



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Hur beaktar de olika professionerna inom vuxenpsykiatrin ett barnperspektiv?

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits.
Grundnivå HT 2011
Författare: Sandra Svensson
Handledare: Leila Billquist

Abstrakt

Hur beaktar de olika professionerna inom vuxenpsykiatrin ett barnperspektiv?

Författare: Sandra Svensson

Nyckelord: Barnperspektiv, psykiatrin, psykiskt sjuka föräldrar, barn till psykiskt sjuka

Föräldrar med psykisk sjukdom har ofta en bristande omsorgsförmåga och barnen till dessa föräldrar får inte alltid sina behov tillgodosedda. Personal på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning som träffar föräldrar och även ibland barnen får en chans att få en inblick i hur familjen och barnen har det.

Jag har gjort en fallstudie på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i en västsvensk stad, där jag har intervjuat sju personer inom fyra olika professioner, två kuratorer, två psykologer, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Jag jämförde dessa med varandra och undersökte hur de tolkar barnperspektivet och hur de använder sig av detta. Skiljer de sig åt, och vad beror det på i så fall?

I min studie kom jag fram till att den professionelles utbildning, profession och det uppdrag man har i organisationen spelar en stor roll för vilket handlingsutrymme man har och hur man inom detta använder sig av ett barnperspektiv. De som inte hade handlingsutrymme att använda ett barnperspektiv, såg det som mer problematiskt att göra en anmälan till socialtjänsten. Här kom också den professionelles erfarenhet och inställning att spela stor roll. De som hade dåliga erfarenheter av att göra en anmälan till socialtjänsten eller de som utgick från att det skulle störa patientkontakten, la gärna över detta på en annan profession och involverade själva inte barnen i arbetet.

Abstract

How do the different professions in the psychiatric use a children's perspective?

Author: Sandra Svensson

Keywords: Children's perspective, psychiatry, mentally ill parents, children to a mentally ill parent.

Parents with a mental disorder often have a lack of caring capacity and the children to these parents are not always getting their needs satisfied. The professionals in a psychiatric reception who meet the parents and sometimes even the children get a chance to have an insight to the family's life situation.

I have done a case study at a psychiatric reception in a city of the western Sweden, where I have interviewed seven people within four different professions, two social workers, two psychiatrists, two nurses and one occupational therapist. I compared them with each other and examined how they understand the concept "children's perspective"/ "children's best" and how they use it in their work. What is the different between them and what's the reason for it?

The result in my study showed that the professional's education, their profession and what kind of mission they get at work determinate the discretion they have and how they use it to involve and care for the children. The professionals who didn't have the discretion to involve the children thought it was problematic to report a child to the social service. The professionals experience and attitude is also a big matter. They who had a bad experience of reporting a child to the social service, or they who assumed that the relationship with the patient would be destroyed didn't involve the children in their work. Instead they assigned the task to another profession.

Innehållsförteckning

1.	Inledning	6
1.1.	Syfte och frågeställning	6
1.2.	Uppsatsens fortsatta disposition	7
2.	Bakgrund	8
3.	Lagar och begrepp	9
3.1.	Lagar	9
3.2.	Centrala begrepp	10
4.	Tidigare forskning	12
4.1.	Att arbeta med psykiskt sjuka och deras barn	12
4.2.	Reflektion	15
5.	Metod	16
5.1.	Mottagningen	16
5.2.	Urval	16
5.3.	Intervjumetod	17
5.4.	Avgränsningar	17
5.5.	Analysmetod	18
5.6.	Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet	18
5.7.	Etiska överväganden	19
5.8.	Metodreflektion	19
6.	Teoretiska begrepp	21
6.1.	Jurisdiktion	21
6.2.	Gränssättning/anspråk	22
6.3.	Diskretion	23
6.4.	Gräsrotsbyråkrater	23
7.	Resultat och analys	25
7.1.	Professionernas uppdrag	25
7.2.	Vad menas med ett barnperspektiv?	25
7.2.1.	Analys	26
7.3.	Hur beaktas ett barnperspektiv inom vuxenpsykiatri?	27
7.3.1.	Analys	30
7.4.	Synen på andra verksamheter och professioner	31
7.4.1.	Analys	33
7.5.	Anmälan till socialtjänsten när ett barn misstänks fara illa	33
7.5.1.	Analys	36

8.	Diskussion	38
	Referenslista	40
	Bilaga Intervjufrågor	42

Förord

Jag vill tacka de personer på vuxenpsykiatriska mottagningen som ställde upp på intervjuer och gjorde min uppsats möjlig.

Ett stort tack till min handledare, Leila Billquist som har hjälpt och stöttat mig i uppsatsskrivandet hela tiden.

Tack!

1. Inledning

I denna uppsats ska jag belysa hur vuxenpsykiatrin arbetar för att uppmärksamma barnen till deras patienter. Barn som far illa i samhället samt psykisk sjukdom är två ämnen som intresserar mig mycket. När jag fick förslaget att undersöka hur vuxenpsykiatrin beaktar ett barnperspektiv i sitt arbete kändes det direkt som en uppsats jag ville skriva.

Föräldrar med psykisk sjukdom har oftast en bristande omsorgsförmåga och barnen till dessa föräldrar får inte alltid sina behov tillgodosedda. De lever i en ständig oro för vad som ska hända då människor med psykisk sjukdom ofta är mycket oförutsägbara (Killén 2009).

Dessa barn kallas för ”de osynliga barnen” då de inte får den hjälp och uppmärksamhet de behöver. När föräldrarna får hjälp från vuxenpsykiatrin, finns det risk för att dessa barn glöms bort (Granath & Granath 1995). Jag ska undersöka om de olika professionerna inom vuxenpsykiatrin använder sig utav ett barnperspektiv i sitt arbete och hur det i så fall visar sig. Skiljer sig de olika professionerna åt och vad beror detta på?

Vuxenpsykiatrin jag undersökt är en specialistpsykiatrisk öppenvårdsmottagning med ett psykosteam, ett affektivt team, ett allmänpsykiatriskt team, ett team för äldrepsykiatri, dialektiskt beteendeterapi (DBT) och neuropsykiatri. De har en stark förankring i de senaste behandlingsmetoderna, som kognitiv beteendeterapi (KBT). På mottagningen arbetar läkare/psykiatriker, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och läkarsekreterare, allt som allt 35 personer (inhämtat information från Internet 2011-08-30).

Jag har i min undersökning haft en uppsats som inspirerat mig till att komma igång med mitt arbete. Osynliga barn – Om vuxenpsykiatrins arbete med psykiskt störda föräldrar och deras barn (Granath & Granath 1995).

1.1. Syfte och frågeställning

Då många barn far illa av sina föräldrars psykiska sjukdomar är det viktigt att de myndigheter som kommer i kontakt med dessa barn försöker att hjälpa dem. Enligt barnkonventionen ska alla åtgärder som rör barnet göras med bedömning utifrån barnets bästa (Barnombudsmannen 2011). Då barn inte lika lätt kan föra sin egen talan utan för det mesta är beroende av den vuxne, ligger mitt intresse för att försöka uppmärksamma barn i samhället. Detta ligger till grund för min uppsats.

Syftet med min uppsats är att undersöka hur vuxenpsykiatrins olika professioner uppmärksammar sina patienters barn - finns det ett barnperspektiv i deras arbete med den vuxne?

För att genomföra min undersökning har jag använt mig av följande frågeställningar:

- Vad innebär ett barnperspektiv för den professionelle och hur beaktar de olika professionerna det i sitt arbete?
- Kan man se en skillnad mellan de olika professionerna inom organisationen när det gäller hur de beaktar ett barnperspektiv i sitt arbete – och vad beror det på?

Jag har valt att intervjua två kuratorer, två psykologer, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut.

1.2. Uppsatsens fortsatta disposition

Uppsatsen är upplagd med att jag först kommer berätta om bakgrunden till min undersökning, denna innehåller mycket fakta om konsekvenserna för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Därefter presenterar jag den tidigare forskningen som handlar om just arbetet inom vuxenpsykiatri kopplat till barnperspektivet.

Metodkapitlet innehåller mitt tillvägagångssätt genom min datainsamling, mitt urvalssätt, min intervjumetod, vilka avgränsningar jag gjort samt mina etiska övervägande. Jag presenterar även vad jag använt för metod när jag gjort min analys och tar även upp validitet, reliabilitet och generalitet.

Nästa kapitel innehåller teoretiska begrepp som jag använt för att kunna genomföra analysen. Därefter tar jag upp vilka lagar som kan komma att bli aktuella för de olika professionerna inom vuxenpsykiatri, här beskriver jag också centrala begrepp som är viktiga i uppsatsen, som till exempel vad barns bästa är.

Resultatet av empirin kommer att presenteras under olika teman tillsammans med en analys och till sist kommer min slutdiskussion.

2. Bakgrund

Många barn till föräldrar med psykiska problem lider och får inte sina behov tillgodosedda på grund av föräldrarnas bristande omsorg. Barn till psykiskt sjuka har oftare bestående emotionella störningar och/eller beteendestörningar än andra barn. Medan föräldrarna får hjälp inom psykiatrin går många barn obemärkt förbi (Granath & Granath 1995). Alla barn strävar efter att den vuxne ska anpassa sig efter barnets behov, även det allra minsta barnet. Hos en förälder med omsorgssvikt kan man se att barnet ger upp och anpassar sig istället efter den vuxnes behov (Killén 2009).

Killén (2009) anger i sin bok de viktigaste egenskaperna hos föräldern för att kunna uppfylla ett barns behov:

1. Att se och acceptera barnet som det är.
2. Att engagera sig i barnet på ett känslomässigt positivt sätt.
3. Att hysa empati för barnet.
4. Att ha realistiska förväntningar på vad barnet klarar av.

För att en förälder ska klara av detta krävs en sensitivitet och lyhördhet, vilket oftast inte finns hos de med psykisk sjukdom då de är helt upptagna med sina egna behov, vilket leder till omsorgssvikt.

Barnen belastas svårt då de har ett stort ansvar hemma och bär på många skuld känslor när de försöker hålla ihop familjen men kanske inte lyckas. De har en stor press på sig och känner ansvar för att ta hand om sin förälder, och ger denne mycket omsorg. Själva kanske de inte får någon omsorg överhuvudtaget (Beckman 1994). Den psykiska sjukdomen ger barnen en ständig oro och osäkerhet då föräldern är oförutsägbar. Denna oro och ångest tar mycket energi av barnet då de ständigt är på sin vakt (Killén 2009). Barnen har svårt för att tolka den psykiskt sjuka förälderns dubbla budskap. Detta kan resultera i trötthet och brist på koncentrationsförmåga (Beckman 1994).

I dag vet man att det finns ett samband med föräldrar med psykisk sjukdom och om barnen sedan får någon slags psykisk störning (Killén 2009). Barnen är alltså en högriskgrupp inom Barn- och ungdomspsykiatrin. Detta visar sig även inom vuxenpsykiatrin där en stor del av patienterna har föräldrar som är eller varit psykiskt sjuka (Granath & Granath 1995).

Killén (2009) menar att familjeförhållanden har en tendens att upprepa sig. Attityder och obearbetade problem förs vidare till ens barn. Femtio procent av de barn som har en förälder med psykisk sjukdom kommer att genomgå en depression under tonåren. De barn till psykiskt sjuka föräldrar som klarar sig bra är de som haft en annan vuxen utanför familjen som engagerat sig i barnet.

3. Lagar och begrepp

I detta kapitel ska jag ta upp relevanta lagar som kan vara aktuella för personal inom en vuxenpsykiatrisk mottagning, gällande bland annat anmälningsskyldighet. Jag kommer sedan att beskriva centrala begrepp som förekommer i uppsatsen.

3.1. Lagar

Några lagar som är aktuella för personal som jobbar inom en vuxenpsykiatrisk mottagning är socialtjänstlagen om anmälningsskyldighet. *”Var och en som får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd bör anmäla detta till nämnden.”* (Socialtjänstlag (2001:453) 14 kap. 1§.) *Myndigheter inom hälso- och sjukvård som på något sätt berör barn i sitt arbete har en skyldighet att genast anmäla till socialtjänsten om ett barn misstänks fara illa (ibid.).*

Hälso- och sjukvårdslagen visar också på att sjukvården ska jobba på ett förebyggande sätt och när det rör barn samverka med andra verksamheter. *”Hälso- och sjukvården skall arbeta för att förebygga ohälsa. Den som vänder sig till hälso- och sjukvården skall när det är lämpligt ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada.”* (Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 2c§). *”Hälso- och sjukvården ska samverka med berörda verksamheter då ett barn far illa eller riskerar att fara illa.”* (Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 2f§).

2010 infördes nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, för att varje barns rättigheter ska uppmärksammas och varje barn ska få den hjälp de behöver. *”Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med 1. Har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, 2. Har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller 3. Är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.”* (Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2g§). *”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med 1. Har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning, 2. Har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller 3. Är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel. Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.”* (Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, 2 kap. 1a§).

Utlämnandet av uppgifter begränsas i lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 2 kap. 8§. *”Den som arbetar inom hälso- och sjukvården får inte röja uppgifter om den enskildes hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden”*. Denna begränsning ställs dels mot socialtjänstlagens regler om anmälningsskyldighet, och dels lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 2 kap. 11§ punk 4 *”hälso- och sjukvårdspersonalen är skyldig att lämna ut sådana uppgifter som Socialstyrelsens råd för vissa rättsliga sociala och medicinska frågor behöver för sin verksamhet”*.

Detta innebär att om ett barn far illa eller riskerar att fara illa är anmälningsskyldigheten överordnad begränsningarna i lag (1998:531) 2 kap. 8§ om utlämnande av uppgifter.

3.2. Centrala begrepp

Begreppet **barnperspektiv** beskrivs, hos de flesta organisationer, enligt Barnkonventionen. Att utgå från barnkonventionen innebär att alla verksamheter som arbetar med barn har en riktlinje att följa. Barnkonventionen kom till för att de befintliga mänskliga rättigheterna var otillräckliga för barns speciella behov. Tanken är att barn ska ha lika fullt människovärde som vuxna och ses som självständiga individer. Trots detta ska barn ses som barn och ska även ses som skyddsvärda objekt med begränsat ansvar för sina handlingar, begränsad rättslig handlingsförmåga och de behöver vuxnas skydd i både personligt och ekonomiskt hänseende (Aronsson 1996). Nästan alla länder i världen har gått med i barnkonventionen, Sverige gick med 1990.

Barnkonventionen innehåller olika rättigheter, som medborgerliga, politiska, ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter. Konventionen tar också upp barns sårbarhet och utsatthet i rättigheter om skydd mot övergrepp och utnyttjande. Den riktar sig till den enskilda individen om att barnet har rätt till att få sina grundläggande rättigheter och behov tillgodosedda. Det finns fyra grundläggande principer som ska styra över de övriga artiklarna i barnkonventionen.

- Inget barn får diskrimineras på grund av härkomst, kön, religion, funktionshinder eller andra liknande skäl (artikel 2).
- Barnets bästa ska vara vägledande vid allt beslutsfattande och vid alla åtgärder som rör barn och unga (artikel 3).
- Barn och unga ska tillåtas att utvecklas i sin egen takt och utifrån sina egna förutsättningar (artikel 6).
- Barn och unga ska ges möjlighet att framföra och få respekt för sina åsikter i frågor som berör dem (artikel 12) (Regeringen 2010).

Det finns en stor diskussion kring vad som är barnets bästa. Nästan alla socialförvaltningar i Sverige använder i sina utredningar en modell som kallas BBIC – Barnens behov i centrum. Man sätter barnets olika behov i förhållande till föräldrarnas förmåga i relation till deras egen miljö (socialstyrelsen 2010). Detta gör att socialtjänsten har ett tydligt barnperspektiv att gå efter i sitt arbete till skillnad från vuxenpsykiatri som inte har det lika tydligt.

Karin Aronsson (1996) skriver i boken *Barnet i den sociala barnvården* om barnets bästa och vad det innebär. I föräldrabalken finns bestämmelser om barns rätt till omvårdnad, trygghet, god fostran och vem som ska ha vården. Vården om ett barn innebär att man är skyldig att ge barnet fysisk och psykisk omsorg. Det står även i föräldrabalken 6:1 att ”barnet ska behandlas med aktning för sin person och egenart.” Föräldrar som missbrukar, försummar eller brister i omsorgen och detta medför fara för barnets hälsa och utveckling kan förlora vården (FB 6:7). Aronsson (1996) skriver även att forskning har visat på att barn behöver känna att de behövs, att de får pröva sin förmåga och utveckla sina resurser. Barnets behov och barnets bästa hör ihop. En förälder bör ha kunskap om barns behov, kunna se sina egna barns behov, tillgodose barns behov och prioritera barnens behov framför sina egna. Om föräldrarna inte kan detta är det socialtjänstens uppgift att träda in och erbjuda bistånd eller att flytta barnet hemifrån (Aronsson 1996).

Barn: Enligt barnkonventionen artikel 1, räknas alla som är under 18 år som barn (Regeringen 2010).

4. Tidigare forskning

Att hitta tidigare forskning inom detta specifika område var mycket svårt. Jag har sökt information genom Libris, Gunda, olika databaser och tidskrifter. När jag sökte information använde jag sökord som, "Barnperspektiv", "vuxenpsykiatri och barn", "psykiatri", "barn till psykiskt sjuka", "psykiskt sjuka föräldrar" m.fl. För den internationella sökningen använde jag bland annat "children's rights", "psychiatry", "mentally ill parents", "child of impaired parents" och "mental disorder". De träffar jag fick handlade mest om konsekvenserna för barn till psykiskt sjuka föräldrar och om barnens behov. Det var ytterst få som tog upp hur vuxenpsykiatrin arbetar eller bör arbeta med barnen till psykiskt sjuka.

4.1. Att arbeta med psykiskt sjuka och deras barn

Kari Killén (2009) har i boken *"barndomen varar i generationer – Om förebyggande arbete med utsatta familjer"* forskat om förebyggande arbete för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Hon har haft ett nära samarbete med personal på BUP, Barn- och Ungdoms Psykiatrin, samt olika sjuksköterskor. Hon hade under forskningstiden regelbunden kontakt med nästan 300 föräldrar. Killén har innan detta även skrivit en bok, *"Svikna barn – Om bristande omsorg och vårt ansvar för de utsatta barnen"* (2007) som riktar sig till de verksamheter som möter bristande omsorg i sitt arbete. Denna bok grundar sig på hennes praktiska kliniska arbete och på forskning.

Enligt Killéns (2009) forskning upplever många professionella att det är svårt att i sitt arbete berätta för föräldrarna om sin oro för deras barn. Risken finns att föräldern känner sig hotad och drar sig undan. För att motverka detta menar Killén (2009) att genom ett öppet och naturligt förhållningssätt i frågan så ges föräldern större möjlighet att kunna och vilja prata om barnen. Men det finns också en oro för vad socialtjänsten kommer att utsätta deras patienter för om man gör en anmälan. Trots detta visar Killéns undersökning att man i dag lägger större vikt vid patientens föräldrafunktion (Killén 2009). Dock är det många av de barnen som borde anmälas till socialtjänsten som istället hänvisas till barn- och ungdomspsykiatrin, för att det är lättare för föräldrarna att acceptera den hjälpen, istället för att komma i kontakt med socialtjänsten. Detta kan även bero på att den professionelle tycker att det känns lättare att skicka barnen till barn – och ungdomspsykiatrin (Killén 2007).

Annemi Skerfving (2005) har i sin bok *"Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar"* gjort en kartläggning av patienter med minderåriga barn vid Beckomberga psykiatriska sjukhus i Stockholm. Hon har intervjuat barn och ungdomar till psykiskt sjuka.

Behandlare inom psykiatrin samt socialsekreterare med flera har medverkat genom att svara på frågor och enkäter.

Skerfving har även hon i sin undersökning kommit fram till att den professionelle känner att man sviker förtroendet man har fått från patienten vid en anmälan, och att detta nästan alltid uppfattas som en kränkning utav föräldern. Det bästa sättet för att kunna fortsätta arbetet med patienten är att vara ärlig och öppen för vad det är för information som ges till socialtjänsten (Skerfving 2005).

Yrkesauktoriteten är viktig om man ska kunna hjälpa och skydda barn från destruktiva beteende hos föräldrarna. Att använda sig av formell auktoritet innebär att man använder sin auktoritet till de lagar och regler som finns i arbetet. Detta är bra att använda sig av när föräldrarna inte vill samarbeta (Killén 2007). Killén (2007) har i sin forskning kommit fram till att detta kan sätta igång en inre oro hos föräldrarna, som i vissa fall är nödvändigt för en förändring. Efter ett ingripande är de flesta föräldrarna lättade då de oftast innerst inne har förstått att deras barn inte får den omsorgen denne behöver och istället förnekat situationen. Man sviker både barn och föräldrar om man inte ingriper (*ibid.*).

Skerfvings (2005) bok pekar på att det är ovanligt att uppgifter om barnen tas med i förälderns journal. Det finns ingen statistik varken i Sverige eller någon annanstans i världen över barn till psykiskt sjuka. Det har dock skett en förändring de senaste åren då man börjat uppmärksamma dessa barn mer. Skerfving (2005) tror att detta beror på att man avvecklat de stora slutna mentalsjukhusen och sedan har normaliserat patienternas levnadsförhållande.

Killén (2009) visar i sin undersökning hur man kan jobba förebyggande för barnen genom arbetet med den sjuke föräldern. Genom att visa förståelse och möta föräldern där den är istället för där man tycker att föräldern borde vara i sitt föräldraskap, gör att patienten känner sig accepterad. Detta stärker kontaktförhållandet vilket lägger grund för en förändring. Om man vill uppnå en förändring hos föräldern genom att t.ex. öka deras förståelse, empati och lyhördhet för barnet, måste man som professionell agera likadant gentemot patienten (*ibid.*). För att man inom vuxenpsykiatrin ska kunna utföra ett förebyggande arbete och hjälpa barnen till föräldrar med psykisk sjukdom menar Killén (2009) att det även är en nödvändighet att olika verksamheter och institutioner har ett nära samarbete.

Skerfving (2005) undersöker även metoder och rutiner gällande föräldrar och barn på olika psykiatriska enheter. Inte på någon av de avdelningar eller enheter hon undersökte fanns det ett specifikt arbetssätt för att möta barnen till de psykiskt sjuka. Stor del av personalen viste inte riktigt vad som låg under deras ansvar och befogenheter. Vuxenpsykiatrin har ett ansvar för att se barnet och

uppmärksamma dess situation. Socialtjänstens uppgift är att bedöma om barnet är i behov av hjälp (Skerfving 2005).

Jo Aldridge och Saul Beckers forskning utgår från ett projekt som startade år 2000 i England, som syftade till att fylla de kunskapsluckor som finns om barn till föräldrar med en psykisk sjukdom.

Aldridge och Becker (2003) har i sin forskning kommit fram till att personal inom psykiatrin, som arbetar med den vuxne, har lättare att se vilken roll barnen har i familjen. Andra professioner som kommer i kontakt med barnet, så som lärare eller husläkare har inte lika lätt att se barn som kanske ofta har rollen som den omhändertagande gentemot sin förälder. Därför har ansvaret hamnat på psykiatripersonalen, som har en större inblick i familjerna, att försöka ta reda på dessa barns behov och föräldrarnas kapacitet i föräldraskapet. Trots detta visar deras forskning på att personal på verksamheter som arbetar med vuxna ständigt ser förbi barnen, deras behov och familjens behov. De visade en brist på kunskap om konsekvenserna för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Barnens egna förslag på vad de behöver mest är en service och tillgänglighet utav de professionella för att få hjälp med att ta beslut och att ha någon att prata med om sina upplevelser.

Deras forskning visar på att ett stort antal av de professionella har en förutfattad mening om hur den psykiska sjukdomen påverkade föräldrarollen negativt samt att föräldrarnas psykiska sjukdom påverkar deras barn negativt. Och på grund av bristen på tillräcklig kunskap om konsekvenserna ser personal inom verksamheter som riktar sig till vuxna, t.ex. psykologer, därför ständigt förbi barnens, och familjens behov (*ibid.*).

Adrian Falkovs (2002) bok *”Crossing Bridges – Training resources for working with mentally ill parents and their children”* är en del av en verksamhet i England som syftar till att öka servicen till föräldrar med psykisk sjukdom som har minderåriga barn.

Falkov (2002) beskriver i sin forskning några centrala principer som ska bestämna hur lokala myndigheter enligt lag ska behandla barn: 1. Barnens välfärd måste vara säker och gynnande, 2. Så länge det är möjligt ska barn alltid uppfostras av sina egna familjer, 3. om detta inte är möjligt ska barnen få motsvarande omvårdnad av högsta kvalitet, 4. Föräldrarna har enligt lag alltid ansvar och förpliktelser gentemot sina barn, 5. Man ska eftersträva att hålla ihop familjer tillsammans, 6. Man ska ta hänsyn till barnets önsknings och känslor.

Falkovs (2002) undersökning beskriver barnets behov av skydd och säkerhet när en förälder blir psykiskt sjuk. Man ska prioritera barnets omvårdnad och säkerhet, därför är det viktigt att barnet har en vuxen person närvarande som är kapabel att ta hand om barnet och hjälpa till

att bibehålla dagliga rutiner för barnet. Att förklara vad det är som har hänt är även viktigt. Barn känner oftast på sig att något hänt, och att låtsas som ingenting blir därför bara förvirrande för barnet. Falkov (2002) påpekar också att ett barn behöver få höra att det inte är deras fel att deras förälder blivit sjuk.

William Beardslee är professor i psykiatri vid Harvard Medical School. Han har utvecklat "Beardslees familjeintervention, en preventiv metod riktad till familjer där minst en av föräldrarna har psykisk ohälsa. Från början riktade sig metoden endast till föräldrar med depression men har spridit sig till andra psykiatriska diagnoser. Till Sverige kom metoden 2004. Denna familjeintervention är den enda metod som riktar in sig på att förebygga psykisk ohälsa hos barn till psykiskt sjuka föräldrar. Metoden syftar till att öppna upp samtal omkring föräldrarnas sjukdom i familjen. Det ökar barnens förståelse för sjukdomen, ökar föräldrarnas medvetenhet om skyddande faktorer och stärker föräldraskapet. Detta ska minska barnens risk att själva få en psykisk sjukdom senare i livet. På kort sikt syftar även metoden till att uppmärksamma barnet och minska dess oro. Även föräldrarnas oro och skuld känslor kan minska med denna insats (Barnsomanhöriga 2011 & Socialstyrelsen 2011).

4.2. Reflektion

Det finns väldigt lite forskning om hur man ska bemöta barn till psykiskt sjuka föräldrar. De flesta böcker är skrivna om de konsekvenser som blir för ett barn med en psykiskt sjuk förälder. Det jag har hittat är vissa delar som jag plockat ut från dessa böcker.

Den tidigare forskningen som jag tar upp är, utöver Sverige, gjord i Norge och England. Jag anser ändå denna relevant då det handlar om både barns behov och hur man kan arbeta med föräldrar. Detta är mänskliga faktorer som man kan applicera även i svenska arbetsförhållanden i patientkontakten.

5. Metod

I detta kapitel presenterar jag hur jag gått till väga under undersökningen, hur jag gjort mitt urval och min intervjuemetod. Jag tar också upp validitet, reliabilitet och generaliserbarhet, vilka avgränsningar jag gjort samt etiska övervägande. Jag redovisar även vad jag använder för metod när jag genomför min analys. När jag skrivit min uppsats har jag tagit hjälp av Jarl Backmans bok, ”*Rapporter och uppsatser*” (Backman 2008) som fungerat som stöd och uppslagsbok.

Jag har gjort en kvalitativ fallstudie på en västsvensk vuxenpsykiatrisk öppenvårdsmottagning. En kvalitativ fallstudie ger en detaljrik beskrivning av det man ska undersöka då man riktar in sig på en speciell företeelse. Genom denna kvalitativa metod har jag kunnat fokusera på processen inom den mottagning jag undersökt och tolka personalens arbetsprocess (Larsson, Lilja & Mannheimer 2005). Man kan följa och tolka de speciella mönster som finns i deras arbete (Merriam 1994). En fallstudie, knuten till en organisation syftar till att se ett visst fenomen i organisationen (Larsson et al. 2005). Jag har samlat in information genom att intervjuat olika professioner inom vuxenpsykiatrin för att kunna hitta ett mönster av hur de arbetar med barnperspektivet inom organisationen.

5.1. Mottagningen

Psykiatrimottagningen jag undersökt har en verksamhetsansvarig chef som ansvarar för öppenvården och alla slutenvårdsavdelningar i en viss del av Västsverige. På psykiatrimottagningen jag undersökte var mottagningen indelad i olika team, ett psykoteam, ett affektivt team, två allmänpsykiatriska team, ett neuropsykiatriskt team och ett äldrepsykiatriskt team.

5.2. Urval

Urvalet av intervjupersoner uppkom av en sorts snöbollseffekt (Larsson et al. 2005) då min kontaktperson på mottagningen, hjälpte mig att hitta intervjupersoner genom att fråga sina kolleger som då ställde upp på intervju. För att få ytterligare intervjupersoner som arbetade inom andra team tog jag kontakt med chefen på mottagningen som hjälpte mig med att få ytterligare en kontakt. Efter detta ansåg jag att fler intervjuer krävdes för att kunna få svar på mina frågeställningar. Jag tog själv kontakt med två av intervjupersonerna. Även här blev det en snöbollseffekt (*ibid.*) där jag fick ytterligare ett namn som jag kunde ta kontakt med för intervju.

Mina intervjupersoner består av två kuratorer, två sjuksköterskor, två psykologer och en arbetsterapeut. Jag har valt att anonymisera

personerna och inte heller anger kön på de olika professionerna, för att ytterligare öka anonymiteten. Dock kan det vara intressant att veta att urvalet består av tre män och fyra kvinnor. Jag kommer inte att ange under vilket team de olika professionerna arbetar utan kommer att kalla personerna för t.ex. kurator 1 & kurator 2. Alla ettor tillhör inte samma team, utan 1:an respektive 2:an är till för att veta vilken kurator, psykolog eller sjuksköterska som har svarat vad. Detta gör jag för att jag kommer att presentera delar av intervjuerna tillsammans, under olika teman. På så vis kan man skilja på personerna som har samma profession och följa deras svar under intervjuerna och i analysen.

5.3. Intervjumetod

Jag har gjort en semistrukturerad intervju som innebär att jag har ett visst antal frågor som grund där intervjupersonen kan svara fritt och jag kan ställa följdfrågor. En semistrukturerad intervju innebär att man har huvudämnen som är kopplade till frågeställningen och som ska beskrivas mer ingående. Man utgår från dessa ämnen i sin intervju för att sedan använda sig av följdfrågor i ett öppet samtal (Larsson et al. 2005).

Intervjuerna ägde rum på psykiatrimottagningen. Jag spelade in samtliga intervjuer för att sedan transkribera dem. Jag valde att utesluta sådant som inte var relevant för undersökning, även ljud som hmm och andra uppehåll finns inte med i transkriberingen. Inspelningen av intervjun med arbetsterapeuten innerhåller vissa bortfall. Det brummande ljudet i bandspelaren överröstar ibland våra röster på grund av för långt avstånd till bandspelaren samt att vi ibland talade med för låga röster.

Min första intervju ägde rum med en av kuratorerna. Därefter fick jag i snabb följd intervju en sjuksköterska och sedan arbetsterapeuten. Detta gjorde att jag inte hann reflektera över mina intervjufrågor och inte heller justera dem något eller hitta fler och bättre följdfrågor. Därför kom följande intervjuer att se lite annorlunda ut då jag efter hand hittade bättre frågor (se bilaga). Intervjutiden vid de första intervjutillfällena låg på cirka 20 minuter per person och gjordes på intervjupersonernas arbetsrum. Jag utgick från mina frågor som jag hade, men lät intervjun föras som ett samtal med följdfrågor till huvudfrågorna. Med de omarbetade frågorna blev intervjutiden lite längre, drygt 30 minuter. Även här lät jag intervjuerna föras som samtal (*ibid.*).

5.4. Avgränsningar

På grund av den begränsade tidsramen valde jag att göra en fallstudie och har inhämtat information från endast en vuxenpsykiatrisk mottagning. Jag har koncentrerat mig på att undersöka deras

inställning och hur de använder sig av ett barnperspektiv i sitt arbete med den vuxne. Det finns fem olika team på mottagningen och jag har intervjuat personer från fyra av dessa.

5.5. Analysmetod

För att analysera mina data från intervjuerna har jag använt mig av meningskoncentrering, där jag kortat ner intervjupersonernas uttalanden mer koncentrerat. Jag har även använt mig av meningskategorisering, där jag delat in intervjuerna i olika kategorier utefter mina frågeställningar (Kvale 1997). Jag har presenterat resultatet genom att delat in det i fyra olika teman där jag sedan presenterat intervjuerna av varje person för sig inom varje tema.

De olika teman som jag utgått ifrån är:

1. Vad menas med ett barnperspektiv?
2. Hur beaktas ett barnperspektiv inom vuxenpsykiatri?
3. Synen på andra verksamheter och professioner.
4. Anmälan till socialtjänsten när ett barn misstänks fara illa.

Efter presentationerna i varje tema har jag gjort min analys med hjälp av den tidigare forskningen och de teoretiska begreppen och knyter sedan samman alltihopa i en diskussion.

5.6. Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Tillförlitligheten i det intervjupersonerna säger och intervjuens kvalitet påverkar validiteten. Validiteten ökar ju fler ”fall”/intervjupersoner man har. För att öka validiteten i min studie har jag valt att intervjua sju olika personer som jobbade inom olika team. Reliabiliteten ökades med den intervjuteknik jag använde, så som att inte ha med några ledande frågor, vilket ökar tillförlitligheten hos mina intervjupersoner (Kvale 1997). Dock finns det alltid en subjektivitetsproblematik, där en person kan välja att skildra sanningen så att man framställs på ett visst vis (Larsson et al. 2005). Men i en fallstudie är det människors tolkningar av verkligheten som studeras. Det som upplevs som sant är viktigare än det som är sant (Merriam 1994). Kvale (1997) skriver att man ska ifrågasätta meningen i det som intervjupersonerna säger och att alltid kontrollera den information man får. Det jag har kunnat göra är att jämföra de olika intervju svaren och informationen mot varandra för att se om de har en liknande uppfattning om sig själva och varandra, vilket också kommer att visa sig i min analys.

Målen för generalisering är bland annat att fastställa det typiska och vanliga, och ibland även kolla det som kan finnas (Kvale 1997). Jag gör inget anspråk på någon fullständig generalisering. Min tanke med denna studie var att undersöka hur det såg ut på en psykiatrisk öppen mottagning, så att man kan få en insyn om hur just det typiska och vanliga kan yttra sig på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Merriam

(1994) skriver att i en kvalitativ fallstudie gör man sina generaliseringar på sannolikhetsnivåer. Enligt Kvale (1997) så finns det en analytisk generalisering där man gör en bedömning om hur resultatet från studien kan ge vägledning för vad som kan komma att hända i en annan situation. Generaliseringen bygger på en påståendelogik där man argumenterar för generalisering genom en teori (Kvale 1997). I min analys kommer jag att försöka hitta det typiska för denna mottagning genom mina teoretiska begrepp. För att öka generaliseringen kan man även använda mer än ett fall för att lättare hitta mönster (Larsson et al. 2005). Jag undersökte bara en mottagning men ökade generaliserbarheten genom att använda flera olika intervjupersoner från olika team. Merriam (1994) skriver också om "generaliserbarhet beträffande läsaren och användaren" vilket innebär att läsaren avgör vad som är relevant och applicerbart på andra situationer.

5.7. Etiska överväganden

Jag utgick från vissa etiska riktlinjer. Informerat samtycke, konfidentiellitet och konsekvenser (Kvale 1997). Intervjupersonerna informerades om studiens syfte, de gav sitt samtycke om att de deltog frivilligt och var medvetna om att de kunde avbryta studien när som helst. Alla deltagare är anonyma då jag inte nämnt några namn. Deras profession har inte ändrats då en del av syftet med uppsatsen är att undersöka hur de skiljer sig åt. Då det handlar om vuxenpsykiatrins sätt att arbeta och det inte är privata personliga upplevelser intervjupersonerna svarat på, syftar undersökningen till att ha medfört en positiv utveckling i arbetet vilket väger upp eventuella negativa konsekvenserna för den enskilde intervjupersonen (*ibid.*).

5.8. Metodreflektion

Min förförståelse när jag började planera min studie var att det kan skilja sig väldigt mycket inom mottagningen hur man arbetar med ett barnperspektiv. Min tanke var från början att anledningen till detta skulle bero på den individuella uppfattningen och ett personligt sätt att arbeta och inte lika mycket beroende vilken profession man tillhörde.

För att få en så generaliserbar och validitetssäker studie som möjligt är det bäst att använda sig av så många fall som möjligt. På grund av tidsbegränsningen valde jag att göra en fallstudie på en vuxen psykiatrisk mottagning och undersöka hur just denna mottagning använder med ett barnperspektiv i sitt arbete. Jag ökade dock generaliserbarheten och validiteten genom att intervjua sju olika personer inom fyra olika professioner under fyra olika team.

Mitt urval av intervjupersoner var blandat. Jag tog själv kontakt med vissa personer som sedan länkade mig vidare till ytterligare personer för intervjuer, en så kallad snöbollseffekt. Detta fungerade bra då jag kunde "önska" vilken profession jag ville intervjua och fick namn på

personer som jag kunde kontakta för intervju. I och med att snöbollseffekten användes blev anonymiteten sänkt inom mottagningen då vissa personer visste vilka som intervjuats. Detta är dock något som de var medvetna om.

Min intervjumetod var semistrukturerad vilket jag anser fungerade bäst då man för intervjun som ett samtal. Eftersom det inte fanns några klara och tydliga arbetssätt inom mottagningen om hur man använder ett barnperspektiv så kan mer information komma fram om man får tala fritt om sitt arbete. Jag spelade in alla intervjuer som jag sedan transkriberade. Här föll en del information bort då bandspelaren inte alltid kunde spela upp vissa bit av samtalet klart och tydligt. De tre första intervjuerna gjordes med de första intervjufrågorna och resterande fyra intervjuer med de omgjorda frågorna. Dock anser jag att många av de omarbetade frågorna fanns med som information i de tidigare intervjuerna. Det som hade kunnat öka validiteten i studien hade varit att göra observationer i mötet av den professionelle och patienten. Detta hade dock krävt mer tid då det hade tagit längre tid att hitta patienter som ställt upp på detta.

Min analysmetod föll sig naturligt. Att använda mig av meningskoncentrering och meningskategorisering ansåg jag vara den bästa metod för att kunna sätta in intervjuerna under olika teman och kunna jämföra intervjupersonernas svar med varandra, då detta hör till mitt syfte.

De etiska aspekterna jag tänkte på var naturligtvis anonymitet och samtycke, men framför allt att studiens syfte skulle frambringa en positiv utveckling i arbetet på mottagningen.

6. Teoretiska begrepp

Jag har från början haft vissa teorier i bakhuvudet men man kan ändå påstå att teorin har varit induktiv då den vuxit fram ur empirin under tiden (Thomassen 2007). Jag kommer att beskriva olika teoretiska begrepp utifrån professionsteori och organisationsteori. Dessa har hjälpt mig att förstå och förklara svaren på min frågeställning då syftet med studien är att se hur de olika professionerna arbetar och vad som skiljer dem åt inom denna psykiatriska mottagning. Syftet med min studie är att undersöka om professionerna skiljer sig åt och om detta har med organisationen att göra eller om det är deras profession som har den största betydelse för hur de arbetar med ett barnperspektiv. Jag har valt att beskriva begrepp inom professionsteori och organisationsteori då begreppen varit mer relevanta för att kunna genomföra min analys och inte hela teorin i sig.

Begreppet jurisdiktion förklarar anledningen till att arbetet är uppdelat och att olika professioner gör olika saker. Diskretion är det handlingsutrymme man har i sitt arbete och som man eftersträva. Gränssättning/anspråk beskriver hur man kan stänga ute andra professioner samt lämna över arbetsuppgifter till andra professioner. Begreppet gräsrotsbyråkrater tar jag upp då jag under intervjuerna förstod att vissa ställs inför ett val då det gäller att följa lagar och regler som finns inom organisationen och det egna personliga valet som man kanske anser vara det bästa valet.

6.1. Jurisdiktion

Professionsbegreppet innebär en bestämning av ett visst kunnande (Hellberg 1991). När ett yrke professionaliseras finns det krav från samhället och från yrkesutövarna själva om att man ska ha en särskild kunskap och utbildning för att man ska få utöva yrket (Svensson, Johnsson & Laanemets 2010). För att en profession ska kunna göra anspråk på jurisdiktion med egen kontroll av ett särskilt arbete krävs att samhället accepterar detta. Med jurisdiktion menar man, ”vem som gör vad”. Med befogenheten till att utföra ett visst arbete har man också befogenheten att exkludera andra arbetare. Jurisdiktion är både en kultur och en social struktur (Abbott 1988). Vetenskaplig auktoritet eller professionell expertis, allmänhetens förtroende, autonomi, avgränsad jurisdiktion, egna yrkesorganisationer och en speciell professionell etik är några begrepp som man förknippar med en profession (Svensson et al. 2010). Organisationer och tjänstemän gör anspråk på professionell auktoritet genom att använda strategier som leder till kunskapsmonopol, alltså en speciell kunskap och kontroll över sin yrkespraktik. De begränsande kompetensområdena som professionen lyckats inta, utgör dess yrkesmonopol/jurisdiktion. Alltså vem som gör vad. Man kan stänga ute andra yrkesgrupper genom lagstiftning och examensbevis. För att en jurisdiktion ska bli allmänt

godkänd krävs även att de professionella övertygar sin omgivning så att deras kunskaper och tjänster accepteras av samhället. Det finns en förväntning från samhället att de professionella yrkesutövarna handlar på det sätt vi förväntar oss att de ska handla (Wingfors 2004).

Det finns olika gradskillnader av jurisdiktion. En *full jurisdiktion* innebär att en profession har kontroll och makt över ett avgränsat yrkesområde. Den *underordnade jurisdiktionen* saknar full jurisdiktion och måste följa regler som fastställts av en annan profession. *Delad jurisdiktion* är när flera professioner samarbetar med tydligt avgränsade kompetensområden. Den *intellektuella jurisdiktionen* är när en profession kontrollerar ett visst fält och samtidigt låter andra professioner bedriva yrkesmässig verksamhet inom området. *Rådande jurisdiktion* är när en profession försöker legitimera sin rätt att tolka och modifiera handlingar utförda av professioner med full jurisdiktion (*ibid.*).

6.2. Gränssättning/anspråk

I ett dynamiskt samhälle kan man inte som professionell yrkesutövare hävda sin kunskap inom vissa områden när man konkurrerar om positioner. Man måste kunna visa ett visst värde eller nytta för att få status och maktpositioner (Hellberg 1991). Yrkesgrupper stänger tillträdet för andra yrkesgrupper genom lagstiftning och examensbevis. Det finns olika strategier för stängning när man avgränsar ett visst kunskapsområde som behärskas av en speciell grupp för att få monopol (Wingfors 2004). Parkins menar att man som stängningsbas, bara kan använda sig av de kunskaper som legitimerats av staten som monopol på positioner. Genom att sätta gränser mot andra yrkesgrupper kan man stänga ute dem för att bevara sin egen jurisdiktion. Dessa strategier på arbetsmarknaden är enligt professionsforskare, att yrkesgrupper monopoliserar kunskaper och positioner på arbetsmarknaden för att uppnå status, prestige, makt och materiella belöningar (Hellberg 1991).

Den exkluderande strategin, som riktas neråt, utesluter andra grupper genom kontroll över utbildning och legitimationer. Detta innebär att man inte släpper in underordnade grupper till de överordnades jurisdiktion för att kunna behålla sin status, makt och kontroll av utbildning. Den inkräktande strategin, som riktas uppåt, innebär att en underordnad grupp försöker att ta över den överordnade gruppens resurser för att utöka sin jurisdiktion och uppnå status och makt. Det kan också förekomma stängning i sidled mot liknande yrken, där man bevakar gränser för vem som ska göra vad. Hur mycket professionerna är stängda beror på i vilken utsträckning de professionella tjänsterna får utföras av andra som inte har den yrkeskunskapen (Wingfors 2004). Inom en arbetsplats innebär jurisdiktion att man gör anspråk på vissa arbetsuppgifter. Det brukar oftast vara givet vad var och en ska göra och inte göra. Det står klart och tydligt vad de olika professionerna har

för gränser men i verkligheten läggs många arbetsuppgifter över på andra professioner (Abbott 1988).

6.3. Diskretion

Det huvudsakliga skälet, och kärnan i professionaliseringsprocessen, är diskretion (Hellberg 1991). Med diskretion menar man vilket handlingsutrymme man har i sitt arbete. Handlingsutrymmet innebär att man har möjlighet att välja hur man ska agera utifrån det utrymme organisationen ger. Kunskapen den professionelle har, avgör också vilka handlingar man anser meningsfulla. Det skapas alltså mellan organisationen och professionen. Diskretion innebär arbetsuppgifter som är oförutsägbara, som inte kan rutiniseras eller automatiseras (Svensson et al. 2010).

Yrkesutövaren som har diskretion har en position som gör att beslut och ansvar ligger på dennes omdöme. Deras kunskap och eget ansvar är grunden för de professionellas anspråk på, att på eget omdöme fatta beslut, utan andras inverkan (Hellberg 1991). De har ett stort handlingsutrymme i sitt arbete som de eftersträvar genom att göra anspråk på en viss jurisdiktion. Det ligger också i organisationens intresse att bevara de olika yrkesutövarnas handlingsfrihet (Wingfors 2004). Bolin (2011) skriver i sin avhandling att Dworkin beskrev diskretion som en metafor. Man kan se diskretion som hålet i en donuts. Där hålet är det handlingsutrymme man har i sitt arbete, och ringen utgör de lagar, regler och förhållningssätt man har att rätta sig efter. Ju mindre hål är desto mindre handlingsfrihet har man.

6.4. Gräsrotsbyråkrater

Vuxenpsykiatrin kan räknas som en människovårdande organisation, då de har i uppgift att värna om sina klienter och göra det bästa för dem. Varje bedömning är värdeladdat och moraliskt för den professionelle men samtidigt måste de tillgodose organisationens intresse (Svensson et al. 2010). De professionella inom en människovårdande organisation kan kallas gräsrotsbyråkrater och har stor handlingsfrihet i sitt arbete, både till sin organisation och till samhället och personer de möter i arbetet. De måste givetvis följa lagar och regler men förväntas samtidigt att använda sitt eget omdöme i arbetet (Wingfors 2004). Lipsky (2010) skriver i sin bok *Street-level bureaucracy* att gräsrotsbyråkrater har en stor inverkan på människors liv då det är de som kommer i direkt kontakt med människorna ute i samhället. Ju mer "behövande" en människa är desto mer inflytande har gräsrotsbyråkraten över personens liv.

Gräsrotsbyråkraten finns emellan medborgaren och myndigheten och måste både var medmänniska och organisationsrepresentant (Lipsky 2010). Det finns ett dilemma i detta då ens handlingar får olika betydelser beroende på om man relaterar det till medmänniskan eller

till organisationens perspektiv (Svensson et al. 2010). Människors kontakt med gräsrotsbyråkrater är ofta omedelbar och personlig och beslut tas vanligtvis direkt och är fokuserad på individen (Lipsky 2010). Som professionell måste man alltid handskas med klientens reaktion på beslutet, och Lipsky (2010) menar att man alltid måste tänka på vad beslutet innebär för klienten och att det kan ändra relationen. Som professionell vet man oftast mycket personliga saker om klientens liv, då är det viktigt att klienten inte känner att han blir behandlad byråkratiskt (*ibid.*).

7. Resultat och analys

I detta kapitel presenterar jag intervjuerna under fyra olika teman. Jag ger en sammanfattande beskrivning av vad som sagts under intervjuerna och har även med direktcitat. Till varje tema kommer jag också att göra en analys efter presentationen av intervjuerna. De olika teman är: *Vad menas med ett barnperspektiv?*, *Hur beaktas ett barnperspektiv inom vuxenpsykiatri?* *Synen på andra verksamheter och professioner.* och *Anmälan till socialtjänsten när ett barn misstänks fara illa.*

De olika professionerna jag intervjuat är kurator, sjuksköterska, arbetsterapeut och psykolog

7.1. Professionernas uppdrag

Som socionom/kurator har man samtal med patienterna och uppdraget på vuxenpsykiatriska mottagningen är att göra bedömningar och behandla psykiatriska patienter i ett dagligt arbete. Psykologen har kunskap om människans psykologiska utveckling. De arbetar för att främja utveckling eller undanröja hinder för utveckling. De gör bedömningar och behandlingar av psykiatriska patienter. Arbetsterapeuten provar ut individuella hjälpmedel för patienten och arbetar med praktiska problem, bedömningar och åtgärder för patientens vård, boende, fritid, arbete/studie. Målet är att tillsammans med patienten utreda och hitta möjligheter att klara av aktiviteterna i hemmet, på arbetsplatsen och på fritiden. En sjuksköterska som arbetar på en psykiatrisk mottagning har utöver sin yrkeskompetens också en grundläggande psykoterapiutbildning. De har samtal med patienten och även medicinuppföljningar. I deras uppdrag ingår bedömning och behandling av psykiatriska patienter i det dagliga arbetet (Avdelningschefen 2011).

7.2. Vad menas med ett barnperspektiv?

Kurator 1:

Barnperspektivet är något som är väldigt eftersatt och underutvecklat inom psyksjukvården. Det är viktigt att bjuda in även barnen till mottagningen så att de får se vart mamma eller pappa går, och sedan även erbjuda dem enskilda samtal så att de får chansen att ställa frågor på sitt sätt.

Sjuksköterska 1:

Barnperspektivet innebär att se och uppmärksamma de barn som finns i dessa familjer. Man måste se hur det ser ut och ge dem det de behöver. Ofta handlar det mycket om att informera kring föräldrarnas

sjukdom, men även att länka dem vidare till verksamheter som erbjuder stöd till dessa barn.

Arbetsterapeut:

När man utgår från en psykiskt sjuk person som har minderåriga barn så innebär barnperspektivet att man måste ta stor hänsyn till barnen.

Kurator 2:

Man får inte glömma bort barnen. Man kan inte möta patienten skild från sitt sammanhang. Har patienten barn hemma som påverkas och lever med patientens symtom och sjukdom, så får det konsekvenser för barnet.

Psykolog 1:

Man måste ta reda på om patienten har barn och hur de påverkas av patientens psykiska sjukdom.

Sjuksköterska 2:

Barnperspektivet är jätte viktigt. Man måste ta tag i det direkt när man ser att en förälder mår dåligt och kolla hur barnen har det.

Psykolog 2:

Ett barnperspektiv beskrivs lättast att alla är skyldiga att anmäla om man misstänker att ett barn far illa.

7.2.1. Analys

Aldridge och Becker (2003) skriver att det är lättare för personal på en psykiatrisk mottagning att få en inblick i hur barnen har det i familjen, än andra professioner som kommer i kontakt med barnen. Samtliga intervjupersoner i min studie anser att barn är något man måste tänka på i kontakten med föräldern. Man måste ta reda på hur barnet har det så att man som professionell är medveten om hur barnens situation ser ut.

Wingfors (2004) skriver att samhället har en förväntning på att professionella ska handla på det sättet vi förväntar oss att de ska göra. Enligt lag ska de professionella inom en vuxenpsykiatri förebygga sjukdom och även vidta åtgärder om det behövs för barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Barnkonventionen säger även att barns bästa alltid ska vara vägledande i alla beslut. Men hur man uppfattar och tolkar barnperspektivet är personligt. Som gräsrotsbyråkrat står man mellan människan och organisationen och måste hela tiden använda sitt eget omdöme (Lipsky 2010). Alla handlingar får olika värde beroende på om man relaterar det till ett medmänskligt handlande eller ur organisationens perspektiv (Svensson et al. 2010). Även den diskretion de professionella har gör att deras kunskap och inställning blir

avgörande för vilka handlingar man anser meningsfulla (Svensson et al. 2010).

7.3. Hur beaktas ett barnperspektiv inom vuxenpsykiatrien?

Kurator 1:

Kuratorn har infört som rutin att alltid bjuda in barnen så att de får tillfälle att komma och se hur det är på enheten, där får de också möjlighet till ett samtal tillsammans med sina föräldrar. De vill ta ett ansvar och möta även barnen och kanske koppla på andra stödinsatser till barnen om det behövs. Det är inget föräldrarna brukar motsätta sig. Det handlar om hur man lägger fram det. Presentera man det att det är så man arbetar då blir det en självklarhet. Patienterna vill prata om sina barn och det är väldigt centralt att prata om sitt nätverk. Just för dessa patienter så vet man att ett nära familjearbete tillsammans med barn och andra närstående har ett positivt utfall för bland annat återinläggningar. Patient och barn mår bra utav att man jobbar med hela familjen. Det blir bättre rehabilitering. Barnen får chans att uttrycka sig över sina funderingar, och föräldrarna kan få föräldrastöd om det finns ett behov för det.

För att uppmärksamma barn till psykiskt sjuka tycker kuratorn att man ska ha barnombudsmän inom vuxenpsykiatrien för att ta vara på barnens intresse. Det får aldrig finnas något hinder för att ha med sig ett barnperspektiv i sitt arbete, var man än jobbar. Man har ett ansvar för att inte skapa vidare problem för dessa barn även om det inte finns med i de egentliga arbetsuppgifterna. *"Jag brukar alltid säga, - Först får vi ta hand om barnen så får vi sopa upp det andra sen."* (kurator 1).

Sjuksköterska 1:

Ibland finns barnen med vid det första informationsmötet med patienterna. Dock är det mer kuratorns uppgift att hålla i anhörigstödet, och träffar därför barnen mest. Men det är viktigt att veta om att det finns barn, så att de inte blir bortglömda. Man kan inte bara se patienten utan måste även se hur det ser ut hemma.

Sjuksköterskan har inga fasta rutiner gällande patienternas barn, man tar dock alltid upp frågan för att se hur det ser ut i familjen. En av de första frågorna när man först träffar en ny patient är om det finns barn med i bilden. Även senare ska man absolut prata med patienten om hur deras sjukdom påverkar familjelivet. Ibland kan vissa möten innehålla en del frågor om att vara förälder, där de kan få råd och stöd i sin föräldraroll. Oftast är det när man har ett anhörigstöd och den andre föräldern är med. Också här är det mest kuratorn som håller i dessa samtal, menar sjuksköterskan.

Hembesök är något som oftast görs av sjuksköterskan. Då får man tillfälle att se patienten i sin egen hemmiljö samt hur de fungerar när barnen är där. Trots att vissa patienter inte berättar allt i sina samtal

med sjuksköterska har det aldrig varit så att den bild man får under samtalen inte stämmer överens med den bild man sedan får under ett hembesök. *"Det får inte finns något hinder för använda sig av ett barnperspektiv i sitt arbete."* (Sjuksköterska 1).

Arbetsterapeut:

Barn finns inte alls med i det arbetet man gör som arbetsterapeut. Man gör hembesök och då många av patienterna har svårt att koncentrera sig träffas de när barnen är i skolan eller på dagis, just för att kunna kommunicera utan någon störning. Det är svårt att ha med barnen i det arbetet eftersom alla hjälpmedel är individuellt anpassade. I de fall där det finns något som hela familjen kan ha nytta av som t.ex. ett veckoschema använder även barnen det för att underlätta för familjen. Där kan varje person få en egen färg och man får en bättre och tydligare översikt över veckan och vad varje person ska göra.

För att uppmärksamma dessa barn mer, är ett öppet samtal det bästa sättet att föra en konversation. Första gången man träffar en ny patient frågar man hur de har det och hur det fungerar runt omkring dem. Det är dock viktigt att berätta varför man ställer vissa frågor som kanske kan uppfattas lite ovanliga. Man är där för att hjälpa och behöver vissa svar, och det är anledningen till de frågor man ställer.

Kurator 2:

Det finns tvingande sökord i journalsystemet, vilket innebär att de måste kartlägga vissa saker om patienten. Om det finns minderåriga barn, är ett av dessa. Det är den enda fasta rutin som finns i arbetet. Kuratorn tar nästan alltid upp och pratar med patienten om deras barn. Det är vanligare att kuratorn tar upp samtalet kring barnen, då det sitter långt inne för en förälder att be om hjälp. Dels för att man vill klara sig själv som förälder och dels för att de är rädda för att socialtjänsten ska komma och ta barnen om man ber om hjälp. När man väl börjat samtal kring detta kan de få mycket bra hjälp då kurator kan koppla in andra resurser, som t.ex. mödravårdscentralen, psykologen, familjepedagog eller liknande. Man kan även hänvisa barnen till Barn- och ungdom psykiatrin.

Ibland kan barnen följa med sin förälder på ett besök. Ibland som krav från kurator och ibland för att de själva vill komma dit för att få svar på frågor om sin förälders sjukdom. Detta anser kuratorn hjälper barnen, då de får svar på sina frågor samt att de får se vad det är för ett ställe som deras mamma eller pappa går till, att det inte är något konstigt. Det hjälper även i patientkontakten, då man får en annan människas bild och syn på patienten. Att få ett perspektiv från någon som lever tillsammans med patienten gör arbetet mycket mer effektivt. För att förbättra barnperspektivet är ett arbete med hela nätverket det bästa, för det är ju där patienterna har sitt stöd.

Psykolog 1:

Psykologen tar reda på om patienten har några barn, hur deras situation ser ut hemma och hur de påverkas av sin förälders sjukdom, för att se om man måste vidta några åtgärder. Psykologen träffar sällan barnen till sina patienter då fokus ligger på patienten. Om behandlingen störs av patientens vardagssituationer kommer den att tappa fart, då får man överväga om man ska prata om det eller inte. Dock är det en sådan central del av patienten att det måste finnas utrymme för det också. Trots att det kanske är ett hinder för just den tänkta behandlingen blir det ju inte ett hinder för patientens utveckling och mående. Om det skulle behöva göras en anmälan är det oftast kuratorn som gör den. För att göra det bättre för barnen måste barnen ha möjlighet till att få information. Det skulle kunna finnas en sjukvårdsupplysning för barn till psykiatriska patienter, tycker psykolog 1.

Sjuksköterska 2:

I sitt arbete försöker sjuksköterskan alltid att informera föräldern om hur barnet blir påverkat av föräldrarnas sjukdom, sedan även informerar om vad det finns för hjälp och stöd för barnet att få. Sjuksköterskan försöker alltid att förhöra sig om hur det är med barnen under hela kontakten med patienten. Om det är något speciellt man märker att föräldrarna behöver hjälp med angående barnen, försöker man att stötta dem i att söka hjälp.

Det händer att sjuksköterskan träffar barnen ibland när de har följt med sin mamma eller pappa då de inte funnits någon barnvakt. Detta är bra då man får se interaktionen mellan föräldern och barnet. Det är också bra för barnet att få följa med så de får se vad det är för ett ställe mamma eller pappa går till, så det inte blir ett kontigt ställe utan helt naturligt.

För att uppmärksamma dessa barn mer är information viktigt. Allmänheten måste få kunskap om psykiska sjukdomar så att det blir mer neutralt. Det finns inga hinder för att använda ett barnperspektiv i sitt arbete, *"patienten hör ihop med sina barn"*, säger sjuksköterskan. Det är väldigt svårt för många att söka hjälp från myndigheter till barn och därför måste man hjälpa patienten att förstå. Men det är viktigt med ett barnperspektiv. *"Man kan inte låta barn förgöras om man har möjlighet att göra någonting."* (sjuksköterska 2).

Psykolog 2:

Det finns inga fast rutiner gälland barnen till patienterna. Det som psykologen själv gör, och som delas med många är att man alltid tar reda på om det finns några minderåriga barn. Och misstänker man att ett barn far illa tar man upp det med föräldern. Psykologen träffar inte barnen då de varit för små för att det ska ha varit någon poäng med det.

Det finns helt klart ett hinder med att använda ett barnperspektiv i sitt arbete. Det kan finnas risk för att patienten inte vill berätta allt så att man inte får all information man behöver till t.ex. en utredning. Psykologen säger att han vet att socionomer är mycket mer uppmärksamma på barnen än andra professioner. När det gäller barnen till psykiskt sjuka föräldrar finns det mycket de inte vet och det hade varit bra att få mer information om det.

7.3.1. Analys

Samtliga intervjupersoner tar vid första mötet reda på om patienten har minderåriga barn. Kuratorerna berättar att de träffar sina patienters barn genom att bjuda in dem. Sjuksköterskorna träffar barnen ibland då barnen själva kan välja att följa med sina föräldrar. Vilket båda två säger är bra, då man får se samspelet mellan föräldrar och barn. Arbetsterapeuten och psykologerna träffar inte sina patienters barn. Kuratorerna är de som aktivt tar initiativ till att träffa barnen, men detta är ett eget val de gör och det finns inga fasta rutiner som säger att de måste göra på ett visst vis. Detta stämmer överens med vad Skerfving (2005) kom fram till i sin forskning, där hon berättar att det inte var någon av de avdelningar hon undersökte som hade några speciella rutiner för hur man skulle bemöta patienternas barn. Hon skriver också att det är psykiatrins ansvar att se och uppmärksamma barnets situation, inte bedöma om de behöver hjälp, det är socialtjänstens uppgift. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska man arbeta för att förebygga ohälsa, detta berör barnen till psykiskt sjuka föräldrar då de själva är en högriskgrupp för att senare få en psykisk sjukdom (Killén 2009). Aldridge och Becker (2003) skriver i sin forskning att ansvaret har hamnat på den professionelle inom psykiatrin som får större kunskap om hela familjen i och med att de arbetar med den vuxne, där man då kan ställa barnens behov till föräldraförmågan. Jag tycker mig se i min uppsats ett samband med hur mycket man arbetar med och träffar barnen, desto större ansvar känner man för att se barnens situation. Kuratorerna som på eget initiativ träffar barnen menar också att man har ett ansvar för dessa barn. Att jobba med nätverket verkar vara kuratorns roll, det är de som träffar anhöriga till patienten. Även sjuksköterskorna träffar ibland närstående vid vissa tillfällen. Ju mer inblick man får i familjen desto mer ansvar känner man för barnen och involverar dessa mer tillsammans med föräldern. Kuratorerna och sjuksköterskorna betonar starkt att det absolut inte får finnas något hinder för att använda ett barnperspektiv i sitt arbete, medan psykologerna anser att det är ett hinder för behandlingen och i patientkontakten.

Jurisdiktion kan man översätta till, ”vem som gör vad”, här kan man se att det finns en skillnad på just vem som gör vad. Kuratorerna som är utbildade socionomer har en helhetssyn i det sociala arbetet, och att ta med barnen blir en mer naturlig del i deras arbete. Abbott (1988) skriver också att det oftast står klart och tydligt vad var och en ska

göra, men att det oftast läggs över på andra professioner. Många av intervjupersonerna vände sig också gärna till kuratorerna i frågan om patienternas barn.

Sjuksköterskorna arbetsuppgifter och även kuratorernas utbildning som socionomer kan också öka deras diskretion/handlingsutrymme i förhållande till organisationen, till ett mer fritt arbete med patienten där det är lättare att arbeta med hela familjen. Som arbetsterapeut och psykolog har man ett mer inriktat arbetet med bara patienten vilket minskar deras diskretion i förhållande till organisationen när det kommer till att ta med familjen i arbetet. Svensson et al. (2010) skriver att varje handling man gör i sitt arbete som professionell är värdeladdad och man måste finnas mellan patienten och organisationen. Professionerna, kuratorer och sjuksköterskor har större möjlighet att välja hur de ska agera inom organisationens utrymme än vad psykologerna och arbetsterapeuten har. Det måste inte väljas mellan människan och organisationen på samma sätt som psykologerna och arbetsterapeuten måste, då organisationen ger dessa ett annat utrymme för att arbeta med hela familjen.

För att uppmärksamma barnen till psykisksjuka föräldrar mer har alla intervjupersoner en egen idé om hur man skulle kunna göra det bättre. Alla är överens om att det är kuratorn som är bäst på att använda ett barnperspektiv, och att det ligger närmare i deras arbete att jobba med anhöriga till den sjuke. Där kan barnen få komma prata och ställa frågor. En mer öppen tillgång för barnen var Psykolog 1:s ide om en slags sjukvårdsupplysning för barn till psykiatriska patienter. I Aldridge och Beckers (2003) forskning har de tagit reda på vad barn till psykiskt sjuka själva hade för förslag på vad de behöver mest. Det de kom fram till var att barnen ville ha en vuxen som de kunde gå till för att kunna prata om sin situation.

7.4. Synen på andra verksamheter och professioner

Kurator 1:

Samarbete med andra verksamheter finns inte, organisationerna är så olika. Mellan vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri finns inte mycket upparbetat. Skillnaden mellan vuxenpsykiatri och socialtjänsten är de olika styrningarna. Hälsa och sjukvård är läkarstyrtd och socialtjänsten är politiskt styrtd. Därför krockar ofta de olika kulturerna med varandra och man har svårt för att förstå varandras världar. Kuratorn menar att man prioriterar olika och därför är det viktigt att ha många kontakter inom socialtjänsten som kan underlätta ett samarbete när det behövs.

Anmälningar är en vanesak. Många yrkesgrupper har inte vanan att aktualisera en anmälan. Många inom sjukvården väljer att inte se, kanske på grund av att man inte vill störa behandlingsalliansen med föräldern, också att man inte vet vad det betyder att göra en anmälan,

och man är då kanske rädd för vad det innebär. Okunskap ligger bakom detta på grund av våra olika utbildningar, menar kuratorn. Men man är ju som tjänstemän och tjänstekvinnor skyldiga att göra en anmälan om man misstänker att ett barn far illa. *”Jag har gjort det hur många gånger som helst”*, säger kurator 1.

Sjuksköterska 1:

Ett samarbete med andra verksamheter görs om det behövs men endast i det enskilda fallet. Att länka vidare barnen till annan hjälp är viktigt, på så vis kan man ge dem en liten del av det de behöver i den situationen de är i. Sjuksköterskan tror att de på denna enhet är bättre på att uppmärksamma barnen då de jobbar mycket uppsökande och gör många hembesök och har alltid med sig ett familjeperspektiv. På andra team inom psykiatrin är familjeperspektivet inte lika använt, *”där tror jag att barnen har blivit mer glömda.”* (Sjuksköterska 1).

Kurator 2:

Kuratorn tror att det är just kuratorer som är bäst på att använda ett barnperspektiv i sitt arbete då de är utbildade till det och har det mer i tankarna. Sen är det snarare hur man är som människa och hur man tänker som påverkar hur man arbetar.

Många kommer till kurator när det handlar om en anmälan, men anmälningsskyldigheten gäller alla och det går inte att avsäga sig den till någon annan som råkar vara kurator. Det är det upp till varje behandlare att skapa den sorts kontakt/relation med patienten att man kan prata om barnen och även få föräldern att våga se situationen. För det är inte lätt att se att man är otillräcklig som förälder, det är så skuldbelagt, säger kuratorn.

Samarbetet med socialtjänsten är bättre än den varit innan, nu träffas de regelbundet och kan ringa och konsultera med socialsekreteraren och få vägledning om man är osäker.

Psykolog 1:

Om användandet av barnperspektivet påverkar behandlingen för mycket är det bättre att ta hjälp av en annan profession, t.ex. en kurator för att mer kunna prioritera barnet och familjesituationen i samtalet. Psykologer är mer fokuserade på patientens problem och att behandla detta. Kuratorer är jätte viktiga då de kan jobba med andra aspekter.

Sjuksköterska 2:

Sjuksköterskan menar att kuratorerna är de som är bäst på att använda ett barnperspektiv, de jobbar mer på det sättet. T.ex. psykologer och läkare tänker mer medicin. Sen beror det mycket på erfarenhet, man tänker olika.

Psykolog 2:

För att kunna göra det bättre för barnen och uppmärksamma dem mer tycker psykologen att man måste bli bättre på att samverka så att man känner till varandras verksamheter bättre, så att t.ex. socialtjänsten och psykiatrin kan bygga upp ett förtroende mellan varandra.

Socionomer är mer uppmärksamma än andra professioner när det gäller barn. Sedan handlar det mer om det individuella perspektivet.

7.4.1. Analys

Något direkt samarbete med andra verksamheter finns inte. Det är endast sjuksköterska 1 och kurator 2 som nämner att de tycker att samarbetet i det enskilda fallet fungerar bra. Många av intervjupersonerna påpekar att ett samarbete med socialtjänsten är viktigt när och om de ska ha med sina patienters barn i sitt arbete. Psykolog 2 säger t.ex. att man måste bygga upp ett förtroende mellan psykiatrin och socialtjänsten. Killén (2009) har kommit fram till att den professionelle är rädd för vad socialtjänsten kan komma att utsätta deras patienter för, vilket man kan tolka in i det psykolog 2 säger om att bygga upp ett förtroende mellan socialtjänsten och psykiatrin. Ett samarbete med andra verksamheter är nödvändigt för att kunna hjälpa barnen (Killén 2009).

Många av intervjupersonerna nämner kuratorerna som en profession inom organisationen som man vänder sig till när det handlar om patienternas barn. Detta anses tillhöra deras profession då de är mer inriktade på ett helhetsperspektiv. Det kan även vara en sorts gränssättning som man använder sig av, där man som Wingfors (2004) skriver, "stänger i sidled" och lägger över vissa arbetsuppgifter till någon annan. Skerfving (2005) skriver, att en stor del av personalen inte riktigt viste vad som låg under deras ansvar och befogenheter. Då är det lättare att lägga över eller vända sig till en profession som anses ha mer kunskap och handlingsutrymme för dessa barn.

Trots detta har de olika professionerna full jurisdiktion, vilket innebär att de har kontroll och makt över ett avgränsat yrkesområde (Wingfors 2004). Detta medför ett eget ansvar på det egna arbetet som man inte kan lägga över på någon annan. Detta kan dock ställas mot det handlingsutrymme man har inom organisationen, som kanske inte gör det möjligt.

7.5. Anmälan till socialtjänsten när ett barn misstänks fara illa

Kurator 1:

Om man märker eller misstänker att ett barn far illa så anmäler man alltid. Det räcker till och med att patienten inte berättar allt, då vet man ju inte hur det ser ut i deras familjeliv. Då är det vår skyldighet att anmäla för att socialtjänsten ska kunna utreda situationen. Kuratorn

pratar alltid med föräldrarna vad en anmälan innebär. Även här poängteras det att det beror på hur man lägger fram det. Att inte pratar om en anmälan i sig utan att man gör detta för att familjen ska få rätt hjälp och stöd på ett riktigt sätt. Om man pratar om hjälp och stöd brukar det aldrig bli problem med föräldrarna. Kuratorn brukar säga till föräldrarna att man måste göra en utredning för att kunna sätta in rätt insats. Man erbjuder hjälp till föräldrarna för att barnen ska få det så bra som möjligt, då får man ett bättre samarbete. Ordet anmälan är så negativt laddat, vilket gör att de flesta föräldrar går igång.

Sjuksköterska 1:

Om man uppfattar något som oroande så är det anmälan som gäller, säger sjuksköterskan. Då informeras alltid föräldrarna att en anmälan görs, det är något man alltid ska göra. Sjuksköterska påpekar att en anmälan är något som uppfattas som hemskt utav både personal och patienter, man ser värsta scenariot framför sig. Oftast tar personalen upp en eventuell anmälan eller oro tillsammans med kurator som har större kunskap om den biten. En anmälan är ett steg mot att det ska bli något bra, så därför måste man se barnens situation och inte blunda för det. Därför menar sjuksköterska att de alltid agerar om de uppfattar eller misstänker att något inte fungerar gällande barnen.

Arbetsterapeut:

Om arbetsterapeuten märker att ett barn far illa eller inte får sina behov tillgodosedda så talar denne med kuratorn för att få råd om hur man ska förhålla sig till det. Arbetsterapeuten anmäler aldrig till socialtjänsten utan pratar i första hand med den förälder det gäller om hur det fungerar och hur de ser på saken när det gäller deras barn. Skulle det vara någon som inte har sjukdomsinsikt så kontakter hon en anhörig, t.ex. barnets andre förälder.

Då det, i de fall där en anmälan hade varit aktuell av arbetsterapeutens patienter, så handlar det om en oförmåga hos föräldern och inte om misshandel eller liknande, därför vinner man mer på att få familjen med sig. Om de själva får gå den vägen de vill så får man inte föräldrarna emot sig. Vissa familjer söker själva insatser av socialtjänsten och får den hjälp de behöver.

Kurator 2:

"Alla har vi samma slags anmälningsskyldighet". Kuratorn säger att det är sällan man måste anmäla *"med dunder och brak"* utan oftast har man föräldern med sig. Det går ju aldrig så långt att man måste anmäla t.ex. en uppenbar misshandel. För om föräldrarna brister i föräldraförmåga så märker man det mycket tidigare, och har då gjort en anmälan. *"Jag tror att varje förälder har en väldigt genuin vilja att vara en god förälder, och jag tror också att man förstår när man inte längre är det"* (Kurator 2).

Genom att försöka sälja in och beskriva vad det finns för hjälp och stödinsatser att få, samt att lugna patienterna gällande att socialen inte kommer att ta deras barn, visar sig de flest föräldrar rätt motiverad att ta emot hjälp för sina barns skull. Patienterna vet att de är sjuka och orkar inte ta ansvar för barnen, och de vet också att det påverkar barnet negativt, därför är de mest tacksamma över hjälpen de får.

Kontakten/behandlingsalliansen med patienten har aldrig förstörts på grund av en anmälan. *"Det är inte så stor grej att anmäla". "Det kan aldrig vara ett argument att inte stå för en anmälan, att man är rädd att förlora patienten"* (Kurator 2).

Psykolog 1:

Psykologen har aldrig gjort en anmälan själv, utan det är kurator som gjort det. Det finns alltid ett dilemma att anmäla. Det finns riskpatienter som är beroende av sin medicin, har regelbunden kontakt eller som är självmordsbenägna. Det finns en risk med att anmäla som t.ex. att patienten låter bli att komma, behandlingen avbryts och patienten blir sämre och som i sin tur då påverkar barnet. En anmälan kommer alltid att påverka kontakten med patienten.

Sjuksköterska 2:

Man har en skyldighet att anmäla om man misstänker att ett barn far illa, och ibland är det ett solklart fall och ibland osäkert. Är det osäkert tas det upp med teamet och diskutera med de olika professionerna. Blior man orolig för att ett barn far illa ska man ta upp det med föräldern och berättar om sin anmälningsskyldighet. I de flesta fall förstår föräldern att det är för barnets bästa och kontakten blir inte negativ. Det öppnas en ny väg för barnet som man inte sett innan, så det blir inte kaos bara för att man anmäler utan det kan vara något bättre.

Psykolog 2:

När ett barn far illa måste man anmäla till socialtjänsten. Det svåra är att avgöra när det sker och hur det påverkar patientens behandling och mående, som är det egentliga uppdraget. Det blir inte bra om man gör en myndighetsutövning som innebär att man kränker patienten.

Psykologen påpekar att egentligen så kan man misstänka att alla barn som har en psykisk sjuk förälder far illa, dock finns det ju olika grader av det. Vid en anmälan får man använda sitt eget omdöme för ibland kan det innebära att man kränker patienten och på så vis sätter hinder för framtida behandling, då är det svårt att göra den avvägningen. Psykologen utgår från att en anmälan kommer att störa den fortsatta kontakten så det som avgör om man ska göra en anmälan är hur mycket barnet far illa. Reaktionen hos patienterna som har anmält är olika, det som kan påverka är förtroendet patienterna har för socialtjänsten. De flesta har ingen erfarenhet alls eller en väldigt dålig erfarenhet av socialtjänsten.

7.5.1. Analys

De olika professionerna skiljer sig från varandra, men man kan se stora likheter inom samma profession. Vem som gör vad är ganska tydlig inom organisationen. När det kommer till anmälan är det kurator som har fått den ledande rollen. Många vänder sig till kuratorn eller rådfrågar kuratorn då detta är den professionen som anses ha mest kunskap inom området. Man förlitar sig på att det är detta som de kan genom sin utbildning och att de ska gå under deras jurisdiktion. Det uppstår en sorts stängning i sidled när anmälningar läggs över till kuratorn (Wingfors 2004). Kuratorerna anser att man alltid måste anmäla vid bara misstanke och ser inget problem med att det skulle påverka deras fortsatta kontakt med patienten. Kuratorerna påpekar att man ska tala naturligt och öppet om sin oro för patientens barn, och istället berätta vad det finns för hjälp och stöd att få. Detta säger även både Killén (2009) och Skerfving (2005) att det är det bästa sättet för att få föräldrarna att vilja uppmärksamma sina barn. Båda kuratorerna berättar också att de istället använder ord som, stöd och hjälp istället för att prata om en anmälan, vilket gör att föräldern blir mer positivt inställd. De upplever att det blir ett bättre samarbete och många föräldrar är i slutet både lättade och tacksamma för den hjälp de fått. Detta har även Killén (2007) kommit fram till i sin forskning, då hon menar att patienterna innerst inne vet att deras barn behöver hjälp.

Sjuksköterskorna anmäler också alltid då de misstänker att ett barn far illa, de tar gärna upp det med kuratorn som de anser har större kunskap om området. Även de har en mer positiv syn på anmälan och har uppfattat att det blir något bra för familjen när barnen får hjälp. Sjuksköterskans och kuratorns jurisdiktion gör att deras diskretion ökar till att arbeta och använda sin tid mer fritt. Kan man träffa patientens anhöriga och deras barn får man en större inblick i deras liv och kan lättare ta upp en oro över barnen med föräldrarna. Man skapar sig en erfarenhet i att arbeta med hela familjen och ser det som något positivt.

Arbetsterapeuten som aldrig jobbat med barn och sällan träffar sina patienters barn skulle aldrig göra en anmälan. Då det oftast inte är så allvarligt anses patientkontakten vara viktigare. Här kan man se ett samband med vad Killén (2009) skriver i sin bok om att försöka få med sig patienten och möta denne där de är, vilket leder till att de känner sig mer accepterade och istället då stärka patientkontakten. Behövs en anmälan ändå görs vänder arbetsterapeuten sig till kuratorn.

Båda psykologerna ansåg och utgick från att en anmälan skulle störa deras kontakt med patienten. Både Killén (2009) och Skerfving (2005) kom i sin forskning fram till att professionella tyckte att det var svårt att ta upp en oro över patientens barn då det känns som att man sviker förtroendet man fått från patienten. Detta stämmer överens med vad

jag kom fram till gällande psykologerna och arbetsterapeuten. Socialtjänstlagen säger dock att myndigheter inom hälso- och sjukvård som på något sätt berör barn i sitt arbete har en skyldighet att genast anmäla till socialtjänsten om ett barn misstänks fara illa. Skerfving (2005) skriver i sin bok att personalen inte riktigt viste vad som låg under deras ansvar och befogenheter. Om man som arbetsterapeuten och psykologerna aldrig träffar barnen till de psykiskt sjuka eller har med barnen i arbetet på något sätt blir det svårt att veta när en anmälan är aktuell och man ser det som mer problematiskt. Lipsky (2010) skriver att man som gräsrotsbyråkrat ska tänka på att patienten inte känner sig byråkratiskt behandlad. Då arbetsterapeuten och psykologerna inte alls arbetar med barnen blir det byråkratiska mer påtagligt vid en anmälan då de måste följa lagen. Att ta med patientens barn i arbetet ligger inte under deras jurisdiktion och de har inte det handlingsutrymme för att göra det. Därför är det också lättare att lägga över en anmälan till någon som anses kunna detta, en så kallad stängning i sidled.

Att psykologerna och arbetsterapeuten ser det som ett hinder med att anmäla och att det kan förstöra patientkontakten, kan man se som att deras handlingsutrymme minskas när det gäller att anmäla till socialtjänsten om ett barn misstänks fara illa. Som gräsrotsbyråkrat ska man vara både medmänniska och organisationsrepresentant, och deras handlingsfrihet gör att de alltid måste använda sitt eget omdöme i arbetet (Lipsky 2010 & Wingfors 2004). Detta omdöme är alltid personligt och påverkas mycket av tidigare erfarenheter och utbildning.

8. Diskussion

Barnperspektivet inom denna vuxenpsykiatriska mottagning finns i olika former hos olika människor och professioner. Hur man tolkar begreppet barnperspektiv är en personlig tolkning, och det påverkas av utbildning, inställning, erfarenheter och de arbetsuppgifter man har inom organisationen. Att man alltid har en tanke på barnen och tar reda på och är medveten om deras situation gör att man kan vidta åtgärder i olika former. Men det finns inga riktlinjer inom organisationen utan det är upp till var och en vad man väljer att göra. Socionomer som har en bred utbildning med en mer helhetssyn har barnperspektivet som en punkt högt upp på listan. Sjuksköterskorna som har ett arbete som omfattar en större del av patientens liv har också det lättare för att få med ett barnperspektiv i sitt arbete med den psykiskt sjuke föräldern. De andra professionerna, psykologerna och arbetsterapeuten arbetar mer med bara patienten, och har sin utbildning mer inriktad på en specifik sak. Där kommer barnperspektivet mer att handla om att följa lagen och anmäla till socialtjänsten om ett barn misstänks fara illa. De har inte samma utrymme i sitt arbete att kunna arbeta med barnen.

Socionomer har en bred utbildning där man använder en helhetssyn mer än andra. De har även kunskap om socialtjänsten. Deras uppdrag inom organisationen tillåter ett stort eget ansvar där man som professionell avgör vilka handlingar som är av mening för patienten och deras barn. De har med andra ord ett stort handlingsutrymme till att använda ett barnperspektiv i sitt arbete och ser detta som en naturlig sak. De kan arbeta med hela familjen i sitt behandlingsarbete med den sjuke föräldern då det är ett personligt avgörande för kuratorn om de anser att detta är nödvändigt. Psykologerna som har ett mer inriktat arbete med patienten har de inte samma möjlighet att ge det tid. Arbetsterapeutens uppdrag från organisationen ger inte heller samma möjlighet till att överhuvudtaget kunna involvera barnen i sitt arbete. De träffar bara föräldern och arbetar med individuella lösningar för sin patient. Sjuksköterskans arbetsuppgifter är ganska breda och på så sätt är det lättare för dem att få en bild av familjesituationen, då de gör hembesök och träffar även anhöriga på möten. På så vis blir det naturligt att ta upp barnens situation med föräldrarna, och det resulterar i att även de har större diskretion i att använda sig av ett barnperspektiv i sitt arbete.

De som träffade barnen kände också större ansvar för barnen, vilket leder tillbaka till att de involverar eller diskuterar barnen i föräldrarnas behandling. De som aldrig eller sällan träffade sina patienters barn vände sig gärna till en kurator för att få vägledning gällande barnen eller ber denne om att göra en anmälan. Det är en vanesak att anmäla och ju mer man gjort det, desto naturligare blir det. Den personliga erfarenheten och inställningen påverkar synen man har på

socialtjänsten och om att anmäla om man misstänker att ett barn far illa. Psykologerna och arbetsterapeuten som sällan eller aldrig gjort en anmälan till socialtjänsten såg detta som ett hinder i det fortsatta arbetet. De utgick från att det skulle förstöra patientkontakten om man gjorde en anmälan till socialtjänsten. Den personliga inställningen man har kan i sig minska ner det handlingsutrymme man har i sitt arbete. Kuratorerna och sjuksköterskorna hade öppna samtal om barnen och tog detta som en naturlig del i samtalet och då blev det ett naturligt samtalsämne även för föräldrarna. Kuratorerna och sjuksköterskorna hade inställningen att det skulle bli något bra för barnen och att föräldrarna skulle ta det bra då de förstår att det är det bäst för deras barn.

Så, hur man använder sig av ett barnperspektiv i sitt arbete beror mycket på vilken inställning och erfarenhet man har. Har man bra eller dålig erfarenhet av socialtjänsten. Har det förstört patientkontakten, utgår man från att det ska göra det. Eller har det lett till något bra för både föräldrar och barn. Sedan spelar utbildning, profession och det uppdrag man har i organisationen också en stor roll för vilket handlingsutrymme man har och hur man inom detta använder sig av ett barnperspektiv.

Jag anser att det behövs mer forskning inom detta område som tar upp hur man kan jobba med dessa föräldrar som har en psykisk sjukdom. En psykiatrisk mottagning kanske är det enda stället dessa föräldrar har kontakt med, och det enda stället en professionell har chans att få en inblick i hur det är i familjen och med barnen. Konsekvenserna för barn till psykiskt sjuka föräldrar vet man mer om idag, men dem glöms ändå ofta bort. Vad kan man göra för dessa barn, finns det något bra sätt för personalen på mottagning att använda sig av ett barnperspektiv som inte tar tid från det egentliga uppdraget och som inte skadar patientkontakten? Behövs det införas andra rutiner gällande patientens barn för att det ska bli naturligt för alla?

Referenslista

- Abbott, Andrew Delano (1988) *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: Univ. of Chicago Press
- Aldridge, Jo & Becker, Saul. (2003) *Children caring for parents with mental illness: perspectives of young carers, parents and professionals*. Bristol: Policy
- Aronsson, Karin (1996) ”Barnintervjun och barnets röst”. I Andersson, Gunvor (red.) & Hollander, Anna: *Barnet i den sociala barnvården*. 1. uppl. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS)
- Backman, Jarl (2008) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur
- Beckman, Monica (1994) *Smärtkraft – Psykisk sjukdom i familjen – upplevelser och hjälpbehov*. Stockholm: Natur och kultur
- Bolin, Anette (2011) *Shifting Subordination – Co-located interprofessional collaboration between teachers and social workers*. Diss. Göteborg: Göteborgs universitet, 2011
- Falkov, Adrian (red.) (2002) *Crossing bridges: training resources for working with mentally ill parents and their children, Reader- for managers, practioners and trainers*. [London]: The Department of Health
- Granath, Göran & Granath, Kristina (1995) *Osynliga barn – Om vuxenpsykiatrins arbete med psykiskt störda föräldrar och deras barn*. D – uppsats 10 p. Sköndalsinstitutet.
- Hellberg, Inga (1991) *Professionalisering och modernisering: en studie av nordiska akademiker i offentlig tjänst*. Stockholm: Brevskolan [distributör]
- Killén, Kari (2007) *Svikna barn – Om bristande omsorg och vårt ansvar för de utsatta barnen*. Stockholm: Wahlström & Widstrand
- Killén, Kari (2009) *Barndomen varar i generationer – Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, Steinar (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, Sam & Lilja, John & Mannheimer, Katarina (red.) (2005) *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

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

Merriam, Sharan B (1994) *Fallstudien som forskningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

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

Svensson, Kerstin & Johnsson, Eva & Laanemets, Leili (2010) *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur

Tomassen, Magdalene (2007) *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. 1. uppl. Malmö: Gleerups utbildning

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

Internetkällor

Barnombudsmannen (2011) (elektronisk),
<http://www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=55> (2011-08-30)

Barnsomanhöriga (2011) (elektronisk),
<http://www.barnsomanhoriga.se/index.php/metoder/beardslees-familjeintervention/91-beardslees-familjeintervention> (2011-12-14)

Regeringen (2010) (elektronisk),
<http://www.regeringen.se/sb/d/1919/a/14658> (2010-10-13)

Socialstyrelsen (2010) (elektronisk),
<http://www.socialstyrelsen.se/barnochfamilj/bbic> (2010-10-12)

Socialstyrelsen (2011) (elektronisk),
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/barnochfamilj/beardsleesfamiljeintervention> (2011-12-14)

Annat

Avdelningschef på vuxenpsykiatriska mottagningen, om personalens uppdrag. (2011-04-15)

Bilaga

Intervjufrågor

1. Vad innebär ett barnperspektiv för dig?
2. Finns det några fasta rutiner gällande barnen till patienterna?
3. Pratar du med dina patienter om deras barn? – Om inte, varför?
4. Vill patienterna prata om sina barn?
5. Tycker du att man ska prata med patienterna om hur deras situation påverkar deras familjeliv? – Om inte: varför?
6. Vet du hur barnens situation ser ut?
7. Om det är något som du uppfattar som oroande gällande barnen, vad gör du då?
8. Burkar föräldrarna få råd om sina barn, - erbjuds föräldrautbildning/stödgrupp för föräldrar eller familjebehandling?
9. Anmäler du till socialtjänsten om du misstänker att ett barn far illa?
10. Hur ser samarbetet ut med andra verksamheter, t.ex. socialtjänsten och PUB
11. Vad tycker du att man skulle kunna göra för att uppmärksamma dessa barn?
12. Finns det något hinder för att ha ett barnperspektiv i sitt arbete med den psykiskt sjuke?
13. Övriga kommentarer.

Omarbetade intervjufrågor

1. Vad innebär ett barnperspektiv för dig?
2. Hur använder du dig av ett barnperspektiv i ditt arbete?
- Rutiner, - Pratar med patienterna, - Träffar barnen
- Ev. varför inte?
3. Vet du hur barnens situation ser ut där hemma?
4. Om det är något som du uppfattar som oroande gällande barnen, vad gör du då?
5. Ger du råd till föräldrarna angående barnen, erbjuder föräldrautbildning, stödgrupper för föräldrar eller familjebehandling
6. Hur ser samarbetet ut med andra verksamheter, t.ex. socialtjänsten och PUB?
7. Vad tycker du att man skulle kunna göra för att uppmärksamma dessa barn?
8. Finns det något hinder för att ha ett barnperspektiv i sitt arbete med den psykiskt sjuke?
9. Har diagnosen någon betydelse för hur man kan använda ett barnperspektiv?
10. Tror du att det skiljer sig mellan olika professioner hur man arbetar med ett barnperspektiv?

11. Övriga kommentarer.