



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

OM MÖJLIGHETEN ATT ARBETA
MED
FAMILJ- OCH BARNPERSPEKTIV
INOM
VUXENPSYKIATRISK ÖPPENVÅRD



Examinationsuppgift, 15 högskolepoäng
Psykiaterprogrammet med
inriktning mot Familjeterapi 2008

Författare

Berit Lindquist

Eva Slettengren

Handledare

Margareta Gren

Tack

Vi vill rikta ett stort tack till vår handledare Margareta Gren för kloka inlägg och skarpa iakttagelser.

Ett särskilt tack till Ebba Sjöstedt, Birgitta Hejll, Ann-Marie Wennerbrink, Ulla Persson, Lasse Ulverås samt Jana Rudberg som ställt upp på våra intervjuer. Utan Er medverkan hade det inte blivit någon uppsats.

Vi vill också tacka Einar Trollerud och Marie Hellsten för Ert bidrag. Det har hjälpt till att bredda vår uppsats.

John Bernsten och Anders Slettengren för teknisk support.

Lars Marklund för genomläsning och hjälp med att förbättra språket.

SAMMANFATTNING

Studien har som syfte att undersöka hur vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar bedriver familjearbete och tar tillvara barnperspektivet. Vidare att ta del av goda erfarenheter och exempel på när ett familjearbete blivit bra och när det finns ett barnperspektiv och tankar kring hur detta arbete kan förbättras. Det är en kvalitativ intervjustudie. Det empiriska materialet är sex intervjuer med enhetschefer. Genom intervjuer med personal vid en kommunal verksamhet och en BUP mottagning belyses barnperspektivet ytterligare.

Undersökningen utgår ifrån fem frågeområden: struktur/organisation, behandling/inriktning, behandlare, patient samt framtid/förbättringar. Teorier för att belysa frågeställningarna: familjeterapins historia, systemteori, olika modeller samt uppsatser. Utöver det presenteras lagar och riktlinjer som gäller barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Studiens slutsatser är att det är olika hur familjearbete bedrivs och hur barnperspektivet tas tillvara på mottagningarna. Frågan är *”är det möjligt att arbeta med ett familj- och barnperspektiv inom vuxenpsykiatrisk öppenvård?”* Det finns hinder på en latent nivå hos behandlare, inom verksamheten och i organisationen. Det som krävs är ekonomisk styrning, en gemensam fungerande modell, en gemensam grundutbildning i familjearbete samt ett väl upparbetat samarbete mellan vuxenpsykiatri och övriga verksamheter. Sett ur ett systemiskt perspektiv behöver inte värnandet om individen utesluta ett familjeperspektiv.

ABSTRACT

The purpose of the study is to investigate how family therapy is pursued in an adult psychiatric centre and how they look after the child-perspective. Also share good experiences and examples of when family therapy has been successful and when there has been a child-perspective and thoughts about how this work could be improved. The study is based on qualitative interviews. The empiric material includes six interviews with unit-directors. The child-perspective is illustrated furthermore from interviewing staff at a municipal centre (Gyllingen) and at a child centre (BUP). The research emanates from five areas of questions: structure/organisation, treatment/profile, therapist, patient and future/improvement. Theories to illustrate the research: the history of family therapy, theory of systems, different models and papers. Furthermore laws and guides are presented concerning children of psychic disabled parents. Conclusions from the study show differences in utilization from working with families and child-perspective. The question is *“is it possible to work with a family and child-perspective in adult psychiatric centre?”* There are obstacles on a latent level at the therapist, in the psychiatric department and in the organization. What must be required are financial steering, a common working model, a common basic family education and a well developed cooperation between psychiatry and municipal units. From a systemic point of view the individual perspective does not exclude a family perspective.

Sökord: allmänpsykiatri öppenvård barn till psykiskt sjuka familj metoder

MAMMAN I MATTAN

”Jag är uppvuxen på en liten ort och jag minns när jag gick med en kamrat hem, vi var i 10-års-åldern. Kamratens mamma var inrullad i en matta och kamraten sa – är du dålig igen? Då får jag ringa Arvid (han körde taxin) så får du åka in till Sankt Jörgen. Jag frågade kamraten, - du då? Jag går hem till faster svarade hon. Det var fem barn i den familjen och alla har det gått bra för.”¹

¹ Ur intervju med enhetschef.

SAMMANFATTNING	3
ABSTRACT	3
INLEDNING	7
BEGREPP	7
FÖRFÖRSTÅELSE	8
BAKGRUND	9
PSYKIATRI SAHLGRENSKA, ÖSTRA OCH MÖLNDAL	9
KORT PRESENTATION AV MOTTAGNINGARNA	9
Psykiatrisk behandlingsenhet Vågmästaregatan	9
Psykiatrisk mottagning Gamlestaden	9
Affektivt Centrum	10
Psykiatrisk mottagning Partille	10
Psykiatrisk mottagning Centrum Öst	10
Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Stenungssund och Tjörn	10
PSYKIATRI ÖSTRA	10
FAMILJETERAPINS HISTORIA	11
RIKTLINJER OCH LAGRUM	12
FN:S BARNKONVENTION 1989	12
TU VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN, RIKTLINJER FÖR BARNPERSPEKTIV INOM VUXENVÅRDEN 2005	13
TU VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN, RIKTLINJER INOM VUXENVÅRDEN 2005	13
REGERINGENS PROPOSITION 2007/08 EN FÖRNYAD FOLKHÄLSOPOLITIK	13
BARNOMBUDSMANNEN RAPPORTERAR, STYRNING OCH UPPFÖLJNING NYCKELN TILL FRAMGÅNG BR2008:03	14
RIKTLINJER OCH ANVISNINGAR I MELIOR 2008	14
ÖVERENSKOMMELSER OM SJUKHUSVÅRD 2008	14
SOCIALTJÄNSTLAGEN	14
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSLAGEN	15
TEORI	15
SYSTEMTEORI	15
KASAM	16
ANALYSMODELL	17
BEARDSLEES FAMILJEINTERVENTION	17
PSYKOPEDAGOGISK INTERVENTION, PPI	17
MENTALISERINGSBASERAD TERAPI (MBT)	17
DET KOMPETENTA BARNET	18
ORGANISATIONEN I VÅRT MEDVETANDE	18
STUDIER OCH RAPPORTER	19
UTVÄRDERING AV UTBILDNING I FAMILJEARBETE INOM VUXENPSYKIATRISK VERKSAMHET	19
PARTILLEPROJEKTET	19
BARNEN I VUXENPSYKIATRIN – ETT GENOMBROTTSPROJEKT	20
NATIONELL KARTLÄGGNING – STÖD TILL BARN VARS FÖRÄLDRAR HAR KONTAKT MED PSYKIATRIN	20
BARNOMBUDSMANNEN RAPPORTERAR, STYRNING OCH UPPFÖLJNING NYCKELN TILL FRAMGÅNG BR2008:03	21
EN ANNAN VERKLIGHET. BARN TILL PSYKISKT SJUKA – EN INTERVJUSTUDIE	21
SYNLIGGÖRELSE AV DE OSYNLIGA BARNEN	22
ÄTT LEVA SOM BARN TILL FÖRÄLDER MED PSYKISK SJUKDOM	22
BARN TILL PSYKISKT SJUKA FÖRÄLDRAR	22

SYFTE OCH METOD	24
SYFTE	24
AVGRÄNSNING	24
INTERVJU	25
URVAL	25
INTERVJUFRÅGOR	25
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	26
VALIDITET	27
RELIABILITET	27
KRITIK	28
DATASÖK	28
RESULTATSAMMANSTÄLLNING	29
STRUKTUR/ORGANISATION	29
BEHANDLING/INRIKTNING	29
BEHANDLARE	32
PATIENT	33
FRAMTID/FÖRBÄTTRINGAR	33
ERFARENHETER FRÅN EN KOMMUNAL VERKSAMHET OCH EN BUP MOTTAGNING	36
GYLLINGEN	36
BUP GAMLESTADEN	38
DISKUSSION OCH ANALYS	41
STRUKTUR/ORGANISATION	41
BEHANDLING/INRIKTNING	42
BEHANDLARE	45
PATIENT	46
FRAMTID/FÖRBÄTTRINGAR	46
YTTERLIGARE SYNPUNKTER	47
SLUTSATS	48
REFERENSER	50
UPPSATSER:	50
LITTERATUR:	50
FÖRELÄSNING:	51
HANDLEDNING:	51
TIDNINGSARTIKLAR:	51
KÄLLOR:	51
INTERNET:	52
BILAGA 1.	53
LITE INFORMATION OM BAKGRUNDEN TILL INTERVJUN OCH DE FRÅGOR VI KOMMER ATT STÄLLA.	53
BILAGA 2.	55
FRÅGOR TILL GYLLINGEN	55
FRÅGOR TILL BUP GAMLESTADEN	55

INLEDNING

Vårt intresse för att undersöka hur man arbetar med familj och barnperspektivet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård väcktes i samband med vår legitimationsgrundande familjeterapiutbildning. Vi arbetar båda inom vuxenpsykiatrisk öppenvård och träffar vanligtvis enskilda patienter i samtalsbehandling. I och med familjeterapiutbildningen sökte vi patienter som efterfrågade familjesamtal. Vi fann att patienten sällan själv efterfrågade familjesamtal. Det kan vi förstå eftersom patienterna i första hand sökt vård för egen del. Tanken har inte funnits att ta med hela familjen.

Hur kom det sig att det var så? Genom att undersöka hur man arbetar med familj och barnperspektivet hoppas vi få mer kunskap som kan gynna både verksamheter och patienternas familjer.

I vår undersökning har vi använt oss av en kvalitativ analysmetod. För att få våra frågor belysta har vi intervjuat sex enhetschefer inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Begrepp

Vi resonerar i uppsatsen kring begreppen barn, vuxen och familjeperspektiv. Vi tänker att barnperspektivet kommer fram när vi frågar om familjesituationen. Vad som är bäst för barnet är inte alltid bäst för den vuxne och tvärtom. Begreppet barnperspektivet förtydligas i FN:s barnkonvention. Där särskiljer de att barnperspektivet inte är barnets perspektiv utan den vuxnes perspektiv på barnets situation. I Artikel tre² står det att barnets bästa ska sättas i främsta rummet. Vi tänker att det är vi vuxna som får sätta oss in i barnets behov.

Vi använder oss av begreppet "familjeutbildning" i uppsatsen. Det innefattar att behandlaren har en utbildning utöver sin grundutbildning med inriktning mot barn, par, familj och nätverk.

När vi talar om familjearbete är det alltifrån samtal med en eller flera familjemedlemmar eller anhöriga utöver patienten till en familjeterapeutisk behandling.

"Det osynliga barnet" är en novellsamling som Tove Jansson publicerade första gången 1962.³ Titelnovellen handlar om en flicka som blir osynlig för att hon har så dåligt självförtroende. Muminmammans stora kärlek och omsorg gör att flickan bit för bit blir synlig. När vi använder begreppet tänker vi på barn där de vuxna, psykiskt sjuka inte har kraft över att se barnen eller där vården, inte heller uppmärksammar barnen.

Vidare begrepp som vi skiljer ut är föräldrarollen. Förälder är en person oavsett sjukdom eller inte.

² <http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-hela->

³ [http://sv.wikipedia.org/wiki/Det osynliga barnet.081115](http://sv.wikipedia.org/wiki/Det_osynliga_barnet.081115)

Förförståelse

Vi vill inrikta oss mot öppenvården och allmänpsykiatrin där vi själva arbetar. Vi har båda lång erfarenhet av att arbeta som kuratorer i allmänpsykiatrisk öppenvård. Vårt intryck är att mycket har gjorts för att förbättra och följa upp barnperspektivet inom vuxenpsykiatrin.

Våra verksamheter har satsat mycket på utbildning i familj och nätverksarbete. Trots alla satsningar finns det svårigheter i att arbeta med ett barn- och familjeperspektiv. Detta ingår i vår förförståelse. Vi har egna funderingar vad som försvårar arbetet med dessa perspektiv. Vi hoppas nå en större klarhet efter vår undersökning.

En fundering är att man från verksamhetsledningen önskar satsa på att utbilda personal i familjearbete. Samtidigt saknas tillräckliga styrmedel rent organisatoriskt för att underlätta och möjliggöra ett arbete med ett sådant perspektiv. En annan tanke är att ledningen satsat mycket på de behandlare som själva har ett intresse av att arbeta med familjeperspektivet. De ska få möjlighet att utbilda sig. Den kunskapen ska generera mer kunskap i teamarbetet. Vi tänker att det kan vara både tungt och ibland ensamt för den enskilde behandlaren att bära det perspektivet, eftersom det också kan möta motstånd hos behandlare som önskar värna om ett individualperspektiv.

BAKGRUND

Specialistpsykiatri och primärvården delar behandlingsansvar för gruppen psykiskt funktionshindrade. Mottagningarna vi har vänt oss till i våra intervjuer tillhör alla specialistpsykiatri och Västra Götalandsregionen.

Fem av mottagningarna tillhör Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Där är Specialistpsykiatri organiserad under område 2. Där ingår all psykiatri idag dvs. Psykiatri Mölndal, Psykiatri Sahlgrenska och Psykiatri Östra (förutom barnpsykiatri som hör till ett barnområde, område 1). En av mottagningarna tillhör Kungälvssjukhus. Där ingår vuxen- och barnpsykiatri i samma organisation.

Psykiatri Sahlgrenska, Östra och Mölndal

Psykiatri i Göteborg distriktsindelades 81/82 till fem kliniker med ansvar för den psykiatriska vården inom var sitt geografiskt avgränsat upptagningsområde. De viktigaste principerna i detta beslut var att varje klinik skulle arbeta för ett begränsat geografiskt upptagningsområde, varje klinik skulle ha fullständigt psykiatriskt vårdansvar för patienter som bor inom det egna distriktet. Respektive klinik skulle organisera all öppen och slutenvård inom distriktet. Denna organisationsförändring sågs som en slutpunkt för det gamla mentalsjukhuset Lillhagens sjukhus.⁴ Mentalsjukhuset påbörjade en förändring mot att finnas ute i samhället bland människorna istället för en sluten enhet skild från samhället i övrigt .

Slutenvården hade kvar lokalerna på Lillhagens sjukhus fram till oktober 2006 då slutenvården flyttade in i de nya lokalerna på Östra sjukhuset, Psykiatriska kliniken, Östra. Det har skett flera organisationsförändringar genom åren som på olika sätt påverkat vårdens innehåll.

Kort presentation av mottagningarna

Psykiatrisk behandlingsenhet Vågmästaregatan

Mottagningen hör till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Östra. Det är en specialiserad mottagning som riktar sig till unga patienter som är mellan 18-25 år med borderline personlighetsstörning.

Psykiatrisk mottagning Gamlestaden

⁴ Magnusson, B, *Lillhagens sjukhus 1932-1982*, Mölndal 1982

Mottagningen hör till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Östra. Enheten är en allmänpsykiatrisk mottagning. Mottagningen vänder sig till specialistpsykiatriska patienter i första hand boende i stadsdelarna Kortedala, Bergsjön, Gunnared, Lärjedalen, Härlanda och Örgryte.

Affektivt Centrum

Mottagningen hör till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Östra. Det är en specialist mottagning som vänder sig till patienter över 18 år med bipolär sjukdom. Mottagningen tar emot patienter från upptagningsområdet för Östra sjukhuset, vilket är Hisingen och de östra och norra stadsdelarna.

Psykiatrisk mottagning Partille

Mottagningen hör till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Mölndal. Mottagningen har två allmänpsykiatriska team och ett psykosteam. Mottagningen erbjuder medicinsk, psykologisk och social utredning/behandling.

Psykiatrisk mottagning Centrum Öst

Mottagningen hör till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Psykiatri Sahlgrenska. Enheten är en allmänpsykiatrisk mottagning. Det är en specialistpsykiatrisk mottagning som tar emot patienter som bor i centrala Göteborg.

Psykiatriska öppenvårdsmottagningen, Stenungssund och Tjörn

Mottagningen hör till Kungälv's sjukhus. Enheten är en allmänpsykiatrisk mottagning som vänder sig till specialistpsykiatriska patienter över 18 år.

Psykiatri östra

Sedan januari 2008 är Psykiatri Östra uppdelad mellan öppen och slutenvård.

1993-94 framarbetades ett Vårdideologiskt program av dåvarande klinikledningen där man la fram på vilken grund klinikens behandlingsarbete skulle bedrivas. Hörnstenar i arbetet skulle bygga på en humanistisk psykiatri, psykodynamisk grundsyn och ett socialpsykiatriskt arbetssätt.⁵ Att ha en gemensam grundsyn sågs som viktig.

1994/95 utarbetades ett måldokument som beskriver varje sektion's mål och uppgift. Av sektionernas mål och uppgift framgår bland annat att behandlingsarbetet skall

⁵ Erlandsson, C m. fl, *Utvärdering av utbildning i familjearbete inom vuxenpsykiatrisk verksamhet*, Examensarbete, Familjeterapiutbildning VT 1998

bedrivs med ett socialpsykiatriskt arbetssätt i patientens sociala sammanhang. Detta arbete skall ske i nära samarbete med patientens privata och professionella nätverk. Vården skall också erbjuda anhöriga råd och stöd. Detta är en av vårdens uppgifter. Vidare att behandlingsarbetet skall utgå från patientens närmiljö och nätverk. I måldokumentet stod det också att verksamheterna skall kunna erbjuda olika typer av familjebehandling och nätverksarbete.⁶

Inom Psykiatri Östra påbörjades arbetet kring barnperspektivet inom psykossektionen som hade arbeten kring olika diagnosgrupper och arbetsmetoder 2002. Detta arbete höll på fram till 2004 som mynnade ut i ett dokument kring arbete med barnperspektivet.

I maj 2008 har lokala riktlinjer för Psykiatri Östra tagits av verksamhetsledningen där barnperspektivet förs fram.⁷ De lokala riktlinjerna inleds med

"FN:s konvention om barnets rättigheter är ett folkrättsligt bindande dokument för de samlade rättigheter som tillkommer alla barn och unga. Barnkonventionen ger uttryck för samhällets syn på barn och vilar på fyra grundprinciper: Barnets rätt att inte diskrimineras, barnets bästa i främsta rummet, barnets rätt till liv och utveckling samt barnets rätt att få uttrycka sina åsikter. Med barn avses här personer under 18 år. Sverige har som stat anslutit sig till FN:s barnkonvention och därigenom åtagit sig att efterleva denna."

Vidare i riktlinjerna för Psykiatri Östra hänvisas till CEBUH, Centrum för Barns och Ungdomars Hälsa, som ingår i Preventions- och utvecklingsenheten inom Sociala Resursförvaltningen. Göteborgs kommun har sitt uppdrag att samordna information som rör barn och unga med förälder som lider av psykisk sjukdom.

Psykiatri Östra planerar under hösten 2008 för en arbetsgrupp som skall arbeta vidare med att införa dessa tankar i klinikens arbete. I de lokala riktlinjerna refereras bland annat till socialstyrelsen rapport "Barn till psykiskt sjuka föräldrar" där uppskattas att antalet patienter inom vuxenpsykiatri med barn under 18 år varierar mellan 20-30%. I de Lokala riktlinjerna för psykiatri Östra betonas att det är angeläget vuxenvården mer systematiskt kartlägga barnens situation. Detta för att kunna ge bättre information och stöd till de anhöriga som de har rätt till.

FAMILJETERAPINS HISTORIA

Det finns en lång tradition inom psykiatri med individuellt inriktad behandling.

Crafoord skriver i boken *den Möjliga och omöjliga psykiatri* om det ursinne med vilken kraft de ville bekämpa den gamla psykiatri.⁸ Familjeterapins egen tidiga historia växte fram i USA. Familjeterapin var ett nytt behandlingsområde. Där betonades skillnader i ställen för likheter i förhållande till de psykodynamiska

⁶ Erlandsson, C m. fl, *Utvärdering av utbildning i familjearbete inom vuxenpsykiatrisk verksamhet*, Examensarbete, Familjeterapiutbildning VT 1998

⁷ Lokala riktlinjer Psykiatri Östra, *Patienter som har minderåriga barn*, 2008

⁸ Crafoord, C, *Den möjliga och omöjliga psykiatri*, Natur och Kultur 1987

modellerna.⁹ Crafoord hämtade inspiration till miljöterapi från MRI (Mental Research Institute i Palo Alto, Kalifornien) där flera av pionjärerna inom familjeterapi verkade.

Arbetet med familjer startade på flera olika håll oberoende av varandra på 50-talet i USA. Familjearbetet stred mot den rådande praxisen inom psykiatrin att se till patienten, individen. Familjearbetet tvingade fram nya teorier. Det dög inte längre med individuella begrepp när man skulle beskriva relationer.

Gregory Bateson var den som introducerade idén att en familj kan vara analog till ett homeostatiskt eller cybernetiskt system. Från att ha varit en teori för styrning av tekniska system omarbetades det till att gälla även sociala system, systemteorin. Begreppet familjeterapi finns sen 1956 enligt en annan av pionjärerna inom familjeterapin Ivan Boszormenyi-Nagy, Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute Philadelphia.

1956 kom artikeln "Toward a theory of schizophrenia" som G. Bateson skrev utifrån sitt arbete med unga patienter med schizofreni. Den bygger på patientstudier kring schizofrena patienter som haft besök av sina anhöriga och fick ångestfall i anslutning till detta. I artikeln beskrivs dubbelbindning och kommunikationsteori.

Familjeterapi förde in öppenhet i behandlingsarbete. Man visade upp sitt arbete bakom envägsspegel eller med video. Detta medförde ett öppnare klimat. 1959 invigs Palo Alto Mental Research Institute MRI. 1960 invigs Ackerman Institute i New York. 1968 introducerades familjeterapi till Sverige av Johan Cullberg som varit på Ackerman Institute i New York och hade med en video med familjeterapi till Sverige.¹⁰

I boken *Om den osynliga familjen Samarbetspartner eller syndabock*¹¹ skriver Kristin Gustavsdottir tillsammans med maken Karl Gustav Piltz om en familjemodell hon utarbetat bland annat efter flera års handledning och konsultation vid den dåvarande Psykiatriska mottagningen Angered tillhörande Psykiatriska kliniken Nordost. Mottagningen startade 1985 och hela personalgruppen hade då handledning av K Gustavsdottir. Denna modell utarbetades efter flera års handledning och konsultation inom psykiatrin. K Gustavsdottir och KG Piltz är bägge legitimerade familjeterapeuter och familjeterapeuter. Sedan 1973 driver de Institutet för Familjeterapi i Göteborg som erbjuder kurser och utbildningar i familjeterapi.

RIKTLINJER OCH LAGRUM

FN:s Barnkonvention 1989

FN:s barnkonvention antogs i FN:s generalförsamling 1989. I Sverige är barnperspektivet ett tydligt markerat område sedan Sverige undertecknade

⁹ Schodt, B, *Från systemteori till familjeterapi*, studentlitteratur, 1994

¹⁰ Edstam, M m. fl, *Familje(psyko)terapiens tidiga historia*, Göteborgs Universitet HT-07

¹¹ Piltz, K, Gustavsdottir, K *Den osynliga familjen samarbetspartner eller syndabock* Ask och Embla Förlag, Göteborg 1992

barnkonventionen 1990. 1999 antogs en nationell strategi av en enig riksdag att förverkliga barnkonventionen. Detta var ett kraftfullt förtydligande.

TU Västra Götalandsregionen, Riktlinjer för barnperspektiv inom vuxenvården 2005

2003 beslutade regionstyrelsen i Västra Götaland att fastställa riktlinjer för genomförande av FN:s barnkonvention. Styrelsen betonar att riktlinjerna avser regionens samtliga enheter.¹² Vidare skriver de om vilka förutsättningar som krävs för att barnkonventionens synsätt skall få genomslag i organisationen. De pekar på att uppföljningen och styrdokument måste samordnas. De slår fast att ett barnperspektiv skall vara en del av införandet och genomförandet av barnkonventionen. De skriver också att i det fortsatta arbetet kommer styrdokument att kallas riktlinjer.

TU Västra Götalandsregionen, riktlinjer inom vuxenvården 2005

2005 fastställde regionstyrelsen i Västra Götalandsregionen riktlinjer inom vuxenvården. Dessa riktlinjer skall samordnas med tidigare riktlinjer för regionen.¹³ I hälso- och sjukvårdsutskottet skriver de¹⁴ om hur FN: barnkonvention kan bli en integrerad del i regionens arbete med att föra in barnperspektivet i vuxenvården. Det skall omfatta alla hälso- och sjukvårdens verksamheter. Det tar upp behov av information och utbildning som har förts fram som ett behov. De pekar också på att samarbetet behöver utvecklas med kommunerna så att samhällets resurser skall tas tillvara och samordnas för barnets bästa. För att barnkonventionens synsätt skall få genomslag i organisationen krävs uppföljning och att styrdokumentet samordnas. De slår fast att införandet av barnperspektivet i vuxenvården skall vara en del i det fortsatta arbetet med att genomföra barnkonventionen.

Regeringens proposition 2007/08 en förnyad folkhälsopolitik

2008 lägger regeringen fram en proposition angående en förnyad folkhälsopolitik.¹⁵ En av punkterna handlar om barns och ungas uppväxtvillkor. De anser att samhällets insatser för att stärka föräldrar bör utvecklas och stärkas. Samverkan är ett medel för att nå detta. Barn och unga förs fram som en särskilt angelägen målgrupp för det hälsofrämjande folkhälsoarbetet.

¹² Tjänsteutlåtande Västra Götalandsregionen *Policy rörande barnperspektivet inom vuxenvården*, 2005-03-02

¹³ Tjänsteutlåtande Västra Götalandsregionen, *Riktlinjer för barnperspektiv inom vuxenvården*, 2005-03-29

¹⁴ Tjänsteutlåtande Västra Götalandsregionen *Policy rörande barnperspektivet inom vuxenvården*, 2005-03-02

¹⁵ Regeringens proposition 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*.2008-03-13

Barnombudsmannen rapporterar, styrning och uppföljning nyckeln till framgång br2008:03

Ett tydligt mål är att myndigheternas verksamheter ska genomsyras av barnkonventionen.¹⁶ Barnombudsmannen slår fast att alla beslut som rör barn och unga skall analyseras utifrån vilka konsekvenser det får för barn och unga. Vidare framhålls vuxenpsykiatrins ställning som central för att upptäcka barn till psykiskt sjuka.

Riktlinjer och anvisningar i Melior 2008

Västra Götalandsregionen gav i juni 2008 ut riktlinjer och anvisningar för dokumentation i Melior¹⁷. I dessa står att barnperspektivet och Barnformulär ska införas efter sommaren. Där hänvisas till att Västra Götalandsregionen har arbetat fram riktlinjer gällande barnperspektivet i vuxenvården.

Överenskommelser om sjukhusvård 2008

I vårdöverenskommelsen 2008 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och Sahlgrenska Universitetssjukhuset¹⁸ finns riktlinjer för vilken vård befolkningen skall erbjudas. I vårdöverenskommelsen som även omfattar samtliga mottagningar för denna uppsats, finns Västra Götalandsregionens riktlinjer inskrivna för vuxenvården att införliva FN:s barnkonvention. Det står att sjukhuset ansvarar för att personalen har kännedom om riktlinjerna. Vidare att lokala styrdokument skall ha med barnperspektivet och särskilt beakta in och utskrivning av patienter, sjukhusvistelse och kontakten med öppenvården. Vårdöverenskommelsen är kopplad till den budget vårdgivaren har att röra sig med. Uppföljning av implementeringen av barnperspektivet skall redovisas 31 maj.

Socialtjänstlagen

I socialtjänstlagen (14 kap. 1§) skrivs om vars och ens ansvar att anmäla om socialnämnden behöver ingripa för att skydda barn.¹⁹ Vidare står det i samma paragraf om skyldigheten att anmäla om barn far illa. För myndigheter inom hälso- och sjukvården är var och en skyldiga att anmäla om det kommer fram något som betyder att socialnämnden behöver ingripa till barns skydd. Detta gäller alla anställda inom hälso- och sjukvården.

¹⁶Barnombudsmannen rapporterar, Styrning och uppföljning nyckeln till framgång, br2008:03

¹⁷Riktlinjer och anvisningar för dokumentation i Melior, Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2008-06-25

¹⁸Överenskommelse om sjukhusvård 2008 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna 4,5,7,11 och 12 och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

¹⁹www.notisum.se. Socialtjänstlag (2001:453)

Hälso- och sjukvårdslagen

I Hälso- och sjukvårdslagen (§ 2f) finns en anmälningsplikt inskriven samt en skyldighet att samverka när det gäller barn som riskerar att fara illa.²⁰

På olika nivåer i organisationen kommer det nu riktlinjer och direktiv att införa barnperspektivet i vården. Barnperspektivet skall uppmärksammas i dokumentationen. Införandet av barnperspektivet kopplas till ekonomin. Det ställs krav på införande av barnperspektivet för full ekonomisk ersättning. Det ger ett tryck på organisationen att det verkligen händer något.

Anmälningsplikten till socialtjänsten om det kommer fram att barn far illa eller om det finns misstankar att barn far illa och socialnämnden behöver ingripa. När barnperspektivet lyfts fram i vården tänker vi att denna anmälningsplikt kommer att belysas mer i vårdarbetet. På motsvarande sätt finns en skyldighet inskriven i hälso- och sjukvårdslagen att samverka med socialtjänsten när det gäller barns som riskerar att fara illa.

Processen med införandet av barnperspektivet i vuxenpsykiatrien visar på en tröghet trots olika propåer. Barnombudsmannen skriver i sin analys 2008 och slutkommentar bland annat att när de jämför med hur myndigheter arbetar med andra perspektiv som miljö, hälsa och jämställdhet är det tydligt att perspektivet barn har mycket svårare att få genomslag. Detta trots att det varken är lägre prioriterat av riksdag och regering eller mindre aktuellt i samhällsdebatten.²¹

TEORI

Systemteori

En utgångspunkt i vårt arbete är ett systemtänkande. I Familjeterapilexikon²² står det bland annat under ordet systemteori och systemtänkande att det som främst skiljer ett systemtänkande från ett traditionellt fysikaliskt tänkande är att relationer och processer betonas istället för energier, krafter och mekanik. Samspelsmönster granskas och systematiseras.

Systemteorin är uppbyggd kring en hierarkisk struktur. Generell systemteori formulerades av von Bertalanffy²³. Han introducerade flera antaganden hur organismer och system behåller sin egenart. Detta hänger ihop i komplexa samspel. Samspelsmönster studeras i stället för de enskilda delarna. Det överordnade systemet bildar en ny helhet. Helheten är något mer än summan av delarna i systemet. Den påverkan det överordnade systemet har på processer och strukturer är större än det underordnade systemet.

²⁰ <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>, Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)

²¹ Barnombudsmannen rapporterar, Styrning och uppföljning nyckeln till framgång, br2008:03

²² Olson, H, Petitt, B, *Familjeterapilexikon*, Bokförlaget Korpen 1999

²³ von Bertalanffy, L, *General System Theory*, George Braziller, Inc New York, 1993

Samhällsförändringen från ett modernt till ett postmodernt samhälle har medfört stora förändringar i sättet att tänka. De olika skolorna inom familjeterapi avspeglar denna utveckling. Från pionjärerna inom familjeterapi som bröt mot det individorienterade sättet att se på patienten och problemet till aktörerna med bland andra Virginia Satir, Salvador Minuchin, Jay Haley²⁴. Aktörerna tar fram själva lösningsförsöken hos familjen som problemet. I Milanoskolan 1 och 2 beskrivs bland annat övergången från att se individen den identifierade patienten till att se ett system, familjen. Vidare utveckling är att ta med terapeuten i systemet. Att inte bara observera systemet utan terapeuten är en del av systemet och är med och formar det. En introduktion av andra ordningens cybernetik som man skiljer från första.²⁵

Det postmoderna tänkandet är mer framträdande i familjeterapiskolorna som betonar språkets betydelse för utveckling och samspel. Här kan man se bland andra familjeterapeuterna Harry Goolishian, Harlene Anderson, Tom Andersen och Jaakko Seikkula²⁶. I lösningsfokuserad terapi använder man sig bland annat av mirakelfrågan. Vad behövs för att en önskad framtid skall bli möjlig. Vad skulle vara annorlunda? Narrativ terapi²⁷ utgår från berättelser. Man fokuserar i berättelsen på unika tillfällen där problemet inte är lika överskuggande. Man betonar att problemet är problem inte människan bakom. Våra historier formar livet

KASAM

Vidare goda exempel på metoder/teorier som innefattar hälsofrämjande faktorer för barn och vuxna är begreppet KASAM. Aaron Antonovsky beskriver begreppet KASAM som innefattar de tre komponenterna begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.²⁸ Detta är faktorer som påverkar en persons motståndskraft. Han har studerat vad som är viktigt för en person som trots påfrestningar kan behålla hälsan. Att förstå sammanhanget som personen lever i är viktigt. Detta innefattar då att det är begripligt för personen. Vidare att situationen skall vara hanterbar och att det går att se en mening i det som händer. Meningsfullhet handlar både om kognitiv och också känslomässig förståelse. Meningsfullheten förs fram som den motivationsskapande enheten och kanske den viktigaste. Därefter ses begriplighet som den viktiga komponenten. Hanterbarhet är inte oviktig. Det förutsätter att det finns resurser till ens förfogande. Finns inte resurser avtar meningsfullheten. För att framgångsrikt hantera problem är beroende av KASAM i dess helhet.

Antonovsky beskriver även salutogenes som han beskriver som ett begrepp för hälsobringande faktorer. Salutogenes är ett begrepp som är komplementärt till patogenes (sjukdomsframkallande faktorer). Ett salutogenetiskt tänkande ledde fram till KASAM begreppet.

²⁴ Lang, Lang m. fl, "Aktörerna", Göteborgs Universitet Ht-07

²⁵ Bergenmar Ivarsson, Elisabeth m. fl, *Milanoskolan 1 och 2*, Göteborgs Universitet Ht 2007

²⁶ Hårtveit H, Jensen P, *Familjen plus en*, Mareld 2005

²⁷ Morgan, A, *Vad är narrativ terapi*,

²⁸ Atonovsky, A, *Hälsans mysterium*, Natur och kultur, 1991

Analysmodell

En hjälp att tänka kring och systematiskt använda ett systemteoretiskt tänkande introducerade Ebba Casslén Karlsson i vår handledning. Hon visualiserade Bernler/Johnssons analysmodell i socialt arbete. Genom att systematisera rita upp olika hierarkiska nivåer som intrapsykiska, interpersonell och strukturell nivå gjorde hon det systemiska tänkandet greppbart och användbart. På motsvarande sätt ritade hon upp olika logiska nivåer som basal, meta, meta-meta till oändligt antal nivåer för att göra sättet att tänka begripligt. Vidare aspekter att ha med är tiden, problemets form och motivation i analyserandet.²⁹

Beardslees familjeintervention

Beardslees familjeintervention är en manualbaserad metod för att öppna upp samtal om föräldrarnas sjukdom inom familjen. Metoden är utvecklad i USA efter ett flerårigt arbete av William Beardslee, barnpsykiater och professor. Syftet är att minska barnens risk att insjukna i psykisk sjukdom. Genom att man stärker skyddande faktorer öka barnens förståelse för föräldrars sjukdom, öka öppenheten inom familjen om sjukdomen. Samtidigt ökar föräldrarnas medvetenhet om skyddande faktorer för barnet.³⁰

Psykopedagogisk intervention, PPI

PPI Psykopedagogisk intervention är en metod som utarbetats av Tina Orhagen leg sjuksköterska och med dr i Linköping.³¹ Det är en evidensbaserad metod där anhöriga/närstående bjuds in till utbildning kring sjukdomen diagnosen. Barnens situation måste särskilt uppmärksammas. En del av utbildningen handlar om stress och sårbarhetsmodellen där man tittar på faktorer som kan minska stressen i familjen. Vilka faktorer som kan stärka familjen barnen. Man tittar på hälsofrämjande faktorer. Anhöriga involveras som en resurs i behandlingen och ses som oersättliga.³²

Mentaliseringsbaserad terapi (MBT)

MBT är ett behandlingsprogram för borderlinepatienter som utarbetats av Peter Fonagy och Anthony Bateman. MBT är en ny integrativ terapiform med påvisad god effekt i vetenskapliga studier. Den teoretiska grunden för metoden utgörs av Peter Fonagys mentaliseringsidéer och den praktiska delen har utformats av Anthony Bateman och hans kollegor på Halliwick Specialist Service for Personality Disorders i London. Mentalisering handlar om att reflektera över sina egna och andras tankar, känslor och intentioner. Målet med behandlingen är att förbättra

²⁹ Casslén-Karlsson, Ebba, Analysmodell efter Bernler/Johnsson, 070914

³⁰ Renberg, H, *Nationell kartläggning - stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatrin* Norrlands Universitetssjukhus, Psykiatriska kliniken Umeå februari 2007

³¹ <http://hem.spray.se/ifs.sollentuna/patientutbildning.html>

³² DN:s nätupplaga 12 oktober 2008, *Närstående är oersättliga*, publicerad 070531

mentaliseringsförmågan, att göra det medvetna medvetet. Mentaliseringsteorin kan fungera som en länk mellan olika psykoterapimetoder som psykodynamisk terapi, kognitiv terapi, systemisk familjeterapi och dialektisk beteendeterapi.

Mentalisering är intimt förknippad med anknytning. Studier har visat att bristande emotionell tillgänglighet och otrygg anknytning hänger samman. Förälderns fysiska och psykiska tillgänglighet är en förutsättning för att barnet ska kunna bygga en trygg grund för att både förstå och interagera med sin omgivning och sig själv. Anknytning handlar om att se barnet. Modern (eller annan anknytningsperson) speglar barnets känslor och rättar till det som fattas barnet. Det är viktigt eftersom det ger barnet en känsla av att hänga samman och inse att de känslor som hela tiden väcks hör till barnet själv och är möjligt att hantera. På motsvarande sätt kan den terapeutiska relationen bli en anknytningsrelation där terapeutens intresse för patientens tankar och känslor hjälper henne att utveckla mentaliseringsförmågan. Terapin utgör då en möjlighet att reparera och komplettera det som gått snett eller inte blivit färdigt tidigare i livet.³³

Det kompetenta barnet

Jesper Juul är dansk och familjeterapeut. Han har gett ut boken *Ditt kompetenta barn*³⁴. Han skriver där om vikten att som förälder lyssna på sina barn. Att inte utöva en auktoritär barnuppfostran. Han ser detta som direkt skadligt för barn. Han betonar vikten av ömsesidighet i relationen barn förälder. Han skriver om den grundläggande konflikten i barnuppfostran som handlar om konflikten mellan integritet och samarbete. Han ser all uppfostran, pedagogik och behandling som en del i denna konflikt. Den bottnar i en syn på barn att de är ovilliga att samarbeta, asociala och egocentriska. Han betonar vikten att respektfullt möta sitt barn. Han betonar vidare ömsesidigheten i förhållandet till barnet och att lära sig tillsammans med dem.

Här krävs det förstås en omgivning där det finns vuxna som orkar med och har kraft och ork att möta barnet.

Organisationen i vårt medvetande

David Armstrong är verksam på Tavistock Centre i London. Han är psykolog och psykoanalytiker. Han har skrivit boken *Organization in the mind*³⁵. Det är en sammanställning av artiklar han skrivit under 15 år från 1989 och framåt. Han skriver om omedvetna processer i organisationer. Han jämför med placeboeffekten som är välkänd inom sjukvården. Han betonar vikten att bli medveten om omedvetna processer i organisationer och institutioner. Han utgår i boken från Bion och hans tankar om grupper och gruppprocesser. Han arbetar med att förstå organisationsdilemman. Individerna kan bli rollhållare i organisationen liksom team eller hela organisationen. Organisationen existerar hos sina medlemmar i olika fantasier

³³ Rydén, G, Wallroth, P, "Mentaliserin Att leka med verkligheten", Natur och Kultur, 2008

³⁴ Juul, J, *Ditt kompetenta barn*, GGP Media GmbH, Tyskland, 2008

³⁵ Armstrong, D, *Organization in the mind*, Karnac Ltd, London, 2006

och projektioner. Det är inte alltid medvetet av deltagarna. De känslor som finns i organisationen är skapad av människor.

STUDIER OCH RAPPORTER

I olika arbeten som vi tagit del av där familjen och barnen i vuxenpsykiatri tagits med visar på att stora ansträngningar är gjorda och görs inom psykiatri. I de tio nedan beskrivna arbetena kommer det fram olika aspekter som belyser barn och familjeperspektivet inom vuxenpsykiatri. Även barnens situation till psykiskt sjuka föräldrar belyses utifrån riskfaktorer och friskfaktorer.

Utvärdering av utbildning i familjearbete inom vuxenpsykiatrisk verksamhet

I utvärderingen av den interna familjeterapiutbildningen på dåvarande vuxenpsykiatriska kliniken Östra sjukhuset i Göteborg har undersökningen visat att efter genomgången utbildning har kursdeltagarnas familjearbete ökat.

"Samtidigt pekar undersökningen på hinder och svårigheter i genomförandet av familjearbete inom vuxenpsykiatri. Uppsatsen har därmed kommit att belysa ett problem med stor generell räckvidd, nämligen ett försök att implementera en vårdideologi i en sjukvårdorganisation."³⁶

Trots ett ökat familjearbete efter genomgången utbildning visar författarna på hinder. De tar fram den individinriktade organisationen. Det saknas rutiner kring dokumentation, betalning, lokalfrågor samt möjlighet att arbeta i olika personalkonstellationer. Det krävs mer än utbildning för att familj och nätverksarbete skall få större genomslagskraft. De för fram nödvändigheten att följa upp utbildningen med handledning och teamutveckling. De pekar också på nästa steg att utforska hur en integration av en utbildning förankras i organisationen.

Partilleprojektet

På den Psykiatriska Mottagningen Partille som tillhör Psykiatri Mölndal har de arbetat fram ett särskilt stöd till barn vars föräldrar har behandlingskontakt inom psykiatri³⁷. Detta har de arbetat med i projektform. Det finansierades under en tidsbegränsad period. De lämnade muntlig och skriftlig information till föräldern som blir inlagd på kliniken om stödmetoden (om barnet är 12 år eller äldre får det egen skriftlig information och tillfrågas om samtycke). En kurator och en psykolog från öppenvården besöker patienten på avdelningen samt gjorde uppföljande hembesök. Projektet pågick i två år. Första året var fokus på metodutveckling. De kompletterade använda instrument (olika frågeformulär) samt bildade en referensgrupp som bestod av samarbetspartners i Partille kommun. Under projektet kom de i kontakt med 15

³⁶ Erlandsson, Catarina m. fl, Vestin Britt-Marie *Utvärdering av utbildning i familjearbete inom vuxenpsykiatrisk verksamhet*, Examensarbete, Familjeterapiutbildning VT 1998

³⁷ Kaleb, L, Åhlström, B *Stöd till barn vars föräldrar har behandlingskontakt inom psykiatri*

familjer. Det fanns totalt 22 barn i dessa familjer. När detta projekt genomfördes i tid framgår inte av dokumentationen.

Barnen i vuxenpsykiatri – ett genombrottsprojekt³⁸

På Mölndals psykiatriska klinik bildades en grupp 2003 för att arbeta med barnperspektiv i vuxenpsykiatri utifrån en skrivelse från verksamhetschefen. Tanken var först att gruppen skulle arbeta fram ett balanserat styrkort för verksamhetsområdet psykiatri Mölndal för att kunna genomföra ett barnperspektiv i vuxenpsykiatri. Arbetsgruppen blev sen istället ett delprojekt i Område Mölndals Genombrottsprojekt tillgänglighet och säkerhet våren 2004- våren 2005. Slutsatser de drog av att delta i projektet var bland annat att genombrottsmetoden passar bäst för projekt med kvantitativa data.

”Att börja samtala med patienter om deras barn kräver ett visst mått av förändrade attityder och inte bara ett förändra beteende, och attityder är så mycket svårare att uppnå - och att mäta! Det är också ett långsiktigt arbete som inte enkelt kan utvärderas efter några månader.”

De såg inget genombrott i att delta i projektet men kunde se en annan vinkel att gå vidare med frågan kring barnperspektivet. De skriver bland annat om värderingar och om kostnader. De tittade bland annat på hur många prestationer/pinnar som kortsiktigt gått förlorade i att delta i projektet. I ett längre perspektiv för de fram vikten av ett arbetssätt inom vuxenpsykiatri som omfattar även barnperspektivet. De betonar då vikten att förebygga problem hos barnen genom att öka antalet skyddsfaktorer genom att arbeta med praktiskt och socialt stöd till familjen.

Nationell kartläggning – stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri

I den Nationella kartläggningen³⁹ av stöd till barn vars föräldrar har kontakt inom psykiatri valdes bland andra Kungälv's psykiatriska klinik ut för en intervju. Intervjun gjordes med kurator Patric Ekstrand. På Kliniken finns en familjestödsgrupp som består av representanter från olika enheter och de flesta förekommande yrkeskategorierna. I gruppen finns även en representant från BUP med. Sen 2005 till ingår BUP organisatoriskt till kliniken. När kliniken startade hade de utbildning och föreläsningar kring barnperspektivet till all personal. Den utbildningen var obligatorisk. Man har också arbetat fram en familjestödspärm som finns i läkarnas jourrum. Vidare finns det verksamhetsmål för närstående/familjestöd inom den psykiatriska kliniken på Kungälv's sjukhus som de olika enheterna skall följa.

I samma undersökning sammanfattar de att det finns en önskan att utveckla metoder där barnen till vuxenpsykiatriska patienter verkligen uppmärksammas. Hälften av de

³⁸ Åhlström, Britt m. fl, *Barnen i vuxenpsykiatri-ett genombrottsprojekt*, Öppenvårdmottagningen Partille, Psykiatri Mölndal

³⁹ Renberg, H *Nationell kartläggning - stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri* Norrlands Universitetssjukhus, Psykiatriska kliniken Umeå februari 2007

psykiatriska klinikerna som har besvarat enkäten saknar handlingsplaner och rutiner. Även om det finns rutiner och handlingsplaner anser 87 % av dem som svarade att de saknar en modell att arbeta efter. Från Västerbotten nämner man Beardslees familjeintervention som en fungerande metod. Enkäten skickades ut februari 2006. På många håll har man arbetat i projekt utifrån barnperspektivet. När projektet har upphört har det varit svårt att hålla barnperspektivet levande. I bakgrunden till den nationella kartläggningen framhålls att vuxenpsykiatri har en central ställning vad gäller att upptäcka barn och att medverka till att de får adekvat hjälp.

Barnombudsmannen rapporterar, styrning och uppföljning nyckeln till framgång br2008:03

Barnombudsmannen analyserar konsekvenserna av myndigheternas arbete med barnkonventionen 2008 och visar på att det är svårt att få genomslag med perspektivet barn i statliga myndigheter.

"Men det beror inte på att perspektivet barn prioriteras lägre av regering och riksdag eller att det är mindre aktuellt i samhällsdebatten än perspektiv som jämställdhet, hälsa eller miljö. Skälet måste ligga i myndigheternas intresse för fråga och att många hävdar att barn och unga inte ingår i deras uppdrag."⁴⁰

Barnombudsmannen pekar på i sin rapport att styrning och uppföljning är nyckeln till framgång. De finner stöd i det i sin undersökning av genomslag av perspektivet barn i statliga myndigheter.

En annan verklighet. Barn till psykiskt sjuka – en intervjustudie

I uppsatsen En annan verklighet Barn till psykiskt sjuka - en intervjustudie⁴¹ har syftet varit att undersöka hur en persons uppväxt har sett ut som har vuxit upp med en psykiskt sjuk förälder. Vilket stöd har personen haft eller inte haft . Vilka relationer har varit viktiga och varför. Undersökningen bygger på fyra halvstrukturerade intervjuer. Det författaren konstaterar är att dessa barn känner skuld för egen och föräldrarnas sjukdom. Barnen får ta ett stort ansvar för sin egen och familjens situation. I undersökningen har alla barnen hittat stöd i sin närhet, antingen av den andre föräldern eller av annan släkt vilket har hjälpt dem att hantera sin situation. Vidare vittnar de intervjuade att de inte har fått något stöd från samhället eller myndigheter.

Uppföljning av nationell interaktiv webbplats

I Uppföljning av en nationell interaktiv webbplats - en mötesplats för barn till föräldrar med psykisk sjukdom⁴² skriver författaren om webbplatsen www.kuling.nu. Webbplatsen arbetades fram på psykosvårdens utrednings och behandlingsenhet,

⁴⁰ Barnombudsmannen rapporterar, *Styrning och uppföljning nyckeln till framgång*, br2008:03

⁴¹ Davidsson, S, *En annan verklighet. Barn till psykiskt sjuka – en intervjustudie*. Göteborgs Universitet, Socionomprogrammet C-uppsats 2008

⁴² Axelsson, K *Uppföljning av nationell interaktiv webbplats - en mötesplats för barn till föräldrar med psykisk sjukdom*, Örebro universitet, Hälsovetenskapliga institutionen, Arbetsterapi C-nivå, Hötsterminen 2006

Karlliniken i Örebro 2003. Studien beskriver innehållet i besökarnas inlägg på diskussionsforumet samt användningen av webbplatsen. Analysen gav sex teman som speglar innehållet i inläggen. Det är ensamhet, att bära ansvar, känsloupplevelsen, betydelsen av den egna personen, sökandet efter svar och förmedling av stöd. En mörk bild förmedlas av situationen för barn till en psykiskt sjuk förälder. Den ger en stor ensamhet med föräldrarnas sjukdom. Sjukdomen tillskrivs en stor betydelse för den egna personen och ger svårigheter som behöver bearbetas. Uppföljningen visar att kuling. nus syfte att ge stöd till barnen uppfylls genom det stöd skribenterna ger varandra i sina inlägg på diskussionsforumet och den information om psykisk sjukdom som finns på webbplatsen.

Synliggörelse av de osynliga barnen

I Synliggörelse av de "osynliga barnen" – en B-uppsats om Gyllingens salutogena gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka föräldrar⁴³ går författarna teoretiskt igenom verksamheten. De går bland annat igenom Antonovskys intresse av vad som gör människor friska, det salutogena perspektivet ur vilket han senare utvecklade KASAM begreppet. De har intervjuat och arbetat med uppsatsen tillsammans med de båda gruppledarna på Gyllingen Gun Cederborg och Einar Trollerud. Det salutogena perspektivet är något som tydligt framkommer vid vår intervju med Gyllingen. Betoningen att det är friska barn som lever under en extra stor stress i tillvaron. I uppsatsen lyfts även föräldrarnas mod fram. Genom att ta kontakt med Gyllingen visar de på ett föräldraansvar att sätta barnen bästa främst. Det utsätter sig för frågor om sin sjukdom och detta tyder också på sjukdomsinsikt.

Att leva som barn till förälder med psykisk sjukdom

I en annan uppsats Att leva som barn till förälder med psykisk sjukdom – en litteraturstudie⁴⁴ gör författarna en litteratursökning. De granskar fjorton artiklar i databasen Medline. Studien visar att barnen till föräldrar med psykisk sjukdom ofta tar på sig ansvaret för föräldrarnas sjukdom. Hemlighållandet av föräldrarnas sjukdom leder ofta till social isolering för barnen. Barnen saknar ofta kunskap om föräldrarnas sjukdom. Barnen har en klar uppfattning om vilken hjälp de behöver. I första hand ekonomiskt stöd, hjälp i hushållet, samtalsstöd och information.

Barn till psykiskt sjuka föräldrar

I uppsatsen "Barn till psykiskt sjuka föräldrar" har författaren Sofia Ligander undersökt två frågeställningar; Att som barn växa upp med psykiskt sjuka föräldrar kan ge ökad risk för att utveckla olika slags problem? Olika friskfaktorer som kan ha betydelse för om en individ utvecklar psykisk sjukdom och/eller andra problem eller inte. Som metod har hon använt systematiska litteraturstudier.⁴⁵ Studien visade, att

⁴³ Andersson, J, Harlén, I, *Synliggörelse av de "osynliga barnen" – en B-uppsats om Gyllingens salutogena gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Göteborgs Universitet 060530

⁴⁴ Alm, L, Sjöström, A, *Att leva som barn till förälder med psykisk sjukdom – en litteraturstudie*, Högskolan i Gävle, examensarbete, Omvårdnadsvetenskap februari 2008

⁴⁵ Ligander, S, " *Barn till psykiskt sjuka föräldrar – risker och friskfaktorer*" Göteborgs Universitet, Examensarbete, Folkhälsovetenskapliga programmet VT 2008

växa upp med psykiskt sjuka föräldrar kan ge ökad risk för att utveckla olika slags problem. Barn till psykiskt sjuka föräldrar har en förhöjd risk – i alla fall de barn som har en deprimerad förälder. Flickor verkar ha en högre risk än pojkar.

Problem som barnen kan få tidigt eller senare i livet:

- Funktionsnedsättningar
- Svårigheter med relationer
- Beteendestörningar
- Missbruk
- Depression
- Ångestsyndrom

Olika friskfaktorer som kan ha betydelse för om en individ utvecklar psykisk sjukdom och/eller andra problem eller inte:

- God självkänsla
- Känsla av samhörighet med andra
- God relation med föräldrar
- Delade värderingar med föräldrar
- Tillitsfulla relationer
- Lyckade copingstrategier
- Känsla av sammanhang
- Social kompetens
- Intellektuell kapacitet
- Insikten om att själv kunna påverka sitt öde
- Socialt stöd
- Låg stress i omgivningen

Sofia Ligander tror att man kan ha god hjälp i det preventiva arbetet genom att identifiera friskfaktorer. Genom det minskas inte bara individens lidande utan även samhällets kostnader.

SYFTE OCH METOD

Syfte

Att undersöka vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar med fokus på hur de bedriver familjearbete och hur de tillvaratar barnperspektivet inom de olika verksamheterna.

Att ta del av goda erfarenheter och exempel på när ett familjearbete blivit bra och när det finns ett barnperspektiv.

Att ta del av tankar kring hur det går att utveckla och förbättra familjearbetet och framförallt barnperspektivet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Avgränsning

Vi har valt att titta på sex allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Västra Götalandsregionen utifrån att undersöka erfarenheter och kunskaper om hur familj- och barnperspektivet finns med inom vuxenpsykiatrin. Vi hoppas få ta del av goda erfarenheter och exempel på när ett familjearbete blivit bra och när de har haft ett barnperspektiv. Vår förhoppning är också att få ta del av tankar kring hur vi kan utveckla och förbättra familjearbetet och framförallt barnperspektivet inom vuxenpsykiatrisk öppenvård.

Mottagningarna vi har valt att titta närmare på är dels våra egna mottagningar där vi har våra anställningar dels fyra övriga som ligger i närområdet. Mottagningarna vi har valt att titta närmare på är:

Psykiatrisk mottagning Vågmästaregatan
Psykiatrisk mottagning Gamlestaden
Affektivt Centrum
Psykiatrisk mottagning Partille
Psykiatrisk mottagning Centrum Öst
Psykiatrisk mottagning Stenungssund

Mottagningarna riktar sig till allmänpsykiatriska patienter i huvudsak. En av mottagningarna Psykiatrisk mottagning Partille har två allmänpsykiatriska team och ett psykosteam. Två av mottagningarna är specialiserade mot en diagnosgrupp. Psykiatrisk mottagning Vågmästaregatan är specialiserad mot gruppen borderlinepatienter. Mottagningen Affektivt Centrum är specialiserad mot patienter med bipolär sjukdom. Vi har valt tre mottagningar med uttalad familjeinriktning och övriga mottagningar utan en sådan tydlig viljeinriktning.

Fem av mottagningarna ligger inom Sahlgrenska universitetssjukhuset. Tre av mottagningarna tillhör Psykiatri Östra där vi bägge arbetar. En av mottagningarna hör till Psykiatri Sahlgrenska, en mottagning till Psykiatri Mölndal och en mottagning hör

till Kungälv's sjukhus. Det är alla mottagningar som ligger nära oss geografiskt. Vi har valt dessa mottagningar då vi är intresserade av hur man behandlar frågan kring familj och barnperspektivet i vårt närområde .

Vi har valt att beskriva hur specialistpsykiatrin som hör till Sahlgrenska Universitetssjukhuset är organiserad i stort och Psykiatri Östra i synnerhet där vi själva är verksamma. En av mottagningarna vi valt tillhör Kungälv's Psykiatri. Alla mottagningarna tillhör Västra Götalandsregionen.

Intervju

Valet att använda oss av intervjuer istället för enkäter har vi gjort utifrån att vi tror oss få fler och fylligare svar på våra frågor. Vi har använt oss av en standardiserad intervju med ostrukturerade frågor.⁴⁶

Frågorna skickades ut till enhetscheferna i god tid innan intervjutillfället. Under intervjuerna antecknade vi båda två de svar vi fick. Den här intervjuformen innebar att vi ställde samma frågor i exakt samma ordning men med öppna frågor.

Med öppna frågor kan den intervjuade svara mer fritt och ge mer utförliga beskrivningar och exempel. Fördelen med den här intervjuformen är att man får mer information än endast svaret på frågan.

Urval

Vi har valt att enbart intervjua enhetscheferna och inte hela teamen. Att planera in intervjuer med samtliga medlemmar i teamen kan resultera i ett alltför stort materiel att analysera. Vi såg det inte som praktiskt genomförbart och hanterbart inom ramen för vårt uppsatsarbete. Vi är medvetna om att vi väljer bort nyanser och bredd i informationen som övriga medlemmar i teamet skulle tillföra. Genom att skicka ut våra frågor till enhetscheferna före intervjutillfället får enhetscheferna möjlighet att förbereda sig och komplettera information de eventuellt saknar av övriga i teamet.

Vi har även valt att intervjua personer som arbetar inom ett par andra verksamheter. En verksamhet där man främst möter barn till psykiskt sjuka och en verksamhet där man möter barn med psykisk problematik. Vårt syfte med de båda intervjuerna är att ta del av den erfarenhet de har av hur familje- och barnperspektivet uppmärksammas inom allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar. Genom att intervjua ett par sådana verksamheter får vi ytterligare ett perspektiv på det vi vill undersöka.

Intervjufrågor

När vi satte oss ner för att formulera våra frågor hade vi en bild, en metafor med oss. Vi föreställde oss Psykiatrin som ett hus dit man går för att få hjälp. Vi antog ett patientperspektiv och tittade på huset utifrån och in, istället för inifrån och ut, som är

⁴⁶ Patel, R & Davidsson, B, *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra & rapportera en undersökning*, andra upplagan, 1994

det perspektiv vi själva är vana att ha. Utifrån de frågeställningar som kom upp när vi resonerade kring vår metafor samlade vi sedan nyckelord som i sin tur fick utgöra grund till de slutliga frågor som vi sedan ställde vid intervjuerna.

Så här resonerade vi:

Hur vet man att det är ett hus som även står öppet för att möta min familj. Hur bjuds familjen in? Finns det plats och är miljön anpassad för familj. Vet jag att det är ett hus eller en plats där den kunskapen finns? Är det tydligt att sådana behov kan tillmötesgå där? Finns det kunskap att kunna möta upp barn, familjer och anhöriga? Finns det beredskap att kunna hämta in den kunskap som behövs? Kan de ta emot information som ges av mig och mina anhöriga? Detta är viktigt att kunna. Jag kanske inte är medveten att jag behöver hjälp i mitt föräldraskap? Om jag inte är medveten om behoven trots att de finns, hur kan de då tillgodoseas? Om de har kontakt med andra verksamheter eller om andra familjemedlemmar har det, hur ser samarbetet mellan de olika verksamheterna ut och är det något att sträva efter att utveckla? Hur ser de i huset på min familj, som en resurs, som en del av orsaken till min sjukdom, eller både och? Hur tar jag emot erbjudandet om att ta med familjen? Är det något jag själv efterfrågar?

Vid sammanställningen av intervjuerna har vi använt en empirisk fenomenologisk analysform för meningskoncentrering.⁴⁷ När intervjuerna var gjorda sammanställde vi först svaren från varje intervju, och sedan alla svar på varje fråga med en siffra för hur många som givit liknande svar. Därefter läste vi igenom intervjun och fastställde meningsenheterna som de uttryckts av intervjupersonerna. Efter det formulerade vi det tema som dominerar varje meningsenhet. Det sista steget bestod i att ställa frågor till varje meningsenhet utifrån vårt syfte och de frågor vi ställt vid intervjuerna.

Etiska överväganden

Vår undersökning har som syfte förutom att öka vår egen kunskap även medverka till en vidgad kunskap hos de berörda mottagningarna om hur man arbetar med familj och barnperspektivet inom vuxenpsykiatri samt vilka faktorer som kan verka främjande och vilka faktorer som kan verka hämmande på det arbetet. Vår förhoppning är att mottagningarnas samlade erfarenheter ska utgöra en kunskap som också kan gynna våra patienters familjer och barn.

Presentationen av intervjuerna är konfidentiell, vi redogör inte för vilken enhetschef som uttalat sig i vår intervjusammanställning. Vi är medvetna om att man inom verksamhetsområdet kan komma fram till vilken enhetschef som uttalat sig i vissa fall genom uteslutningsmetoden, men det är i så fall oundvikligt på grund av att det är relativt få mottagningar det rör sig om.

Ett etiskt övervägande som vi förhållit oss till är att våra egna verksamheter som vi själva tillhör ingår i vår undersökning. Även om alla enhetschefer fick samma frågor så kunde våra egna enhetschefer bli hämmade i sina svar på grund av det förhållandet. När vi läst igenom intervjuerna efteråt har vi inte funnit någon hämning i svaren från dem, snarare tvärtom, att de gett något fylligare svar.

⁴⁷ Kvale, S, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur 1997

I vår analys har vi inte värjt för att inta en kritisk hållning men har samtidigt värnat om syftet med vår undersökning – att få en ökad kunskap om hur man arbetar med familj och barnperspektivet inom vuxenpsykiatri genom goda exempel på när ett sådant arbete fungerat bra och genom att undersöka vilka faktorer som eventuellt kan försvåra det arbetet på individ/ verksamhets/ organisations/ samhälls nivå.

Validitet

Har vi lyckats mäta det vi avsett att mäta? Steinar Kvale beskriver hur man kan se på objektiviteten i den kvalitativa forskningsintervjun. Objektiviteten hos en metod beror på metodens förhållande till det studerade objektets natur och innebär en förståelse av det som är föremål för undersökningen.

”Sett ur detta perspektiv får den kvalitativa forskningsmetoden en privilegierad position vad gäller objektiv kunskap om den sociala världen. Intervjun är känslig för och speglar det undersökta objektets natur: i intervjun talar objektet”⁴⁸

Validiteten i den kvalitativa forskningen har mer koppling till graden av informationsrika fallbeskrivningar och undersökarens förmåga att analysera sina data än urvalsstorlek. De öppna intervjufrågorna bör vara utformade så att de verkligen ”mäter” eller ”fångar in” det man har för avsikt att försöka fånga in.⁴⁹

Vi har bemödat oss att utforma våra öppna intervjufrågor så att de står ”öppna” för intervjupersonens egen åsikt och upplevelse av det vi frågar om. När vi formulerade våra frågor använde vi oss av en metafor som hjälp i att komma nära det vi vill undersöka genom att inta ett patientperspektiv. Att inta ett patientperspektiv gav oss information om vad vi behöver undersöka för att få större vetskap om hur de undersökta mottagningarna bedriver familjearbete och hur de tillvaratar barnperspektivet.

Reliabilitet

Är resultaten av våra intervjuer trovärdiga/tillförlitliga? I kvalitativ forskning hänförs sig reliabiliteten bl. a. till resultatens konsistens och inre logik. Ett sätt att pröva konsistensen i svaren från intervjupersonerna är att fråga liknande frågor som fokuserar på samma tema. Ett sätt att pröva reliabiliteten vid utskriften är genom att ett och samma avsnitt skrivs ut av två olika undersökare.⁵⁰

Vi har formulerat flera frågor på samma tema uppdelade på olika delområden som vi undersöker. Det resulterade i en slags förtjockning och utveckling av dessa teman. Under intervjun skrev båda ner svaren på frågorna för att senare sammanställa samtliga svar från båda. Vid sammanställningen såg vi att svaren överensstämde i hög grad men med lite varierande utfyllnad. Efter att ha sammanfört våra intervju svar och tagit bort upprepningar har vi i det hänseendet uppnått god reliabilitet.

⁴⁸ Kvale, S, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Studentlitteratur 1997:66

⁴⁹ Larsson, S m. fl, *Forskningsmetoder i socialt arbete*, Studentlitteratur 2005

⁵⁰ Ibid

Kritik

I efterhand ser vi att Gyllingen och BUP skulle ha fått våra frågor i förväg inför intervjuerna. Vi presenterade kortfattat våra tankar om syftet med intervjun när vi bokade tider med dem. Vid intervjuerna märkte vi att det fanns en okunskap om syftet med intervjun. Det hade underlättat tror vi om de fått frågorna i förväg på motsvarande sätt som enhetscheferna fått. Vi ser detta som en brist i vårt uppsatsarbete.

Datasök

Sökord: allmänpsykiatri öppenvård barn till psykiskt sjuka familj metoder
Vi har använt sökmotorn Google avancerad sökning. De första tre sökorden allmänpsykiatri, öppenvård, barn till psykiskt sjuka gav 118 träffar. Vi utökade sökorden med familj och fick 66 träffar. Därefter sökordet metoder och fick 64 träffar. Det visade sig vara ett lagom hanterbart material. Våra sökningar på GUNDA och LIBRIS gav 0 träffar. Möjligen handlar det om vår ovana vid datasök. Vi har inte gått vidare med att söka eftersom Googlesökningen gav tillräckligt material för vår undersökning.

RESULTATSAMMANSTÄLLNING

Nedan följer en resultatsammanställning av alla intervjuerna med enhetscheferna utifrån en konkretisering av meningsenheter. Citaten är med för att belysa olika teman, inte för att slå fast några enskilda sanningar.

Struktur/organisation

Rutiner för information om att mottagningen arbetar med familj:

Tre av mottagningar har med en sådan inbjudan i kallelsen. En av mottagningarna har en sådan inbjudan i kallelsen till vissa patientgrupper och två av mottagningarna bjuder in familjen först efter att man har byggt upp en kontakt med patienten. Två mottagningar har den informationen på den externa hemsidan.

Ett starkt individperspektiv och att några behandlare inte är bekväma med att ta in flera anförs som orsak till att man på tre av mottagningarna valt att inte ha en sådan rutin.

"Hur stor betydelse har det i praktiken att det finns med i inbjudan, om inte behandlarna är bekväma med det blir det dubbla budskap till patienten och hans familj".

Resurser i form av tid och personal:

Fem av enhetscheferna anser att den resursen måste finnas. Två anser att träffa anhöriga är en del av behandlingen. I övrigt har alla utom en av mottagningarna någon eller några behandlare med utbildning i familjearbete. En mottagning har en familjestödsrepresentant och två barnombudsmän som man kan anlita.

Lämplig miljö för barn och familj:

Tre av mottagningarna har ett samtalsrum som är lämpligt för familjesamtal. Fyra nämner att det finns leksaker i väntrummet. En mottagning flyttar till nya lokaler där behandlare som har familjeterapiutbildning kommer att få större rum med tanke på att de behöver utrymme för att ta in fler personer i rummet. En av mottagningarna saknar en lämplig miljö för barn och familj. Tre av mottagningarna planerar att i göra i ordning material för barn och anpassa något rum och även toalett med tanke på barn med anledning av att man nu ska implementera barnperspektivet.

Behandling/inriktning

Behandlarnas kompetens att ha ett familj- och barnperspektiv:

Fyra enhetschefer anser att det inte behövs extra kompetens för att ha det perspektivet. Två ser att det finns brister i den kompetensen varav en anser att alla bör ha en grundutbildning i familjearbete. En mottagning saknar familjeutbildad personal. Teamet fungerar som en kvalitetssäkring när det gäller att tillvarata barnperspektivet framhålls av en enhetschef.

Två enhetschefer uppger att det är ovanligt att patienten har med sig barnen men de bevakar barnperspektivet genom att fråga hur barnet har det hemma och i skolan, om det finns en frisk förälder samt informerar patienten om vart de kan vända sig för att få hjälp med barnen. Om patienten har med sig barnen är det samtidigt ett observationstillfälle på hur barnet mår och hur anknytningen ser ut mellan förälder och barn.

"Ett exempel var en flicka som hade med sin lilla baby i bärsle. Mamman höll ej i barnet som hängde och slängde i selen. Det blev svårt att se utan att göra något så det blev det vi fick prata om".

Tre enhetschefer tror att kuratorerna har mer kompetens i frågor om familj och övriga behandlare kan rådfråga dem om de t ex är osäkra på om socialtjänsten ska kopplas in gällande ett barn. En tar upp att alla säger sig uppmärksamma barnen men det dokumenteras inte.

Handledning i familjearbete:

Enligt fyra av enhetscheferna har frågan om familjehandledning inte kommit upp. Tre anser att det går bra att ta upp frågor om familj med den teamhandledare de har men endast en har erfarenhet av att det gjorts. En enhetschef talar om att det är möjligt att få i specifika ärenden. En annan kan se behovet men kliniken har som princip att personalen bara ska ha en handledning.

Endast en mottagning erbjuder familjehandledning för dem som är intresserade.

Metoder och modeller för samtal med barn och familj:

Det ser lite olika ut på samtliga mottagningar vad det gäller metoder och modeller utifrån vilken utbildning behandlaren har. De som gått familjeterapiutbildning har det systemiska perspektivet. På två av mottagningarna har flera fått gå PPI-utbildningen varav en anordnar informationsträffar för anhöriga i den utsträckning som de hinner med, den andra mottagningen är på planeringsstadiet. Några behandlare har gått familjestöd som är en vidareutbildning inom PPI.

Partilleprojektet är ett projekt som nu har permanentats. Det innefattar stödåtgärder riktade till enskilda familjer och grupper med par där en förälder har en psykisk sjukdom och samarbete med kommunens verksamheter riktade mot barn och ungdom.

På en mottagning har två behandlare parsamtal en dag i veckan. En annan mottagning använder sig av mentaliseringsbaserad terapi som är en framgångsrik metod när det gäller allt relationsarbete. De tar också upp att patienten ofta har speciella önskemål gällande sin familj som de vill ha hjälp med och då försöker man att svara upp till det.

En mottagning uppger att det ingår i deras anamnesupptagning att fråga om barnen och att sedan redovisa det i teamet. En annan mottagning har ett formulär som alla patienter får fylla i vid nybesöket angående sin familj.

En metod är att ha ett barnperspektiv och att erbjuda kontakt. Att anpassa nivån när barn är med i samtalet och förhöra sig med vart och ett av barnen om vad det behöver.

Samarbete mellan vuxenpsykiatri, socialtjänsten, BUP eller andra verksamheter:

Tre av mottagningarna uppger att de har ett alltför stort upptagningsområde för att kunna bygga upp ett sådant samarbete, däremot har de ett samarbete kring enskilda ärenden. Kuratorerna och arbetsterapeuterna har ett tätt samarbete med primärvården, försäkringskassan och arbetsförmedlingen.

En enhetschef uppger att hon ingår i ett samarbete med försäkringskassan och socialtjänsten. Hon anser att det inte räcker att ha ett samarbete på individnivå utan det behövs även på chefsnivå. BUP står utanför det här linjearbetet och det kan bero på att de tillhör ett annat sjukhus resonerar hon.

En annan mottagning har träffar med BUP två gånger per år. Det finns också ett resursgruppsarbete med samordnare från kommun eller landsting och patient. I Härryda, Mölndal och Lerum finns ett upparbetat samarbete mellan psykiatri, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Man har även en individsamverkan mellan psykiatri, socialtjänsten, arbetsförmedlingen och försäkringskassan. Enhetschefen berättar om ett frukostmöte 2-3 gånger per år, dit boendestödjare, mobila teamet, aktivitetshusets personal eller personer som på något sätt har med mottagningen att göra, kan komma.

En mottagning har ett kunskapsutbyte med socialtjänsten genom att man har utbildningar för varandra, t ex en föreläsning de hade för socialtjänsten om OCD. De auskulterar även hos varandra genom att vara med i varandras verksamheter under en halvdag. Enhetschefen har även ett samarbete med en behandlare på BUP angående OCD.

En annan mottagning nämner ett samverkansprojekt, "Pelikanen", mellan Stenungsunds kommun, kyrkan och psykiatri utifrån barnperspektivet. Där ingår även BUP inom Psykiatri och de har ett projekt, "Unga Vuxna", ihop.

Tankar om hur man kan utveckla familjearbete/nätverksarbete inom vuxenpsykiatri:

Enligt tre av enhetscheferna går det alltid att utveckla mer. Två anser att det finns för lite grundkunskaper och att det krävs bättre utbildning.

En enhetschef beskriver sin mottagning som extremt individriktad. Att bjuda in hela nätverket skulle innebära en perspektivförskjutning. Man får bygga lite långsamt när det gäller perspektiv. När någon behandlare i teamet har den utbildningen så finns det perspektivet med i teamet och behovet av att ha familjesamtal och av att ha en coterapeut ökar o s v i en positiv spiral. Det är en process som även en annan enhetschef beskriver.

Andra tankar är om fler är beredda på att arbeta med det perspektivet så sker en utveckling. Att först få till barnperspektivet genom regelverket så sker en utveckling utifrån det. Genom att hitta modeller som är anpassade för det vi arbetar med. De här barnen behöver ett speciellt omhändertagande och hjälp genom att man tar kontakt med verksamheter som kan ge det och att ha ett samarbete. En stor mottagning behöver ha ett brett utbud och familjearbetet är en del av det. Arbetet med PPI behöver utvecklas. Det har länge funnits efterfrågan på information för patient och anhöriga om sjukdomen men det har inte prioriterats.

"Man får inga pinnar för anhörigarbete, det blir mer på frivillig bas, man gör det för att man är intresserad men man får ingenting för det".

Behandlare

Beredskap/erfarenhet/kunskap hos personalen för att ta med barn och familj i behandlingen:

Tre av enhetscheferna anser att beredskap finns medan tre uppskattar att den inte finns hos alla men hos flera som har familjeutbildning och lång erfarenhet av att arbeta med familj.

"Kunskap handlar om erfarenhet och att inte göra det så krångligt, de flesta har en erfarenhet på det personliga planet av att möta barn".

De har inte mer kunskap än behandlare i allmänhet uppger en enhetschef. Nyligen erbjöds en internutbildning i familjeterapi men ingen i det teamet sökte den. Enligt en annan blir barn en komplikation i behandlingsarbetet.

Det kan vara svårt att arbeta ensam, man behöver någon att arbeta med framförs av en enhetschef medan en annan talar om att det finns en möjlighet att ta med en annan behandlare i samtalen.

Flera pekar på behovet av mer utbildning och svårigheterna att få det. En enhetschef har tagit upp med verksamhetsledningen att fler behöver gå grundutbildningen men inte fått något stöd i det. En annan tar också upp det behovet vad gäller PPI-utbildning som flera i teamet har gått och fler önskar gå men nu finns inga resurser för det i verksamheten. En mottagning har önskemål om att få gå utbildningen med Kristin Gustavsdottir och Karl-Gustav Pilz genom Psykiatri Östra men det startar ingen sådan utbildning nu.

Familjen, en resurs eller en del av orsaken till patientens sjukdom:

En enhetschef som har en lång erfarenhet av psykiatri minns att man för 30 år sedan hade en mer negativ inställning till anhöriga. Två enhetschefer uppger att de ser på familjen som en resurs i behandlingsarbetet, familjen måste med, de är en stor resurs som inte tagits till vara. Om en i familjen är sjuk så är hela familjen drabbad och kan familjen få mer kunskap om sjukdomen så minskas stressnivån anser tre av enhetscheferna. Att förmedla till de anhöriga att de inte är orsaken till sjukdomen minskar skuld.

En enhetschef ser familjen som resurs i flertalet fall, speciellt om patienten lider av bipolär sjukdom eller OCD. Med tanke på all satsning på familjeutbildning inom verksamhetsområdet kan man tänka att verksamheten ser på familjen som en resurs. Om en person är drabbad i en familj så påverkar det hela systemet och kan det systemet fungera bättre så påverkar det hela den personens liv.

Två enhetschefer ser att det finns båda synsätten bland behandlarna. Kan vi hjälpa anhöriga att se sin del utan att skuldbelägga så kan patienten gynnas. Det är lätt att hitta syndabockar om man letar efter det, många patienter har inte fått så mycket stöd hemifrån.

"Man får väl tänka att familjerelationerna är en del i hur det har blivit för patienten men den kan också vara en resurs för att lösa de problemen".

Det behövs ett flergenerationsperspektiv. Två enhetschefer berättar om behandlare med lång erfarenhet som nu möter barn till tidigare patienter i sitt arbete.

Två tar upp att det ibland kan finnas en osund koppling mellan patient och anhörig där det inte är lämpligt med familjeterapi. En annan att det är lite farligt att psykiatisera alla problem. Problemen finns tidigare, innan psykiatrin. Kommunen har ett stort ansvar och tar det också.

Patient

Patientens reaktion på erbjudandet om att ta med familjen i samtalet:

Fyra enhetschefer uppger att de flesta patienter är positiva till erbjudandet. Tre uppger att många har med sig anhöriga. En ser också att frekvensen ökar och hon tror det beror på att de bjuder in mer aktivt och frågar vem, inte om patienten vill ta med en anhörig, många unga har med sig föräldrar till första besöket. En del blir misstänksamma och en del vill inte ta med anhöriga. En orsak kan vara att de inte vill dra in anhöriga i sjukdomen. Om patienten inte vill får man släppa det men återkomma när det är lämpligt och försöka motivera patienten. Det är oftast de som inte vill som kan behöva det mest erfar tre av enhetscheferna.

”Tror inte man ska fastna i det om de är negativa utan ta upp det igen. Inte strida utan försöka motivera med att ska vi kunna hjälpa behöver vi ha det här perspektivet”.

Ibland efterfrågar patienten själv det. Om anhöriga vill ha information om patientens sjukdom så får de träffa någon annan behandlare för att prata om sjukdomen, inte om patienten. Det har varit väldigt positivt för patienten, speciellt när anhöriga haft det extremt jobbigt.

En enhetschef uppger att det inte är så vanligt att patienten tar med sig anhörig. En tar upp att det saknas frågor om familj och anhörig i patientenkäten som patienterna får fylla i varje år angående hur de upplever vården.

Om patienten frågar efter att ha med sina barn för att prata om föräldrarnas sjukdom:

Det händer, men är inte så vanligt, uppger fyra av enhetscheferna. En säger att de aldrig fått frågan, men anser att det är en viktig fråga att ta med. Däremot pratar patienterna mycket om sina barn och om hur sjukdomen påverkar barnen.

En enhetschef uppger att det hänt att patienten bitt om hjälp med att tala med sina tonåringar om sjukdomen. Det kommer fler frågor om barnen efter att patienten gått informationsutbildningen erfar en av enhetscheferna.

Två tar upp att det är personalen som mer aktivt bjuder in barnen. En tar upp att de saknar kompetens om hur man talar med barn om psykisk sjukdom. I de fallen har de använt Gyllingen(s.33) där barnen också får träffa andra barn i samma situation.

Framtid/förbättringar

Hur vuxenpsykiatrin kan bli bättre på att möta upp barnen till den psykiskt sjuke:

Information är något som flera enhetschefer betonar; att vi har ett barnperspektiv, vilka stödresurser det finns för barnen inom olika verksamheter, till barnen om varför mamma eller pappa beter sig som de gör och därmed avlasta barnen från skuld,

även till behandlarna om olika verksamheters erfarenheter av att träffa de här barnen.

Tre enhetschefer anser att vi kan bli bättre på att följa upp de här barnen mer regelmässigt, inte bara utifrån vilken inriktning, vana eller beredskap vi har av att göra det. En tar upp betydelsen av att arbetet påbörjas redan i slutenvården, att ta kontakt och prata med barnen, ge dem stöd. Patienter som varit inom slutenvården där anhörig varit med vid vårdplaneringen är också de som fortsätter att ha med anhöriga till öppenvården. En önskan finns att den avdelning inom kliniken som är speciellt inriktad på den här patientgruppen ska få gå PPI-utbildningen.

En enhetschef anser att behandlare som är utbildade på området har en viktig uppgift i att lansera sig som kunskapskälla och att vara ambassadör på sin enhet för barn och familjeperspektivet. Behandlarna behöver ha en grundläggande utbildning i familjearbete. Det behövs fler personal som vill jobba med de här frågorna.

Två enhetschefer ser behovet av att skapa en välkomnande miljö som är tillgänglig för olika åldrar. Tre anser att barnen behöver ett speciellt omhändertagande, vi behöver ta kontakt med andra verksamheter så att vi inte psykiatriserar friska barn.

Förbättra samarbetet med Gyllingen, eventuellt starta något i socialtjänstens regi, lämna förslag om att barn ska erbjudas kontakt inom BUP:s regi.

Att mer aktivt fråga patienten om vad den behöver för stöd i sin föräldraroll. Barnen är inte en behandling för patienten utan behöver ses för sina behov. Ett barnformulär vore bra att ha som ett komplement. Man behöver skapa förutsättningar för det rent tidsmässigt, som det är idag får man inga prestationer (pinnar) för anhörigsamtal. Familjen behöver uppvärderas, se hur viktigt det är och vad det kan ge. Frågan behöver hela tiden hållas levande, det går inte att slå sig till ro. Inställningen i samhället behöver förändras, det ska vara möjligt att jobba på det här sättet. Att göra det mer lättillgängligt, kanske utveckla webb-baserade program, jämför Stockholm som har ett sådant program med bra resultat.

Goda erfarenheter och exempel på att arbeta med ett barnperspektiv:

En kurator tog upp det här vardagliga som att ta med barnen in och prata lite, se hur kontakten ser ut mellan förälder och barn. Hon berättar för barnet vilka kontakter det kan ta, ger sitt telefonnummer och säger att ring mig om det blir problem så hjälps vi åt att lösa detta. Ett barn skrev upp telefonnumret längst ner på sin klasslista. Det kan ha betydelse för barnet att veta att det inte är ensamt.

Partilleprojektet där en kurator och en psykolog uppmärksammade barn till patienter inom slutenvården. När de kom hem till familjen och barnen fick träffa dem i sin egen hemmiljö kändes tryggt och blev väldigt bra många gånger.

En enhetschef träffade en mamma som led av en psykosjukdom av och till med två barn som var 14 och 16 år. De upplevde det som att de var orsak eller del i att mamma var sjuk. Barnen fick komma enskilt och prata några gånger och det avlastade dem från skuld känslan. De kom även tillsammans med mamman för samtal om kommunikation och mamman fick en mycket bättre kommunikation med sina barn efter det.

En patient har haft med sig sitt barn från det att det var en vecka gammalt. Det har varit bra för då kan man se hur anknytningen fungerar mellan förälder och barn. Ungdomsgruppen på PPI-utbildningen blev väldigt bra. Det blev många aha-upplevelser och mycket skratt i gruppen. De kände sig inte så ensamma längre. I projekt "Unga Vuxna" har det blivit väldigt bra då anhöriga tagits med i arbetet.

Samverkan med BUP har blivit väldigt bra. Inom BUP har man en naturlig inställning till familjen, man skiljer inte på barn och vuxna.

Goda erfarenheter och exempel på familjearbete:

Ett exempel var med en ung kvinna som varit inlagd lång tid på BUP med självskadebeteende och suicidalitet. BUP, en läkare och enhetschefen arbetade med patienten och hennes familj under en lång tid. Patienten påbörjar nu en utbildning, mamman som tidigare varit en patient hos oss är nu inte längre det och pappan har upptäckt sin betydelse för dottern. Det är ett exempel på det systemiska, att man kan påverka alla inom ett system.

Ett annat exempel är en 30-årig kvinna som fortfarande bodde hemma och som var sjuk i anorexi. Vi arbetade med familjen och hon har nu flyttat hemifrån.

Det finns många exempel där man bjudit in patientens föräldrar och där relationerna förbättrats uppger en av enhetscheferna. Den familj som hon senast var inblandad i kring en traumabearbetning blev väldigt bra.

"En förändring av stämningen i familjen från hat till försoning på en väldigt kort tid visar att det kan vara väldigt effektivt".

Ytterligare synpunkter:

När vi sitter och pratar om det blir man varse om vikten av att ha med barn/familjeperspektivet. Det är en kraftfull metod som inte alltid hålls levande.

Har inte tänkt på att barn och familjeperspektivet ska stå med på vår hemsida.

Nu när vi är med i kvalitetsregistret kommer frågan om man har barn upp.

En enkel sak man kan ge till föräldrarna är ett häfte som riktar sig dels till barn som har en psykiskt sjuk förälder och dels till föräldrar om barns utveckling.

Vi brukar informera om hemsidan "kulingen" och även om Gyllingen.

Resurser behövs men också ett slags kunnande och intresse för att ge stödet så att det tas emot.

Skolan har en viktig roll i att fånga upp och se de här barnen. Med föräldrarnas tillåtelse så kunde vi ha ett samarbete med skolkuratorer och skolsköterskor.

Det är viktigt att kunna prata med alla inom vården.

Vid nyrekrytering vill alla arbeta så men lägger av efter en tid för det blir för tungt.

Det är inte en prioriterad fråga i samhället.

Det har tagit 10 år att arbeta fram en barnombudsman.

"Jag ser nu i projekt, Unga Vuxna, att det är barn till våra patienter. Hur kunde vi hjälpt dem bättre så att de inte behövt bli våra patienter också. Fångat upp dem tidigare."

ERFARENHETER FRÅN EN KOMMUNAL VERKSAMHET OCH EN BUP MOTTAGNING

Utöver intervjuerna med sex enhetschefer valde vi att göra två intervjuer. En verksamhet som möter barn och ungdomar och en som träffar barn till psykiskt sjuka föräldrar. Vi ville få fram barnens röster, barnets perspektiv, barnets situation med en psykiskt sjuk förälder. De två enheter vi vände oss till var dels Gyllingen⁵¹ och BUP Gamlestaden.

Gyllingen

Gyllingen är en verksamhet som vänder sig till barn och tonåringar med en psykiskt sjuk förälder i Göteborg. Verksamheten startade 2000. De bedriver gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka föräldrar efter en omarbetad modell från Ersta vändpunkt som bygger på AA:s självhjälpgrupper. Det är en pedagogisk metod med terapeutisk effekt. Där träffade vi Einar Trollerud som är en av de två gruppledarna som arbetar där.

De har valt sin arbetsmodell utifrån Antonovsky's KASAM-begrepp. KASAM begreppet har blivit mer centralt i deras arbete efterhand. Att förstå sin egen situation, göra den begriplig, göra den hanterbar och se den i ett sammanhang minskar stressen hos barnen. Han lyfter fram stressen som de här barnen lever under som den värsta boven. Han har också noterat att bokstavsdiagnoserna hos barnen har minskat under deras kontakt med Gyllingen.

Einar Trollerud betonar vidare att de arbetar med friska barn till en psykiskt sjuk förälder. Han lyfter fram vikten att se föräldern som förälder och inte bara som psykiskt sjuk. De skuldbelägger inte föräldern. De ser kontakten på Gyllingen som ett komplement för barnet och föräldern. Ärendena aktualiseras i lika hög utsträckning till Gyllingen från socialtjänsten som från psykiatrin. Inför starten av verksamheten förväntade de sig att fler ärenden skulle komma från socialtjänsten. Det har inte blivit så. De för inga journaler och har ingen återkoppling till socialtjänsten eller psykiatrin.

Goda exempel som Einar Trollerud tar upp är att det finns barnombud som bevakar barnperspektivet. Barnperspektivet är inte alltid samma som vuxen perspektivet. Han ger exempel på att detta arbetar de med inom psykiatrin i Jönköping. (I vår undersökning finns detta med inom psykiatrin i Kungälv.)

"Barnperspektivet, vad är det, ofta ser man hur socialtjänsten hämtar barnet till pappan etc. men hur ofta ser man socialtjänsten hämta pappa till barnets kalas"

Barn har vi alla varit. Vad är det som gagnar barnet ur barnets perspektiv – inte ur vuxenperspektiv. Barn är oerhört lojala – de väljer alltid föräldern.

⁵¹ <http://www.gyllenkroken.se/> 081023

Vidare tar han fram som exempel att det kan handla om, att för ett barn skriva in telefonnummer till en kontaktperson. Att barnen får en liten lapp med telefonnummer och namn till personer den kan ringa när föräldern blir sjuk.

Han betonar vikten av att räkna barn som anhöriga.

Barn har frågor, konkreta frågor – *ge enkla svar, oftast blir vi för övertydliga och ger för mycket information.* Ge raka svar, är det nog för barnet är det ok. Betonar vikten av att ge enkla ärliga svar.

Han pratar om psykisk sjukdom som begrepp. Med mindre barn är det tacksamt med sjukdomsbegreppet. Sjuka kan alla bli och då även bli friska. Definition på sjukdomsbegreppet – *ett tillstånd som gör att personen inte fungerar till 100 %.*

En enkel sak är att ställa sig på knä och möta barnet i ögonhöjd, i barnets nivå, när man pratar med barn.

Einar Trollerud tycker att det hänt mycket de senaste åren efter 01 om man ser på hur barnperspektivet tas tillvara inom vuxenpsykiatri. Han nämner Suzanne Ostens pjäs "Flickan, mamman och soporna" 1998, där hon berättar om sin egen uppväxt med en psykiskt sjuk mamma. Vidare tar han fram de policydokument från psykiatri Östra och Sahlgrenska som nu arbetats fram. Han ser dem som ett led i utvecklingen att lyfta fram barnperspektivet.^{52 53}

På frågan vad som behöver utvecklas inom vuxenpsykiatri tar Einar Trollerud fram att han tycker att mycket fungerar. Han tycker att policydokumenten visar att det går åt rätt håll. Vidare att barnperspektivet är ett tema, att det hela tiden hålls levande att barn finns. Patienten är inte bara patient utan också förälder. Föräldrarollen måste finnas. Viktigt att viljan finns ifrån slutenvården.

Han betonar igen vikten att barn skall ses som anhöriga, att det registreras när föräldern läggs in på sjukhus eller har kontakt med öppenvården.

Föräldrarollen måste rehabiliteras, inte bara sjukdomen. Han vill utveckla Gyllingen med föräldragrupper parallellt med barngrupperna. Det skulle vara positivt. Idag saknas ekonomiska resurser till det. Önskar två nya medarbetare för att möjliggöra detta. De beräknar att 10 % av barnen till psykiskt sjuka föräldrar i Göteborg kommer till Gyllingen. De ser vikten av att bara komma hit och höra vad som finns som viktigt för dessa barn. Även om de tackar nej till erbjudandet att delta är det viktigt att få ett erbjudande.

Idag tar Gyllingen emot ca 30-40 barn per år. Det finns väntetider. De erbjuder 2-3 grupper/termin med 6 personer/grupp. Det är inget akut. Detta är något som barnen har levt med länge.

Vi uppfattar Einar Trollerud som mycket positiv till samarbetet med vuxenpsykiatri och speciellt öppenvården. Han är mer positiv än vad vi förväntat oss. Vi tänker att de behandlare han ser är engagerade personer från psykiatri och socialtjänsten som motiverar föräldrar att ta med sina barn till Gyllingen. Han jobbar med de barn som blir synliga. Det kanske inte är anmärkningsvärt att han är så positiv.

⁵² Lokala riktlinjer Psykiatri Östra, *Patienter som har minderåriga barn*, 2008

⁵³ Barnperspektivet i Psykiatri Sahlgrenskas verksamhet 2008, 2008-04-07

Han ser att det har hänt mycket på de åren sen verksamheten startade. Han ser en utveckling. Han betonar sårbarheten i verksamheten som består av två personer. Han ser att det skulle ha ett värde att kunna erbjuda även föräldrarna möjlighet att träffas i grupp. De har haft en sådan grupp vid ett tillfälle. Det var dock inte möjligt att fortsätta med tanke på de begränsade resurserna. Vidare pekar han på behovet av att alla barn med psykiskt sjuka föräldrar bör erbjudas stöd och få information även om de väljer att tacka nej. Han betonar vikten att hålla barnperspektivet levande. Det är inte alltid samma som vuxenperspektivet. Han för fram föräldrarollen och inte bara att se till sjukdomen. Föräldrarollen behöver rehabiliteras parallellt med sjukdomen.

BUP Gamlestaden

Vi intervjuar här enhetschef Marie Hellsten. Hon uppskattar att ungefär 10 % av barnen de träffar har en psykiskt sjuk förälder. Hon ser samtidigt att det kan vara fler som de inte känner till då det förutsätter att barnen berättar om de har en psykiskt sjuk förälder. Hon ser inte att gruppen barn till en psykiskt sjuk förälder skiljer sig från övriga barn de arbetar med. På BUP arbetar de alltid med föräldraskapet hos den vuxne. Hon för fram kunskapen att det är en riskfaktor att ha en psykiskt sjuk förälder för ett barn. Hon tar också fram att det inte är säkert att de träffar så många barn till föräldrar med allvarlig psykisk sjukdom, dels då de inte kommer till BUP, dels då de inte bor tillsammans med den föräldern. Det är ovanligt att BUP träffar barn som inte bor med sina föräldrar.

På frågan vad som är viktigt för de här barnen att få hjälp med tar hon fram psykoedukativa insatser som Gyllingen erbjuder. Att det finns evidens för att gruppverksamhet är bra för dessa barn. BUP erbjuder inte den här typen av gruppverksamhet utan remitterar till Gyllingen.

"Det är sådana insatser som borde utökas, vuxenpsykiatrin borde ha sådana grupper också." "Ni inom vuxenpsykiatrin är de enda som med säkerhet vet att det finns barn till psykiskt sjuka."

Vidare för hon fram behovet av samverkan mellan BUP och vuxenpsykiatrin. Hon ser inte att det är en samverkan som fungerar idag. Kritik hon framför är att vuxenpsykiatrin värnar sin patient och inte ser till systemet, familjen. Hon ser att idealet vore ett samarbete mellan BUP och vuxenpsykiatrin.

På frågan vad har ni för erfarenhet av samarbete med vuxenpsykiatrin och finns det några goda exempel där samarbetet har fungerat bra är Marie Hellsten mycket kritisk. Hon ser att vuxenpsykiatrens värnande om sin patient omöjliggör ett samarbete. Hon har ingen erfarenhet av att man från vuxenpsykiatrin tagit kontakt angående samverkan. Hon ser i enskilda ärenden i Nordost att samarbetet kan fungera men det har inte kommit tillstånd någon egentlig samverkan.

Goda exempel på samarbete Marie Hellsten har från vuxenpsykiatrin är när hon har känt den personen. Ser att samarbetet flyter alltid på bra på individnivå, när man känner varandra här i Nordost.

"Men man kan inte bygga samarbete enbart på att känna personer utan man måste bygga på strukturer."

Västbus (Samverkan kring barn och ungdomar inom regionen där inte vuxenpsykiatri ingår) är ett bra exempel på en struktur för samverkan som är uppbyggd och som fungerar oavsett om personer byts ut för strukturen finns där redan och den gör att det fungerar. Hon ser att samarbetet stupar på att vuxenpsykiatri värnar sin patient.

Hur barnperspektivet tas tillvara inom vuxenpsykiatri vet hon inte.

"Det vanligaste är att vi inte känner till att patientens förälder tillhör vuxenpsykiatri."

Hon betonar vidare att ingen annan verksamhet känner till vilka som är psykiskt sjuka och har barn. Tror att det vanligaste är att vi inte känner till att barnet har en förälder som har kontakt med vuxenpsykiatri. Hon pekar på ett obefintligt samarbete. Hon pekar på vuxenpsykiatrins alldeles för individualistiska perspektiv. Det är för lite fokus på system och relationer. Samarbetet måste utgå från vuxenpsykiatri. På individnivå fungerar alltid samarbetet i Nordost. Vi är vana vid varandra, helt enkelt. Så är det inte i hela stan. Struktur saknas för samverkan.

På frågan om vad hon anser behöver utvecklas inom vuxenpsykiatri för att barnperspektivet bättre kan tas tillvara ser hon att vuxenpsykiatri har ett alltför individuellt inriktat perspektiv och alltför lite relationsperspektiv. Hon för fram att vuxenpsykiatri behöver ha en familjeinriktning. Att ta med anhöriga i behandlingsarbetet ser hon som en självklarhet. Det behövs en annan ideologisk ståndpunkt från vuxenpsykiatri.

"Det är nästan som att säga att alfabetet börjar med A – en självklarhet att arbeta med helheten."

På vår sista fråga kan man både ha ett individuellt perspektiv och ett systemiskt perspektiv ser Marie Hellsten det som en ideologisk fråga. Frågan är ju vad man har till golv och vad man har till tak. En ideologisk fråga också – vad tänker man om människor? Vad tänker man om förändring? Hon kopplar detta till en förändring som skett på BUP som har tvingats fram. Ett system att ta alla patienter. Hon ser det också ur ett tidsperspektiv.

"När jag kom från England -71 så var det ingen mer än jag på kliniken som hade familjeterapeututbildning."

Marie Hellsten är kritisk till vuxenpsykiatri och arbetet där. Hon betonar att samverkan med BUP behövs. Det brister i samverkan idag. Det saknas strukturer. Det krävs strukturer för samverkan. Samverkan kan inte bygga på individer. Samverkan fungerar i individuella ärenden men det räcker inte. Vuxenpsykiatri är alltför individualistisk. Det finns för lite fokus på system och relationer.

Som Marie Hellsten betonar är det vuxenpsykiatrin som kan upptäcka och fråga om barnen till psykiskt sjuka. Här har vuxenpsykiatrin en central ställning, något som också Barnombudsmannen påpekar.

Vi uppfattar kritiken Marie Hellsten framför som alltför ensidig. Likaväl som vuxenpsykiatrin behöver se till familje- och barnperspektivet behöver barnet sin förälder. BUP bör ha lika stort intresse av att samverka med vuxenpsykiatrin som vice versa. Vi har erfarenhet av att försök till samarbete tagits med BUP från vuxenpsykiatrin på olika nivåer men detta har stupat av olika orsaker. Vi tror det är viktigt att inte polarisera och göra detta till motsättningar. När en anhörig är sjuk är hela familjen inblandad. Familjen är nödvändig för att lösa situationen. Vi tror det är viktigt att höja blicken och se hur organisationen ser ut som vi verkar i. Det gäller både vuxenpsykiatrin och BUP som ju bägge ingår i samma gigantiska organisation Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Vad blir vi som medarbetare bärare av?

DISKUSSION OCH ANALYS

Struktur/organisation

Hälften av mottagningarna vi undersökte hade med en inbjudan att ta med sin familj i kallelsen. Två mottagningar informerar om möjligheten att ta med familj på hemsidan. Vi undrar hur det kommer sig att det ser så olika ut. Vi kan både se faktorer som möjliggör och faktorer som utgör hinder för att bjuda med familjen på samtal. Det handlar om olika faktorer på olika nivåer i organisationen.

En av mottagningarna som har inbjudan att ta med familjen är specialiserad mot en diagnosgrupp. De jobbar med ett vårdprogram där anhöriga lyfts fram som viktiga i behandlingen. Vårdprogrammet gör det tydligt för hela personalgruppen hur vården skall bedrivas och hur de ska förhålla sig till anhöriga. De jobbar med PPI Psykopedagogisk intervention⁵⁴ som engagerar hela personalgruppen som också har fått utbildning i denna metod. En av mottagningarna har några "eldsjälar" som håller barnperspektivet levande. Den mottagningen har varit engagerad i två projekt⁵⁵⁵⁶ varav det ena har permanentats. Den tredje mottagningen har nyligen tagit med inbjudan av familj i kallelsen. Enhetschefen ser sig själv tidigare som bromskloss efter att en patientenkät visade sig negativ mot att ta med anhöriga.

Hos de mottagningar som inte har med inbjudan av familj och anhöriga i kallelsen finns det hinder. Av dessa är en mottagning riktad mot en diagnosgrupp. Enhetschefen framför ett starkt individperspektiv. Patienten har ofta problem i relationer. Familjerelationerna är ofta knepiga och osunda. Det är inte alltid lämpligt med familjebehandling. Patientens behov av familjesamtal styr hur insatserna ser ut. Vi ser här att vårdprogrammet som arbetats fram för diagnosgruppen utgör ett hinder. Den har arbetats fram i organisationen. En annan mottagning tar också upp individperspektivet som försvårar en större öppenhet mot att ta med familjen. Det största hindret som förs fram här är behandlarnas olika inställning till att ta med familjen i samtalet. Osäkerheten hos behandlarna förs fram som en viktig faktor. Att behandlarna ska känna en större säkerhet i att bjuda med barnen och familjen till samtal ser vi som en ledningsfråga.

Den tredje mottagningen har med inbjudan av familj och anhöriga i särskilda kallelser, inte till alla. Patientens familj bjuds in till det andra samtalet. En faktor som påverkar är behandlarnas olika intresseinriktningar. Vi ser att ledningen är positiv till att behandlarna specialiserar sig. Det verkar bli ett hinder om det sker på bekostnad av barn och familjeperspektiv. Utifrån de riktlinjer som finns idag bör alla behandlare ha med barnperspektivet. Varje behandlare som har en patient med barn bör ha barnperspektivet med. När individperspektivet förs fram som ett hinder visar det på

⁵⁴ <http://hem.spray.se/ifs.sollentuna/patientutbildning.html>

⁵⁵ Kaleb, L, Åhlström, B, *Stöd till barn vars föräldrar har behandlingskontakt inom psykiatri*

⁵⁶ Åhlström, B m.fl, *Barnen i vuxenpsykiatrien-ett genombrottsprojekt*, Öppenvårdmottagningen Partille, Psykiatri Mölndal

en motsättning till barn och familjeperspektivet. Motsättningen finns underförstått när individperspektivet förs fram som ett hinder. Om en person i familjen är sjuk påverkar det hela familjesystemet. Alla är redan indragna. Sett ur ett systemteoretiskt tänkande behöver inte värnandet om ett individperspektiv utesluta ett familjeperspektiv. Individerna utvecklas i relationer och relationen till familjen är den som har haft mest påverkan och påverkar individen genom hela livet. Behandlarna blir bärare av olika värderingar i organisationen. Vi tänker att systemtänkandet är en hjälp här att tydliggöra det. Allt som påverkar individen påverkar familjen och allt som påverkar familjen påverkar de individer som ingår i familjen. D. Armstrongs tankar kring den omedvetna organisationen kan vara en hjälp i förståelsen av vad som händer i organisationen. Personer i teamet blir bärare av olika roller.⁵⁷

Resurser i form av tid och personal:

Enhetscheferna är eniga att resurser i form av tid och personal för att bevaka barnperspektivet finns. Kvalitet i form av familjearbete måste prioriteras. Psykiatrisk behandling får inte bli en industri. Att personal är utbildad i familjearbete ses som en extra resurs. Endast en mottagning saknar en sådan extra resurs. Den resursen önskar enhetschefen hitta vid nästa nyrekrytering. Utbildning i familj ses som nödvändig vid fördjupat familjearbete. Teamet får då ögon som ser och kan utvidga perspektivet. Att alla enhetschefer är eniga om att det finns/måste finnas resurser i form av tid och personal är något överraskande. Att viljan finns förstår vi men hur löser man det i praktiken? I Genombrottsprojektet i Mölndal⁵⁸ kom de fram till att det tar både tid och krävs prestationer för att delta i projektet och att se till barnen inom vuxenpsykiatri.

Anpassad miljö för barn:

Mottagningarna har en delvis anpassad miljö för barn och familj men är i första hand anpassad för vuxenpsykiatrisk behandling. Nu när barnperspektivet skall införas uppger flera att de skall se över, upprusta och anpassa miljön bättre för barn och familj. Här kan vi se hur en tydlig styrning, från regional till lokal och sist till enhetscheferna, påverkar mottagningarnas behov av att anpassa miljön till barn och familj. Den ekonomiska styrning som nu är aktuell att föra in barnperspektivet är en viktig faktor. Det är något som Barnombudsmannen pekar på i sin undersökning att föra in barnperspektivet i statliga myndigheter.⁵⁹ Det krävs styrning och uppföljning för att genomföra barnperspektivet.

Behandling/inriktning

Behandlarnas kompetens att ha ett familje – och barnperspektiv:

⁵⁷ Armstrong, David, *Organization in the mind*, Karnac Ltd, London, 2006

⁵⁸ Åhlström, B, m.fl, *Barnen i vuxenpsykiatri-ett genombrottsprojekt*, Öppenvårdmottagningen Partille, Psykiatri Mölndal

⁵⁹ Barnombudsmannen rapporterar, Styrning och uppföljning nyckeln till framgång, br2008:03

I mentaliseringsbaserad terapi är mentalisering ett centralt begrepp som också är intimt förknippad med anknytning.⁶⁰ Anknytning är att se barnet. Anknytningspersonens förmåga att spegla barnets känslor och rätta till det som fattas barnet är viktig. Det ger barnet en känsla av att hänga samman och inse att de känslor som väcks hör till barnet själv och är möjligt att hantera. Studier har visat att bristande emotionell tillgänglighet och otrygg anknytning hänger samman.

Att ha en psykisk problematik kan medföra svårighet för en förälder att se barnet. Därför är det viktigt att den behandlare som möter en psykiskt sjuk förälder har ett barnperspektiv. "De osynliga barnen" synliggörs genom ett barnperspektiv. I intervjuerna talar enhetscheferna om att "ha de ögonen" när de talar om att ha ett barnperspektiv.

Av svaren på frågan om behandlarnas kompetens att tillvarata barnperspektivet framkommer behandlares olika grad av kompetens att "se" barnet;

Behandlarna har en psykiatrisk och erfarenhetsbaserad kompetens.
Behandlare med familjeutbildning har en psykiatrisk, erfarenhetsbaserad och systemteoretisk kompetens.
Kuratorerna har en psykiatrisk, erfarenhetsbaserad och extra kompetens i barn och familjefrågor?
Teamet har en samlad teampsykiatrisk kompetens.
Behandlare och förälder innefattar behandlarnas kompetens att förhöra sig med föräldern om hur barnet mår, hur det fungerar i hem/skola, om barnets behov.
Behandlaren observerar samspel mellan barn och förälder utifrån en utvecklingspsykologisk kompetens.

I Nationell kartläggning - stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri⁶¹, intervjuas kurator Ekstrand från Kungälv's psykiatriska klinik. Kliniken har en familjestödsgrupp bestående av representanter från olika enheter och de flesta förekommande yrkesgrupper. I samband med att kliniken startade familjestödsarbetet hölls en utbildning/föreläsning för klinikkens personal om barnperspektivet. Utbildningen var obligatorisk för all personal.

Fyra enhetschefer anser att behandlarna har kompetens i att tillvarata barnperspektivet. Två att det krävs en grundutbildning i familjearbete för att barnperspektivet ska tillvaratas. Enhetscheferna talar om kuratorerna som mer kompetenta i frågor om barn och familj. Vi ser risker i det, dels då att det kan finnas en övertro i vad en socionomutbildning innefattar vad gäller barn och familj och dels i att man i allt för hög grad förlitar sig på att en yrkesgrupp ska ansvara för dessa frågor. Det kan inte vara rimligt. Det innebär implicit att andra yrkesgrupper inte har det ansvaret.

Behov av handledning i familjearbete:

⁶⁰ Rydén, G, Wallroth, P, "Mentalisering Att leka med verkligheten", Natur och Kultur, 2008

⁶¹ Renberg, H, " Nationell kartläggning –stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri", Norrlands Universitetssjukhus, Psykiatriska kliniken, februari 2007

På vår fråga om det behövs extra handledning i familjearbete svarar fyra enhetschefer att frågan inte har uppkommit. Vi tror inte det beror på att det inte finns behov av en sådan handledning. Vår egen erfarenhet visar att i takt med att vår kunskap i familjearbete har ökat så har även behov av en sådan handledning aktualiserats. Mer kunskap kan visa på brister som i sin tur styr behov och efterfrågan. Författarna till "utvärdering av utbildning i familjearbete inom en vuxenpsykiatrisk verksamhet"⁶² tar upp i sina avslutande synpunkter att det krävs att utbildningen följs upp genom t.ex. handledning och teamutveckling för att utbildning i familj – och nätverksarbete ska få en större genomslagskraft.

Metoder och modeller för samtal med barn och familj:

De undersökta mottagningarna beskriver flertal olika modeller för samtal med barn och familj. Vilken modell man valt att arbeta utefter styrs av vilken utbildning behandlarna har. Vi kan se skillnader i att de två mottagningar som är specialiserade mot en diagnosgrupp arbetar mer utifrån en enhetlig modell. De större mottagningarna som också tar emot patienter med flertalet olika diagnoser använder olika modeller och skolor. I Nationell kartläggning – stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri⁶³ efterfrågas en gemensam modell för att bättre kunna tillvarata barnperspektivet.

Samarbete mellan vuxenpsykiatri, socialtjänsten, Bup eller andra verksamheter.

Vi har undersökt hur mottagningarnas samverkan med andra verksamheter ser ut. Vi tänker att en god samverkan mellan olika verksamheter kan representera ett samhälleligt barnperspektiv, samhällets "ögon" som ser och tillvaratar barnperspektivet. Av de undersökta mottagningarna framkommer att mottagningar med ett stort upptagningsområde försvårar uppbyggnaden av en sådan samverkan. Där sker samverkan mestadels, eller enbart, på individnivå. Vi kan se att det förhållandet är sårbart utifrån att det hänger på individkontakter. Olika verksamheter som träffar familjen vet inte om att andra verksamheter är inkopplade på familjen om inte de olika behandlarna/kontaktpersonerna själva tar kontakt och informerar. En åsikt som framförs är också att det räcker inte med samarbete på individnivå utan krävs på flera nivåer. Detta är en åsikt vi delar. Här ser vi att Ebba Casslén Karlssons visualiserade analysmodell efter Bernler/Johnssons modell i socialt arbete kan vara en hjälp att synliggöra vikten av samverkan på flera nivåer.⁶⁴ Genom att systematisera och rita upp olika hierarkiska nivåer som behandlarnivå till chefsnivå samt organisationsnivå och verksamhetsnivå. Samverkan är också något som nu betonas från regeringen, regionen och i de lokala föreskrifterna för Psykiatri Östra och Sahlgrenska.

Hur man kan utveckla familjearbete/nätverksarbete inom vuxenpsykiatri:

Enhetscheferna tar upp faktorer som försvårar och vad som behövs för en utveckling. Att först få till barnperspektivet genom regelverket så sker en utveckling utifrån det

⁶² Erlandsson, Catarina m.fl., "Utvärdering av utbildning i familjearbete inom en vuxenpsykiatrisk verksamhet", Examensarbete, Familjeterapiutbildning VT 1998

⁶³ Renberg, H, *Nationell kartläggning - stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri* Norrlands Universitetssjukhus, Psykiatriska kliniken Umeå februari 2007

⁶⁴ Casslén-Karlsson, Ebba, Analysmodell efter Bernler/Johnsson, 070914

anser en enhetschef. En faktor som försvårar och som tas upp i flertalet intervjuer är att man inte får några "pinnar" för familjearbete. Beställarnämnden har krav på vårdgivaren att utföra x antal prestationer=pinnar. När två behandlare träffar familj får bara en av dem en pinne och om ingen patient är med, utan endast anhöriga, räknas det inte som någon prestation/pinne. Det rimmar dåligt med beställarnämndens krav på att regionens riktlinjer för barnperspektivet ska implementeras i vården. Ett krav som är styrt/kopplat till full ekonomisk ersättning på samma sätt som beställarnämndens krav på x antal prestationer. Dessa brister utifrån regelverket tas fram både i utvärderingen av den interna familjeterapiutbildningen på dåvarande vuxenpsykiatriska kliniken Östra sjukhuset⁶⁵ och i ett delprojekt i Område Mölndals Genombrottsprojekt tillgänglighet och säkerhet våren 2004- våren 2005⁶⁶

Bättre utbildning är något flera tar upp och två av enhetscheferna har erfarenhet av att det tar tid att implementera nya perspektiv. En enhetschef beskriver en utvecklingsprocess. Om en familjeutbildad personal finns med vidgas teamets perspektiv och efterfrågan på att ha familjesamtal och behovet av co-terapeut ökar osv. i en positiv spiral. Att en sådan utveckling tar tid är säkert en erfarenhet och kanske realistisk men vad får det för konsekvenser för det enskilda barnet. Det finns trots allt mycket kunskap om vad som behöver göras och kan den kunskapen omsättas i praktik så kan det också påskynda en sådan utveckling.

Behandlare

Beredskap/erfarenhet/kunskap hos personalen att ta med barn och familj i behandlingen:

Tre av enhetscheferna anser att beredskap finns medan tre anser att den inte finns hos alla men hos flera som har familjeutbildning och lång erfarenhet. Det är svårt att dra några slutsatser av de svaren förutom att beredskapen är relativt hög. Flera pekar på behovet av familjeutbildning och svårigheter med att få det på grund av att det saknas resurser.

Familjen - en resurs eller en del av orsaken till patientens sjukdom?

De intervjuade ser familjen som en resurs utifrån många synvinklar men det behöver inte utesluta att man också ser familjen som en del av orsaken till patientens problem. Två enhetschefer förmedlar helt olika budskap till anhöriga angående det, den ena att anhöriga inte är orsak till patientens sjukdom och den andra försöker hjälpa anhöriga att se sin del utan att skuldbelägga. Båda angreppssätten resulterar i minskad skuld hos anhöriga och att patienten gynnas. "Aktörerna" kallas en av skolbildningarna inom familjeterapi⁶⁷. Aktörerna tar fram själva lösningsförsöken hos familjen som problemet. En enhetschef ser att familjerelationerna är en del i hur det blivit för patienten men den kan också vara en resurs för att lösa de problemen. Två

⁶⁵ Erlandsson, C, m.fl, *Utvärdering av utbildning i familjearbete inom vuxenpsykiatrisk verksamhet*, Examensarbete, Familjeterapiutbildning VT 1998

⁶⁶ Åhlström, B, m. fl, *Barnen i vuxenpsykiatrin-ett genombrottsprojekt*, Öppenvårdmottagningen Partille, Psykiatri Mölndal

⁶⁷ Lang, Lena m.fl, "Aktörerna", Göteborgs Universitet HT 2007

enhetschefer tar upp att det ibland kan vara en osund koppling mellan patient och anhörig och inte lämpligt med familjeterapi. Flera tar upp behovet av ett flergenerationsperspektiv. Studier har visat hur blivande föräldrar med god mentaliseringsförmåga gynnade mentaliseringsförmågan hos det kommande barnet. Det gällde även föräldrar som växt upp under otrygga förhållanden med otrygg anknytning som senare byggt upp en god mentaliseringsförmåga. Dessa fynd visar på det meningsfulla i att försöka hjälpa människor till en bättre mentaliseringsförmåga.⁶⁸ Att arbeta förebyggande så att patienternas barn inte blir patienter i framtiden.

Patient

Patientens reaktion på erbjudandet om att ta med familjen i samtalet:

Enhetscheferna tycker att de flesta patienter är positiva till erbjudande att ta med familjen i samtal. Ibland efterfrågar patienten det och ibland efterfrågar anhöriga att få information om patientens sjukdom. Av de svaren kan man utgå ifrån att det inte är på grund av patienten som en del behandlare är tveksamma till att ta med familjen i samtalet. Det finns snarare en osäkerhet, tveksamhet hos behandlarna att ta med familjen. Detta har påpekats tidigare under rubriken struktur/organisation. Det kommer även här så det är något att beakta för framtida planering. En enhetschef tar upp att det inte finns med frågor om familj och anhörig i den patientenkät som patienterna får fylla i varje år angående hur de upplever den vård de får. Av det kan vi dra slutsatsen att det perspektivet inte är förankrat att ingå i vårderbjudandet? Det visar också på att det inte är förankrat i organisationen som ger ut enkäten för att ta del av patienternas åsikter om vården.

Efterfrågar patienten att få hjälp med att tala med sina barn om patientens sjukdom?

Samtliga enhetschefer uppger att det inte är vanligt att patienten efterfrågar den hjälpen men det är en viktig fråga att ta med. En enhetschef har märkt att det kommit fler frågor om barnen efter att patienten gått informationsutbildningen. Det är för oss ett exempel på att mer kunskap ökar efterfrågan.

Framtid/förbättringar

Hur kan vuxenpsykiatrin bli bättre på att möta upp barnen till den psykiskt sjuke?

En studie över anhörigas och närståendes uppfattningar om PPI-utbildning visar att de anhöriga har stor behållning av undervisningen. De har även förändrat sitt eget beteende, fått en ökad medvetenhet, upplevt gemenskap och samhörighet.⁶⁹

Information är också något som flera enhetschefer betonar. Information till behandlarna om andra verksamheters erfarenheter av att möta de här barnen,

⁶⁸ Rydén, G, Wallroth, P, "Mentalisering Att leka med verkligheten", Natur och Kultur, 2008

⁶⁹ Fridenberg, A, Johansson, G, "Anhöriga till psykiskt störda och deras uppfattningar om psykopedagogisk undervisning", Psykiatrisk forskningscentrum, Örebro, 1999

information om att vi har ett barnperspektiv till patient och anhöriga, information till barnen om varför föräldern gör som den gör och avlasta barnet från skuld. Förbättringarna handlar om allt ifrån, att göra informationen mer lättillgänglig, skapa en mer välkomnande miljö, skapa förutsättningar för det tidsmässigt, grundläggande familjeutbildning, uppvärdera familjen, till att ta kontakt med andra verksamheter. De betonar också insatser för barnen i det akuta skedet när föräldern blir inlagd.

Goda erfarenheter och exempel av att arbeta med ett barnperspektiv:

Enhetscheferna delger oss många goda exempel på att arbeta med ett barnperspektiv. Allt ifrån det vardagliga, att ta in barnen och prata lite och skapa kontakt, till projekt, metoder och modeller. Det beskrivs utförligare under rubriken, resultatsammanställning.

Goda erfarenheter och exempel på familjearbete:

Trots att frågan vi ställde var om det fanns goda exempel på att arbeta med ett barnperspektiv så berättade flera av de intervjuade också om goda erfarenheter från ett familjearbete. En tanke vi får är att det i ett familjearbete i någon mån också finns ett barn. Även om det barnet är myndigt och är patient kan man tänka i termer av ett barnperspektiv. Barnperspektiv handlar om att se barnet och flera av de vuxna patienterna har varit ett av "de osynliga barnen", dvs. har en förälder med psykisk problematik. I ett familjearbete med vuxna patienter gör man något för "det osynliga barnet efter att det växt upp.

Ytterligare synpunkter

I Steinar Kvaales bok "Den kvalitativa forskningsintervjun", beskrivs analysens sex steg. Intervjupersonen upptäcker själv i ett andra steg, nya förhållanden under intervjun och ser nya innebörder i vad hon upplever och gör.⁷⁰

I svaren på flera av våra frågor och i flera av intervjuerna dök fraser upp som, -"frågan måste hela tiden hållas levande, -det går inte att slå sig till ro", och liknande. Det flera av de intervjuade gav uttryck för mot slutet av intervjun blir både ett förtydligande av själva innebörden i fraserna och exempel på vad det ger för effekt av "att hålla frågan levande". När vi sitter och pratar om barn och familj blir den intervjuade varse om vikten av att ha med det perspektivet. Vår fråga om den externa hemsidan gör flera av enhetscheferna medvetna om att de behöver se över hemsidan och formulera om den så att det framgår att man har ett barn -och familjeperspektiv. Många tar upp vikten av att ha familjutbildade behandlare och det leder dem till behovet av att se till en sådan kompetens vid nästa nyrekrytering.

⁷⁰ Kvale, S, "Den kvalitativa forskningsintervjun, Studentlitteratur, 1997

SLUTSATS

Vår undersökning visar sammantaget på en stor variation av familjearbete inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Det finns idag god kunskap om att barn till psykiskt sjuka är en sårbar grupp som behöver uppmärksammas. På regional nivå har man antagit riktlinjer för att barnperspektivet inom vuxenvården skall tillvaratas. Beställarnämnden har ställt krav på redovisning av att regionens riktlinjer för barnperspektivet implementeras i vården 30 maj 2008, för full ekonomisk ersättning. Lokala riktlinjer angående patienter som har minderåriga barn har antagits. Verksamheten har satsat på utbildning i familjearbete för behandlarna. På enhetschefsnivå visar vår undersökning att man anser att resurser för att tillvarata barnperspektivet och kvalitét i form av familjearbete måste finnas. Familjen ses som en resurs även när man ser att de också kan vara en del av orsaken till patientens problem. Beredskapen hos behandlare att ha ett familj- och barnperspektiv är relativt hög. De undersökta mottagningarna har olika modeller och metoder för samtal med barn och familj. De mottagningar som är specialiserade mot en diagnosgrupp har en mer enhetlig modell eller terapeutisk metod som all personal utbildats i. På de större mottagningarna som har patienter med varierande diagnoser använder behandlarna olika modeller och metoder beroende på vilken utbildning de har. Enhetscheferna anser i stort att behandlarna har kompetens att bevaka barnperspektivet men två anser att det krävs en grundläggande utbildning i familjearbete. Patienterna ställer sig i de flesta fall positiva till att ta med sin familj till samtalen. Anhöriginformation om patientens sjukdom har de anhöriga upplevt positivt och det har även gynnat patienten och behandlingen.

Det finns trots alla ambitioner en tröghet i genomförandet av barnperspektivet och i utvecklingen av familjearbetet på mottagningarna. Vår undersökning pekar på olika hinder och svårigheter på flera nivåer. Osäkerhet, olika synsätt och utbildningsriktning hos behandlarna kan till viss del utgöra hinder. Det finns implicit en motsättning mellan att ha ett individperspektiv och att ha ett familj- och barnperspektiv när ett starkt individperspektiv tas upp som hinder för ett sådant arbete. Beställarnämndens ekonomiska styrning för implementering och redovisning av riktlinjer för barnperspektivet är ett sätt att påverka så att riktlinjerna efterföljs av verksamheterna. Det kravet motsvaras inte av de krav på prestationer som också har en ekonomisk styrning från beställarnämnden. Vi ser att det finns hinder och svårigheter med att ha ett familj- och barnperspektiv på en latent nivå inom organisations, verksamhets och på behandlarnivå.

Det finns många goda exempel på när ett familjearbete blivit bra och när det funnits ett barnperspektiv. Allt ifrån att förhöra sig med patienten om sina barn, ta in barnet i rummet och ge barnet information om förälderns sjukdom och vilka kontakter det kan ta, observera hur anknytningen ser ut mellan förälder och små barn, arbete med paret eller hela familjen - till att arbeta efter en metod eller modell.

Enhetscheferna delgav oss en mängd synpunkter på sådant som kan förbättra och utveckla familj och nätverksarbete och för att tillvarata barnperspektivet inom

vuxenpsykiatrin: att först få igenom regelverket, skapa en mer välkomnande miljö för barn och familj, uppvärdera familjen, att fler får en grundläggande utbildning på familjearbete, skapa förutsättningar för ett sådant arbete rent tidsmässigt, att ha ett flergenerationsperspektiv så att patienternas barn inte blir patienter i framtiden. Information; till behandlarna om andra verksamheters erfarenhet av att möta de här barnen, till patienten om att vi har ett barnperspektiv, till barnen om varför föräldern gör som den gör och därmed avlasta barnen från skuld, göra informationen mer lättillgänglig. Ta kontakt med andra verksamheter för informations- och erfarenhetsutbyte. Anordna informationsutbildning för anhöriga om patientens sjukdom. Att inte slå sig till ro- utan hålla frågan levande.

Vi ser att alla förslag på förbättringar från enhetscheferna är bra. För att motverka hinder och svårigheter i att ha ett familj- och barn perspektiv ser vi det som nödvändigt att det i första hand möjliggörs genom ekonomisk styrning och att det tas fram en gemensam fungerande modell för att dokumentera och följa upp barnperspektivet. Ytterligare att utveckla ett samarbete mellan vuxenpsykiatrin och de olika verksamheter ute i samhället som träffar de här barnen eller deras familjer. Att motsättningar mellan ett individperspektiv och ett familjeperspektiv upplöses genom att vuxenpsykiatrin ändrar sitt synsätt till ett mer systemiskt när det gäller patientens familj och barn. Här krävs en grundutbildning för all personal inom vuxenpsykiatrin. Sett ur ett systemiskt perspektiv behöver inte värnandet om ett individperspektiv utesluta ett familjeperspektiv. Individens utvecklas i relationer och relationen till familjen är den relation som har mest betydelse för individen genom hela livet.

"Kan familjesystemet fungera bättre och patienten få hjälp och strategier för att tala med sina barn så påverkar det hela personens liv och det livet är mycket mer än den stund som den är här"⁷¹

⁷¹ Citat ur en intervju med enhetschef .

REFERENSER

Uppsatser:

Andersson, Jenny, *Synliggörelse av de "osynliga barnen" – en B-uppsats om Gyllingens salutogena gruppverksamhet för barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Göteborgs Universitet 060530

Alm, Lena, Sjöström, Anneli, *Att leva som barn till förälder med psykisk sjukdom – en litteraturstudie*, Högskolan i Gävle, examensarbete, Omvårdnadsvetenskap februari 2008

Kaleb, Liljana, Åhlström, Britt *Stöd till barn vars föräldrar har behandlingskontakt inom psykiatri*

Axelsson, Katarina *Uppföljning av nationell interaktiv webbplats - en mötesplats för barn till föräldrar med psykisk sjukdom*, Örebro universitet, Hälsovetenskapliga institutionen, Arbetsterapi C-nivå, Hötterminen 2006

Bergenmar Ivarsson, Elisabeth med flera, *Milanoskolan 1 och 2*, Göteborgs Universitet Ht 2007

Bergfalk, Annika, Spång Anette, *De osynliga barnen-om barn till psykiskt sjuka*, Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, HT 2005

Davidsson, Sanna, *En annan verklighet. Barn till psykiskt sjuka – en intervjustudie*. Göteborgs Universitet, Socionomprogrammet C-uppsats 2008

Erlandsson, Catarina, Guregård, Suzanne, Jacobsson, Öllegård, Vestin Britt-Marie *Utvärdering av utbildning i familjearbete inom vuxenpsykiatrisk verksamhet*, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Examensarbete Familjeterapiutbildning 1998

Edstam, Marcus, Gunnarsson-Ödhner, Susanne, Slettengren Eva, *Familje(psyko)terapins tidiga historia*, Göteborgs Universitet HT-07

Lang, Lena med flera, *"Aktörerna"*, Göteborgs Universitet Ht-07

Levin, Birgitta *Familjearbete i vuxenpsykiatri* Institutionen för socialt arbete. Göteborgs Universitet (1990)

Nordvall, Annika, Sandberg, Maria F, *Hur kan vi stödja barn till psykiskt sjuka föräldrar? Ett utvecklingsprojekt i syfte att finna samarbetsformer mellan barn- och vuxenpsykiatri*, Höyere utdanning i familjeterapi Oslo 1999

Renberg, Hannele *Nationell kartläggning - stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri* Norrlands Universitetssjukhus, Psykiatriska kliniken Umeå februari 2007

Åhlström, Britt, Andersson, Carina, mfl, *Barnen i vuxenpsykiatri-ett genombrottsprojekt*, Öppenvårdmottagningen Partille, Psykiatri Mölndal

Litteratur:

Armstrong, David, *Organization in the mind*, Karnac Ltd, London, 2006

Atonovsky, Aaron, *Hälsans mysterium*, Natur och kultur, 1991

von Bertalanffy, Ludwig, *General System Theory*, George Braziller, Inc New York, 1993

Crafoord, Clarence, *Den möjliga och omöjliga psykiatri*, Natur och Kultur 1987

Forsberg, Gunnar, Wallmark, Johan *Nätverksboken – om mötets möjligheter* Liber AB 2002
Hårtveit, Håkon & Jensen Per, *Familjen plus en*, Mareld, Stockholm, 2005
Juul, Jesper, *Ditt kompetenta barn*, GGP Media GmbH, Tyskland, 2008
Kvale, Steinar *Den kvalitativa forskningsintervjun* Studentlitteratur, Lund 1997
Larsson, Sam, Lilja, John, Mannheimer, Katarina, *Forskningsmetoder i socialt arbete*, Studentlitteratur 2005
Lundsbye, Maths med flera, *Familjeterapins grunder*, Tredje utgåvan, Elander Gummessons, Falköping 2005
Magnusson, Britta, *Lillhagens sjukhus 1932-1982*, Mölndal 1982
Morgan, Alice, *Vad är narrativ terapi*, Mareld, Stockholm 2004
Philips, Björn, Holmqvist Rolf (red), *Vad är verksamt i psykoterapi?* Liber AB 2008
Olson, Hardy, Petitt, Bill, *Familjeterapilexikon*, Bokförlaget Korpen, Göteborg, 1999
Patel, Runa, Davidsson, Bo, *Forskningsmetodikens grunder*, Studentlitteratur, Andra upplagan, Lund 1994
Piltz, Karl Gustaf, Gustavsdottir, Kristin *Den osynliga familjen samarbetspartner eller syndabock* Ask och Embla Förlag, Göteborg 1992
Rydén, Göran, Wallroth, Per, *Mentalisering Att leka med verkligheten*, Natur och kultur, Stockholm, 2008
Schodt, Borrik, *Från systemteori till familjeterapi*, Studentlitteratur, Lund, 1994

Föreläsning:

Sandell, Göran, *Intervjumethodik*, 080522

Handledning:

Casslén-Karlsson, Ebba, *Analysmodell efter Bernler/Johnsson*, 070914

Tidningsartiklar:

DN:s nätupplaga 7 juni 2004

DN:s nätupplaga 12 oktober 2008, *Närstående är oersättliga*, publicerad 070531

Källor:

Lokala riktlinjer Psykiatri Östra, *Patienter som har minderåriga barn*, 2008
Tjänsteutlåtande Västra Götalandsregionen *Policy rörande barnperspektivet inom vuxenvården*, 2005-03-02
Tjänsteutlåtande Västra Götalandsregionen, *Riktlinjer för barnperspektiv inom vuxenvården*, 2005-03-29
Barnombudsmannen rapporterar, *Styrning och uppföljning nyckeln till framgång*, br2008:03
Barnperspektivet i Psykiatri Sahlgrenska verksamhet 2008, 2008-04-07
Riktlinjer och anvisningar för dokumentation i Melior, Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2008-06-25

Regeringens proposition 2007/08:110 *En förnyad folkhälsopolitik*, 2008-03-13
Överenskommelse om sjukhusvård 2008 mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna
4,5,7,11 och 12 och Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Internet:

SFS 1982:763 Källa: [Rixlex](#)
[www.notisum](http://www.notisum.se). *Socialtjänstlag (2001:453)*
<http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>, *Hälso- och sjukvårdslag*
(1982:763)
<http://hem.spray.se/ifs.sollentuna/patientutbildning.html>
<http://www.gyllenkroken.se/> 081023
http://sahlgrenska.se/vgrtemplates/Page_27564.aspx
<http://www.unicef.se/barnkonventionen/barnkonventionen-hela-t>
http://sv.wikipedia.org/wiki/Det_osynliga_barnet.081115

Bild:

http://familjenlund.files.wordpress.com/2007/07/s_tittut_tecknad_familj.jpg

Bilaga 1.

Lite information om bakgrunden till intervjun och de frågor vi kommer att ställa.

Vi jobbar inom vuxenpsykiatri inom Sahlgrenska Universitetssjukhus och går den legitimeringsgrundande familjeterapiutbildningen på Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. I samband med detta har vi blivit extra uppmärksammade på att etablera kontakt med familjer och barn till de patienter som går hos oss. Vi har själva en mängd frågor angående hur man kan bevaka barnperspektivet inom våra verksamheter. Vi tänker också att det finns goda exempel att ta tillvara inom organisationen där man har med barnperspektivet i arbetet. Att utveckla och fördjupa arbetet kring barnperspektivet är något vi bägge är intresserade av.

Vi har valt att undersöka sex vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar med allmänpsykiatrisk inriktning inom Västra Götalandsregionen utifrån hur barnperspektivet kan tillgodoses. Intervjuer med respektive enhetschef kommer att utgöra bas för vår undersökning.

Vi vill gärna ta del av era erfarenheter och tankar kring dessa frågor/frågeområden:

Struktur/organisation

Har ni några utarbetade rutiner för information ut till patienterna om möjligheten av att ta med familjen som en del av behandlingen?

Finns det resurser i form av tid eller personal?

Finns det utrymme, eller en miljö som är lämplig för den formen av samtal?

Behandlingsinriktning

Har behandlarna tillräcklig utbildning för att kunna uppmärksamma och se när det finns behov av att ha med barnen/familjen i behandlingsupplägget?

Finns det handledning i att arbeta med patientens barn/familj?

Har ni specifika metoder eller modeller som ni använder er av i samtalen med barnen, patienten och den andre föräldern?

Finns det någon form av upparbetat samarbete mellan vuxenpsykiatri, socialtjänst, BUP eller andra verksamheter?

Hur kan man utveckla formerna för nätverksarbete/familjearbete inom vuxenpsykiatri?

Behandlare

Finns beredskap/erfarenhet/kunskap hos personalen för att ta med barn och familj i behandlingen?

Ser man familjen som en resurs eller som en del av orsaken till patientens sjukdom, eller både och?

Patient

Hur ställer sig patienten till erbjudandet om att ta med familjen till samtalet?
Efterfrågar patienterna själva att få ta med sina barn och få prata om hur de upplever föräldrarnas sjukdom?

Framtid/förbättringar

Hur kan vi bli bättre på att möta upp barnen vars föräldrar har kontakt inom vuxenpsykiatri?

Finns det erfarenhet av goda exempel i att arbeta med ett barnperspektiv?

Tankar om något som man behöver utveckla/förbättra för att bli bättre på att tillgodose barnperspektivet?

Ytterligare synpunkter?

Tack på förhand för att vi får komma till er och ställa våra frågor och för ert intresse av att bidra till att fördjupa och utveckla arbetet med att föra in barnperspektivet i våra verksamheter inom vuxenpsykiatrisk öppenvård. Ni når oss på våra mailadresser om det är något ytterligare ni undrar över.

Med Vänlig Hälsning

Eva Slettengren

eva.slettengren@vgregion.se, eva.slettengren@bredband.net

Berit Lindquist

berit.lindqvist@vgregion.se, berit@lindquist.se

Bilaga 2.

Frågor till Gyllingen

1. Beskriv den modell ni arbetar efter.
2. Varför har ni valt just den här modellen?
3. Har ni valt bort någon modell?
4. Erfarenheter av samarbete med vuxenpsykiatri - goda exempel på där samarbetet har fungerat bra?
5. Vad tror ni är viktigt för ett barn som har en förälder med kontakt inom vuxenpsykiatri att få hjälp med?
6. Erfarenheter av samarbete med vuxenpsykiatri – goda exempel på där samarbetet har fungerat bra?
7. Barnens röster och upplevelser av att föräldern har kontakt med vuxenpsykiatri.
8. Hur tycker ni att barnperspektivet tas tillvara inom vuxenpsykiatri(allmänpsykiatri/öppenvård)?
9. Vad anser ni behöver utvecklas inom vuxenpsykiatri för att barnperspektivet bättre kan tas tillvara?

Frågor till BUP Gamlestaden

1. Hur ser din/er erfarenhet att jobba med barn till psykiskt sjuka föräldrar ut?
2. Vad tror ni är viktigt för de här barnen att få hjälp med?
3. Erfarenheter av samarbete med vuxenpsykiatri – goda exempel på där samarbetet har fungerat bra?
4. Barnens röster och upplevelser av att föräldern har kontakt med vuxenpsykiatri.
5. Hur tycker ni att barnperspektivet tas tillvara inom vuxenpsykiatri(allmänpsykiatri/öppenvård)?
6. Vad anser ni behöver utvecklas inom vuxenpsykiatri för att barnperspektivet bättre kan tas tillvara?