har en betydande mängd citat använts för att illustrera beskrivningar, som ett sätt att visa på fylligheten i empirin i relation till de teoretiska begreppen som används i analysen.

Gällande reliabilitet inom kvalitativ metod menar Bryman (2018) att det kan likställas med Lincoln och Cubas begrepp pålitlighet och innebär att forskningsprocessen genomsyras av ett kritiskt förhållningssätt. För att uppnå detta har en tydlig och transparent beskrivning av studiens genomförande gjorts ovan, för att läsare själva ska få möjlighet att bilda sig en uppfattning om genomförandet. För att tillförsäkra insyn finns även både informationsbrev och intervjuguide att tillgå som bilagor till uppsatsen. En faktor som spelar in i detta är den egna förförståelsen som redogjorts för tidigare i metodavsnittet och i samband med det även de liknande erfarenheter som jag har med intervjupersonerna. Detta kan ses som en riskfaktor i studien då det enligt Kvale och Brinkmann (2020 s. 111-112) finns en risk att forskaren identifierar för starkt med intervjupersonerna vilket kan resultera i en distanslös rapportering av intervjupersonernas perspektiv.

Etiska överväganden

I arbetet med denna studie har Vetenskapsrådets (2017) etiska forskningsprinciper; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet samt nyttjandekravet efterföljts.

I enlighet med nyttjandekravet används den insamlade empirin inte i något annat syfte än till denna studie, vilket intervjudeltagarna också fick information om i samband med intervjuernas genomförande.

Kvale och Brinkmann (2020) lyfter informerat samtycke och konfidentialitet som viktiga etiska aspekter att förhålla sig till i forskningsintervjun och menar att snarare än att de ses som problem som ska lösas, ska de hållas levande och resoneras kring i varje enskild studie, då det inte finns några enkla svar. I enlighet med Vetenskapsrådets (2017) informationskrav, inhämtades ett informerat samtycke, vilket innebar att intervjupersonerna informerades om studiens syfte och utformning, samt om sina rättigheter gällande deltagande, d.v.s. både samtyckeskravet och konfidentialitetskravet (Kvale & Brinkmann 2020; Vetenskapsrådet 2017). Detta gjordes både skriftligt i det informationsbrev som skickades ut i den initiala kontakten och muntligt i början av respektive intervju. Kvale och Brinkmann (2020 s. 109) lyfter vidare att det ibland kan uppstå

motstridigheter mellan konfidentialitetskravet och andra vetenskapliga principer som ligger till grund för studien. Eftersom denna studie har en hermeneutisk utgångspunkt är det intervjupersonernas egna tolkningar och beskrivningar som utgör empirin. Det är därför relevant att till viss del förstå vilka intervjupersonerna är och vilka utgångspunkter deras berättelser kommer från (Alvesson & Sköldberg 2017). Detta måste dock stå i relation till konfidentialitetskravet. Utifrån vad som redogjorts för tidigare i detta metodavsnitt avseende rekryteringsprocessen och genomförandet av intervjuerna är det enligt Kalman och Johansson (2019) av extra vikt att intervjudelatagarnas anonymitet skyddas så att deras delgivna erfarenheter inte kan kopplas till en specifik arbetsplats. En avvägning för att tillgodose både relevans av intervjupersonernas bakgrundsinformation och tillförsäkra dem anonymitet gjordes därför. För att ge en mer sammanhängande förståelse av resultatet angavs vid varje citat vilken intervjuperson (1-12) som sagt det, för att olika citat ska kunna länkas samman till varandra. För att samtidigt kunna ge en mer fyllig bakgrundsinformation om intervjupersonerna gjordes en gemensam presentation av vilka de är och hur de jobbar, för att skapa en förståelse för dem som grupp. Intervjuerna avidentifierades under transkriberingen, vilket innebär bl.a. att namn samt vilken ort intervjupersonerna arbetade på togs bort. Även annan information som bedömdes vara specifik för en viss arbetsplats togs antingen bort eller korrigerades så att det för utomstående inte ska gå att identifiera intervjupersonerna.

Resultat och analys

Nedan redogörs för studiens resultat och analys som delats upp i tre övergripande kategorier med tillhörande teman. Kategorierna kan kopplas till studiens frågeställningar och även om respektive kategoriers teman främst hör ihop med varandra, så kan de också kopplas till andra kategoriers teman och ger svar på flera av frågeställningarna. Under respektive teman återges centrala begrepp som *kursiverats*, dessa kan ses som en form av underteman som redovisas gemensamt under samma tema då det gjorts en integrerad analys av dem. Kapitlet avslutas med en sammanfattning.

Synen på arbetet och det faktiska arbetet

Arbetets legitimitet

Arbetet med barn som anhöriga lyfts som *en viktig del av arbetet* inom vuxenpsykiatri, som har betydelse både för patientens mående och behandlingskontakten som helhet, men framförallt för barnen skull.

Alla föräldrar vill ju vara så goda föräldrar som möjligt och är man inte i bra skick så är man ju orolig för hur det påverkar familjen.

Intervjuperson 2

Barnet blir oroligt och har massa frågor, tar man inte tag i det så mår barnen sämre av det än om man faktiskt förklarar vad som händer för dem och skapar en trygghet kring det. Vi vet att det tar bort mycket ansvar, mycket rädsla om det i en familj har varit ett suicidförsök eller någon mått väldigt dåligt, varit inlagd t.ex. Har man inte pratat om det är det förstaeligt att barnet går omkring och är rädd för det här och hanterar det på det bästa sättet den kan. Men ger man istället information så skapar det en trygghet och barnen mår mycket bättre av det.

Intervjuperson 10

Utöver att det hjälper barn i deras nuvarande mående och situation så ses arbetet som förebyggande, med målsättning att genom uppmärksammande av riskfaktorer och stärka skyddsfaktorer undvika att barnen själva behöver ha kontakt med psykiatri i framtiden.

Det är ju så att man möter många vuxna patienter idag som inte har fått de här insatserna när de var barn och de har stora svårigheter idag.

Intervjuperson 11

Detta är ju ett folkhälsoperspektiv, detta är en förebyggande insats också och vi har massvis av patienter i vuxenpsykiatri idag som själva är uppvuxna med föräldrar med psykisk ohälsa, här vet vi ju om att man själv löper en ökad risk att själv få en ökad psykisk ohälsa om man liksom inte tar hand om det här när man är barn, i familjeperspektivet. Och det är vi ju tydliga och talar om för patienten, att det här vet vi och här gör du något

gott för ditt barn, detta är en skyddande faktor, för ditt barn att vi beaktar detta i familjesituationen. Så det är klart att det är en folkhälsoinvestering i detta också för barnen.

Intervjuperson 1

Flera av de yrkessamma som arbetat länge inom psykiatrin beskriver att arbetet med barn som anhöriga var *långt ifrån en självklarhet* bakåt i tiden.

När jag jobbade då för 28 år sedan så sa man då ungefär, vi håller barnen borta från psykiatrin. De ska skyddas. Det ser vi ju idag att det är lite fel, för de ska ju vara delaktiga.

Intervjuperson 4

I allra första början, en sådan sak som jag har fått berättat att när man började med det här arbetssättet så sa man på mottagningen, nej men vi har ju inga föräldrar. Vi har inga patienter med barn, sedan när man tittade i journalerna så var det ju jättemycket föräldrar.

Intervjuperson 10

Att implementera rutiner för arbetet med barn som anhöriga beskrivs som en långdragen process som till viss del bemötts med motstånd.

Det är så mycket som är trögt, det här har vi hållt på med i mer än 25 år och det är samma jävla frågor, vems ansvar är det, vem ska göra det, är det verkligen vår arbetsuppgift. (---) Det har funnits rätt mycket motstånd. Ett passivt sådant, det är ingen som har gått ut aktivt och sagt att vi inte ska, inte efter 2010 när lagen kom i alla fall, för det kan de inte.

Intervjuperson 2

Från början fanns inte det tänket eller hur ska jag säga. Jag har tvungen att knacka på hos varenda behandlare, har du något barn att bjuda på. Så det har liksom fått gå i den takt det har gått, medan som vi nu har en rutin för det.

Intervjuperson 9

Det framkommer också en upplevelse av att samhällets syn på barn till föräldrar med psykisk ohälsa har förändrats över tid. Att barn som anhöriga nu är en fråga som i större utsträckning uppmärksammas, antas dels bero på införandet av lagparagrafen i HSL år 2010, men också att det numera finns en större medvetenhet i samhället om hur barn påverkas av att vara anhörig till en vuxen som lider av psykisk ohälsa. Detta både utifrån forskning och att frågan generellt uppmärksammas mer.

När jag började i psykiatrien så var det ju inte så att det var någon som brydde sig om att det fanns barn i familjerna. Så 2010 när lagstiftningen kom, hälso- och sjukvårdslagen där man skrev in att vi fick en skyldighet att beakta frågorna då tog jag min chans.

Intervjuperson 1

Exempelvis NKA (tillägg: nationellt kompetenscentrum anhöriga), de här filmerna de har som man kan titta på, men också faktiskt hon Malou, vad är det Efter tio det heter, hon har ju intervjuat många vuxna barn, som har berättat sedan, vad de egentligen saknade som barn. Så jag tror samhället också har ändrat sig med barnen.

Intervjuperson 4

Framväxten av arbetet med barn som anhöriga kan förstås i den moraliska och samhällsliga kontext som det genomförs i. Eftersom arbete i människobehandlande organisationer är av moralisk karaktär krävs legitimitet från samhället för att det ska kunna genomföras (Hasenfeld 2010; Levin 2013). Situationen för barn till föräldrar med psykisk sjukdom var något som över tid upplevdes hade fått större spridning i samhället och mandatet att arbeta med dessa frågor hade därför blivit större. Numera finns det en lagstiftning som säger att verksamheter inom vuxenpsykiatri ska bedriva arbete med barn som anhöriga, vilket kan ses som en grund för arbetets legitimitet. Samtidigt finns det också en värderationell grund för att genomföra arbetet då det anses vara både etiskt och moraliskt viktigt (Weber 1983) för att hjälpa både barn till föräldrar med psykisk ohälsa, och patienterna själva. Att arbeta med barn som anhöriga är alltså något som hade förändrats över tid och det går att se att det skett ett skifte i arbetets legitimitet, vilket också påverkar arbetets faktiska genomförande.

Diskrepans mellan målsättning och det faktiska arbetet

Samtidigt som arbetet anses vara viktigt och legitimiteten för arbetets genomförande har ökat, så är det inte helt självklart att- och hur arbetet genomförs. Statistisk som delgavs under en intervju visar att det i ett upptagningsområde föregående år fanns 1055 barn under 18 år som registrerade i journalsystemet (detta säger dock inget om antal patienter som har barn då en patient kan ha flera barn). Samma statistik visade att det genomförts 65 samtal med patienter angående barns situation och föräldraskap kopplat till psykisk ohälsa under den aktuella perioden, och endast ett enskilt samtal med barn hade genomförts.

En potentiell förklaring till detta skulle kunna vara att det genomförs fler insatser, men att det missas att dokumentera. *Problemet med dokumentation* är något som lyfts i flera intervjuer.

Vi har rätt många barn här, men sedan är det kanske det att vi inte KVÅ-kodar och det är ett bekymmer för då syns det inte vad vi gör.

Intervjuperson 4

Vikten av att dokumentation görs på ett korrekt sätt poängteras också.

Socialstyrelsen gick ju ganska så tidigt ut med att här så måste regionerna också mäta, KVÅ-registreringarna, så att vi gör det vi faktiskt är ålagda att göra. Det är ju fortfarande så att Pelle, Kalle och Anders och så, barnen kommer ju inte ringa till IVO och anmäla att man inte fick, att inte någon frågade hur det var när mamma fick en psykos.

Intervjuperson 1

Både svårigheterna med, och vikten av dokumentation är alltså något som det finns en medvetenhet kring. Detta kan ses som en del i den generella förändring i synen på arbetet med barn som anhöriga, som något viktigt som behövde göras. Det säger också något om synen på själva arbetet med barn som anhöriga, som då dels kan förstås som en värderationell handling (och målrationell för att hjälpa

patienten) då det ses som ett etiskt viktigt arbete (Weber1983), som genomförts även tidigare. I samband med lagstiftning och ökat intresse av arbetet från myndigheter, d.v.s. ökad legitimitet, poängteras dock kravet på dokumentation och att kunna visa att det man är ålagd att göra görs. På så sätt blir arbetet och dokumentationen av det även en målrational handling i syfte att upprätthålla verksamhetens legitimitet.

Det framgår dock att arbetet med barn som anhöriga till viss del kan vara en arbetsuppgift som missas att genomföras av delar i personalgruppen. Ifall frågan om barn som anhöriga uppmärksammades eller ej, beror till viss del på vem i arbetsgruppen patienten träffar.

De (tillägg: kolleger i arbetsgruppen) har sina 45 min och är det då mycket så tänker jag att det är många gånger som man missar fråga kring barn och så. Det är mycket fokus på patienten, symtom och vad man kan göra för patienten man missar liksom och det är inte bara barnfrågan, det är mycket annat runt omkring som missas för att det är en hög arbetsbelastning.

Intervjuperson 5

Där hör man ibland från medarbetare att det är inte alltid man tänker på, man är så fokuserad på den vuxne och dens psykiska ohälsa och så.

Intervjuperson 12

I: Är din uppfattning att det är vanligt förekommande i samtal med patienter att man lyfter frågan om barn och deras situation och föräldraskap?

R: Jag får nog säga ja och nej, för det handlar om vem man träffar.

Intervjuperson 4

Att frågan om *barn som anhöriga prioriteras bort* till förmån för andra arbetsuppgifter p.g.a. tidsbrist är något som stämmer överens med vad som framkommit i både Afzelius (2017) och Hafting et al's (2019) studier.

Samtidigt ses frågan om barn som anhöriga också som *en självklar del i arbetet*, som kommer naturligt att fråga om.

R: Men det här ingår i arbetet, det bara är så.

I: Ja, man får ta sig tid helt enkelt?

R: Ja men det bara är en del av vårt arbete, alltså det ska inte vara så konstigt, patienten är sjuk men den har ju också en vardag och folk omkring sig, det är klart man ska jobba utifrån det.

I: Mm, så du menar att det är en naturlig del i vården?

R: Ja det måste det vara. Det måste finnas den tiden. Faktiskt. Och jag tror ändå att du vinner tid i längden om du gör det från början.

Intervjuperson 6

Är det min patient så är det ju väldigt lätt för mig eftersom jag jobbar med det och det kommer naturligt för mig att föreslå ett föräldra-barnsamtal, om jag märker att det är en patient som mår dåligt och har barn.

Intervjuperson 10

Faktorer som anses kunna påverka om frågan om barn som anhöriga lyfts eller ej är bl.a. tidsbrist, men också ifall det finns en samsyn i personalgruppen och stöd från ledningen i att arbeta med dessa frågor.

Här finns ändå en viss stabilitet i arbetsgruppen, vi är stressade (...) men, förutsättningarna på det sättet med personal och tid är mycket bättre här. Och då jag tänker att genomföra ett samtal med ett barn, det är väll inget man gör i all hast liksom, frågan är hur bra det blir och då är det kanske bättre att inte ha det alls.

Intervjuperson 3

Att det finns inbyggt, alltså implementeringen kring det här, inbyggt i hela mottagningen. Att barnombudsrollen måste vara något som är naturligt. Det finns med i alla processer och så, att man tänker på barn som anhöriga också.

Intervjuperson 5

Jag tror att det krävs en medvetenhet hos hela teamet. Att vi ska jobba för barnen också, för de anhöriga. Och en överenskommelse om att det är åt det hållet vi ska.

Intervjuperson 6

Flera av intervjupersonerna poängterar att de har stöttande chefer som är positiva till utvecklingen av arbetet med barn som anhöriga. Trots en positiv syn från ledningens sida framkommer det, i linje med vad tidigare studier visar (Afzelius 2017: Hafting et al 2019) att konkreta förutsättningar för att bedriva arbetet med barn som anhöriga saknas och att det krävs ett stort engagemang från enskilda yrkesverksamma för att arbetet med frågorna ska komma igång.

R: (...) så säger ju chefer givetvis att vi ska ha ett barnperspektiv, men du ska göra detta och detta och detta...

I: Så man säger att det ska göras, men det ges inte förutsättningar för att det ska göras riktigt?

R: Ja så tror jag att det är.

Intervjuperson 4

Så jag tog ju den frågan och har drivit den, jag har ju inte väntat på att en chef ska komma till mig och säga, nu är det lag på detta kan du ta dig an detta, utan jag har ju gått till chefen och sagt, det är lag på detta, såhär måste vi göra, jag behöver ditt mandat.

Intervjuperson 1

Det är ju liksom ofta så att det är någon eldsjäl och sedan dör det.

Intervjuperson 2

Även professionstillhörighet lyfts fram som en faktor som kan spela in i vem som anses vara bäst lämpad för att arbeta med frågorna och för uppdraget som barnombud. Åsikterna om detta varierar dock mellan olika yrkesgrupper och arbetsplatser.

(---) och att man har en utbildning där man tittar systemteoretiskt, man tittar på en helhet, socionom är rätt så bra på de här bitarna tycker jag.

Intervjuperson 5

Jag hävdar med emfas att det är väldigt bra med en socionom som kan det här med lagar och paragrafer och en sjuksköterska som kan det här med

sjukdomar och symtom, mediciner och biverkningar på dem osv för det är ofta sådana frågor vi får.

Intervjuperson 2

Att ge råd till patienter med barn, det kan vi ju alla göra.

Intervjuperson 4

Ett personligt engagemang och intresse för arbetet med barn som anhöriga är alltså av betydelse både i enskilda möten med patienter men också för hur, och om arbetsplatsen i stort arbetar med dessa frågor. Även detta uppmärksammas i tidigare forskning av bl.a. Zechmeister-Koss et al (2020). Det personliga engagemanget kan ses som en kombination av värderationellt och målinriktad handlande (Weber 1983) då de yrkesverksamma upplever arbetet som viktigt både för barnen och patienternas mående. Olika yrkesgruppers förutsättningar att arbeta med frågan var något som både Tungpunkom et. al (2017) och Viganó et als (2017) studier.

Samtidigt framkommer att en pressad arbetssituation med flera konkurrerande arbetsuppgifter, som värderades olika både i teamen som helhet men också hos enskilda yrkesverksamma, kan ses som en förklaring på varför arbetet inte alltid blir av. Detta kan förstås utifrån den moraliska kontext som arbetet bedrivs inom (Hasenfeld 2010: Levin 2013), alltså att det på vissa arbetsplatser och hos vissa i arbetsgruppen värderades högre att arbeta med dessa frågor, än på andra ställen, i förhållande till andra arbetsuppgifter. Barnombuden som själva aktivt arbetar med dessa frågor upplever att det kommer naturligt för dem, men kan se att andra i personalgruppen inte uppmärksammar frågan i samma utsträckning. Det kan också ses som att det finns en tradition eller s.k. sedvänja (Weber 1983) att inte ställa frågor om barnens situation, då det är denna tradition som funnits i verksamheterna sedan tidigare. Även om det på ett sätt finns legitimitet för att arbeta med frågorna, främst utifrån rådande lagstiftning så finns det också en traditionellt grundad legitimitet för att inte arbeta med frågorna.

Arbetets genomförande

Uppmärksamma, inventera och intervensera

Arbetet med barn som anhöriga består av flera olika arbetsuppgifter och kan delas in i följande tre steg; uppmärksamma, inventera och intervensera.

Vi utgår ifrån HSL där all vård enligt lag ska erbjuda råd, stöd och information till barn som är anhöriga, om föräldrarnas sjukdom och vård och så. Och det är ju något vi ska göra, för vi har ju många patienter med barn. En del i arbetet är faktiskt att uppmärksamma det och inte glömma bort det. Alltså att man behöver vara noga med att dokumentera i journalen om det finns barn och hur gamla de är. Och sedan erbjuder vi ju föräldrasamtal, föräldra-barnsamtal eller barnsamtal. Och det är ju en kortare insats eftersom vi jobbar ju inte med barn. Behövs det mer insatser så slussar vi ju vidare till antingen första linjen eller BUP. Eller socialtjänsten. Men en kortare insats 2-3 samtal ungefär som utgår från en specifik modell.

Intervjuperson 10

Här är inbyggt en rutin som bygger på att alla har ett uppmärksammandeansvar oavsett yrkeskategori så ska man fråga alla patienter som är här: har du barn, när är de födda, man ska också fråga patienten någon gång under dens behandlingsgång här har blivit erbjuden ett barnorienterat samtal. Vi har byggt in som rutin att alla våra patienter som också är föräldrar till minderåriga barn ska få ett barnorienterat samtal som är ett kartläggande samtal, där man beaktar om det finns behov av det som står i lagen, råd, stöd eller information till barn som anhöriga.

Intervjuperson 1

Det initiala *uppmärksammandet* görs antingen redan i samband med remissankomst eller i första besök/samtal med patienten. Då registreras det om patienten har barn, hur många och vilka åldrar. En del arbetsplatser har någon form av rutin för detta och det framkommer att målsättningen för de flesta verksamheter är att alla patienter med barn ska erbjudas samtal kopplat till deras situation. Samtidigt är man från flera håll medveten om att denna målsättning inte alltid uppfylls.

Jag kan ju verkligen inte säga att alla patienter erbjuds det, men det är klart att vi har en ambition att alla patienter som har barn ska känna till detta och kunna ta ställning till, det vore ju jättebra om vi kunde ha det med alla, verkligen, men det har vi ju inte.

Intervjuperson 3

Inventeringen som kommer därefter genomförs antingen direkt i samtal mellan ansvarig behandlare för patienten eller genom samtal hos specifika funktioner (främst barnombuden) som arbetar med denna typ av kartläggande samtal. Dessa samtal kallas ofta för barnorienterade samtal, här pratar man generellt om patientens hem- och familjesituation, hur barnens situation ser ut och vad de känner till om föräldrarnas psykiska mående.

Många patienter vill dölja det för sina barn vilket ju är en helt normal reaktion, att man inte vill visa att man är ledsen, nedstämd eller har ångest, men vi vet ju att barnen påverkas av det på olika sätt. Så det är upplagt så att det är väldigt informativt och ett första samtal med föräldern kan ju vara att man utforskar lite hur har föräldern pratat med sina barn, vissa gör det kanske jättemycket ändå och vissa gör det kanske inte alls. (---) Och då förklarar vi för patienten att vi vet att det är bra att informera barn och på liksom rätt nivå utifrån barnets ålder och utveckling såklart. Och på vilka sätt man kan göra det, man kan prata med sina barn om depression eller ångest och då finns det material och det finns filmer på hemsidor som man kan visa, som man kan visa för sina barn och så.

Intervjuperson 10

Samtidigt lyfts att gränsen för denna arbetsuppgift kan uppfattas som oklar, och det poängteras att även om man ska kartlägga situationen så kan man inte gå in och utreda den.

Vi har absolut ett ansvar att lyfta barnens situation och hur det här med psykisk ohälsa påverkar barnen och familjen liksom absolut, men var gränsen går någonstans? Vi ska ju inte in och utreda hur de har det, utan har vi en oro så är det socialtjänstens uppdrag att utreda det. Och det är ju ett dilemma liksom. Vart går vårt uppdrag någonstans?

Intervjuperson 11

Den efterföljande *interveneringen* kan därefter ske på olika sätt. De två vanligaste är att uppmärksamma och stödja barnens situation genom samtal med patienten/föräldern och genom gemensamma samtal med patient/förälder och barn. Även de gemensamma samtalen med patient/förälder och barn kan ibland kallas för barnorienterade samtal.

80 % av det barnorienterade arbetet och att jobba med risk- och skyddsfaktorer det gör vi genom föräldern.

Intervjuperson 1

Vi träffar ju barnet tillsammans med föräldern antingen då på barnorienterade samtal eller på en Beardslees.

Intervjuperson 2

Att träffa barnen tillsammans med föräldern lyfts som en fördel för att stötta föräldern i att själv berätta om sitt mående.

Det är ju därför som vi träffar dem tillsammans så att föräldern själv får berätta och ställa frågor.

Intervjuperson 2

I enstaka fall och endast på vissa arbetsplatser kan barnen erbjudas ett begränsat antal enskilda samtal eller andra stödinsatser. Utöver dessa tre former av stöd till barn som anhöriga lyfts samverkan med exempelvis socialtjänst, skola och BUP som en viktig del av arbetet.

Syftet med att samtala med patienters barn (både enskilt och tillsammans med föräldern) är framförallt att *skuld- och skamavbürda barnen*.

Det är barnet i fokus och jag tänker att en sådan sak som att olika barn reagerar olika utifrån vilken ålder det är, små barn är det ju mycket att man tänker att man själv har gjort fel eller att man behöver vara annorlunda för att föräldern ska vara gladare. Man lägger mycket skuld på sig själv. Är det äldre barn så kan det ju vara att man tar ett för stort ansvar och inte får

vara barn riktigt. Och är det liksom ännu äldre barn, eller ja det behöver det ju inte vara nuförtiden, men jag menar barn söker ju information på nätet och då är det viktigt att barnet har rätt information, så det erbjuder vi här då.

Intervjuperson 10

Fantasin kan skapa så galna grejer och skam och skuld liksom.

Intervjuperson 7

Även att ge information om förälderns sjukdom och vara ett stöd i svåra samtalsämnen för både patienten och barnet lyfts som viktiga delar i samtalen med patienters barn.

Ibland kan man ju säga till barnet, vad är det värsta som skulle kunna hända? Och ibland säger barnet att det är att mamma eller pappa skulle ta livet av sig, man har kanske det, ont i magen varje dag när man ska komma hem från skolan och så. Och när den frågan är lagd, då finns ju den på bordet. Så då oftast känner ju patienten stöd hos oss. Och det gör ju barnet också, så vi får ju lotsa i det.

Intervjuperson 6

Det man vet är att fantasin är oftast mycket värre än verkligheten, det barn inte vet det gör de en fantasi om och den är mycket värre. Och då kan vi liksom ta hit barn.

Intervjuperson 7

Ett annat viktigt syfte med att erbjuda samtal till patienters barn är att de ska känna sig sedda.

Vi måste i alla fall uppmärksamma. Även om jag sitter i tre samtal och inte får ut någonting så har jag i alla fall sagt att jag ser dig och jag förstår att det här måste vara jobbigt. Säger barnet nä men det är inte så farligt, så har jag ändå sagt det och visar på att jag ser. Sedan kan vi inte göra mer.

Intervjuperson 6

Samtidigt lyfts också vikten av *lyhördhet kring barnens egna önskemål* och att man inte vill skapa en pressad situation där barnen behöver ta del av information som de inte ville ha.

Det finns ju de barnen som är för blyga. Då går det inte att trycka fram någonting, men då har vi startat något och det är inte alla som svarar, hur mår du, det är inte alla som svarar, men får man frågan tillräckligt många gånger så kanske man svarar i något forum. Det är ju också en del av det vi gör.

Intervjuperson 7

Jag tänker mycket på utifrån barnkonventionen att barns rätt att få information men det är också barns rätt att slippa få information om man inte vill ha det, så det får man ju också försäkra sig om. Känner du att du vill veta mer om din mammas mående? Nej det vill jag inte. Nej, då respekterar vi det.

Intervjuperson 1

Att stöd till barn som anhöriga kan vara utformat på olika sätt är något som även bekräftas i Fosters et al's (2016) studie. De yrkesverksamma i denna studie arbetar främst med *psykoedukation* samt *emotionellt och socialt stöd* till patienterna och barnen, genom kortare kontakter. Ibland erbjuds också lite omfattande insatser som t.ex. Beardslees familjeintervention, eller barn-/föräldragrupper. Beskrivningen av arbetets genomförande som framkommer i denna studie stämmer överens med de första stegen i Goodyear et al's (2015) insatstrappa och arbetet med barn som anhöriga kan utifrån detta ses både som ett upprätthållande och ett förändrande arbete, beroende på vilka former av stöd som erbjuds (Hasenfeld 2010). Både att uppmärksamma, inventera och intervensera kring patienters barn kan ses som målrationella handlingar (Weber 1983) i syfte att förbättra deras situation (och uppfylla sin lagstadgade arbetsuppgift). Dessa mål är dock nära sammankopplade med värderationella handlingar, då arbetet anses vara av etiskt vikt. Samtidigt kan arbetet också ses som affektuellt handlande, vilket det kommer redogöras för mer ingående längre fram i denna analys.

Något annat som poängteras som en viktig del av uppdraget är *att hålla arbetet med barn som anhöriga levande*. Att ha en konsultativ funktion i teamet och ge information till nyanställda samt regelbundet påminner om att fråga och uppmärksamma patienters barn på temamöten lyfts fram som en nyckelfunktion i arbetet.

Ibland kan det vara så att någon har glömt, alltså för att man är uppe i något och så är det någon som säger ja men barnen, ja just det nu gjorde jag så och sedan har jag glömt bort det, men jag tar en kontakt. Så att jag tror att det är en del i att vi håller saker levande och tänker mycket anhörigperspektiv och anhöriga är även barn. Så att det är det liksom som vi jobbar med.

Intervjuperson 6

Samtidigt lyfts att även denna del av uppdraget är något som i vissa fall fallerar.

Dels att man glömmet bort det, och dels att vi kanske inte hinner informera personalen om det, det kommer många nya läkare, det är svårt att hitta en rutin för introduktion. Jag och min kollega för introducera allt eftersom, med ny personal och nya läkare. Och det behövs ju också hållas levande, den informationen. Man behöver göra det ofta kanske.

Intervjuperson 10

En utmaning med att hålla arbetet med barn som anhöriga levande är *förekomsten av personalomsättningar*. Vikten av stabilitet i arbetsgruppen betonas som avgörande för implementeringen och genomförandet av arbetet med barn som anhöriga.

Jag tror att vi kommer långt med mycket, är att vi är en arbetsgrupp som nästan inte har bytts ut.

Intervjuperson 6

Hög personalomsättning lyfts som en främst negativ faktor för arbetet med barn som anhöriga som gör att arbetsuppgifter och försök till att skapa rutiner faller bort.

Då gjorde jag en deal med de sekreterarna där och jag sa tom du kan bara bevaka (tillägg: skicka meddelande) mig när det kommer nya remisser så kan jag själv titta i journalen ifall där finns barn, sedan blev det semestrar och det var sekreterare som var sjukskrivna och sedan gjordes det om vilka sekreterare som jobbade i vilka team, och så slutade chefen så därför försvann det.

Intervjuperson 8

Samtidigt är personalomsättningar naturligt förekommande på arbetsplatsen i form av läkare under utbildningstjänst.

Det som också händer när det är mycket personalombyte och vi får in ST-läkare och AT-läkare och så, att då det som många som är här vet om, det försvinner bort när det kommer ny personal, för det är ingen information som lämnas vidare på något sätt. Så det påverkar ju också.

Intervjuperson 8

Det lyfts också att ny personal kan komma in med pigga ögon i verksamheter där det annars går trögt med implementeringen av arbetet.

Nu har vi träffat väldigt många patienter som någon doktor har träffat och det är ju för att de kommer hit och ser mer friska ögon, ah ni har barnombud här vad bra,(--)Och de kommer och är sugna på allt möjligt, aha okej hur gör ni med det och vi gör såhär, tjofftjoff så får vi familjer, eller tips på familjer.

Intervjuperson 2

Personalomsättningarna kan alltså bero både på att personal säger upp sig, men är också en naturlig del i verksamheterna i form av läkare under utbildningstjänst som endast stannar i kortare perioder. Dessa läkare är dessutom de som ofta träffar patienterna vid nybesök där frågan om barn ska uppmärksammas.

På ett sätt finns det alltså legitimitet (Hasenfeld 2010; Weber 1983) för arbetet med barn som anhöriga i form av rådande lagstiftning, rutiner och tradition i de olika verksamheterna. Upprätthållandet av rutiner och genomförandet av arbetet försvåras av att ny personal kommer in och inte känner till dessa. Samtidigt kan man också tolka detta som att det finns en legitim ordning för att inte arbeta med dessa frågor, eftersom det är en arbetsuppgift som nyanställda inte alltid introduceras i och därför, kan antas vara mindre viktig eftersom den tillåts att glömmas bort, vilket som kan ses att det finns en traditionell legitimitet för underlåtenhet att ställa dessa frågor. Detta bekräftas också av det sista citatet, d.v.s. att det inte alls behöver vara så att nyanställda missar att ställa dessa frågor, utan istället kan vara de som tar till sig rutinen, jämfört med andra yrkesverksamma som arbetat länge inom verksamheten.

Ett alliansskapande och emotionsstyrt arbete

Att försöka *skapa en relation* till patienten anses vara en viktig del i arbetet och görs på olika sätt både i samtal med patienter och barn. Att hitta en balansgång i att normalisera och samtidigt inte negligera patienternas problem kopplade till barnens situation ses som viktigt.

Så länge man utgår från barnet så att det inte blir att man kommer med pekpinnar. Men kan man också prata generellt att här brukar det vara jobbigt i de här situationerna, så brukar det ändå tas emot väl. Jag tänker många patienter känner nog, det är inte bara jag. Det tar bort lite skam och skuld.

Intervjuperson 8

Jag brukar också komma med något exempel och ibland kan man vara lite mer personlig och bjuda på; såhär hade vi det i min släkt eller min familj och någon jag känner hade det såhär, såhär blev det. Man liksom visar på att, istället för att säga du har fel vi vet att barn känner till så kan man liksom ge exempel och ofta så säger de, ja men jag vill ju att de inte ska märka men det är klart.

Intervjuperson 2

Vi brukar ställa frågor som kan du beskriva en generell dag och då istället för att jag säger att du fungerar inte som förälder så; det här låter ju som att det är en väldigt tuff situation, för att när det är medvind så är det lätt att vara människa för alla, och när det är tufft då är det tufft för alla.

Intervjuperson 7

Hjälpmedel i arbetet som används för att underlätta är ofta informationsmaterial som kan användas både i samtal, men också kan lämnas ut till patienter och barn för att själva läsa hemma. Att skapa en välkommande och avdramatiserad samtalsmiljö är också viktigt, här lyfts även fika fram som en viktig komponent i mötet.

Vi ju massor av material till både våra patienter men också barnen som vi använder oss av. (---)och en del har vi använt när vi har familjesamtal, att vi använder oss av böckerna och materialet, det är ju så, man behöver inte hitta på allting. Utan vi kör av det materialet som finns. (---)sedan har vi gjort kort (...) vi skrivit till exempel, hur känns det när man är ledsen, vad gör du när mamma är arg eller massor av sådana och så lägger vi det i mitten och så drar alla deltagare, och så får man prata om det. Och de har varit jättepopulära, och då är vi också med alltså personalen är med och drar när det handlar om anhöriga och det har varit jättepopulärt. Och då blir det liksom, man får in jättemycket information utan att någon tänker på att vi får in information, så det har varit jättebra.

Intervjuperson 6

Det vi har gjort klart för oss är att det blir överhuvudtaget inget samtal om man inte har fika. Fika. Alla minderåriga barn måste ha fika.

Intervjuperson 6

Att använda sig av en metod som t.ex. "Beardslees" eller "Föra barnen på tal" där det finns färdiga frågemanualer ses både som ett stöd för en själv i samtalen och kan ha en avdramatiserande funktion på patienten/barnet då det framgår att det inte är den yrkesverksamma själv som hittat på frågorna i det specifika samtalet.

Så är det med allt material. Det är jättebra att ha när man inte själv vet hur man ska gå tillväga. (---)Och det är bra för familjen också för då ser de

jaha hon har inte gjort det här, det är någon annan också som har fått utstå detta.

Intervjuperson 6

I det alliansskapande arbetet blir vikten av en tillitsfull relation mellan yrkesverksam och patient tydlig och det visar hur de yrkesverksamma använder sig själva som verktyg i arbetet. Det relationsskapande arbetet kan ses som en målrationell handling (Weber 1983), då det är en avgörande faktor för patientens upplevelse som även kan påverka utfallet av kontakten (Hasenfeld 2010). Vidare framkommer att det utöver hur de yrkesverksamma använder sig själva som verktyg i arbetet, kan finnas fördelar med tryckt material eller en redan befintlig modell i samtal med och om barn som anhöriga. Användandet av detta kan resultera i upplevelsen av att yrkesverksam och patient/och eller barn gemensamt bildar en allians gentemot informationen och frågorna som redan står i materialet och därför "måste" tas upp. Det kan också ses som ett sätt att öka arbetets legitimitet då det visar på att dessa ämnen och frågor är något som lyfts inte bara i det specifika samtalet utan även med andra.

De yrkesverksamma uttrycker i hög grad empati både för patienter och deras barn och vikten av att validera dem i situationen poängteras. På så sätt kan de *yrkesverksammas emotioner* ses som en viktig tillgång i arbetet med barn som anhöriga.

Alltså det var ju så gott, vi vart ju alldeles tårögda när den här lille ungen sa; det är aldrig barnens fel. Yes, vi har nått fram, fastän det inte riktigt kändes så i rummet.

Intervjuperson 2

En risk som framfördes med detta är dock att man kan bli för känslomässigt engagerad.

Ibland så hamnar man ju i det, att man vill göra så himla mycket och man fastnar i att det inte går och sedan tar man på sig något som inte är vårt. Det händer. (---) Sedan tror jag, hos mig är det såhär att jag måste backa. Att släppa, det har jag jättesvårt för. Och då hamnar man ibland i klistret, så det är också en utmaning.

Intervjuperson 6

Så har vi då barn som lever med liksom föräldrar som är sjuka och har helt andra förutsättningar, alltså den är lite svår. För man vill ju att alla barn ska ha det så bra, och den är jättesvår, och den tar ju. Man börjar böla bara man pratar om det.

Intervjuperson 8

Den empatiska förmågan var viktig i arbetet och det kan ses som att de gavs möjlighet att utöva emotionell organiserad omsorg i arbetet, vilket också resulterade i ett starkt engagemang som ibland kunde upplevas som för starkt (Hasenfeld 2010, Lopez 2006). Det alliansskapande arbetet är alltså inte enbart en målrationell handling (Weber 1983) utan kan också ses som en affektuell handling utifrån den empati och omsorg som finns både för patienter och deras barn.

Vidare upplever de yrkesverksamma att det finns mycket *känslor hos patienten*, främst skuld och skam men även rädsla, gällande frågor om deras familjesituation. Dessa hänger ihop med varandra då rädslan både kan vara kopplad till skuld och skam, men kan också handla om en oro för att ens barn ska bli omhändertagna av socialtjänsten.

Oftast så tror jag att det handlar om att patienten inte har berättat hur det är att vara sjuk. Finns mycket skuld och skam kring det.

Intervjuperson 6

I: Du nämnde att det inte hade skett så många samtal. Tror du, vad tror du är anledningen till det?

R: Rädslan...

I: Rädslan, hos?

R: Delvis att känna att du är en dålig förälder och att få insyn i familjen kan vara ett hinder och en dålig erfarenhet, att det som sägs hemma ska inte komma ut eller vad det kan vara för något, man har haft en dålig erfarenhet, rädslan helt enkelt att mina barn ska bli omhändertagna.”

Intervjuperson 4

Intervjupersonen utvecklar vidare hur rädslan är kopplad till känslor av skuld och skam hos patienterna och lyfter även att dessa känslor oftast var som starkast inför samtal, men att det i själva samtalet brukar uppskatta det mycket.

För det jag upplever som är problem är att många är väldigt mycket skamfyllda när man är förälder och psykiskt sjuk. Att det är väldigt tungt för dem att även dra i den... För man vill inte gärna se att det skulle kunna påverka, fastän många av samtalen handlar om att stärka och berätta och titta på de skyddande faktorerna och se till att det här fungerar faktiskt. Så av många gånger är det av rädsla de tackar nej(---) kommer de väl på samtal så brukar de tycka att det är jättebra.

Intervjuperson 4

Vissa är ju väldigt öppna direkt och pratar väldigt vitt och brett liksom. Sedan andra, ja blir oroliga, de nästan kopplar det till att det är någon sånär socialtjänstsituation, jamen ska jag bli anmäld nu, och håller tillbaka lite. Så där blir det viktigt att jobba för att hitta en allians och en bra kontakt med patienten. (---) Mm, men jag tycker nog generellt att det fungerar bra, så länge man utgår från barnet så att det inte blir att man kommer med pekpinna. Men kan man också prata generellt att här brukar det vara jobbigt i de här situationerna, så brukar det ändå tas emot väl. Jag tänker många patienter känner nog, det är inte bara jag. Det tar bort lite skam och skuld.

Intervjuperson 8

En annan aspekt som lyfts fram är att patienterna vill värna barnens situation och inte belasta dem med sina egna problem eller hoppas att barnen inte ska minnas svåra saker.

I en sånär missriktad omsorg att man inte vill att barnen ska behöva lyssna på sådant eller komma ihåg sånt, eller att man tänker att de var så små, de minns inte det här.

Intervjuperson 9

Jag tror många föräldrar är väldigt försiktiga och rädda för att man tänker att man ska göra mer skada än nytta. Det är en ganska vanlig reaktion att

man tänker ja men mitt barn kommer inte må bättre av att jag berättar allt det här, jag vill inte lägga det i mitt barns knä. Att det skapar känslor av oro.

Intervjuperson 10

Även om ovanstående ofta anses vara den främsta anledningen till att det finns ett motstånd hos patienter att prata om sin familjesituation och barn så upplever de yrkesverksamma att patienter till stor del är hjälpsökande kring dessa frågor och önskar stöd.

De flesta är ju väldigt hjälpsökande, att de vill ha stöd för sina barn.

Intervjuperson 8

Upplevelsen av rädsla och motstånd hos patienter beskrivs t.o.m. som en fördom som främst finns bland de yrkesverksamma själva.

Det är ju i princip nästan aldrig några som helst problem, det är ju vuxenpsykiatriens största myt skulle jag vilja säga (---) Nämen tänk om de tänker att vi är socialtjänsten och ifrågasätter föräldraförmåga och man vill inte detta och då blir man rädd. Men det är ju personalens uppfattning om detta. De allra flesta föräldrar vill prata om sina barn, har själv tänkt de här tankarna, alltså det är väldigt få som bokar av sådana här samtal eller uttrycker att det här var det värsta jag har varit med om. Ja nej så att det är verkligen inget problem.

Intervjuperson 1

Rädslan beskrivs alltså på flera olika sätt och anses handla om olika saker. Dels kopplade en del patienter samman begreppet barn som anhöriga, med barn som far illa och var rädda för att deras föräldraskap skulle ifrågasättas och att barnen skulle omhändertas av socialtjänsten. Till stor del upplever de yrkesverksamma dock att rädslan hos patienter är kopplad till skuld och skam över det psykiska måendet samt hur det kan påverka föräldraskapet och barnens situation, vilket även framkommer i Hafting et al's (2019) studie. För att förstå hur framförallt patienternas, men till viss del också de yrkesverksamma känslor påverkar relationen/alliansen och därmed också arbetet med barn som anhöriga, så kan

relationen förstås utifrån Scheffs (2010) teori om sociala band. Både patienten och den yrkesverksamma har en drivkraft i att upprätthålla detta sociala band och känslan av skam är ett hot mot bandet. Patientens rädsla och känslor av skuld och skam är därför en förutsättning som yrkesverksamma behöver förhålla sig till.

Den skam som patienten känner kan göra att hen undviker samtal om barn som anhöriga och som yrkesverksam behöver man därför arbeta aktivt med att validera patientens situation, normalisera de upplevda svårigheterna och stärka patienten i sin situation. På så sätt kan det sociala bandet stärkas genom ökade känslor av acceptans och t.o.m. stolthet. Även om alliansen mellan yrkesverksam och patient inte är jämlik så finns det en ömsesidighet i den. Den yrkesverksamma har också en ambition av att upprätthålla det sociala bandet, d.v.s. alliansen. Detta kan ses som stolthet när man känner att man lyckats i sitt arbete och skam om man misslyckats med att skapa och förvalta en allians med patienten. Även med utgångspunkt i Scheffs (2010) teori om skam och stolthets betydelse för sociala band kan det sociala handlandet i relationen med patienten förstås som affektuellt och värderationellt handlande (Weber 1983).

Utifrån ovanstående så kan betydelsen av allians med patienten ses både som *ett hinder och en möjlighet* för arbetet med barn som anhöriga. Att ha en god relation med patienten och att använda sig själv och sina emotioner i arbetet, s.k. organiserad emotionell omsorg (Hasenfeld 2010; Lopez 2006) är en förutsättning för att nå fram till patienten. Samtidigt kan ett fokus på att primärt värna alliansen riskera att yrkesverksamma undviker att lyfta frågan om patienters barn p.g.a. rädsla för att göra sig obekväma och utifrån vilken information som eventuellt skulle komma fram, och hur denna då skulle behöva hanteras. Dock är detta något som upplevs ha blivit bättre över tid. Den generella upplevelsen är att frågorna lyfts och att orosanmälningar till socialtjänsten görs vid behov och att det ses som ett led i att hjälpa patienten och på sikt förbättra familjens situation.

Ja men jag tänker att en del personal är rädda för att fråga de här frågorna, för det innebär också att kommer något fram så måste man orosmäla och den är motig för många. Så jag tror att det finns en viss rädsla också, faktiskt.

Intervjuperson 8

Jag tycket att våra nya doktorer har blivit bättre på att fråga, sedan har det varit, fast jag tycker det har blivit bättre, men många gånger har det varit som en röd tråd, för det handlar ofta om börjar jag prata med barnen så börjar jag tänka, men behöver jag göra en orosanmälan och kan jag då förstöra alliansen med patienten, då väntar vi. Men det har blivit bättre, innan var det liksom det kan vi inte göra, alliansen, alliansen och så tänker man hur mår barnet hemma?

Intervjuperson 4

Senare under intervjun återkommer vi till samma tema som intervjupersonen får vidareutveckla sina tankar kring:

I: Jag tänkte det här som du också nämnde innan med alliansen att det fanns en rädsla för att alliansen med patienten skulle förstöras, vad är din upplevelse kring det?

R: Det har blivit bättre, men innan var det ju, vi väntar, vi är påväg att bygga alliansen, det här kan bli förstört. Och det kan ju vara i början, så kunde jag väl hålla med om det, men sedan när man fick mer kunskap, liksom det här med barn som anhöriga, så tycker jag att man blev provocerad. För jag tänker det är klart att jag vill ha alliansen, men hur mår barnet där hemma?

I: Mm, men också, är din uppfattning att alliansen blir förstörd?

R: Nej, alltså patienten blir ibland arg såklart om det leder till en orosanmälan, det är ju det, för stunden, men sedan när man ser...

Intervjuperson 4

Även om orosanmälningar numera görs i större utsträckning så anses det fortfarande vara en svår arbetsuppgift som behöver hanteras med finkänslighet.

Det där är en grannliga uppgift för man vill ju inte tappa arbetsalliansen med patienten.

Intervjuperson 2

Jag försöker ju också att avdramatisera, för många, så fort man säger socialtjänsten så tror ju många att nu ska de ta mina barn, och de gör de ju så ofta (tillägg: ironi), så jag försöker vända det till att ni kan få hjälp och stöd och att det är faktiskt det dem är till för, och de är till för att se till barnets bästa och liksom vad familjen behöver, så jag försöker hela tiden vända det, att det är en möjlighet att få hjälp.

Intervjuperson 8

Samtidigt framkommer det, som även tidigare citat visar, att trots att orosanmälningar initialt kan resultera i en skadad relation till patienten så är det något som över tid, generellt kan repareras och i vissa fall till och med fördjupa alliansen med patient och familj.

Då var de såklart arga och ledsna, mamman och pappan på mig. Men jag återfick kontakten med mamman eftersom hon fortsatte att vara patient här. Och ja var med henne lite på soc ibland och var med också när de hade umgänge med barnen, och fortsatte träffa flickan, hade stödsamtal med henne. Så det lagades under tiden, det gick bra.

Intervjuperson 9

Genomförandet av orosanmälningar kan ses som en målrationell handling som kan kopplas samman med Svenssons (2021) resonemang om vissa arbetsuppgifter som upplevs besvärande i stunden men på lång sikt förväntas resultera i något positivt. Det kan också ses som en affektuell handling (Weber 1983) i de fall yrkesverksamma underlåter att lyfta fråga p.g.a. rädsla, eller en värderationell handling utifrån ett barnrättsperspektiv. Den tveksamhet som beskrivs kring att lyfta obekväma frågor med patienten kan alltså förstås som ett sätt att undvika att framkalla känslor av skam hos patienten. Det kan också resultera i att man behöver vidta åtgärder kring patientens situation som riskerar skada alliansen/det sociala band, vilket skulle kunna framkalla känslor av skam hos den yrkesverksamma (Scheff 2010). Samtidigt kan det också ses som ett sätt att vilja bevara tilliten i relationen mellan yrkesverksam och patient, som enligt Hasenfeld (2010) är av vikt för att uppnå resultat i arbetet.

En försvårande faktor i arbetet med barn som anhöriga är att det inte bara är patienten som behöver vara med på banan utan också barnen själva och deras andra vårdnadshavare. Att få samtycke från patienten går ofta smidigt och upplevs inte som ett problem. Däremot kan *samtycke från den andra vårdnadshavaren* sätta käppar i hjulet. De yrkesverksamma upplever att detta kan bero på okunskap/rädsla för psykiatrin men också p.g.a. konflikter mellan vårdnadshavarna.

Det som kan vara problem med samtycke är i och för sig om det är skilda föräldrar. Vi får ju inte prata med barn som har två vårdnadshavare där en vårdnadshavare säger nej jag vill inte. För man är kanske orolig då, ja psykisk ohälsa, man vet ju inte alltså det är väldigt mycket okunskap och rädsla i det fortfarande. Att man ska ge för mycket information till barnet, oro dem och så. Och sedan kan det vara konflikter, det behöver inte ha med den psykiska ohälsan att göra, utan konflikter mellan föräldrarna och patienten orkar inte dra i det med sin ex-partner. Att få in ett medgivande och att det kan falla på det faktiskt, det har jag haft flera som sagt, nej behövs bådas medgivande så får det vara.

Intervjuperson 5

Jag tror det gick nästan ett och ett halvt år innan den frånskilda partnern då gick med på, och då har vi pratat i telefon flera gånger och jag har berättat vad vi ska göra, hur vi gör det och sagt att du är jätteväkommen(...)

Intervjuperson 2

Detta kan förstås utifrån att det i kontakt med patienten har byggts upp en tillitsfull relation och att det byggts upp en gemensam legitim grund (Weber 1983) för att involvera barnet i kontakten, men att det, av naturliga skäl inte finns möjlighet att arbeta med detta på samma sätt med den andra vårdnadshavaren.

Utmaningar i arbetet

Att beakta både patientens och barnets perspektiv – en dubbelhet i arbetet?

Att både beakta patienten och barnens situation skulle betyda en form av *dubbelhet i arbetet* bekräftas till viss del i denna studie, även om det inte upplevs som ett stort problem.

Det är ju svårt och det är ju viktigt att vi inte glömmer att det är den vuxne sjuke som vi är till för även om det finns barn. Och trots att det är den sjuke så måste vi ta hänsyn till barnen, vi måste göra det. Och jag tycker det känns ganska enkelt.

Intervjuperson 6

Att hjälpa patienten att prata med sina barn ses snarare som en del i behandlingen för att förbättra patientens mående samtidigt som det huvudsakliga syftet med arbetet är att fånga upp och stötta patienters barn.

Min upplevelse är att det avlastar föräldern som inte behöver gå med de här tankarna kring hur föräldrarnas psykiska ohälsa påverkar barnet negativt.

Intervjuperson 10

Om man tänker helheten, vi har ju ändå liksom en familj, det är ju oerhört viktigt liksom hur det är hemma, att det påverkar jättemycket hur patienten mår, att det fungerar hemma och i familjen.

Intervjuperson 11

Dubbelhetens betydelse skiljer sig, då arbetet med att uppmärksamma och samtala om och med barn som anhöriga är organiserat på olika sätt. Antingen är det en funktion som ligger på specifika personer i arbetsgruppen, eller ett ansvar som omfattar samtliga i personalen.

Det vanliga är väll att vi får uppdrag från patientens behandlare; den här patienten är intresserad av att träffa er, och kanske har eller är liksom lite orolig för sina barn eller vill bara veta vad är det vi gör eller ja, så att vi får uppdrag från våra kollegor egentligen mest skulle jag säga.

Intervjuperson 3

Det är inte så att jag per automatik kommer in och berättar vad kan vi erbjuda som barnombud här, utan för att alla ska ha barnperspektivet, annars finns det en risk att det bara blir få. Det kan vara bra ibland, men jag tror ändå att det kan vara bra att alla vet vad man ska göra.

Intervjuperson 4

Det kan ses som en fördel i arbetet att vara den som har kontakt både med patienten och barnen.

Ibland är det den väldig fördel att man känner patienten om det är en krånglig problematik så är det ibland lättare. Jag vet att vi hade någon idé om att vi inte skulle ta våra egna familjers eller patienters barn, men ibland så har det ju vart, ja jag tycker inte att det har varit ett problem, jag tycker att det har varit en fördel.

Intervjuperson 2

Samtidigt som det också kan ses som en fördel att rollen blir tydligare om man endast träffade patienten specifikt för insatsen barn som anhöriga.

(---) även om jag såklart då med mina egna patienter har fokus på barnen så har vi ju även en annan behandlingskontakt liksom, så det blir kanske väldigt mycket tydligare kanske, för då kommer ju patienten till mig för att ha ett barnorienterat samtal.

Intervjuperson 11

Fördelar med att ha en specifik funktion är alltså att man dels kan specialisera sig på arbetet, men också att det finns en förhoppning att fler i personalgruppen initialt uppmärksammar patienters barn om de därefter kan lämna över själva inventeringen och interveneringen till någon annan. Samtidigt kan detta arbetssätt bli sårbart då det endast finns få i teamet som arbetar aktivt med frågorna, och att man blir beroende av andra professioner i teamet för att få till sig patienter med barn att arbeta med. Fördelen med att kompetensen fanns i hela teamet anses därför vara att den minskar sårbarheten kring frågorna om någon skulle bli sjuk eller sluta. Däremot tar det längre tid innan ett sådant arbetssätt implementeras

i hela teamet, vilket resulterar i att samtliga patienter med barn ändå inte erbjuds stöd.

Två andra utmaningar i att hantera dubbelheten i arbetet som lyfts i tidigare forskning (Afzelius 2017: Leviner 2019: Kejving, Sandlund & Pihkala 2014) är att avgöra *vilken information som kunde lämnas ut till barnet om patientens situation* och dels *hur eventuell information som uppkom i samtal med barnen kunde hanteras*.

Att ha ett gemensamt samtal med förälder och barn lyfts i denna studie fram som positivt och välfungerade arbetssätt för att hantera detta. Då fick patienten/föräldern själv möjlighet att berätta om sitt mående, men med stöd av den yrkesverksamma. Samtidigt kunde det i vissa fall bli problematiskt om föräldern delade med sig av för mycket information eller inte riktigt hade förstått syftet med samtalen.

Det är väll i så fall om det är någon förälder som är väldigt distanslös och berättar för mycket. Det kan vi ju ibland tycka, usch ska barnen behöva veta detta.

Intervjuperson 2

Det finns ju faktiskt vissa föräldrar som tänker att det är syftet med det barnorienterade samtalet, information om att föräldern behöver lugn och ro och så. Där det är precis tvärtom, syftet med det barnorienterade samtalet och barnsamtal är att föräldern ska få information om att barnet behöver få lov att vara barn. Och att, man kan inte säga till ett barn att de inte får väsnas eller beroende på ålder och så. Vad de ska hjälpa till med och inte hjälpa till med, om de är omsorgsgivare eller inte. Det kan vara problematiskt i samtalen med barnen, vilka förväntningar som finns på en då. Om man inte har klargjort det tidigare med föräldern.

Intervjuperson 5

Att gemensamt förbereda sig inför samtalet med barnen (oavsett om det skulle ske enskilt med barnet eller gemensamt med barn och förälder) tillsammans med patienten/föräldern är därför viktigt, både för att tydliggöra syftet men också för

att gå igenom vilken information om patienten som kan lämnas ut. Detta förhåll man sig till på lite olika sätt.

Då bestämmer man med föräldern vad den vill att vi ska prata om. (---)

Det beror ju på patienten och hur mycket eller vad patienten vill berätta för sitt barn, så som man tror att barnet skulle vara hjälpt av att veta.

Intervjuperson 10

En del patienter har väldigt mycket skam kring vissa saker och då känner de att det här behöver barnet inte veta. Nej och då är det deras val och då måste vi respektera det.

Intervjuperson 6

Samma intervjuperson utvecklar sitt resonemang och förklarar att det inte alltid är så enkelt;

Så är det ju med patienten med om den säger innan ett samtal att nu vill jag inte att vi pratar om det här med att jag skadar mig själv, njae jag behöver inte ta upp det, men om barnen tar upp det?

Intervjuperson 6

Svårigheten i att hantera detta utvecklas vidare av en annan intervjuperson;

Jag pratar aldrig med en anhörig om jag inte har fått fullt medgivande. För jag tänker inte sätta mig i en situation där, för man vet aldrig vad den anhörige redan vet. Då är det väldigt lätt om jag då har pratat med den anhörige så kommer det fram liksom, just den här sanningen som man inte fick berätta men jag har inte sagt någonting, men kommer ändå bli beskylld.

Intervjuperson 7

Även här blir den tillit i relationen mellan yrkesverksam och patient som Hasenfeld (2010) menar är avgörande för arbetes utfall tydlig, då arbetet till stor del handlar om en lyhördhet för vad patienten själv vill dela med sig av. Samtidigt kompliceras det hela av att man som yrkesverksam inte vet vad barnet ifråga redan känner till om situationen och det blir därför viktigt att hitta strategier för att undvika att hamna i en olustig situation. Det som i samtalet med barn som

anhöriga blir legitimt (Weber 1983) att prata om är det som yrkesverksam och patient gemensamt kommit överens om i varje enskilt fall. Den yrkesverkamma har sekretess och kan inte dela med sig av något alls utan patientens samtycke och legitim grund för att prata om patientens situation med barnet skulle därför saknas om detta inte var något som gemensamt överenskommit med patienten.

Ytterligare en aspekt att förhålla sig till, främst i enskilda samtal med barn, är hur den information som barnen ger ska hanteras. Det är en balansgång mellan att värna barnets integritet, anmälningskyldighet och att inte få information om patienter som man sedan inte får använda sig av.

Jag informerar också barnet om att om de uttrycker sig på något sätt kring sina föräldrar som de inte vill att jag ska berätta så gör jag inte det heller, på det sättet. Men det är ju inte så, utan de vet ju om att man har anmälningsplikt och såhär ju. Det vet ju alla, det informerar man ju om.

Intervjuperson 5

Nej men det är ju så och det är vi väldigt noga med till alla anhöriga, om de säger nej jag vill inte att du ska föra detta vidare, då säger vi tack jag vill inte ha informationen. (---) Vi kan inte ta en massa information som vi inte får använda oss av.

Intervjuperson 6

Då sekretesslagstingen (OSL) inte gäller på samma sätt i samtal med patienters barn är den legitima grunden för hur denna information kan hanteras mer diffus (utöver anmälningsplikt för barn som far illa) än gällande vilken information som kan delas om patienten. Det framkommer dock att det finns tydliga strategier hos de yrkesverkamma för hur de ska förhålla sig både till att lämna ut information om patienters situation men också hur de hanterar eventuell information som uppkommer i samtal med barn. Detta skiljer sig från tidigare forskningsresultat, där dessa aspekter lyfts fram som en svårighet i arbetet med frågetecken kring (Afzelius 2017) och ger även svar på en del av de juridiska dilemman som enligt Leviner (2019) kan ses som utmaningar i arbetet med barn som anhöriga.

Att emotionellt investera i och beakta både patient och deras barn samtidigt skulle kunna resultera i emotionell dissonans ifall dessa perspektiv skiljer sig från varandra (Guy et al 2010). Dock är detta inte ett problem som i större utsträckning beskrivs av de yrkesverksamma. Istället ses arbetet med barn som anhöriga som en del i förälderns behandlingskontakt. Samtidigt har man inom vissa verksamheter försökt bygga bort risken med dubbelheten genom att specifika funktioner eller personer i personalgruppen genomför insatserna kopplade till barnen. Även i de flesta av dessa fall har samma personal samtal med både patient och barn, dock endast med fokus på barnens situation.

Begränsad insats beroende av förälderns vård

Det poängteras i ett flertal intervjuer att eftersom man är en verksamhet som riktade sig specifikt till vuxna så kan man *inte behandla barn* eller familjer.

De kan ju erbjudas stöd, vi kan ju liksom inte behandla barnen.

Intervjuperson 8

Uppdraget att uppmärksamma och stödja barn som anhöriga kan därför till viss del upplevas som problematiskt och otydligt, då det väcker frågor om hur mycket man kunde gå in i ett ärende och vem man kan bli för barnet.

Det här är ju ingen primär verksamhet för barnen och det är en svårighet tycker jag, är det helt etiskt att börja diskutera vissa saker när man inte kan ta vid och vara någon slags trygg person och behandla det.

Intervjuperson 3

Då måste man vara jättetydlig, att det här handlar om din mamma. (---), för vi är ingen behandlare för barnet, det är jätteviktigt. (---)Det är lite det här med vad som är professionellt och oprofessionellt.

Intervjuperson 6

Det lyfts även att själva insatsen för patienterna, med fokus på stöd utifrån barn som anhöriga är begränsade.

Det kan ju (...) vara svårt att begränsa det till en sådan kort insats ja. Men där får man ju försöka vara tydlig från början, det är det här och sedan avslutar vi. Och är det så att ni behöver mer hjälp så får vi slussa vidare till andra insatser.

Intervjuperson 10

Detta blir alltså en fråga om hur långt arbetets legitimitet sträcker sig och vilka formella befogenheter som finns. Att inte erbjuda kontakt med patienters barn kan ses som att både värderationella och affektiva handlingar behöver stå tillbaka för målrationella handlingar som styrs av uppdragets definition (Weber 1983). Samtidigt kan otydligheten i uppdraget ses som att den lagstiftande legitimitet som finns för arbetet är otillräcklig, då den inte möjliggör arbete i den mån den borde. Att inte fullt ut kunna erbjuda det stöd som man ser ett behov av skulle också kunna innebära en risk för emotionell dissonans (Guy et al 2010).

Ifall yrkesverksamma *träffar barn eller ej* varierar mellan olika arbetsplatser. Motiveringen till varför man inte träffar barn i någon större utsträckning varierar också. Vissa menar att det är ett aktivt val att som vuxenpsykiatrisk mottagning främst fokusera arbetet på att uppmärksamma barn som anhöriga genom föräldern. Andra menar att det är önskvärt att träffa fler barn och har som målsättning att göra det, även om det inte såg ut så i nuläget.

Vi kan ju aldrig ha det som rutin att vi ska prata med barnen därför vi är ju helt beroende av att vårdnadshavare ger sitt samtycke till det.

Intervjuperson 1

I: ni screenar alla föräldrar för att ni ska uppmärksamma, det finns inte samma tanke att göra det med barnen?

R: Att man screenar där nej, för jag tänker att det är väl där problematiken kommer utifrån att vi är en vuxenmottagning, även om vi ska uppmärksamma barnen och det gör vi på olika sätt, vi gör ju det genom att träffa den vuxna.

Intervjuperson 5

I den bästa av världar tänker jag att det hade varit jättebra om man kunde erbjuda alla, men då är det ju en resursfråga liksom.

Intervjuperson 11

Samtidigt lyfts det fram som en svårighet att arbetet med barns situation enbart genomförs i kontakt med föräldern.

Alltså det är ju svårt utifrån att barnet inte är här och det går ju ett filter genom föräldrar liksom.

Intervjuperson 7

Det har tidigare redogjorts för att de yrkesverksamma kan se en rädsla hos patienterna kopplat till att prata om barn som anhöriga, och en oro hos de yrkesverksamma att alliansen med patienten kan skadas vid samtal om detta. Utöver oron kopplat till det, framkommer att det också kan finnas en *rädsla och okunskap gällande själva genomförandet av samtal med barn som anhöriga*. Att som verksamhet ha vuxna som målgrupp innebär att det kan finnas en bristande erfarenhet och kunskap i att genomföra samtal med barn.

R: Sedan generellt kan jag säga att där är ju en rädsla mot att ha samtal med barn, som jag märker.

I: Alltså du menar bland professionella?

R: Ja precis och det har jag hört..

I: Och vad tänker du om det?

R: Jo men det kan jag också tänka för vad man ska säga, att säga fel eller skapa någonting och det är svårt när man inte känner barnet, så på ett sätt är det befogat och så samtidigt tänker jag att det kanske bara skulle vara det lilla med lite information som skulle göra väldigt mycket för barnet. Det behöver inte vara så avancerat egentligen.

Intervjuperson 8

Många tänker att det blir ett väldigt stort ansvar och att det bli så svårt, svårare än vad det behöver vara att lyfta frågan.

Intervjuperson 12

Avsaknad av erfarenhet och utbildning i samtal med barn är något som framkommer i andra intervjuer också.

Att man vågar, det är många som inte gör det tror jag. Ehm och för det är ju ändå någonstans att, jag har inte gått någon utbildning i att prata med barn utan, sedan tycker jag kanske inte att man heller bara ska kasta sig in i det, utan jag är ju ödmjuk där och har försökt hitta lite information på egen hand, du vet man kan ändå hitta liksom så vad kan man tänka på och så.

Intervjuperson 3

Att träffa barn eller ej är kopplat till synen på hur arbetet ska bedrivas och kan således förstås i ljuset av olika verksamheters moraliska kontexter (Hasenfeld 2010; Leviner 2013). Det kan också ses som en affektuell handling (Weber 1983), i form av underlåtenhet att genomföra en arbetsuppgift kopplat till rädsla pga bristande erfarenhet. Behov av utbildning och kompetensutveckling för att genomföra arbetet med anhöriga är något som också framkommer i tidigare studier (Kejving et al 2014; Zechmeister-Koss et al 2020). Samtidigt visar Erikssons (2018) studie att bland de yrkesverksamma som genomgått en specifik utbildning så var det endast ca hälften av de som gått utbildningen som använde sig av modellen och i endast ett fåtal fall resulterade den i ett enskilt samtal med patienters barn. I Van Doesum et al's (2019) studie framkommer att även om utbildning genererade en ökad medvetenhet kring att arbeta med barn som anhöriga så hade det vid tidpunkten för den aktuella studien inte gjort att arbetet ökad i omfattning.

Barnombud: Arbetsuppgift eller ombudsfunktion

Funktionen som barnombud (eller motsvarande) skiljer sig åt mellan olika arbetsplatser. Det vanligaste är dock att barnombudet har både en konsultativ funktion i teamet och är den som ska hålla i samtal både med patienter och barn kopplat till barnens situation. På de flesta arbetsplatser har dock alla i personalgruppen ett uppmärksammandeansvar, d.v.s. ett ansvar att själva initialt lyfta med patienten ifall det finns barn i familjen och informera om möjlighet att komma på samtal kring detta. Arbetets organisering påverkar handlingsutrymmet att arbeta med frågan. På en del arbetsplatser finns ett tydligare uppdrag som i

vissa fall t.o.m. är en del av en tjänstebeskrivning. Att arbetet är tydligt inbakat i en tjänst lyfts som en viktig framgångsfaktor till ett fungerande arbete med frågan.

Sedan valde vi en annan modell för hur vi skulle genomföra det också, andra valde att låta barnombudet vara en ombudsfunktion, dvs vem känner för att vara barnombud. Ja, när jag inte känner för att vara det längre så kan jag låta bli att vara det. Vi kopplar det till en tjänst, vi la det som ett uppdrag på tjänsten, det är inte fråga om jag kan, vill, känner för det, eller har tid, för det är mitt huvudsakliga arbete att göra det.

Intervjuperson 1

Det tror jag också är en förutsättning, att det finns en sådan person, som ska jobba med det. För det är lite svårt, jag samarbetar med en kurator och hen har ju andra uppdrag som kurator också och jag samarbetar med en psykolog som har sina arbetsuppgifter, ibland är det svårt att få loss dem från sina ordinarie arbetsuppgifter, så jag tror att de hade haft svårt att organisera arbetet utan en person som har en sådan roll som jag har.

Intervjuperson 9

I andra verksamheter är det en ombudsfunktion och det varierar hur definierat uppdraget är och hur mycket tid man förväntas lägga på arbetet. Detta kan bli problematiskt då man förväntas arbeta med frågorna men samtidigt inte får någon avlastning gällande andra arbetsuppgifter.

I: Men barnombud det är integrerat i din tjänst så att du får utrymme för att jobba som det?

R: Jag får ju det, men har du träffat någon annan (...) så kanske de säger nej. Jag har det som mitt uppdrag.

I: Hur mycket tid kan du lägga på det ungefär, är tanken?

R: Alltså det finns nog ingen tanke, det är som vilket annat uppdrag som du får, ja som skyddsombud eller ja vad man tänker. Det finns liksom ingen riktlinje att du ska lägga si och så mycket tid.

Intervjuperson 4

Ja men det är ju som en extragrej som att vara miljöombud, alltså det är ju inte en specifik del av tjänsten som är vigd åt det, det är vi själva som

väljer litegrann, det är ingen tydlig styrning där. Hade min chef sagt; det här behöver vi jobba mer med och det är ni två som ska göra det och ni behöver såhär mycket tid till det. Och avsett den här tiden, till det. Så är det ju inte riktigt.

Intervjuperson 10

Samma intervjuperson vidareutvecklar sin syn på att det inte finns en specifik tid för hur mycket man förväntas lägga på uppdraget.

Jag är ett barnombud men det är inte så att en del av min tjänst ska gå till det här, utan det får ju jag själv bestämma, jag ska ju hinna med att göra en massa andra saker. Men hade det varit såhär att du ska vara barnombud på 25 % t.ex. då hade jag ju kunnat avsätta den tiden till det. Nu är det ju liksom upp till mig hur mycket tid jag vill lägga. (---) För min del hade det varit bättre om det var uttalat att det var en del av min tjänst, faktiskt, den arbetsuppgiften.

Intervjuperson 10

Tidsbristen drogs till sin spets på så sätt att när man arbetat extra hårt för att uppmärksamma frågan så kunde det innebära att det saknades förutsättningar att genomföra inventeringen och interveneringen.

Eftersom det är lite luddigt med det. Alltså att vi är barnombud, men det betyder inte att det är bara vi som ska ha de här samtalen, det hade de kunnat göra om det var bestämt att det här är eran uppgift, hur mycket tid behöver ni för det. Nu är det mer såklart utifrån vad som kommer in och vad vi hinner med. Men det är absolut så att när vi har gjort de här räderna och stramat åt eller informerat mycket eller behandlare skickar patienter och så, så har det blivit mycket. Då räcker vi två i personalen kanske inte till i det. Att vi dessutom har en massa andra arbetsuppgifter och behandlingar på gång.

Intervjuperson 10

Om vi skulle träffa alla, det hade inte varit möjligt, men då får man ju också lyfta det här med vad ska man satsa på, behövs det mer resurser tänker jag, att det är också en viktig fråga inom psykiatrin.

Intervjuperson 11

Det blir i och med detta återigen tydligt att det finns olika konkurrerande intressen inom verksamheterna och att yrkesverksamma behöver prioritera mellan olika arbetsuppgifter, vilket till viss del kan antas påverkas av den moraliska kontext som arbetet bedrivs inom (Hasenfeld 2010; Leviner 2013). Att uppmärksamma och arbeta med barn som anhöriga riskerar därför att bli en omöjlig arbetsuppgift och själva uppmärksammandet kan på ett sätt då ses som en värderationell handling (Weber 1983), då själva uppmärksammandet i sig blir ett självändamål eftersom det anses viktigt och finns en skyldighet att göra det, trots att det saknas förutsättningar för att hantera konsekvenserna, dvs erbjuda stöd till de patienters barn som identifierats. Samtidigt kan uppmärksammandet också ses som en målrationell handling då det lyfts att det kan vara ett sätt att uppmärksamma att det finns ett ökat behov av resurser för att jobba med frågorna. Ett sätt att förstå svårigheterna med att få genomslag för arbetet är att även om det till viss del finns en legitim grund till att arbeta med barn som anhöriga saknas det också, då legitimiteten saknar traditionell grund för att arbeta med frågorna. För även om samtliga yrkesverksamma har i uppdrag att arbeta med frågan så ges inte förutsättningar till att göra det fullt ut.

Sammanfattning

Att arbetet med barn som anhöriga är ett viktigt arbete, finns det en samstämmighet kring hos samtliga intervjupersoner. Arbetet kan ses både som värderationellt och målrationellt, utifrån Webers (1983) teori om socialt handlande, då det är av vikt både i sig självt, för att hjälpa och stötta barnen, men också ansågs vara en viktig del i helheten av behandlingsarbetet med patienten. Även om det framkommer att arbetet är viktigt så är det långt ifrån en självklarhet. Bakåt i tiden var det frågor som man inte alls arbetade med och förklaringar som ges till den förändring som skett gällande synen på barn som anhöriga, är att det genom både forskning, lagstiftning och ett allmänt uppmärksammande i samhället har fått större legitimitet. Den moraliska kontext som arbetet inom vuxenpsykiatri bedrivs inom förutsätter att patienters barns uppmärksammas och erbjuds stöd. Även om denna målsättning finns stämmer det inte fullt ut överens med hur arbetet bedrivs. Det finns en diskrepans mellan

målsättning och det faktiska arbetet, i hur olika verksamheter arbetar med att uppmärksamma och stödja barn som anhöriga. Här lyfts flera olika faktorer som tid, stöd från ledning, intresse och personligt engagemang hos yrkesverksamma samt vikten av struktur och rutiner, fram som avgörande för hur arbetet bedrivs. Detta kan förstås som att även om det finns en ökad legitimitet för att lyfta frågan med barn som anhöriga så genomsyrar det inte hela arbetet. Det finns många olika arbetsuppgifter som behöver genomföras i en tidspressad arbetsmiljö och det blir till viss del en prioriteringsfråga, medveten eller omedveten, ifall barn som anhöriga lyftes eller ej.

Hur arbetet genomförs skiljer sig mellan olika verksamheter, men fyra olika delar i arbetet med barn som anhöriga som identifieras är; uppmärksamma, inventera, intervensera samt att hålla arbetet levande i arbetsgruppen. Samtliga intervjupersoner har inom ramen för sitt arbete i uppdrag att påminna om och informera i verksamheterna om arbetet med barn som anhöriga, för att det ska hållas levande. Detta är av vikt då personalomsättningar är vanligt förekommande inom verksamheterna, och kan ses som ett sätt att försöka bygga upp/förändra synen på arbetet med barn som anhöriga i den kontext som arbetet bedrivs i. Genom att ständigt påminna och fortbilda både befintlig och ny personal i dessa frågor, kan det ses som att man ville öka legitimiteten för arbetet i verksamheterna. Gällande uppmärksammande av ifall patienter har barn, så görs detta på olika sätt, antingen registreras det i samband med remissankomst eller så var det något som ansvarig behandlare i nybesök förväntas fråga om. Båda dessa sätt påverkas av den s.k. mänskliga faktorn, och personalomsättningar m.m. resulterar i att samtliga patienters barn ändå inte uppmärksammas. Inventeringen, d.v.s. kartläggningen av patientens barn och familjesituation, ofta kallad barnorienterat samtal, skiljer sig i genomförandet. Inom en del verksamheter är det upp till var och en av de yrkesverksamma att genomföra med sina ”egna” patienter och på andra arbetsplatser så är dessa samtal en arbetsuppgift som är ålagd barnombuden, eller motsvarande funktion. Det framkommer både för- och nackdelar med båda sätten. Det anses kunna vara en fördel att ha en etablerad relation och kännedom om patienten när samtalen genomförs, men samtidigt så blir uppdraget och rollfördelningen tydligare om man endast kommer in för att genomföra arbetsuppgifter kopplade till barn som anhöriga. På ett sätt lyfts det

fram som en möjlighet att fler barns situation skulle fångas upp om det inte är något som samtliga yrkesverksamma behövde ”klämma in” i arbetet, utan förhoppningen är att själva uppmärksammandet skulle öka om genomförandet lämnas över till någon annan. Samtidigt lyfts aspekten att arbetet med barn som anhöriga ska genomsyra hela verksamhetens arbete och att det kan bli sårbart om bara några få yrkesverksamma arbetar med dessa frågor.

Att det finns en del utmaningar i arbetet, främst kopplat till otydlighet i uppdragets utformning och omfattning framkommer också i studien. Att arbetet innebär någon form av dubbelhet framkommer i tidigare forskning, men är något som de yrkesverksamma i denna studie inte upplever som ett större problem och har strategier för att hantera. Uppfattningen om vad arbetet faktiskt omfattar skiljer sig också, då en del menar att arbetet med att stötta barn som anhöriga främst ska ske i kontakten med patienterna, medan andra i större utsträckning träffar patienters barn, eller har som målsättning att göra det. Inom en del verksamheter finns ett mer systemiserat sätt att arbeta med frågorna, på andra arbetsplatser har man försökt systematisera arbetet men ännu inte nått fram. På vissa arbetsplatser blir det tydligt att det inom ramen för nuvarande upplägg av arbetet upplevs som omöjligt erbjuda stöd till samtliga patienters barn utifrån rådande förutsättningar.

Webers (1983) teori om social handling belyser hur olika handlingar i arbetet med barn som anhöriga styrs. När detta kopplas samman med teoretiska begrepp om arbetet i människobehandlande organisationer ges en förståelse för hur de yrkesverksamma navigerar i arbetet utifrån rådande kontexter och förutsättningar.

Slutdiskussion

I denna studie har yrkesverksamma inom vuxenpsykiatri intervjuats för att undersöka hur de ser på arbetet med barn som anhöriga, hur arbetet genomförs och vilka utmaningar som finns i arbetet. Det har i forskning framkommit att arbetet med att stötta barn till föräldrar är av stor vikt för att hjälpa dem i deras situation och förebygga att de själva behöver ha kontakt med vuxenpsykiatri i framtiden. Samtidigt visar tidigare studier på att arbetet

med barn som anhöriga inte bedrivs i den utsträckning det borde och att det finns flera olika förklaringar till detta. Syftet med denna studie, som har en hermeneutisk utgångspunkt, är att belysa hur de yrkesverksamma som arbetar med dessa frågor ser på och upplever sitt arbete.

Studiens resultat visar att det finns en samsyn bland de yrkesverksamma att arbetet med barn som anhöriga är en viktig fråga, men som varken har varit och till viss del ännu inte fullt ut, är självklart. Detta gäller både *om* det genomförs men också *hur* det genomförs och är organiserat. Gemensamt i samtliga intervjuer är ett stort engagemang för både patienter och barnens situation och en ödmjukhet inför att lyfta barnens situation både med patienterna och barnen själva. Samtidigt har denna studie på flera sätt väckt frågor om arbetets organisering och innehåll, då det finns skilda åsikter om detta, som t.ex. ifall arbetet med barn som anhöriga ska genomföras av alla i teamet eller specifika funktioner, och om det ska bedrivs främst genom att stötta patienterna eller om man också ska träffa barnen.

Dock har syftet med denna studie inte varit att undersöka och utvärdera olika arbetssätt eller olika typer av stöd till barn och anhöriga, vilket till viss del gjorts i tidigare forskning, men också hade kunnat vara intressanta aspekter att gå vidare med i kommande studier då det förutsätter andra metodologiska utgångspunkter. Denna studie syftar istället till att få en djupare förståelse för den kontext som arbetet bedrivs i och hur yrkesverksamma navigerar i kontexten för att genomföra sitt arbete. Detta kan förstås utifrån flera olika nivåer och teoretiska dimensioner, men faktorerna interagerar med varandra. Dels handlar det om vilken legitimitet och moralisk kontext arbetet bedrivs inom, där det blir tydligt att det håller på att ske ett skifte i synen på hur man bör arbeta med barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Övergången är pågående och det finns försvårande faktorer i arbetet som bromsar upp utvecklingsarbetet. Exempel på dessa försvårande faktorer finns inom organisationerna i form av bl.a. tidsbrist, personalomsättningar och otydlighet i uppdraget, och rådande kulturer i de olika verksamheterna. Samtidigt kan det också förstås utifrån emotionella aspekter av arbetet och i relationen mellan yrkesverksam och patient, här kommer bl.a. oro för att skada alliansen in och även att de yrkesverksamma måste förhålla sig både till sina egna, patienters och patienters barns känslor i arbetet. Den spretighet om hur arbetet bäst

organiseras och genomförs som framkom i studiens resultat, kan förstås som att olika verksamheter och yrkesverksamma befinner sig på olika stadier i utvecklingsarbetet med barn som anhöriga och att de, p.g.a. hur tidigare nämnda omständigheter påverkar både hur de ser på och handlar i förhållande till arbetet.

Sammanfattningsvis bidrar denna studie till en fördjupad förståelse av de yrkesverksammas upplevelser och perspektiv på arbetet med barn som anhöriga. Med hjälp av Webers (1983) teoretiska begrepp om socialt handlande i kombination med olika aspekter av arbetet i människobehandlade organisationer, kan komplexiteten i arbetet förstås och resultatet kan på så sätt bidra till att belysa svårigheter i att få genomslag i arbetet. Utifrån resultatet av denna studie vore det intressant att gå vidare med t.ex. fokusgruppintervju där yrkesverksamma utifrån resultatet får reflektera kring arbetets utformning och hur det kan utvecklas.

Avslutningsvis kan det vara värt att poängtera att paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen om barn som anhöriga, som tidigare nämnts, inte endast avser barn till föräldrar med psykisk sjukdom, utan den gäller även barn till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom, missbruk och barn till föräldrar som avlider. Utöver vad som nämnts tidigare kring fortsatta studier hade det varit intressant att undersöka hur dessa andra verksamheter arbetar med att fånga upp barn som anhöriga och om arbetet skiljer sig, och i så fall på vilket sätt, från varandra, i de olika verksamhetsområdena.

Referenser

Adu, Joseph, Abram Oudshoorn, Kelly Anderson, Carrie Anne Marshall, Heather Stuart, & Meagan Stanley (2021) Policies and interventions to reduce familial mental illness stigma: A scoping review of empirical literature. *Issues in mental health nursing*, 42 (12): 1123-1137.

Afzelius, Maria (2017) *Families with parental mental illness: Supporting children in psychiatric and social services*. Doktorsavhandling. Malmö: Malmö högskola.

Alvesson, Mats & Kaj Sköldberg (2017) *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur AB.

Axberg, Ulf, Gisela Priebe, Maria Afzelius & Lina Wirehag Nordh (2020) *Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri - hur har de det?: Rapport från en nationell studie*. Webbversion: Nationellt kompetenscentrum anhöriga.

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

Cudjoe, Ebenezer & Marcus Y.L. Chiu (2020). What do children know about their parent's mental illness? A systematic review of international literature on children in families with mental illness. *Children and Youth Services Review*, 119, 105638- 105652.

Eriksson, Maria (2018) *Användning av BRA- barns rätt som anhöriga*. Eskilstuna/Västerås: Mälardalens högskola.

Foster, Kim, Darryl Maybery, Andrea Reupert, Brenda Gladstone, Anne Grant, Torleif Ruud, Adrian Falkov & Nick Kowalenko (2016). Family-focused practice in mental health care: An integrative review. *Child & Youth Services*, 37(2), 129-155.

Goodyear, Melinda, Terri-Lee Hill, Becca Allchin, Francis McCormick, Rochelle Hine, Rose Cuff & Brendan O’Hanlon (2015). Standards of practice for the adult mental health workforce: meeting the needs of families where a parent has a mental illness. *International journal of mental health nursing*, 24(2): 169–180.

Guy, Mary E, Meredith A. Newman, Sharon H. Mastracci & Steven Maynard-Moody (2010) Emotional Labor in the human service organization. I: Yeheskel Hasenfeld (red). *Human services as complex organizations*. Thousand Oaks, California: Sage publications, Inc.

Hafting, Marit, Frøydis Gullbrå, Norman Anderssen, Guri Rørtveit, Tone Smith-Sivertsen & Karin van Doesum (2019). Overcoming clinician and parent ambivalence: General practitioners’ support of children of parents with physical or mental illness and/or substance abuse. *Frontiers in psychiatry* 9 (724): 1-11.

Hasenfeld, Yeheskel (2010) The attributes of human service organizations. I: Yeheskel Hasenfeld (red). *Human services as complex organizations*. Thousand Oaks, California: Sage publications, Inc.

Kalman, Hildur & Stina Johansson (2019) Skydd av försöksperson respektive skydd av informanters anonymitet. I Kalman, Hildur & Veronica Lövgren (red). *Etiska dilemman. Forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups utbildning AB.

Kejving, Gustav, Mikael Sandlund & Heljä Pihkala (2014). Att förstärka barnperspektivet på en vuxenpsykiatrisk avdelning – angeläget men svårt. *Socialmedicinsk tidskrift* 91(4): 391-399.

Kvale Steinar & Brinkmann Svend (2020) *Den kvalitativa forskningsprocessen*. Lund: Studentlitteratur.

Lauritzen, Camilla, Charlotte Reedtz, Karin TM van Doesum & Monica Martinussen (2014) Implementing new routines in adult mental health care to

identify and support children of mentally ill parents. *BMC health services research* 14 (58):1-19.

Levin, Claes (2013) Socialt arbete som moralisk praktik. I: Linde, Stig & Kerstin Svensson (red). *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber AB.

Leviner Pernilla (2019) Hälso- och sjukvårdens ansvar för barn som anhöriga – ett rättsligt perspektiv. I: Näsman, Elisabet, Maria Eriksson, Pernilla Leviner & Åsa Landberg (red). *Barns rätt som anhöriga – Om att göra barn delaktiga*. Stockholm: Stiftelsen allmänna barnhuset.

Lopez, Steven H (2006) Emotional labor and organized emotional care. *Work & occupations*, 33 (2): 133-160.

Lundin, Elin (2008) Konsten att hitta sin teori. I: Sjöberg, Katarina & David Wästerfors (red.) *Uppdrag: forskning – konsten att genomföra kvalitativa studier*. Malmö: Liber.

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (2022) *Barn som anhöriga lagstiftning och organisation i Sverige*. [<http://www.anhoriga.se/anhorigomraden/barn-som-anhoriga/fakta-om-barn-som-anhoriga/barn-som-anhoriga-lagstiftning-och-organisation-i-sverige/> .Hämtad 220202]

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

Pihkala, Heljä & Bitta Söderblom (2015). *Tre metoder som stöd för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Projektrapport*. Västerbottens Läns landsting. Stockholm: Folkhälsomyndigheten.

Priebe, Giesela & Maria Afzelius (2015). *Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk- Hur efterföljs lagen. En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne*. Lund: Lunds universitet.

Socialdepartementet (2021) *Regeringsuppdrag att stärka stödet till barn som anhöriga*.

[<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2021/04/regeringsuppdrag-att-starka-stodet-till-barn-som-anhoriga/>. Hämtad 2022-05-15]

Rennstam, Jens & David Wästerfors (2015) *Från stoff till studie. Om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Scheff Thomas J (2000) Shame and the social bond: A sociological theory. *Sociological Theory*. 18 (1): 84-99.

SFS: 1949:381 Föräldrabalk.

SFS: 2009:400 Offentlighets- och sekretesslag.

SFS: 2001:453 Socialtjänstlag.

SFS: 2010:659 Patientsäkerhetslag.

SFS: 2017:30 Hälso – och sjukvårdslag.

Socialstyrelsen (2020) *Stärkt stöd till barn som anhöriga. Slutrapport från regeringsuppdrag 2017-2020*. Webbversion: Socialstyrelsen.

Stiftelsen allmänna barnhuset (2022) *BRA- barns rätt som anhöriga*
[<https://www.allmannabarnhuset.se/temaomraden/projekt/bra-barns-ratt-som-anhoriga/> . Hämtad 2022-03-15].

Svensson, Kerstin (2021) Emotioner, professioner och organisationer. I: Linde, Stig & Kerstin Svensson (red). *Välfärdens aktörer: Utmaningar för människor, professioner och organisationer*. Lund: Social work press.

Tungpunkom, Patraporn, Darryl Maybery, Andrea Reupert, Nick Kowalenko & Kim Foster (2017) Mental health professionals' familyfocused practice with families with dependent children: a survey study. I *BMC Health services research* 17 (818): 1-8.

Van Doesum Karin, Tereaa Maia, Catarina Pereira, Monica Loureiro, Joana Marau, Lurdes Toscano, Camilla Lauritzen & Charlotte Reedtz (2019). The impact of the "Semente" program on the family focused practice of mental health professionals in Portugal. *Frontiers in psychiatry* 10 (305): 1-9.

Vetenskapsrådet (2017) *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet

Viganò, Giovanni, Marja Kaunonen, Peter Ryan, Wendy Simpson, Ian Dawson, Izabela Tabak, Norbert Scherbaum & Stefano Poma Zanoè (2017). Are different professionals ready to support children of parents with mental illness? Evaluating the impact of a pan-european training programme. *Journal of behavioral health services & research* 44 (2): 304-315.

Vives-Espelta, Judit, Maria-Dolors Burjalés-Marti & Carme Ferré-Grau (2022). Nurses' view and practices on parental mental illness: An integrative review. *International journal of mental health nursing*. 31 (1): 8-24.

Weber, Max (1983): *Ekonomi och samhälle. Förståelsesociologins grunder 1*. Lund: Argo

Zechmeister-Koss Ingrid, Melinda Goodyear, Heinz Tüchler & Jean Lillian Paul (2020) Supporting children who have a parent with a mental illness in Tyrol: a situational analysis for informing co-development and implementation of practice changes. *BMC Health Services Research* 20 (326): 1-15.

Bilagor

Bilaga 1 Informationsmail till chefer

Hej!

Jag heter Tove Dackert och läser masterprogrammet i socialt arbete vid Lunds universitet. Just nu skriver jag uppsats som handlar om hur professionella inom psykiatrin arbetar med anhörigstöd till patienters barn.

Jag bifogar ett informationsbrev om studien och är tacksam om du vill vidarebefordra det till personal hos er som i någon form arbetar med detta.

Vänliga hälsningar

Tove Dackert

Tel. XXX-XXXXXXX

Bilaga 2 Informationsmail till barnombud

Hej!

Jag heter Tove Dackert och läser masterprogrammet i socialt arbete vid Lunds universitet. Just nu skriver jag uppsats som handlar om hur professionella inom psykiatri arbetar med anhörigstöd till patienters barn och vänder mig därför till er som är barnombud.

Jag bifogar ett informationsbrev om studien och om du är intresserad av att delta eller har några frågor så hör gärna av dig till mig!

Tack på förhand!

Vänliga hälsningar
Tove Dackert
Tel. XXX-XXXXXXX

Bilaga 3 Informationsbrev

Intervjupersoner sökes till studie om barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri.

Hej!

Jag heter Tove Dackert och studerar masterprogrammet i socialt arbete vid Lunds universitet. Just nu skriver jag min uppsats som handlar om hur professionella inom psykiatri arbetar med barn till föräldrar som har kontakt med psykiatri och hur förutsättningarna för detta arbete ser ut.

Jag söker intervjupersoner för enskilda intervjuer och vänder mig till dig som arbetar inom vuxenpsykiatri, eller motsvarande, och inom ramen för dina arbetsuppgifter också arbetar med anhörigstöd till patienters barn. Eventuellt kommer även en gruppintervju hållas.

Deltagandet i studien innebär att en intervju kommer att genomföras antingen på plats eller digitalt genom zoom. Intervjun beräknas ta cirka en timme och kommer att genomföras utifrån olika teman som du fritt får reflektera kring. Hela intervjun kommer att spelas in och sparas som ljudfil, för att underlätta bearbetning och därefter förstöras.

Intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt vilket betyder att de kommer att avidentifieras och behandlas i enlighet med bestämmelser i Sekretesslagen. Din medverkan är frivillig och kan när som helst avbrytas.

Om du är intresserad av att medverka eller har frågor, vänligen hör av dig till mig på nedanstående kontaktuppgifter!

Vänliga hälsningar

Tove Dackert
Socialhögskolan
Lunds universitet
to5841-s@student.lu.se
Tel. XXX-XXXXXXX

Handledare: Staffan Blomberg
Socialhögskolan
Lunds universitet
staffan.blomberg@soch.lu.se

Bilaga 4 Intervjuguide

Bakgrundsinformation:

Professionstillhörighet, utbildning, tidigare arbetslivserfarenheter.

Hur arbetet med barn som anhöriga är organiserat i verksamheten:

Samtal med patienter om deras barn:

Hur lyfter du frågan om eventuella barn och deras situation i samtal med patienter?

Hur arbetar du för att få samtycke till att prata med patienters barn? Upplevs det som svårt/lätt? Angeläget eller inte så viktigt att fånga upp?

Kontakten med barn som anhöriga:

Hur ser kontakten med patienters barn ut, vilket stöd erbjuds? Sker arbetet utifrån någon specifik modell?

Hur förhåller du dig till principen om barnets bästa och barnets rätt till själv- och medbestämmande i ditt arbete?

Hur görs avvägning till om kontakt med, och vilken information som kan delas med patienters barn?

Hur hanteras eventuell information som kan uppkomma i samtalet med barnet?

När samtycke ej ges och när det finns behov att bryta sekretessen:

Hur hantera om samtycke ej ges? När är det okej att ändå prata med barn? Hur hantera när orosanmälningar behöver göras?

Förutsättningar för arbetet:

Vilka förutsättningar anser du krävs för att kunna arbeta med barn som anhöriga?

Vilka svårigheter ser du med att involvera barnen?

Vilka fördelar ser du med att involvera barnen?