



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Vad betyder beakta?

**- en kvalitativ studie om professionellas upplevelser av
barnperspektivet inom vuxenpsykiatri**

Socionomprogrammet

C-opsats, termin 7

Vt 2009

Författare: Anna-Sara Henriksen och Sanna Wingård

Handledare: Karin Lundén

Abstract

Titel Vad betyder beakta?

- En kvalitativ studie om professionellas upplevelser av barnperspektivet inom vuxenpsykiatri

Författare Anna-Sara Henriksen och Sanna Wingård

Nyckelord barn, föräldrar, vuxenpsykiatri, lagstiftning

Barn till psykiskt sjuka har varit en bortglömd grupp i vårt samhälle, men har på senare år börjat bli mer synliga. I januari 2010 beräknas ett förslag om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen träda i kraft. Förslaget innebär ett förtydligande av hälso- och sjukvårdens ansvar för patienters barn.

Syftet med uppsatsen var att undersöka hur professionella inom vuxenpsykiatri ser på sitt arbete utifrån lagstiftning gällande barn till psykiskt sjuka patienter. Frågeställningarna berörde vilka skyldigheter de professionella såg sig ha gällande patienternas barn, och hur arbetet utefter dessa skyldigheter såg ut. Frågeställningarna tog också upp de professionellas uppfattning om förslaget om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen samt vilka konsekvenser de trodde att en lagändring skulle kunna få.

Studien är kvalitativ och bygger på två fokusgrupper med professionella inom vuxenpsykiatri, varav den ena bestod av kuratorer och den andra av mentalskötare. De professionella representerade både sluten- och öppenvård vid samma sjukhus.

Resultatet visade att de professionella upplevde att patienternas barn ännu inte var tillräckligt synliga inom vuxenpsykiatri. Beslutet att anmäla vid misstanke om att barn far illa upplevdes som svårt och ibland ångestfyllt, då kontakten med barnen ofta gick enbart genom patienten. Bland mentalskötare och kuratorer fanns delade meningar om vems ansvaret att fatta beslutet om anmälan var. Ett annat tema som kom upp var att de professionella ansåg att det inom vuxenpsykiatri fanns en stor brist på rutiner och utbildning då det gällde barn och deras situation. De professionella var positiva till lagförslaget, då de ansåg att en lagändring kunde ge ökad motivation i arbetet med barnen. Man ansåg dock att formuleringen av lagförslaget var otydlig, vilket titeln på uppsatsen anspelar på.

Resultatet belyses utifrån tidigare forskning, anknytningsteori samt gruppsykologi. Som en avslutande reflektion tas sådant som bristen på rutiner, anmälningskyldigheten och lagförslagets betydelse upp, och tankar läggs fram om hur arbetet med att uppmärksamma barnens situation inom vuxenpsykiatri skulle kunna förbättras.

Förord

Denna uppsats hade aldrig varit möjligt att genomföra utan hjälp från våra fokusgruppsdeltagare. Vi vill rikta ett stort tack till dessa fantastiska personer som på ett öppet sätt delat med sig av sina erfarenheter, tankar och reflektioner. Ett särskilt tack också till vår kontakt inom psykiatrin som engagerat sig i vår uppsats och varit behjälplig i sökandet av deltagare till fokusgrupperna, lokal samt material. Det har varit värdefullt för oss att kunna bolla nya idéer och tankar med någon som är verksam inom psykiatrin.

Sist men inte minst vill vi tacka vår handledare Karin Lundén, som genom engagemang och stor kunskap varit en inspiration och ett stöd i arbetet med uppsatsen.

Ett stort tack till er alla!

Anna-Sara Henriksen och Sanna Wingård

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
1.1 Bakgrund.....	1
1.2 Barnperspektivet	2
1.3 Förslag om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen.....	2
1.4 Syfte och frågeställningar	3
2. TIDIGARE FORSKNING OCH GÄLLANDE LAGSTIFTNING.....	3
2.1 Barns rättigheter och aktuella lagrum	3
2.2 Barns behov och föräldrars förmåga att tillfredsställa dessa behov.....	4
2.3 Psykisk sjukdom/störning	5
2.4 Hur kan det upplevas för ett barn att ha en förälder som är psykiskt sjuk?.....	5
2.5 Vilka behov har barn till psykiskt sjuka personer?.....	6
2.6 Förhöjda risker hos barn till psykiskt sjuka	6
2.7 Friskfaktorer.....	7
2.8 Psykiskt sjuka föräldrars behov i deras föräldraskap.....	7
2.9 Forskning om psykiatri och de professionella	8
2.10 Relevanta utredningar	8
2.10.1 Barn till psykiskt sjuka föräldrar, SoS 1999:11	9
2.10.2 Ambition och ansvar, SOU 2006:100	10
3. TEORETISKT REFERENSRAM.....	10
3.1 Anknypningsteori.....	10
3.2 Gruppsykologi.....	11
4. METOD	13
4.1 Fokusgrupper som forskningsmetod.....	13
4.2 Metoddiskussion	14
4.3 Urval och tillvägagångssätt.....	14
4.4 Etiska överväganden	16
4.5 Reliabilitet och validitet.....	17
4.6 Studiens begränsningar	18
5. RESULTAT	19
5.1 De professionellas upplevelse av barnperspektivet inom psykiatri	19
5.2 Skyldigheter och det praktiska arbetet	19
5.2.1 Anmälningsskyldigheten.....	19
5.2.2 Samverkan.....	21
5.2.3 Uppgiftsskyldighet	22
5.2.4 Verksamhet utöver skyldigheter	22
5.2.5 Rutiner och verktyg.....	22
5.2.6 Kunskap och utbildning	23
5.2.7 Vad deltagarna efterfrågar	24
5.3 Lagförslaget och dess möjliga konsekvenser.....	24
6. DISKUSSION.....	25
6.1 Hur barnperspektivet uppmärksammas inom psykiatri	26
6.2 Skyldigheten att anmäla	26
6.3 Samverkan.....	27
6.4 Brist på rutiner	28

6.5 Kunskap och utbildning	29
6.6 Tankar kring lagförslaget	29
7. AVSLUTANDE REFLEKTIONER.....	30
8. REFERENSER.....	33
Bilaga 1. Brev till fokusgruppsdeltagare	
Bilaga 2. Frågor till fokusgrupperna	
Bilaga 3. Samtycke till deltagande i studien	
Bilaga 4. Lagförslag	

1. INLEDNING

Under våren 2008 gjorde en av oss sin praktiktermin inom vuxenpsykiatri. Ett intresse för barnperspektivet inom psykiatri väcktes då, som kom att bli allt starkare under resten av utbildningen. Under praktikterminen knöts även en kontakt med en person inom psykiatri, som sedan blev oss behjälplig med idéer och värdefulla uppslag. Personen nämnde ett lagförslag som, om det genomfördes, skulle innebära att vuxenpsykiatrians ansvar för patienternas barn ytterligare skulle förtydligas. Detta gjorde oss intresserade för lagstiftningens påverkan på det praktiska arbetet med patienterna som föräldrar och deras barn, och vi bestämde oss för att låta vår undersökning handla om detta.

Vi har båda bidragit med olika perspektiv och förståelse inför studien. Den av oss som gjorde praktiken inom psykiatri bär med sig kunskap om organisation och arbetssätt inom psykiatri. Den andra gjorde praktiken delvis i en kommuns barn- och familjegrupp inom socialtjänsten. Därifrån fick hon med sig en kunskap om omsorgssvikt hos barn och hur socialtjänstens perspektiv ser ut i samarbetet med psykiatri. Vid uppsatsens början hade vi båda ett intryck av att man inom vuxenpsykiatri kanske inte i tillräckligt hög grad uppmärksammar patienternas barn.

Vårt mål med uppsatsen är inte att dra generella slutsatser om barnperspektivet inom vuxenpsykiatri, utan att bidra med tänkvärda synpunkter inom ett område som vi upplever har fått allt större uppmärksamhet under de senare åren.

Titeln på vår uppsats anspelar på en osäkerhet som vi upplevde hos våra informanter. Osäkerheten gällde vad förslaget om en lagändring i Hälso- och sjukvårdslagen egentligen innebar för dem i deras arbete.

1.1 Bakgrund

Psykisk ohälsa är ett stort problem i vårt samhälle. Enligt Folkhälsorapporten (2005) uppskattas att mellan 20-40 procent av Sveriges befolkning lider av någon form av psykisk ohälsa, varav ca 10-15 procent har allvarliga psykiska besvär, alltså sådana som kan kräva psykiatrisk behandling. Många av de psykiskt sjuka har barn, men det finns en stor osäkerhet kring hur många det faktiskt rör sig om. Studier visar att antalet patienter med barn inom vuxenpsykiatri ligger någonstans mellan 20-30 procent (SoS 1999:11). Många av dessa barn bor varaktigt tillsammans med sina psykiskt sjuka föräldrar (Skerfving, 2005).

I vårt samhälle har det inte talats så mycket om barn till psykiskt sjuka personer fram tills för några år sedan. De har varit bortglömda, näst intill osynliga. En orsak till att barnen uppmärksammas mer nu skulle kunna vara att samhällets syn på barn förändrats, delvis tack vare organisationer som FN, BRIS och Rädda Barnen. Barn ses mer och mer som egna individer i stället för att vara passiva föremål för vuxnas omsorg och fostran. En annan orsak som medverkat till att barn till psykiskt sjuka märks mer kan också vara de senaste decenniernas avveckling av de stora mentalsjukhusen och att den psykiatriska öppenvården i stället byggts ut. Detta har fört med sig en ökad möjlighet till föräldraskap för personer som tidigare kanske inte skulle ha fått tillfälle till det. Barnen, som kanske tidigare skulle skiljts från sina föräldrar, lever i stället i nära relation med dem (ibid.).

1.2 Barnperspektivet

Vid användandet av begreppet barnperspektiv menar vi det som ibland kallas "the best interest of the child" (Edenhammar m.fl. 1994, s. 25), det vill säga barnet bästa. Detta uttryck finns i FN:s Barnkonvention, som även innehåller flera viktiga aspekter av hur barnets bästa kan tillgodoses (Edenhammar m.fl., 1994). För vidare läsning se vårt avsnitt om tidigare forskning och gällande lagstiftning, där vi beskrivit relevanta artiklar ur Barnkonventionen.

1.3 Förslag om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen

År 2003 tillkallade regeringen en utredning som skulle se över olika frågor som rörde personer med psykiska störningar och funktionsnedsättningar inom hälso- och sjukvården. Utredningen fick namnet Nationell psykiatrisamordning. I det betänkande samordningen gjorde, bedömde man att tydliga rutiner bör finnas i all hälso- och sjukvård för att kunna tillgodose det behov av stöd och information som barn till psykiskt sjuka har. Utredningen ansåg att det låg på landstingens ansvar att utforma dessa rutiner. Man ansåg även att uppmärksammandet av barnen redan var ett tydligt ansvar för hälso- och sjukvården, men att regeringen ändå kunde behöva överväga ett förtydligande i Hälso- och sjukvårdslagen för att stärka barnperspektivet. Detta skulle ske utifrån ett förslag som först lagts fram i Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande (Promemoria, www.regeringen.se). Barnpsykiatrikommittén menade att samhället ännu inte tagit sitt fulla ansvar för att se till att barnen får stöd och hjälp. De ansåg att det bör vara ett tydligt ansvar, och även en skyldighet, för den verksamhet där föräldern söker hjälp att underrätta sig om barnets behov och ge barnet den information och det stöd som han eller hon behöver (SOU 1998:31).

Förslaget om förtydligande i Hälso- och sjukvårdslagen är ett tillägg till de bestämmelser som redan finns i fråga om barn, och säger att:

...Hälso – och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har

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

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med plötsligt dör... (Lagrådsremiss, www.regeringen.se, s. 2)

Utifrån att lagförslaget endast innebär ett förtydligande av ett redan befintligt ansvar, bedöms inte en lagändring innebära några särskilda ekonomiska eller andra konsekvenser. Man tror inte heller att förslaget kommer att tillföra ytterligare uppdrag eller uppgifter för hälso- och sjukvården (Promemoria, www.regeringen.se).

Idag, april 2009, ligger lagförslaget som en remiss hos lagrådet. Om förslaget går igenom beräknas det träda i kraft 1 januari 2010. Förslaget har granskats av olika remissinstanser i samhället, varav de flesta uppger ha tillstyrkt förslaget, eller inte motsatt sig det. Rädda Barnen, som var en av remissinstanserna, avstyrker dock förslaget eftersom de menar att Hälso- och sjukvårdens ansvar bör beskrivas ännu tydligare än det görs i lagförslaget (Lagrådsremiss, www.regeringen.se).

1.4 Syfte och frågeställningar

Förslaget om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen, som presenteras ovan, är en av de utgångspunkter vi haft för vår uppsats. Vi var nyfikna på hur verksamma inom vuxenpsykiatrien såg på lagförslaget och dess eventuella konsekvenser samt hur de idag arbetar utifrån gällande lagstiftning. Syftet med vår studie är därför att undersöka hur professionella inom vuxenpsykiatrien ser på sitt arbete när det gäller barn till psykiskt sjuka patienter.

Våra frågeställningar är:

1. Vilka skyldigheter uppfattar de professionella att de har enligt lagstiftning gällande barn till psykiskt sjuka patienter, och hur ser de på dessa skyldigheter?
2. Hur upplever de professionella att de arbetar praktiskt utifrån den lagstiftning och de skyldigheter som finns gällande barn till psykiskt sjuka patienter?
3. Hur ser de professionella på det förslag om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen, som beräknas träda i kraft 1 januari 2010?
4. Vilka konsekvenser kan de professionella se att en lagändring i Hälso- och sjukvårdslagen kan komma att föra med sig i det praktiska arbetet med patienterna?

2. TIDIGARE FORSKNING OCH GÄLLANDE LAGSTIFTNING

Föräldrar är viktiga för barns utveckling (Killén, 2009), varför vi här vill presentera något av den forskning som finns då det gäller psykiskt sjuka föräldrar och deras barn. Barnens rätt och aktuella lagrum redovisas också. Barn har rätt till skydd (Edenhammar m.fl., 1994), och vi beskriver här utredningar som handlar om psykiatriens förmåga att se till att barn får detta skydd.

2.1 Barns rättigheter och aktuella lagrum

Enligt FN:s Barnkonvention, som Sverige ställt sig bakom, artikel sex, har alla barn rätt att överleva och att utvecklas, vilket innebär att barnets grundläggande behov måste tillfredsställas (Edenhammar m.fl. 1994). Barnkonventionen fastslår också i artikel nitton att:

...Konventionsstaterna skall vidta alla lämpliga lagstiftnings-, administrativa och sociala åtgärder samt åtgärder i utbildningssyfte för att skydda barnet mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försumlig behandling, misshandel eller utnyttjande, innefattande sexuella övergrepp, medan barnet är i föräldrarnas eller den ena förälderns, vårdnadshavares eller annan persons vård... (Edenhammar m.fl. 1994, s. 121).

I Barnkonventionens tredje artikel står det också att vid åtgärder som rör barn, ska barnets bästa alltid komma först. Detta är en av konventionens främsta grundstenar och kan ses som en överordnad princip. Det är så viktigt att vi i Sverige lagstiftat om det (Edenhammar m.fl. 1994). I

Socialtjänstlagen, kapitel 1 § 2, kan man se att barnets bästa särskilt ska beaktas vid åtgärder som rör barnet (Norström & Thunved, 2008).

Enligt Barnkonventionens tolfte artikel har barn rätt att få komma till tals i frågor som rör dem själva. Deras åsikter ska tillmätas betydelse. Barn måste få bilda egna åsikter och uttrycka sin mening. Det är viktigt att tänka på att inte bara ord, utan också gester, mimik och annan icke-verbal kommunikation uttrycker vad barnet tänker och känner. Hur något uttrycks måste vara viktigare än de ord som används. Att inte bli lyssnad på upplevs av barn som en kränkning, och kan göra att de till slut inte längre uttrycker sin åsikt (Edenhammar m.fl. 1994).

I svensk lagstiftning, socialtjänstlagens 5 kapitel § 1, står det att det är socialtjänstens ansvar att verka för att barn får växa upp under goda och trygga förhållanden. Detta bygger på den ovan nämnda sjätte artikeln i Barnkonventionen. Socialtjänsten ska också

...främja en allsidig personlighetsutveckling och en gynnsam fysisk och social utveckling hos barn och ungdom... ...med särskild uppmärksamhet följa utvecklingen hos barn och ungdom som har visat tecken till en ogynnsam utveckling... (Norström & Thunved, 2008, s. 105).

Myndigheter inom hälso- och sjukvården, och även personer som är anställda där är, enligt 14 kapitlet § 1 i Socialtjänstlagen,

...skyldiga att genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till ett barns skydd... (Norström & Thunved, 2008, s. 269).

Dessa myndigheter och personer är också, enligt samma paragraf, skyldiga att till socialnämnden lämna alla uppgifter som kan vara av betydelse för utredningen om barns behov av skydd (Norström & Thunved, 2008).

Det finns även en annan skyldighet för hälso- och sjukvården som regleras i Hälso- och sjukvårdslagen § 2 f. Denna skyldighet innebär att i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att göra det ska hälso- och sjukvården på socialnämndens initiativ samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs (Gregow, 2009).

2.2 Barns behov och föräldrars förmåga att tillfredsställa dessa behov

Barn i olika åldrar har en mängd behov som omsorgsgivaren behöver kunna tillfredsställa. Några av dessa är exempelvis att barn behöver omvårdnad, tillsyn och skydd, och även kärlek. Barn behöver kontinuitet i relationen till sina föräldrar, och behöver också föräldrarnas förmåga att sätta gränser för barnet. Barn behöver ha en möjlighet att påverka sin situation och att efterhand få frigöra sig från beroendet av föräldern (SoS 1999:11).

Föräldrarnas uppgift är att kunna se och förstå samt tillgodose barnets behov. Kraven på föräldern växer ju äldre barnet blir (SoS 1999:11). För att ett barn ska utvecklas på ett bra sätt är det viktigt att de omsorgspersoner som tar hand om barnet har de förmågor som behövs. Killén (2009) menar att det finns flera särskilt viktiga förmågor som föräldern bör ha. En förälder bör acceptera barnet som det är och också engagera sig i barnet. En förälder bör hysa empati för sitt barn, och föräldrarnas förväntningar på barnet måste ligga inom ramen för vad barnet kan klara. Dessa förmågor kräver att

det finns en lyhördhet hos föräldrarna och andra omsorgspersoner, så att de uppfattar barnets olika signaler.

2.3 Psykisk sjukdom/störning

Vissa menar att begreppet psykisk sjukdom är en social konstruktion, ett sätt för de starka i samhället att göra sig av med de svaga. Andra menar att psykisk sjukdom är verklig och kan studeras vetenskapligt (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003). Vad psykisk sjukdom innebär definieras olika i olika sammanhang. Wakefield (1992; 1997 i Broberg, Almqvist & Tjus, 2003) definierar psykisk sjukdom/störning som att den måste uppfylla två kriterier. Det ena kriteriet är att det ska handla om en form av funktionell avvikelse som kan beläggas med vetenskaplig metodik. Det andra kriteriet är att avvikelsen måste innebära ett lidande för personen i det samhälle där han/hon befinner sig.

Ofta delas psykiska sjukdomar in i två olika huvudgrupper; psykotiska sjukdomar och affektiva sjukdomar (Skerfving, 2005). Hos en person med psykos är verklighetskontakten bruten och personens tolkning av omvärlden är svår att förstå för människor runt omkring. Psykossjukdomen kan ta över en del eller hela personens medvetande. Det finns flera olika typer av psykoser, exempelvis akut psykos, paranoid psykos och schizofreni (Cullberg, 1999). Den andra gruppen psykiska sjukdomar, de affektiva sjukdomarna, är de sjukdomar som påverkar en persons stämningsläge. Många av de personer som är aktuella inom psykiatri lider av depression. En annan affektiv sjukdom är manodepressivitet, som också kallas för bipolärt syndrom. Om en person drabbas av sjukdomen, så betyder det att han eller hon kastas mellan mani och depression (Skerfving, 2005).

Det finns två ytterligare områden som inte hör till de psykiska sjukdomarna, men som ändå är aktuella inom psykiatri. Ett av dessa områden är personlighetsstörningar. En personlighetsstörning är inte en sjukdom på så sätt att den kan vara övergående, utan den innebär en mer varaktig problematik som har att göra med personligheten. Personer som får diagnosen upplevs ofta som oförutsägbara, och de har svårt med impuls kontroll. De har också ofta svårt med sociala kontakter. Det andra området är ångestsyndrom, som kännetecknas av irrationell skräck och undergångskänslor. Symtom kan vara upprördhet, hjärtklappning, svettningar och koncentrationssvårigheter. En person med ångestsyndrom kan vara rädd för att dö eller bli galen (ibid.).

2.4 Hur kan det upplevas för ett barn att ha en förälder som är psykiskt sjuk?

Annemi Skerfving (2005) har intervjuat barn som deltagit i grupper för barn med psykiskt sjuka föräldrar. Hon beskriver att barnen talade om en ständig rädsla och oro att föräldern skulle skada sig själv. Flera av barnen hade själva försökt begå självmord. Skerfving visar på att många teman återkom i barnens berättelser. Det handlade om sorg, ensamhet, skuld och skam som i sig kunde leda till isolering, då man inte ville berätta för någon om sin situation. Ett annat tema var att barnen tog mycket ansvar för sina föräldrar.

I en brittisk studie där 40 psykiskt sjuka föräldrar, deras barn och vårdare intervjuats, konstaterade man att barnen ofta fick ta över ansvaret för hushållssysslor som disk och städning. Även

omsorgsuppgifter som att sköta föräldrarnas hygien kunde barnet ta över. Något som barnen också axlade var det känslomässiga ansvaret för föräldern. Det kunde handla om att finnas där och muntra upp föräldern i jobbiga situationer, hålla föräldern sällskap när han eller hon kände sig ensam, eller se till att föräldern tog sin medicin på rätt sätt (Aldridge, 2006).

2.5 Vilka behov har barn till psykiskt sjuka personer?

I den tidigare nämnda brittiska studien var slutsatsen att barnen fick ta över mycket ansvar för föräldern. Men vad man också fann var att det inte var självklart att föräldrarnas psykiska ohälsa hade negativ effekt på föräldra-barnrelationen. Barnen blev heller inte automatiskt skadade, försummade eller sent utvecklade för att de hade en psykiskt sjuk förälder (Aldridge, 2006). Vad är det då som behövs för att barn till psykiskt sjuka ska få en god uppväxt? I en australiensisk fokusgruppsstudie lät man föräldrar med psykisk ohälsa samtala om vilka behov de själva såg hos sina barn. De kom fram till att det var viktigt att barnen fick fortsätta sina liv ungefär som vanligt då föräldern blev inlagd, med tanke på skola och hemliv. Föräldrarna såg också att barnen behövde få en förklaring på det som hänt med föräldern, och få prata med någon vuxen om sin rädsla och sina skuld känslor. Ett annat behov föräldrarna nämnde var att deras barn behövde få träffa andra barn i samma situation. I samma studie lät man också professionella vid olika verksamheter samtala i fokusgrupper. De påpekade då att både barn och föräldrar behövde bli stöttade på olika sätt, och även få ingå i självhjälsgrupper (Cowling, 1996).

Detta, att barn till psykiskt sjuka behöver någon att prata med om sin situation, är något som återkommer i litteraturen. I intervjuerna med psykiskt sjuka, deras barn och vårdare i Storbritannien, fann man att barnen dels behövde få prata av sig, men att de också behövde få hjälp att inse hur mycket de faktiskt gjorde för sin sjuka förälder och sin familj, som annars ofta blev taget för givet (Aldridge, 2006). Intervjuer som gjorts i Sverige med barn till psykiskt sjuka visade att barnen behövde få mer information om föräldrarnas sjukdom och att de behövde bättre kontakt med vuxenpsykiatri. Barnen berättade också om en stor ensamhet och om ett behov av att få prata med någon om sin oro för föräldern (SOU 2006:100).

2.6 Förhöjda risker hos barn till psykiskt sjuka

Forskning visar att barn till psykiskt sjuka personer har förhöjd risk att själva få psykiska problem eller andra problem i utvecklingen (SOU 2006:100). I en studie 1987-1990 fann man att ca 34 000 barn i Sverige hade minst en förälder som fått en psykiatrisk diagnos. 1991-1994 gjordes en uppföljning bland barnen. Resultatet visade att barnen till psykiskt sjuka löpte tre gånger så stor risk än andra barn att behöva vårdas för psykiska problem. Dödsrisken var nästan fördubblad jämfört med andra barns. Risken för självmord och alkohol/narkotikamissbruk var också större (Folkhälsorapporten, 2001).

Vad kan det då bero på att barn till psykiskt sjuka löper så stor risk att själva insjukna? Sedan slutet av 1960-talet har man forskat i huruvida psykiska sjukdomar är ärftliga, eller om de beror på andra orsaker. I en finsk studie fann man att barn till schizofrena hade en ökad sårbarhet, som gjorde att risken att insjukna blev större. Om de blev sjuka var det dock andra riskfaktorer än ärftlighet som var avgörande. Vad gäller affektiva sjukdomar, exempelvis depressioner, verkar ärftlighetsfaktorn spela större roll, men inte heller där är den det enda som har betydelse för om barnet insjuknar eller

inte (Skerfving, 2005). Forskning har i stället visat att det är den sammanlagda mängden riskfaktorer som påverkar huruvida barn till psykiskt sjuka själva får psykiska problem, och inte ensam faktorn att föräldern är sjuk (SOU 2006:100). Det är heller inte de akuta situationerna som familjerna hamnar i som skadar barnen, utan snarare den påverkan som sker över tid, menar forskare (Alakus, 2000).

2.7 Friskfaktorer

En del av forskningen kring barn till psykiskt sjuka riktar in sig på varför barnen ibland tycks klara sig "mot alla odds". Skerfving (2005) nämner en del av denna forskning i sin bok *Att synliggöra de osynliga barnen*. Hon tar bl. a. upp en longitudinell studie som gjordes på Hawaii under flera decennier. En tredjedel av barnen i studien var högriskbarn med många riskfaktorer inblandade. Av dessa högriskbarn klarade sig en tredjedel mycket bra, och forskarna blev intresserade av orsaken till detta. Man fann att barnen var nyfikna och sökte nya erfarenheter, hade lätt för att komma överens med klasskamrater, och hade många fritidssysselsättningar som gjorde dem stolta och gav dem tröst vid motgångar. Barnen fick stöd från ett informellt nätverk, och sökte också aktivt känslomässiga kontakter utanför den egna familjen.

En svensk studie, som kallas Lundbystudien, har också koncentrerat sig på det friska hos barn som vuxit upp med många riskfaktorer. I studien fann man att de som klarat sig bäst verkade ha haft mer framgångsrika copingstrategier, ett förtroendefullt förhållande till en förälder samt hade delat värderingar med föräldrarna från barndom till vuxenliv. En positiv självkänsla verkade också ha ett tydligt samband med psykisk hälsa (ibid.).

2.8 Psykiskt sjuka föräldrars behov i deras föräldraskap

Oyserman med kollegor (2000) har gått igenom ett antal studier som undersökt mödrar som lider av allvarlig psykisk ohälsa. Det visade sig att mammans psykiska sjukdom påverkade interaktionen med hennes barn, vilket kan ge konsekvenser. I en av studierna såg man att dessa mammor hade värme och stort engagemang i sina barn, men att det inte alltid var riktigt i nivå med barnens behov. Andra studier visade att psykiskt sjuka mammor var mindre involverade och hade mindre social kontakt med sina barn än mammor i allmänhet. Studien fastslog att god interaktion är viktigt då det hjälper barnet att utveckla kompetens.

Vid bedömning av föräldraförmågan hos en patient är det av stor vikt att gå fram mycket försiktigt. Patienten kan lätt känna sig otillräcklig och ifrågasatt som förälder, vilket kan göra att han eller hon mår sämre och hamnar i en negativ spiral. Detta påverkar då i sin tur patientens barn. Tonvikten måste i stället läggas på patientens kapacitet som förälder (Aldridge, 2006). Att föräldrar behöver stöd i sin föräldraroll bekräftas i en svensk studie, där föräldrar med psykisk ohälsa uttryckt att de skulle vilja ha mer stöd av vuxenpsykiatrien. Det kunde då handla om exempelvis att få prata med någon om sina barn (SOU 2006:100).

I den tidigare nämnda australiensiska fokusgruppsstudien fick föräldrarna med psykisk sjukdom säga vilka behov de trodde att personer i deras egen situation hade. De nämnde att det fanns ett stort behov av att deras barn skulle bli väl omhändertagna, vilket kunde ske genom att de bland annat fick stöd och bekräftelse i sitt föräldraskap. Föräldrarna var i behov av en kontinuerlig relation med

en stödjande professionell. De behövde också en bra plats på sjukhuset där de kunde möta sin familj när de var inlagda. Ytterligare ett behov var att få förståelse för vad psykisk sjukdom är, både från samhället och från den egna familjen. Utan att få dessa behov tillgodosedda upplevdes det vara svårt för den sjuke att själv må bra. Föräldrarna berättade också om en rädsla att söka hjälp. Att be om hjälp kunde i sig ses som ett misslyckande, då de var tvungna att medge att de inte själva klarade av att hantera situationen. Det fanns en stor oro för att de då skulle förlora sina barn (Cowling, 1996).

2.9 Forskning om psykiatri och de professionella

I forskning har professionella uttryckt ett behov av mer information kring psykisk sjukdom i relation till barnets bästa. De ville ha mer kunskap om hur man i ett samtal med barnen pratar om föräldrarnas sjukdom på ett hänsynsfullt sätt. De ville också få någon slags träning i hur man arbetar med patienter som är föräldrar och inte riktigt klarar av att tillfredsställa barnens utvecklingsrelaterade behov (Cowling, 1996). Vikten av kunskap och träning understryks av andra studier, från bland annat Storbritannien och Australien. Dessa tar även upp svårigheterna kring att de professionella inom vuxenpsykiatri ibland inte ens är medvetna om att deras patienter har barn (Aldridge 2006).

Under 1998-2000 pågick ett projekt som kallades The Icarus Project i elva europeiska länder med liknande socioekonomiska bakgrunder. Sverige var ett av dessa länder. Syftet med projektet var att se vilka problem som fanns när det gällde att ge hjälp och service till familjer med en psykiskt sjuk förälder samt vilka aspekter av problemen som berodde på själva systemet. Varje land skapade ett forskarteam, som skulle göra en vinjettstudie där en grupp från en vuxenpsykiatrisk verksamhet, social barnvård samt i vissa fall ett barnpsykiatriteam skulle delta. Vinjetten skulle diskuteras och diskussionerna dokumenterades för att sedan delges ett annat land, som i sin tur diskuterade resultaten (Baisow & Hetherington, 2001). I studien kom man fram till att det inte var någon större skillnad i hur barnen uppmärksammades i de olika organisationerna. Detta var en anmärkningsvärd upptäckt, då det ofta sägs att vuxenpsykiatri saknar barnperspektivet och att det är orsaken till att psykiatri och socialtjänsten har svårigheter att samarbeta. Det framkom dock att socialarbetarna ibland kunde ha en bristande kunskap om psykiatri. I jämförelsen med andra länder såg man i Icarusprojektet att Sverige skilde ut sig som ett land med stora generella skyddssystem. Dessa system innefattade bland annat fri mödra- och barnhälsovård, barnomsorg och skolhälsovård samt anmälningsskyldigheten (Skerfving, 2005).

I Icarusprojektet kom man också fram till att det är viktigt att patienten och dess familj får tid avsatt med professionella. Patienten behöver även ett väl fungerande nätverk av professionella såsom hälso- och sjukvård, skola etc. Dessa ska kunna samarbeta kring patienten och hans/hennes familj. För att samarbetet ska bli konstruktivt krävs även en förståelse för varandras verksamheter (ibid.).

2.10 Relevanta utredningar

Då syfte och frågeställningar rör sig kring lagstiftning, presenteras här två svenska utredningar. Den ena, SOU 2006:100, ligger till grund för det lagförslag vi presenterat i vår bakgrund.

2.10.1 Barn till psykiskt sjuka föräldrar, SoS 1999:11

1996 påbörjade Socialstyrelsen ett projekt om psykiskt sjuka föräldrar och deras barn. Syftet med projektet var att bidra med kunskap om de konsekvenser som kan uppstå för de barn vars ena eller båda föräldrar har en psykisk sjukdom. Man ville även bidra till metodutveckling inom de deltagande verksamheterna för att ge ett bättre stöd till barnen. En av de rapporter som blev produkten av detta projekt är *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*, en akt- och journalstudie som också innehåller intervjuer med personal inom socialtjänst och vuxenpsykiatri. Akt- och journalstudien utgjordes av att man granskade ett urval av familjers akter och journaler från socialtjänst, vuxenpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. I dessa familjer led en eller båda föräldrarna av en psykisk störning, och det var 16 barn som berördes i studien. I intervjuundersökningen ingick sju vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar, fem psykiatriska kliniker och åtta enheter inom socialtjänsten. Totalt var det 26 personer från slutet och öppenvård som representerades av läkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor samt skötare. Från socialtjänsten intervjuades 18 personer som var handläggare och chefer inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård (SoS 1999:11).

Bilden som kom fram genom både intervjuerna med socialtjänst och akt- och journalstudien var att familjer med psykiska störningar ofta levde i en socialt och ekonomiskt utsatt situation. Dessa familjer var många gånger också isolerade. Barnen i dessa familjer kunde lätt hamna mellan stolarna, då de ibland var osynliga för myndigheter och vårdgivare. Dessa barn hade behov av stöd, men fick då inte detta tillgodosett. Vidare kunde det även finnas familjer som var synliga för socialtjänsten, men som inte önskade någon kontakt. Det var då svårt för socialtjänsten att nå barnen med stödjande insatser (ibid.).

Vuxenpsykiatrin påtalade, i de intervjuer som gjordes, att de hade svårigheter att göra bedömningar av omsorgsförmågan. Personalen träffade sällan patienten ihop med barnen, det hörde heller inte till vanligheten att göra hembesök hos patienten. Detta gjorde att de hade svårt att se helheten i familjens situation, och därför hade de också svårt att göra en bedömning av omsorgsförmågan. En annan svårighet för vuxenpsykiatrin var även kontakten med de psykiskt sjuka föräldrarna, speciellt att skapa något varaktigt och bärande. De hjälpinsatser som psykiatrin tillhandahöll kunde lätt missuppfattas från patientens sida, vilket kunde äventyra den relation som byggts upp. Detta i sin tur gjorde att patienten kunde känna en minskad motivation att samarbeta med psykiatrin, vilket försvårade behandlarnas arbete med att ta reda på hur barnens situation såg ut (ibid.).

Gällande samverkan visade det sig att bland de berörda psykiatriska öppenvårdsmottagningarna var det endast ett fåtal som hade en regelbunden kontakt med socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri. Personalen saknade gemensamma möten med syfte att förbättra verksamheterna. De gånger de samverkade var i första hand utifrån enskilda ärenden. Intervjupersonerna nämnde olika hinder för att samverkan skulle komma till stånd. Bland dessa var att det fanns en tidsbrist, men även olikheter i vårdideologi och målsättning. Utöver detta menade de intervjuade att det fanns skillnader i ansvars- och kunskapsområden. Från socialtjänstens sida fanns det en kritik riktad mot vuxenpsykiatrin gällande att de var obenägna att diskutera patientärenden eller göra en anmälan vid misstanke om att en förälder inte hade tillräcklig omsorgsförmåga. De intervjuade inom vuxenpsykiatrin bekräftade att de i sådana situationer sällan tog kontakt med socialtjänsten. Detta, menade de intervjuade, berodde på att de saknade information från socialtjänsten kring vad de vidtog för åtgärder efter att en anmälan gjorts samt vad dessa åtgärder givit för konsekvenser. Det fanns också tvivel, från vuxenpsykiatrins sida, om huruvida socialtjänstens insatser kan vara barnen och familjen till fördel (SoS 1999:11).

2.10.2 Ambition och ansvar, SOU 2006:100

Nationell psykiatrisamordning, som vi nämnt tidigare, kom i sin utredning fram till att dagens situation när det gäller barnen inte är nog tillfredställande, då vuxenpsykiatri inte i tillräckligt hög grad uppmärksammar barnens situation. I stället ligger alltför mycket fokus på enbart patienten. Utöver detta fanns det en osäkerhet kring hur stödet skulle ges. Tidigare har synen varit att barn och ungdomar inte hör till vuxenpsykiatrians ansvar, varpå det blev svårt att tillgodose de behov som faktiskt fanns (SOU 2006:100).

Psykiatrisamordningen ansåg att då det inom vuxenpsykiatri finns en stor kunskap kring psykiska sjukdomar, har psykiatrien en central ställning i uppmärksammandet av barnen och vad de kan tänkas behöva. Vuxenpsykiatrien har genom lagen ett ansvar för dessa barn genom anmälningsskyldigheten (ibid.).

Som en del av utredningen skickades en enkät, som rörde vilket stöd som erbjöds patienternas barn, till alla psykiatriska kliniker i Sverige. Cirka två tredjedelar svarade, och av dem var det drygt hälften som sa att de hade rutiner för dessa barn, exempelvis informationssamtal eller barngrupper. Av de som svarade var det en tredjedel som uppgav att de använde sig av en särskild modell i stödarbetet med barnen, men här saknades det ofta manualer eller utbildning för gruppverksamheter. Hela 90% av de som svarade upplevde att de saknade något i utbudet av stöd till barn. Utifrån denna forskning ansåg psykiatrisamordningen att kliniker i högre grad ska forma rutiner som garanterar uppmärksammandet av dessa barn, och att det ska finnas ett program som erbjuder stöd till barnen och gärna en föräldrautbildning som en del av det psykiatriska behandlingsprogrammet (ibid.).

3. TEORETISKT REFERENSRAM

Vi har låtit anknytningsteorin utgöra en teoretisk bakgrund för vår studie, då den är ett sätt att förklara hur barn utvecklas i relation till sina föräldrar. Vi anser också att anknytningsteorin visar på föräldrarnas stora betydelse för barnets framtid. Den andra teorin som presenteras här; grupp psykologin, ses som relevant då vuxenpsykiatrien består av många olika verksamheter med inbördes olika yrkesgrupper.

3.1 Anknytningsteori

Anknytningsstudiernas teoretiska referensram utvecklades av Bowlby, och integrerade flera olika teorier, exempelvis etologi och systemisk teori. Senare har även kognitiv psykologi och utvecklingspsykologi integrerats. Anknytningsteorin innebär att alla barn på något sätt relaterar till sina föräldrar oavsett hur de blir behandlade av dem. Detta relaterande är inbyggt i barnet för att främja dess överlevnad. Man tror att anknytningsbeteendet fungerar på ett sådant sätt att det får barnet att hålla sig nära omsorgsgivaren då det känner sig hotat i olika situationer. Barnet föds med dessa beteenden, och de är ämnade att aktivera ett omsorgsagerande hos föräldern. Att föräldern svarar på barnets anknytningssignaler är genetiskt betingat (Killén, 2009).

Enligt anknytningsteorin relaterar inte alla barn till sina föräldrar på samma sätt, i stället ser anknytningen olika ut hos olika barn beroende på det känslomässiga samspel som finns mellan barnet och dess omsorgsgivare. Många barn utvecklar en trygg anknytning, eftersom de känner sig säkra på att föräldern kommer att skydda dem och ta hand om dem. Andra barn utvecklar olika former av otrygg anknytning, då de inte fått känna att omsorgsgivaren varit tillgänglig och lyhörd för deras behov. Inom anknytningsteorin talar man om tre olika former av otrygg anknytning; undvikande, ambivalent och desorganiserad anknytning. De omsorgsgivare vars barn fått en otrygg anknytning kan ha varit invaderande/kontrollerande, passiva/likgiltiga eller oförutsägbara gentemot barnet. Omsorgsgivaren kan även ha uppvisat en blandning av dessa former (Killén, 2009).

Det är utifrån tidiga erfarenheter av samspel med omsorgspersonen som barnet utvecklar en uppfattning om sig själv och vad det kan förvänta sig av andra människor. Ett anknytningsmönster utvecklas, och beteendet finns där för att hålla omsorgspersonen nära barnet, eller för att hjälpa barnet att undvika att drabbas av omsorgspersonens negativa beteende (ibid.).

Barnets anknytningsmönster är det yttre beviset på beteendesystemet hos barnet, men det finns också en inre organisering hos barnet, som man tror beror på neurofysiologiska processer. Barnet utvecklar "inre arbetsmodeller" utifrån de erfarenheter av samspel som det fått. Dessa inre arbetsmodeller blir en inre uppfattning om barnet självt och om vad det kan förvänta sig av omsorgspersoner och omgivning. De inre arbetsmodellerna får betydelse också för barnets framtida föräldraroll, eftersom barnet av sina erfarenheter lär sig både hur det är att vara barn och hur en förälder ska vara. När barnet sedan växer upp kan de inre arbetsmodellerna fungera som antingen en hjälp i svåra situationer eller så kan det leda till snedvridna mönster vad gäller hur personen uppfattar och kontrollerar sig själv. En förälders inre arbetsmodeller får stor betydelse för hur föräldern tar hand om sitt barn. En förälder med dåliga inre arbetsmodeller kan exempelvis använda sig av sitt barn för att avreagera sig i frustrerande situationer. Föräldern är kanske inte heller lika lyhörd för barnets signaler som andra föräldrar är. Barndomen har alltså enligt anknytningsteorin och de inre arbetsmodellerna en stor betydelse för föräldraförmågan (ibid.).

3.2 Gruppsykologi

Gruppsykologi försöker förstå gruppen och dess inre påverkan eller strukturer. För detta krävs en definition av ordet grupp, varpå vi valde Lars Svedbergs (2007) som säger att en grupp består av minst tre medlemmar som samspelar i syfte att nå ett mål eller utföra en uppgift. Det är alltså ett levande system där utbytet med omgivningen är centralt. Det finns olika sorters grupper och en av dem är vi-gruppen. För att vi-gruppen ska kunna existera krävs det att det finns en dom-grupp som inte har de positiva egenskaper som vi-gruppen har. Genom dom-gruppen stärks solidariteten i den egna gruppen.

Rollerna i en grupp är av betydelse då de underlättar det sociala samspelet. Dessa roller ger gruppen en slags förutsägbarhet och hjälper dess medlemmar att samarbeta bättre med varandra. En viss persons uppgift eller position i en grupp har speciella normer och förväntningar, vilket kan sägas sammanfattas i den roll personen får. De förväntningar som finns på en roll kan vara av fyra slag; förväntningar personen har på sig själv, förväntningar organisationen eller andra personer har på personen, uppfattningen personen har om andras förväntningar samt förväntningar personen har på andra. Dessa förväntningar kan vara formella eller informella. De formella är uttalade i lagar, föreskrifter eller uppdragsbeskrivningar. En yrkesutbildning ger förväntningar på den formella

yrkesrollen och hur arbetsuppgifter ska utföras. Dessa förväntningar måste sedan införlivas i arbetslivet. De informella förväntningarna, å andra sidan, grundar sig på traditioner, normer och behov. Dessa förväntningar kan vara ganska stereotypa såsom att exempelvis en domare ska vara bestämd, en parkeringsvakt sällan är trevlig eller att en läkare inte kan vara rädd för blod (Lennéer-Axelsson & Thylefors, 2005).

Litteraturen beskriver en tredelad balans som en grupp måste upprätthålla för att gruppen ska fungera. Själva grunden för samspel och interaktion är uppgiften som gruppen har, själva målet. Detta måste vara det centrala i varje grupp, en slags mittpunkt. Sedan krävs det att varje grupp finner balanspunkten för hur stor av grad av frihet/autonomi samt kollektiv anpassning/harmoni i relation till ett effektivt grupparbete. Vissa grupper har en högre grad av samhörighet och delaktighet medan andra grupper mår bättre av mer av individens självständighet och integritet. Detta är alltså en slags balansgång mellan individ, grupp och mål och denna balanspunkt skiljer sig mycket från grupp till grupp (ibid.).

En viktig ingrediens för att grupper ska fungera väl är kommunikation. Kommunikation härstammar från latinens ord för "att göra gemensamt", vilket på ett bra sätt förklarar vad kommunikation är till för. På varje arbetsplats krävs det att informationskanalerna är anpassade till den unika organisationen. Det bör finnas en bra kombination av enkelriktad och ömsesidig kommunikation. Brister i kommunikationen och dess kanaler, kan en arbetsgrupp få spänningar och bli mycket osäker. Medarbetare kan få känslan av att "alla andra" vet mer. Tydlighet är här en viktig ingrediens, då det förebygger misstro och istället skapar en slags delaktighet och trygghet. Finns det tydlig information skapar detta dessutom arbetsmotivation. Genom en god intern kommunikation kan varje medarbetare skapa sig en helhetsbild av verksamheten och detta bidrar till att alla kollegor har samma referensram och kunskapsplattform att stå på och arbeta utefter. På så sätt kan kommunikation skapa en "vi-känsla" och förbättra samhörigheten. Kommunikationen bör också vara regelbunden, och den bör skapa ett spelrum för demokrati och delaktighet genom att alla parter få komma till tals. Här krävs även en lyhördhet från alla parter som grundar sig i en respekt för varandras åsikter. Vidare kan den externa kommunikationen visa på hur god kommunikationen är inom organisationen. Den kommunikation som går utåt ger ofta en bild av vilka kommunikationsproblem som finns inom gruppen, alltså måste den interna kommunikationen vara god för att den externa ska vara detsamma (ibid.).

När det kommer till förändringar i en organisation är det dess mindre delar, såsom mindre grupper, som är de största motståndarna. Dessa mindre grupper har en stark vilja att upprätthålla gruppens stabilitet, normer och dess informella strukturer. En förändring skulle kunna hota att förändra gruppens relationer till varandra vilket inte är önskvärt. Därför tenderar gruppen, vid hot om en oönskad förändring, sluta sig och hålla ihop mer. Om det däremot är en förändring som bygger på en önskan från gruppen, så blir det inte lika hotande utan kan istället kännas som något inspirerande. Det finns dock konflikter som i ett sådant scenario kan uppstå och det är om medlemmarna i gruppen känner sig olika mycket inspirerade av förändringen. De som är extra mycket för förändringen kan lätt förringa de problem som kan medfölja en förändring. Blir dessa personer för drivande är det lätt hänt att de tar överhanden och inte låter någon annan komma in i processen, varpå det finns en risk att de andras engagemang avtar. Har det gått så långt kan gruppen delas upp i två delar; de som är för förändringen och de som är kritiska till den. Att detta sker kan bero på att gruppen haft dolda konflikter eller spänningar sedan innan, som istället omvandlas till att handla om förändringen – hur den ska ske och vad den ska innehålla (Lennéer-Axelsson & Thylefors 2005).

4. METOD

Vi har valt att göra en kvalitativ undersökning. Kvalitativa metoder kännetecknas av ett försök att finna kunskap om individens subjektiva upplevelser utifrån hennes egna ord. Ofta försöker man se individen eller personen ur ett helhetsperspektiv, istället för att plocka ut enskilda variabler. Målet är att försöka se hur verkligheten upplevs utifrån de studerade personernas livsvärld (Larsson, 2005). Inför början av undersökningen hade vi ett intresse för hur professionella inom vuxenpsykiatri upplevde barnperspektivet i sitt arbete. Syftet var att ta reda på de professionellas tankar och upplevelser kring de skyldigheter de har att se till barnens bästa, och därför föll det sig naturligt att välja den kvalitativa metoden. Då syftet och frågeställningarna var utarbetade såg vi att ämnet, som rörde sig om lagstiftning och skyldigheter, kanske skulle vara svårt att behandla i enskilda intervjuer. En diskussion i grupp, däremot, skulle kunna ge oss ett helt annat resultat, då de som diskuterar gemensamt kan komma fram till värdefulla synpunkter och funderingar. Vi kom därför fram till att fokusgrupper skulle vara den mest givande metoden.

4.1 Fokusgrupper som forskningsmetod

Att använda fokusgrupper som metod går ut på att samla in data genom gruppinteraktioner. Ämnet för interaktionen ska vara bestämt av forskaren. En del av tanken med fokusgrupper är att nya tankar och idéer kan väckas under samtals gång, och att deltagarna kan bli medvetna på ett nytt sätt om hur de berörs av diskussionsämnet (Wibeck, 2000). Metoden är lämplig om syftet med en undersökning är att ta reda på hur en grupp resonerar om ett ämne (Billinger, 2005).

Hur många fokusgrupper som bör ingå i en studie varierar utifrån syftet med studien och hur stor studien ska vara. En del menar att ett minimum i en fokusgruppsstudie är tre grupper, medan andra säger att mellan två och fyra grupper kan vara lagom om det handlar om en begränsad studie. Antalet deltagare i varje fokusgrupp är något som också varierar. Det ideala antalet i en fokusgrupp kan anses vara mellan fyra till sex deltagare. Andra anser dock att maxantalet ligger redan vid fyra personer (Wibeck, 2000). Billinger (2005) menar att en större grupp kan leda till en mer uppgiftsorienterad diskussion, medan en mindre grupp inbjuder till en mer personlig diskussion.

Utifrån syftet med studien väljs vilka personer som ska ingå i fokusgrupperna. Om syftet är att upptäcka likheter och skillnader mellan exempelvis olika yrkesgrupper, kan det vara en fördel om fokusgrupperna är inbördes homogena (ibid.). Samförstånd och en villighet att dela åsikter med varandra uppnås lättare om gruppen är någorlunda homogen. Varje fokusgrupp leds av en moderator, som låter diskussionen vara mer eller mindre strukturerad. I en strukturerad diskussion har moderatören förberett någorlunda precisa frågor som han eller hon vill ha svar på. I en ostrukturerad diskussion låter moderatören gruppdeltagarna i stort sett sköta samtalen själva, och moderatorns närvaro är mer till för observation. Moderatören kan även välja en mellanväg med en ganska fri diskussion, men där han/hon kommer in med frågor eller avbryter ovidkommande diskussioner (Wibeck, 2000).

Efter att fokusgruppen haft sin diskussion transkriberas materialet. Sedan följer en analys, där man kodar materialet samt letar efter mönster. Något som kan vara en hjälp i analysen är att klippa isär delar av materialet och sätta ihop dem till nya kategorier, som man sedan analyserar (ibid.).

4.2 Metoddiskussion

Anledningen till valet att använda fokusgrupper var en förhoppning om att deltagarna i en gruppdiskussion skulle kunna reagera på varandras synpunkter och kanske även inspirera varandra. Målet var inte att främst få reda på enskilda professionellas tankar om barnperspektivet inom psykiatrin, utan att få reda på vilka tankar som kunde komma upp i en diskussion med de professionella, vilket vi anser gör fokusgrupper till en lämplig metod.

En nackdel med fokusgrupper kan vara att diskussioner möjligen kan hämmas i en grupp, då människor ibland tenderar att anpassa sig efter gruppnormen (Wibeck, 2000). Då vår studie hade relativt få deltagare i varje grupp, trodde vi inte att risken var så stor att de skulle vara rädda för att säga vad de tyckte. Det faktum att vi ville höra just gruppens åsikt gjorde också att det var mindre viktigt att varje deltagares åsikter i detalj kom fram.

Etiskt sett kan fokusgrupper ibland vara bättre än exempelvis djupintervjuer. Deltagarna blir inte lika utsatta, och de kan välja att låta bli att uttala sig i känsliga ämnen utan att det kanske märks lika tydligt som i en intervju (ibid.). Intervjuarens påverkan kan också bli mindre i en fokusgrupp än under en intervju (Billinger, 2005). En nackdel med fokusgrupper, däremot, är att forskaren aldrig kan garantera fullständig konfidentialitet när det gäller vad de övriga deltagarna kan sprida om vad som sagts under diskussionen (Wibeck, 2000). I vårt fall ansåg vi inte att ämnet för undersökningen var av sådan karaktär att deltagarna skulle dela med sig av känslig och personlig information. Vi valde dock ändå att innan fokusgruppsdiskussionen skriftligt be deltagarna att behandla det som sagts med aktsamhet.

4.3 Urval och tillvägagångssätt

Det sätt, på vilket vi hittade de flesta av våra deltagare, var genom kontaktpersonsurval. Detta innebär att man ber någon med kontakter inom det område man vill åt att upplysa om lämpliga deltagare (Wibeck, 2000). Vi hade en kontakt inom psykiatrin som kunde upplysa oss om deltagare och även fråga dessa personer om de ville delta i studien. Det var svårt att hitta en tid då deltagarna kunde träffas samtidigt, men efter många turer fram och tillbaka hade vi fått ihop två grupper, en grupp med fyra deltagare och en annan med sex deltagare. Samtliga deltagare var anställda vid samma sjukhus. Den ena gruppen bestod av kuratorer och den andra av mentalskötare. Det var ett medvetet val att låta dem ingå i olika grupper, i hopp om att få höra lite olika perspektiv på ämnet. Deltagarna i grupperna kom från flera olika verksamheter, både inom sluten- och öppenvård, även om de tillhörde samma yrkesgrupp inom fokusgruppen. Detta gjorde att de hade olika erfarenheter av diskussionsämnet, och vi trodde att deltagarna kunde ha utbyte av att diskutera hur man arbetar på olika avdelningar.

Då deltagare i fokusgrupperna tackat ja till att delta, skickades ett e-postmeddelande ut till dem innehållandes ett informationsbrev om c-uppsatsen (se bilaga 1). Där nämndes syftet med studien och hur fokusgruppträffen skulle gå till. Där informerades det även om att materialet skulle komma att behandlas med konfidentialitet och att det frivilliga deltagandet innebar att de när som helst kunde avbryta sitt medverkande. En av deltagarna bad att i förväg få reda på de diskussionsfrågor vi tänkt ha som diskussionsunderlag under träffen. Vi diskuterade detta och fattade beslutet att låta alla deltagarna ta del av våra övergripande teman (se bilaga 2), då vi ansåg att det skulle vara till fördel om deltagarna kunde förbereda sig inför diskussionen. I Wibecks bok om fokusgrupper tas det upp

att forskaren i förväg kan skicka ut så kallat stimulusmaterial, som kan väcka tankar och idéer inför diskussionen (Wibeck, 2000). Vi valde att till alla deltagarna skicka den promemoria, S2006/9394/HS, som innehöll förslaget om ändringen i Hälso- och sjukvårdslagen, eftersom vi inte visste vilken kunskapsnivå deltagarna befann sig på. Vi poängterade dock att det var högst frivilligt att läsa promemorian.

Innan den första fokusgruppsträffen diskuterade vi moderatorns roll och kom fram till att en halvstrukturerad metod var vad som bäst lämpade sig. Övergripande teman förbereddes därför, med mindre diskussionsfrågor utifrån våra frågeställningar. Vi beslutade att vi båda skulle agera moderator i stället för att låta en av oss bära hela ansvaret, på grund av att ingen av oss hade någon erfarenhet av fokusgrupper sedan tidigare.

Under planeringsstadiet av fokusgrupperna fick vi erbjudande om att hålla diskussionerna i en av psykiatrins lokaler, där alla deltagarna tidigare hade vistats vid något tillfälle. Vi trodde därför att platsen kunde vara någorlunda bekant och bekväm för dem. Innan diskussionerna skulle börja tog vi god tid till att arrangera stolarna. Vi ville att deltagarna i största möjliga mån skulle kunna se på varandra, eftersom vi trodde att det skulle främja en diskussion. Vi försökte också se till så att inte någon av deltagarna, eller vi själva, hamnade mer i centrum på grund av placeringen runt bordet.

När det var dags att hålla fokusgrupperna visade det sig att det blivit bortfall. I den ena gruppen hade en person blivit sjuk, och i den andra gruppen var det tre personer som inte dök upp. Detta gjorde att grupperna till slut bestod av tre personer vardera. Detta kändes som ett något för litet antal, men valde att ändå genomföra fokusgruppsdiskussionen som planerat, då chansen att kunna ordna nya träffar på den korta tid vi hade var minimal.

I början av varje träff bjöds det på fika och lite småprat, presenterade oss själva och gav information om studien samt hur diskussionen skulle se ut. Bland annat nämndes det att vi hade några teman vi ville ta upp, men att vi önskade att deltagarna skulle diskutera sinsemellan och inte med oss. Våra roller som moderatorer tydliggjordes också genom att deltagarna visste att vi båda skulle ställa frågor. Vi inhämtade skriftligt samtycke av samtliga deltagare till att medverka i studien, och de blev informerade om konfidentialitet och villkoren i sitt deltagande (se bilaga 3).

Det finns olika typer av frågor i en fokusgruppsdiskussion. Det kan vara bra att börja med en inledande fråga som är lätt att diskutera, för att sedan gå in på lite större frågor och sedan avsluta med avrundande frågor (Wibeck, 2000). Diskussioner i fokusgrupperna gick till så att vi först ställde en inledande fråga om hur mycket deltagarna ansåg att det pratas om barnperspektivet inom psykiatrin, och lät deltagarna börja samtala. Frågorna rörde sig sedan kring vilka skyldigheter de professionella ansåg sig ha gällande barnen till sina patienter, och hur det praktiska arbetet såg ut utifrån dessa skyldigheter. Det sista temat var förslaget om en ändring i Hälso- och sjukvårdslagen, och vilka konsekvenser deltagarna trodde att en lagändring kunde ge. Mot slutet av diskussionen ställdes det kompletterande frågor, och gav även deltagarna utrymme att tillägga eller förtydliga något som sagts för att alla skulle känna att diskussionen avslutats på ett bra sätt och att alla hade fått sagt vad de ville. Varje diskussion tog en dryg timme från första frågan till dess att diskussionen avslutades. Då diskussionerna genomfördes kom våra roller som moderatorer att bli något starkare i den ena gruppen, då deltagarna i denna grupp diskuterade färdigt varje fråga vi ställde och sen väntade in en ny fråga. I den andra gruppen togs de flesta av temana upp utan att vi behövde nämna dem, och det vi som moderatorer gjorde var att sticka in någon fråga här och där om olika saker som kom upp.

Varje diskussion spelades in med hjälp av en mp3-spelare, och innan diskussionerna började godkändes detta av deltagarna. Eftersom det endast var tre deltagare i varje fokusgrupp var risken liten att det skulle bli svårt att identifiera rösterna vid transkriptionen, vilket annars kan vara en nackdel med bandinspelningar (Wibeck, 2000). För att komplettera inspelningen förde vi också anteckningar under diskussionerna, dels för att ha som stöd om inspelningen av någon anledning skulle bli svår att använda, och dels för att snabbt kunna anteckna egna frågor eller reflektioner som kom upp i diskussionen.

När datainsamlingen gjorts transkriberades allt det inspelade materialet så att vi fick en utskrift ord för ord. Vid transkribering finns olika nivåer. Ju grövre transkriptionen är, desto mer av själva interaktionen mellan deltagarna förlorar man i utskriften (ibid.). I vår studie valde vi att koncentrera oss på innehållet i diskussionerna, snarare än på interaktionen. Detta ledde till att det gjordes en något grövre transkription, då detta är mindre tidsödande. Vi skrev inte konsekvent ut talspråket utan konverterade delvis till skriftspråk, och använde även kommatecken och punkter, vilket inte görs om transkriptionen sker på högsta nivå.

Då materialet var transkriberat tog bearbetningen vid. Vi arbetade med diskussionerna från båda fokusgrupperna samtidigt för att lättare kunna se likheter och skillnader mellan de olika grupperna. Materialet lästes igenom och det identifierades olika teman, varefter vi gick igenom texten igen och färglade delar med olika färger beroende på vilka teman de hörde till. Texten klipptes sen isär och vi samlade ihop allt som hörde till varje tema, för att gå igenom det på nytt och färglägga utifrån underrubriker vi funnit. Sedan gick vi igenom texterna ännu en gång för att sammanfatta vad som sagts under varje tema och föra in det i datorn. Varje utklippt del av utskriften numrerades så att vi hela tiden skulle veta varifrån vi tagit ett uttalande.

När det gäller lagförslaget vill vi nämna att det förslag (se bilaga 4) som fokusgruppsdeltagarna diskuterade var från promemorian 2006. Förslaget såg då lite annorlunda ut jämfört med det nya förslaget som vi presenterat i vår bakgrund. Varför vi valde att just utgå från promemorian 2006 berodde på att lagrådsremissen med det uppdaterade förslaget publicerades först efter att fokusgrupperna genomförts. Den enda skillnaden mellan det gamla och det uppdaterade förslaget är att i promemorian, från 2006, stod det att hälso- och sjukvården särskilt skulle beakta barns behov om en *förälder* hade exempelvis en psykisk sjukdom, medan det i det nya förslaget utvidgats till att också gälla andra vuxna som barnet varaktigt bor tillsammans med.

4.4 Etiska överväganden

Vi har låtit sedvanliga etiska principer i samband med forskning ligga till grund för arbetet. Enligt etiska riktlinjer är det viktigt att uppnå ett informerat samtycke när man genomför en studie. Detta innebär att man informerar deltagarna om syftet med undersökningen och hur den är upplagd. Man bör också informera om att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Deltagarna ska sedan ge sitt samtycke till att delta i studien (Larsson, 2005). Vi hade informerat om deltagandets villkor i e-post till deltagarna, men lät även deltagarna ta del av informationen skriftligt och muntligt på själva fokusgruppsträffen. I den skriftliga informationen ombads deltagarna behandla det som sagts under diskussionen med aktsamhet, då det kan vara känsligt att lämna ut så mycket information till personer (alltså övriga deltagare) som inte lovat konfidentialitet. Innan diskussionen skulle börja inhämtades också deltagarnas skriftliga samtycke till att delta i studien.

Ett etiskt krav är att data behandlas konfidentiellt och att personliga uppgifter inte redovisas så att de kan röja uppgiftslämnarens identitet (Larsson, 2005). Efter att materialet samlats in har ingen annan än vi själva haft tillgång till det, och i utskrifterna av diskussionerna har inga namn nämnts. I presentationen av resultatet har vi försökt att hela tiden hålla oss på gruppnivå, så att ingen av deltagarna ska känna sig utpekad på något sätt. Att deltagarna i vår fokusgruppsstudie var väldigt få, gjorde att vi valde att inte plocka ut några enskilda citat. Vår ambition var inte heller att presentera enskilda deltagares upplevelser och tankar, utan att visa på vilka gruppens åsikter var.

4.5 Reliabilitet och validitet

Hög reliabilitet är viktigt, och påverkar hur tillförlitlig studien blir (Larsson, 2005). Reliabilitet innebär att olika forskare, oberoende av varandra ska kunna komma fram till samma resultat när de studerar materialet, även om det sker vid olika tidpunkter (Wibeck, 2000). Om en annan forskare gjort om vår studie, med samma frågor, så är det troligt att resultatet hade blivit annorlunda. Vi anser att som moderator i en fokusgrupp kan man inte undvika att påverka resultatet, eftersom det skapas i situationen. I vår studie var vi dessutom två moderatorer i väldigt små grupper, vilket också kan ha gjort att deltagarna ibland till och med vände sig mer till oss än till varandra. I en större grupp kanske moderatör/moderatorerna hade hamnat mer i bakgrunden. Vi försökte dock att under diskussionen låta bli att lägga oss i vad som sades, och försökte se till att vi inte bekräftade vissa uttalanden mer än andra. En del menar att reliabiliteten i en kvalitativ studie inte är lika relevant att fastställa som i en kvantitativ, eftersom det inte är en mätning som ska göras (Larsson, 2005). Vår studie grundar sig på fokusgruppsdeltagarnas upplevelser, så som de såg verkligheten vid den tidpunkt datainsamlingen gjordes. Det är inte möjligt, och kanske inte heller önskvärt att kunna få samma resultat ytterligare en gång. Därmed vill vi inte säga att det är irrelevant att diskutera reliabiliteten. Tvärtom tror vi att det är viktigt att reflektera över den påverkan man haft på sitt resultat, och vilka faktorer som kunde ha gjort att resultatet blivit annorlunda.

Studiens validitet handlar om huruvida man mätt det man avsett att mäta. När det gäller en studies validitet brukar man skilja mellan den inre och den yttre validiteten. Inre validitet handlar om hur man lägger upp projektet, medan den yttre handlar om huruvida resultaten är generaliserbara (Svenning, 2003). En fara för validiteten i fokusgruppsstudier är att deltagarna kanske inte alltid säger vad de tycker i en diskussion, på grund av grupstryck som kan uppstå (Wibeck, 2000). Som vi nämnt i vår metoddiskussion trodde vi inte att risken var så stor att detta skulle hända, eftersom grupperna var så små som de var. När sedan fokusgrupperna genomfördes såg vi inga tecken på att deltagarna skulle vara rädda för att uttrycka sin åsikt, även om de ofta tyckte ganska lika. Om någon var tyst en stund i diskussionen försökte vi inbjuda även den personen att dela med sig av sina tankar.

Vi tror att det faktum att vi varit två som gjort undersökningen har ökat validiteten. Vi har under hela studiens gång kunnat ha två olika perspektiv när vi arbetat med materialet. Då vi haft olika åsikter har vi fått resonera oss fram till en gemensam ståndpunkt. Detta, anser vi, har gjort att sannolikheten att något missats, exempelvis i resultatet då teman togs ut, är mindre än den annars skulle ha varit.

Har vi då mätt det som vi ämnat mäta? Det är svårt att säga, men det vi ville undersöka var några personers upplevelser av psykiatrin, och detta har också gjorts. Vad gäller om resultaten kan generaliseras, så är vi medvetna om att kvalitativa studier sällan är generaliserbara. Vi vill dock inte

förringa de funna resultaten, då vi anser att de pekar på viktiga erfarenheter och tankar som finns inom psykiatrin, och som behöver komma upp till diskussion.

4.6 Studiens begränsningar

Att bredda med fler metoder kan ge en mer mångsidig bild av fenomenet man studerar (Larsson, 2005). Vi använde dock fokusgrupper som enda metod i studien. Det fanns i början funderingar på att göra en enkätundersökning vid olika sjukhus, vilket skulle ha kunnat ge en något mer generell bild av ämnet, men fick ge upp denna tanke då vi insåg att tiden var för kort. Enligt Wibeck är det inte heller nödvändigt att använda sig av fler metoder vid sidan av fokusgrupper, särskilt inte vid mindre studier (Wibeck, 2000). Vi vill tro att det faktum att vi hade fokusgrupp som enda metod gjorde att vi kunde koncentrera oss bättre på det arbete vi faktiskt gjorde.

Vi fick i studien begränsa oss till två fokusgrupper. Det hade varit intressant att ha fler, och detta hade kanske också gett ett bredare och ännu mer nyanserat resultat, men vi bedömde att det inte fanns tillräckligt med tid till detta. Vi menar att ett litet antal fokusgrupper ändå kan ge ett bra resultat, vilket vi anser är fallet i vår studie, där vi fått med perspektiv från olika yrkesgrupper och verksamheter.

Något som kan ses som en begränsning i studien är att det blev så få deltagare i varje grupp. Detta har vi reflekterat mycket över, eftersom det inte såg ut riktigt så då vi planerade studien. Det är svårt att säga om diskussionen hade sett annorlunda ut om deltagarna hade varit fler, om det exempelvis hade kommit upp fler och andra synpunkter än vad som nu blev. Vi upplevde dock inte diskussionen som fattig på något sätt, snarare fick var och en av deltagarna tid att säga sitt, och det fanns också tid för oss som moderatörer att stilla vår nyfikenhet på olika punkter.

Som tidigare nämnts blev diskussionen olika strukturerad i de olika grupperna, vilket skulle kunna ha påverkat hur fria deltagarna kände sig att uttrycka sina åsikter och föra nya ämnen på tal. Vi tror dock att anledningen till att strukturen blev olika hade mycket att göra med personligheterna i de olika grupperna. Trots olika mycket struktur kom ändå ungefär samma ämnen upp till diskussion, och vi upplevde inte att deltagarna blev mer hämmade i den ena gruppen än i den andra.

Ofta rekommenderas det att om man är två, så bör den ena vara moderatör och den andra medhjälpare/observatör (ibid.). Vi bestämde dock att vi båda skulle vara med som moderatörer. Att vara två som ledde diskussionen gjorde oss mer avslappnade och gav oss större möjlighet att lyssna efter intressanta teman som dök upp. Vi tror inte att deltagarna upplevde det som hotande eller kvävande att vi var två, som det kanske hade upplevts i en enskild intervju.

Vi anser att det är viktigt att reflektera över huruvida andra personer kan ha påverkat undersökningen. Vår kontakt inom psykiatrin kom till oss med funderingar angående vilka tankar som fanns inom vuxenpsykiatrin om förslaget om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen. Idén kom alltså från kontakten, och naturligtvis påverkades vi av personens intresse för frågan. Ändå har vi upplevt att vi haft frihet att styra forskningen åt det håll vi själva ville, exempelvis när det gäller valet att använda oss av fokusgrupper. Vår kontakt har själv inte deltagit i fokusgrupperna, och har heller inte tagit del av det insamlade materialet.

5. RESULTAT

När vi genomförde våra fokusgrupper hade vi ett antal frågor som deltagarna fick diskutera. Den första frågan handlade om hur stor uppmärksamhet deltagarna tyckte att barnperspektivet fick i deras verksamhet. Frågorna rörde sig sedan kring skyldigheter angående patienternas barn samt förslaget om ändring i Hälso- och sjukvårdslagen.

5.1 De professionellas upplevelse av barnperspektivet inom psykiatri

En viktig del i att arbeta med barn till psykiskt sjuka är att uppmärksamma deras situation. Deltagarna i våra två fokusgrupper menade att det idag pratas mer om barn, att barnens behov är något som uppmärksammas. En synpunkt som framställdes var att det för 10 år sedan var mycket uppmärksamhet kring barn och deras situation, det var då många föreläsningar kring detta och flertalet barngrupper startades runt om i landet. Under den tiden fanns det barngrupper inom verksamheten, men dessa lades senare ner, påpekade någon. Detta är något som deltagare önskar ska komma tillbaka. Den uppmärksamhet som fanns för 10 år sedan, menar deltagare, klingade av och föll lite i glömska, men nu på senare tid har det börjat komma igen. Detta upplevdes vara mycket bra och vissa tyckte att det är något som behövs påminnas om och nötas in då barnen ännu inte är tillräckligt synliga.

Deltagarna i båda grupperna upplevde att barnperspektivet är något som alla mottagningar i området jobbar med i dagsläget, men det skiljer sig i hur långt varje mottagning kommit. Någon påpekade att barnen idag inte glöms av på samma sätt som tidigare. Deltagare menade att det ofta tas upp kring en ny patient på teamkonferenser huruvida det finns barn med i bilden eller ej, vilket också är ett exempel på hur mycket barnen uppmärksammas. Flera påtalar att uppmärksamheten kring barnperspektivet är något som successivt vuxit fram under de senaste åren.

En reflektion som kom upp om uppmärksamheten kring barnperspektivet var att det hänger ihop med den egna medvetenheten. Det kan vara så att en diskussion pågått, medan man själv varit fokuserad på annat, varpå man inte märkt av det på samma sätt. Det krävs en egen medvetenhet för att kunna se den diskussion som pågår.

5.2 Skyldigheter och det praktiska arbetet

De skyldigheter som deltagarna talat om bygger på gällande lagstiftning. Genom att fråga dem hur de ser på dessa skyldigheter samt hur de arbetar utefter skyldigheterna har vi fått en bild av hur de upplever arbetet med barnen på sina arbetsplatser.

5.2.1 Anmälningsskyldigheten

När vi under våra fokusgrupper bad våra deltagare att tala om de skyldigheter de hade i förhållande till lagstiftning gällande barn till psykiskt sjuka var anmälningsskyldigheten något båda grupper tog upp och talade mycket om. Det fanns många olika tankar från deltagarna, och en av dem var att det är svårt att avgöra när en anmälan ska göras och när den inte ska det. Båda grupper påpekade att det räckte med en misstanke om att ett barn far illa och att det därför är ett stort ansvar de bär. De

berättade att tanken på anmälningsskyldigheten finns där och att de därför försöker hålla sig informerade om hur barnen har det. Någon påpekade att psykiatrin bär ett ansvar kring barnen och att man inte kunde sätta sin fulla förtröstan till att skolan anmäler, då det ofta gått för långt när de väl gör det.

Någon nämnde att personalen tog upp oron för barnen vid teamkonferenser, då det kan kännas skönt om arbetskamraterna står bakom beslutet för en eventuell anmälan. Ena gruppen pratade om att anmälning är något som påverkar alla i personalstyrkan, något som alla har åsikter och tankar om. De menade att det lätt kan bli lite ångestladdat i teamen, då det är många starka känslor att handskas med.

Åsikter om vem som bär ansvaret att anmäla skiljde sig åt i gruppernas diskussioner. Båda grupperna var eniga om att all personal är skyldiga att anmäla, men vissa i gruppen av kuratorer upplevde att mycket ansvar kring ett anmälningsbeslut låg på dem. Någon påpekade att personalen kunde komma till kuratorn för att den ska avgöra anmälningsbeslutet, även om det fanns diskussion på gruppnivå med övrig personal. Gruppen mentalskötare framhöll att de inte tyckte att tendensen att anmäla hade med någon yrkestillhörighet att göra, utan mer var kopplat till personligheten. De upplevde att det största ansvaret kring en anmälan låg på läkaren, även om det ofta fanns diskussion i team. Någon deltagare menade att de ibland kunde känna sig beroende av läkaren då det finns en hierarki där läkaren bestämmer. En annan synpunkt var att de i personalen som står patienten närmast är de som har ansvaret att reagera. All personal har inte kontakt med alla patienter och det är därför omöjligt att hålla koll på dem.

En svårighet som lyftes fram av båda grupper var patientens dilemma att öppna sig för psykiatrin angående hemsituationen och barnen. Det fanns erfarenheter av att patienten kan vara rädd för insyn, att det finns en stark rädsla för att bli av med barnen. Anmälan är till som en hjälp för föräldern även om den inte tas emot på det viset, menade deltagarna. Därför måste det ligga på personalen att presentera anmälan på ett sådant sätt att föräldrarna förstår att det är för barnens bästa. En annan reflektion kring detta var att patienten faktiskt har rätt i sin oro, då psykiatrin är skyldig att anmäla och därför är ihopkopplad med socialtjänsten.

Vissa deltagare påpekade att barnen kan försöka skydda sina föräldrar genom att inte berätta hur deras verklighet ser ut. Deltagarna menade att det är av stor vikt att försöka få träffa barnen för att se hur de mår. Att försöka komma i kontakt med barnen är inte alltid lätt, menade deltagarna. Inom slutenvården, påpekade vissa deltagare, är det kanske lättast, då barnen ofta kommer på besök hos sina föräldrar. Båda grupper menade att vid dessa besök ligger det på kuratorn att få reda på om patienten har barn samt förhöra sig lite om barnets aktuella situation. Vidare kan kuratorn när barnen kommer på besök finnas där i bakgrunden och prata med dem och/eller studera hur de uppför sig i relation till sin förälder. En annan åsikt var att slutenvården sedan lämnar över ansvaret kring arbetet med barnen till öppenvården. Någon deltagare pratade om att det är svårare att komma nära barnen inom öppenvården då man måste leta upp dem. De kommer inte på besök på samma sätt som inom slutenvården.

Den sköra relationen mellan patient och psykiatri var något som deltagarna diskuterade. Många menade att inom psykosvården tar det lång tid att bygga upp en kontakt och tillit till patienterna. Någon påpekade att denna tillit och nära relation är bra när patienter får barn eller när man ska prata om barnen, då man kan prata om situationen utan att patienten tror att man vill dem illa. Ett dilemma är dock att ett hot om anmälan kan skada relationen och om patienten vårdas i öppenvård

kan han eller hon välja att säga upp kontakten. Förloras kontakten så förloras även insynen i hur barnet har det, vilket i sig skapar en rädsla hos personalen. En annan rädsla deltagarna tog upp var att socialtjänsten, vid en anmälan, skulle förstöra den ömtåliga relation som byggts upp till föräldern. En åsikt som lyftes fram i relation till socialtjänsten var att deltagare upplevt att de inte alltid kunnat lita på att något händer vid en anmälan, att socialtjänsten verkligen agerar.

5.2.2 Samverkan

Samverkan var en annan skyldighet som togs upp av båda våra grupper, även om det fick en mer central del i mentalskötarnas diskussion och var något de upprepade gånger kom tillbaka till. Båda grupper ansåg dock att samverkan var något viktigt. Genom samverkan, kom det fram i diskussionen, kunde personalen få en större helhetsbild av familjernas situation. Skyldigheten att samverka, som grupperna resonerade kring, var kopplad till att det i lagen står att samarbetet kring anmälan ska ske på initiativ av socialnämnden. Vissa deltagare menade att detta ibland brister, att de hade erfarenheter av att socialtjänsten inte alltid var angelägna om ett samarbete. Tog socialtjänsten kontakt med psykiatrin var det mer i syfte att hämta ut journalkopior eller liknande. Det fanns meningar i grupperna om att det kunde vara oklart vem som ska ta första steget till en kontakt, vissa kunde känna sig låsta i samarbetet om inte socialtjänsten tog initiativet och kontaktade dem. Andra erfarenheter deltagarna hade var att samverkan med socialtjänsten kunde vara mycket svårt och att mycket arbete krävs för att socialtjänsten ska ge information om en utredning. Deltagare kunde uppleva att socialtjänsten arbetade i det tysta, vilket sågs som ett problem. En åsikt som kom upp var att deltagarna skulle vilja samverka med socialtjänsten kring barnen långt innan det gått så illa att en utredning startat, att sekretessen mellan verksamheter borde upphävas när det gäller barn.

God samverkan kräver att parterna vågar lita på varandra och att man slopar det revirtänkande som vissa deltagare upplevde fanns. Nästan alla psykospatienter har en kontakt med socialtjänsten vilket gör att psykiatrin och socialtjänsten trots allt har mycket kontakt med varandra. Någon av deltagarna hade en fundering om att samarbetet möjligtvis kunde bli bättre om psykiatri och socialtjänst delat lokaler, då det naturligt blir bättre om man träffar varandra ofta och har ett flitigt samtal. Vidare menade man att detta inte är möjligt i praktiken, då de som mest jobbar mot 14 olika upptagningsområden - alla dessa skulle inte kunna vistas på samma plats. Att arbeta mot så många upptagningsområden som är vitt utspridda gör att de i nuläget inte ser sina samverkanspartner tillräckligt, påpekade en deltagare. Det fanns även en uppfattning om att de olika upptagningsområdena arbetar på olika sätt, vilket kan försvåra samverkan. Vidare fanns en reflektion om att samarbetssvårigheter kan vara resultatet av att det finns en begränsande förståelse för varandras kulturer.

Samverkan med andra verksamheter och instanser än socialtjänsten togs också upp under fokusgruppsdiskussionerna. Det gavs bland annat exempel på olika samverkansfunktioner som deltagarna använt sig av. En sådan samverkansfunktion var att prata med skolkuratorn, efter att ha inhämtat föräldrarnas tillåtelse. Ett sådant samtal kunde bidra till att skolkuratorn kunde få större förståelse för barnets hemsituation samt att psykiatrin kunde veta att barnet hade någon som den kunde prata med. En annan sak som nämndes var nätverk för barn som vissa av kuratorerna deltog i. Dessa bestod av olika yrkesgrupper som barnavårdscentral, socialtjänst och psykiatri. På dessa möten kunde man ibland prata avpersonifierat kring orosmoment om barn till patienter.

En önskan om ett starkt samarbete mellan psykiatri och skolhälsovård var det några av deltagarna som nämnde. På så sätt skulle barn och ungdomar kunna fångas upp tidigt, så att de slapp utveckla allvarlig psykisk ohälsa. Skolhälsovården skulle då stå för insynen, medan psykiatrin skulle veta när de behöver gå in och bidra med expertkunskap, planer och resurser. I dagsläget menade man att exempelvis barnavårdscentral, skolhälsovård och vuxenpsykiatri inte hade tillräckligt stort samarbete, varpå alla kunde sitta med misstankar som inte gick att ytterligare befästa.

5.2.3 Uppgiftsskyldighet

Att lämna ut information vid en påbörjad barnavårdsutredning var ytterligare en skyldighet som våra fokusgruppsdeltagare nämnde. Detta var inte något ämne som tog stor plats i någon av gruppernas diskussioner varpå det här endast nämns i förbigående.

5.2.4 Verksamhet utöver skyldigheter

Utöver de ovan nämnda skyldigheter menade deltagarna i våra fokusgrupper att de inte hade någon skyldighet att involvera barnen i deras arbete med patienten. Dock finns det en del arbete som deltagarna nämnde som görs för att uppmärksamma och involvera barnen, vilket också kan vara en produkt av det ansvar som följer med anmälningsskyldigheten. Det var deltagare som berättade om ett förebyggande program för gravida, som var ett samarbete med mödravårdcentraler och specialistmödravård.

5.2.5 Rutiner och verktyg

Skyldigheter är inte mycket värda om de inte omsätts i praktik. För att uppfylla sina skyldigheter måste det därför till rutiner och verktyg, detta var alla deltagare i fokusgrupperna överens om. Deltagarna från båda grupperna påpekade dock att de rutiner och verktyg som idag finns på deras arbetsplatser och inom organisationen inte upplevs räcka till, så deras diskussioner handlade istället mer om avsaknaden av rutiner. Det var deltagare som påpekade att bristen på rutiner gör att det är svårt att synliggöra barnen då fokus ofta hamnar på patienten, då det är han/henne de jobbar med. Då rutiner saknas blir det mer godtyckligt hur mycket olika mottagningar eller personal uppmärksammar barnens situation, påpekade deltagare, varpå barnen kan glömmas bort. Vissa av deltagarna hade ett mer fokuserat familjearbete, vilket då låg på en individuell nivå och inte var något som stod för arbetsplatsens arbetssätt. Deltagare påpekade att rutiner blir extra viktiga i kaotiska situationer där det är svårt att reflektera. Då blir rutiner något att luta sig mot.

Barnperspektivet var lättare att tillämpa med nya patienter, menade någon deltagare, än jämförelsevis att börja prata om patienternas barn efter att man träffat varandra i 10-20 år. Samtidigt sa vissa att det kan vara bra att ha en god relation att falla tillbaka på när man ska prata om familjesituationen. Vidare menade någon att barnen till en nyinsjuknad inte blir uppmärksammade tillräckligt, och det stannar oftast vid att man endast pratar om barnen.

Arbetet med barnen var inte något som kollegor pratat ihop sig om, utan mer hållit för sig själva, var det en deltagare som påpekade. Barnen kan diskuteras på teamkonferenser, men då är det mest kring hur det ser ut i det specifika fallet. Det fanns alltså en önskan från deltagare att få till stånd

mer diskussion kring hur varje personal jobbar med barnen. Skulle en sådan diskussion komma till stånd är det möjligt att det skulle kunna resultera i en handlingsplan. Gruppen med kuratorer påpekade att vissa av dem just nu håller på med att bygga upp rutiner och göra en kartläggning av barnen. De utformar bland annat ett barnformulär. Detta arbete är dock i sin linda. Det uttrycktes av deltagare att kartläggning är positivt då det är något som öppnar upp för att involvera barnen i behandlingen samt förhoppningsvis ge dem information och familjesamtal.

Gruppen med mentalskötare sa sig uppleva att det fanns en stor medvetenhet om barnperspektivet i personalgrupperna, att all personal tänker i de banorna. Avsaknaden av rutiner kring arbetet med barnen var det som upplevdes fattas för att kunna ge utlopp för det tänk som finns. Vissa menade att barnen inte riktigt finns med i verksamhetens mål och regler varpå fokus inte hamnar på barnen utan på den sjuke föräldern. I gruppen med kuratorer kom det fram att det fanns en upplevelse om att det kan vara en maktkamp kring arbetet med barnen. Kuratorerna menade att det finns en önskan och en ambition på alla mottagningar, men när de tar upp synpunkter på arbetet kring barnen kan de mötas av en attityd av att det är sådant som redan görs.

De som själva hade barn såg ofta mer till barnen och försökte uppmärksamma dem i sitt arbete, var det var en synpunkt som kom upp. Detta ansågs inte vara något som kom automatiskt med föräldraskapet, men det påpekades att det fanns en annan förståelse och medvetenhet kring barnen än hos personal som inte hade egna barn.

Ytterligare ett tema som berördes var erfarenhet. Många påpekade att de saknade erfarenhet av barn, då det inte är så vanligt att man får kontakt med patienternas barn. En mening som kom upp var att det finns få barn på mottagningarna inom öppenvården, vilket gör det svårt för dem att utöka sin erfarenhet.

5.2.6 Kunskap och utbildning

Kunskap och utbildning var ett tema som upprepat dök upp under våra fokusgrupper. Deltagarna menade att det finns en okunskap kring hur man i praktiken ska arbeta för att hjälpa barnen. De menade att okunskapen handlar om hur man bemöter och talar med barnen, men också hur man på ett bra sätt kan gå in i familjen och agera. Vidare tog någon upp ett behov av att lära sig mer kring vad för tecken man ska leta efter hos barn för att se om de mår dåligt. Båda grupperna poängterade att det måste till mer kunskap för att de ska kunna bli bättre i sitt arbete. Osäkerhet i arbetet med barn var ett annat tema som togs upp av båda grupper. Någon påpekade att det finns ett motstånd att prata med barnen just på grund av osäkerheten, då de saknas grund och kunskap att stå på så att det känns säkert. Denna osäkerhet, menade vissa, finns på mottagningarna även om det finns en vilja att arbeta med det. Någon påpekade att det krävs en säkerhet när det gäller familjearbetet då man kan behöva övertyga kring att ens metoder är något som fungerar.

Kunskap pratades det även om i andra termer, om att psykiatrins personal är de som verkligen sitter inne med den. Sådan kunskap handlar om konsekvenserna för ett barn som växer upp under otrygga förhållanden, då många av patienterna haft en sådan barndom. På så sätt, menade deltagare, finns det en stor kunskap kring hur det kan bli om inget görs för att skydda barnen. Värnar man inte om barnen, kan dessa barn bli nästa generations patienter.

Det fanns upplevelser i gruppen av att psykiatrin lätt kan bli perspektivblind. Personal som jobbar med patienten och försöker tillvarata personens intressen kan ha svårigheter i att samtidigt se barnet och vad som skulle vara det bästa för honom eller henne. Här kan man lätt köra fast i den vuxnes perspektiv och inte vara medveten om att barnets undanhålls.

Utbildning är det som saknas hos hela personalen, upplevde gruppen av mentalskötare. Det påpekades från något håll att om någon personal var utbildad kring barn var det mer individuellt och något som personen på egen väg skaffat sig, det fanns ingen utbildning som gavs generellt. Detta skilde sig från kuratorernas erfarenheter, då vissa av dem går en utbildningen i en familjeinterventionsmetod som handlar om hur man möter barn och deras föräldrar i samtal. Kuratorernas upplevelse av utbildningen var att den tydliggjort och förfinat de kunskaper som redan funnits där. Deltagarna i gruppen kuratorer hade även varit på konferens om barn till psykisk sjuka, vilket de berörde i sin diskussion. De upplevde att denna konferens ökat deras förståelse kring hur barn påverkas av sin sjuka förälder. Detta var ingen erfarenhet mentalsköterna delade, då de menade att de aldrig fått delta i utbildningsdagar med fokus på barnen. De hade deltagit i utbildningsdagar med inriktning på familjen, men dessa upplevdes inte ha handlat så mycket om barnen. Hos gruppen kuratorer kom en synpunkt fram att det vore av värde att låta övrig personal ta del av de föreläsningar och utbildning som de har gått på, för att öka förståelsen för barnens situation. Det framkom åsikter om att kunskapen kring barnen inte nått fram till alla, även om det uppmärksammas på mottagningarna. Vidare fanns det meningar om att det ibland kan vara mycket information att låta sjunka in, vilket kan göra det svårt att tillgodogöra sig den.

5.2.7 Vad deltagarna efterfrågar

Under våra två fokusgrupper har deltagarna talat om saker de efterfrågar i arbetet med sina patienters barn. En sådan sak var att det inte finns något standardformulär som gäller för hela verksamheten när det gäller barn. Andra efterfrågade ett PM eller klara rutiner att gå efter inför en anmälan. Vidare fanns det de som efterfrågade ett vårdprogram för barn till patienter på samma sätt som det finns ett vårdprogram för nyinsjuknande patienter.

En frustration någon lyfte var att det enda verktyg personalen har i arbete med barn är att fråga föräldern hur barnet har det. Att göra en bedömning av barnets situation utifrån föräldrarnas utsago har då känts otillfredsställande, då de bara kunnat gå på en känsla. Deltagarna saknade fler mellansteg innan en anmälan, då det ibland upplevdes som om det kunde stå mellan att göra en anmälan och att inte göra någonting. Någon påpekade på att det saknas verktyg när det inte är så allvarligt att man bör anmäla, men att det trots allt finns problem.

Barngrupper var det deltagare som önskade i sina verksamheter. Detta var något som tidigare funnits, men som lagts ner. En annan sak som någon deltagare nämnde var en önskan om att gå ut i skolor och informera för att jobba preventivt, något som var tänkt skulle vara del av deras arbete, men som föll bort då det saknades resurser.

5.3 Lagförslaget och dess möjliga konsekvenser

Deltagarna i båda grupperna var positiva till att det nya lagförslaget var riktat till barnen. De bedömde att lagen hade ett förebyggande syfte, vilket de var positiva till. I nuläget kände deltagarna

att det akuta arbetet alltid är det prioriterade, barnen kommer på så sätt i andra hand. Det fanns förhoppningar på att det kunde bli förändringar med det i och med den nya lagen. Vissa menade att lagförslaget även kunde ge motivation till att hitta nya rutiner för barnen i arbetet. Vidare skulle lagförslaget kunna ge en personlig betydelse, som en påminnelse för sig själv att arbetet med barnen är viktigt och inte får komma i skymundan. Några uttalat praktiska konsekvenser nämnde inte deltagarna att de trodde att en lagändring skulle få.

Det nya lagförslaget, menade gruppen av kuratorer, skulle visa på hur viktigt arbetet med barnen är. Det skulle kunna ge större mandat till att arbeta med familjearbete. De upplevde att det inte alltid finns förståelse från deras kollegor för att arbetet med barnen tar mycket tid. En ändring i lagen skulle kunna visa att arbetet med barnen är något legitimt och inte något som kuratorerna gör bara för att det är roligt.

Det fanns reflektioner kring lagförslagets utformande från ena gruppen, där de menade att själva ordet ”beakta”, som finns med i det nya förslaget, var ett diffust ordval. De kände sig osäkra på dess betydelse, om det till exempel betyder att psykiatrin är de som ska ge informationen eller om de ska ringa till socialtjänsten och lämna över det till dem. De tyckte att det borde vara en skyldighet, istället för att beakta, att informera och ge stöd på samma sätt som det finns en skyldighet att anmäla. På så sätt hade det blivit mer tydligt för psykiatrins personal vad som ligger på deras ansvar, nu finns det en risk att det blir skillnad mellan olika mottagningar. Hade det varit en skyldighet hade de dessutom kunnat använda lagen som ett verktyg i arbetet, genom att förklara för föräldrarna att barnen måste vara del av behandlingsarbetet och att de är skyldiga att ha kontakt med barnen. En annan reflektion var att det var fullt logiskt och högst relevant att psykiatrin i lagförslaget ska bära ansvaret för information, råd och stöd till barnen. Detta då psykiatrin har så mycket kunskap om sjukdomen och dess konsekvenser.

När det kommer till informationen om det nya lagförslaget hade deltagarna i båda grupperna svårt att tro att deras chefer skulle informera om det. Det fanns de som påpekade att de möjligtvis skulle bli informerade via e-post senare, men de trodde inte att lagen skulle få någon större uppmärksamhet när den väl blivit beslutad om, vilket de var missbelåtna med då det är en viktig förändring för deras arbete. Vissa av deltagarna hade inte hört om förslaget till ändringen och betvivlade att de skulle ha fått informationen, om det inte varit för vår fokusgrupp. Vidare menade de att detta nog inte var något som var unikt för deras arbetsplatser, utan att bristen på information om lagförslaget antagligen finns över hela landet. Det påpekades även att alla medarbetare hade ansvaret att ta upp frågor och informera vid tillfällen såsom arbetsplatsträffar och liknande.

6. DISKUSSION

Vissa teman ägnades större plats i diskussionen i fokusgrupperna. Dessa teman var bland annat anmälningsskyldigheten, samverkan, bristen på rutiner och verktyg samt förslaget om förtydligande i Hälso- och sjukvårdslagen. För att försöka ge bilden som getts i resultatet ett djup, kommer vi nedan att diskutera resultatet utifrån tidigare forskning samt teori.

6.1 Hur barnperspektivet uppmärksammas inom psykiatrin

I den utredning som Nationell psykiatrisamordning gjorde, fann de att psykiatrin inte i tillräcklig utsträckning uppmärksammar barns situation (SOU 2006:100). Våra fokusgruppsdeltagare menade att man inom psykiatrin pratar mer och mer om barnen, men att barnen fortfarande inte är tillräckligt synliga. Även om deltagarna i våra fokusgrupper menade att det fanns mycket kvar att göra, så beskrev de ändå att det finns en medvetenhet om barnperspektivet. Deltagarna talade om att det var viktigt att psykiatrin tog sitt ansvar för barnen till sina psykiskt sjuka patienter, då de inte alltid kan lita på att förskola och skola upptäcker omsorgssvikten tidigt. I Icarusprojektet vi nämnt i vår tidigare forskning, fann man ingen skillnad i hur stor grad man uppmärksammar barnen i jämförelsen mellan socialtjänsten och vuxenpsykiatrin (Skerfving, 2005). Detta kan i sin tur stå i motsats till vad psykiatrisamordningen skrivit i sin rapport om att vuxenpsykiatrin inte uppmärksammar barnens situation tillräckligt (SOU 2006:100). I vårt resultat får vi bilden av att deltagarna verkade känna att en stor del av ansvaret att uppmärksamma barnen låg på dem. Våra deltagare pekade på att de, om någon, bär på kunskapen om konsekvenserna av att växa upp under otrygga förhållanden, då många av deras egna patienters uppväxt varit just sådan. Tidigare forskning visar även att det innebär en signifikant förhöjd risk att växa upp med en förälder som har en psykisk sjukdom, även om detta inte är den enda faktorn som påverkar om barnet självt utvecklar en psykisk sjukdom (Folkhälsorapporten 2001, SOU 2006:100). Vår tanke är att de professionella, genom denna kunskap, har en drivkraft att uppmärksamma barnen till de psykiskt sjuka.

Förälderns betydelse för barns utveckling är något som anknytningsteorin belyser. Den visar till exempel på de inre arbetsmodellernas betydelse för individen. Om en person fått en dysfunktionell inre arbetsmodell av att vara förälder, så kan det leda till snedvridna mönster när personen själv får barn (Killén, 2009). Våra deltagares erfarenhet av patienter som haft en otrygg uppväxt visar också på att en trygg anknytning verkar vara viktig.

6.2 Skyldigheten att anmäla

Anmälningsskyldigheten är ett tema som våra fokusgruppsdeltagare återkom till i sina diskussioner. De beskrev att det är ett svårt och många gånger ångestladdat beslut. Deltagarna hade olika meningar om vem ansvaret att fatta beslut om att anmäla låg på, och det verkar som om det rådde en oklarhet där. Detta kan bero på att det inte finns definierade, formella förväntningar på yrkesrollerna. Enligt gruppsykologi finns de formella förväntningarna att finna i lagar, föreskrifter och uppdragsbeskrivningar, medan de informella grundar sig mer på traditioner, normer och behov (Lennér-Axelsson & Thylefors, 2005). Vi tror att det kan vara så att bristen på formella förväntningar inom organisationen har lett till att informella förväntningar uppstått inom de olika verksamheterna. Det kan ha utvecklats olika traditioner inom de olika arbetsgrupperna gällande vem som fattar beslutet att anmäla. En liknande bild ger resultatet där deltagarna beskriver en osäkerhet kring på vem ansvaret att anmäla ligger.

Vissa av kuratorerna uttryckte att de kunde uppleva att mycket av ansvaret kring beslut att anmäla låg på dem. Detta speglades inte i den andra gruppens diskussion, där man i stället ansåg att det berodde på personlighet huruvida man anmälde eller inte. Denna diskrepans mellan uppfattningarna i de olika grupperna väckte vårt intresse. En förklaring till diskrepansen skulle kunna vara att mentalskötarna inte vill erkänna att de faktiskt lägger ansvaret på kuratorerna. Eller så kan det vara så att det egentligen inte finns något ansvar som är lagt på kuratorerna, utan att ansvaret är

självupplevt. Enligt grupp psykologin ska en yrkesutbildning ge kunskap om de formella förväntningar som finns på yrkesrollen, och sedan måste dessa förväntningar efterlevas i arbetslivet (Lennér-Axelsson & Thylefors, 2005). Det skulle kunna vara så att kuratorerna i socionomutbildningen fått en känsla av att ansvaret att anmäla och tillvarata barnperspektivet är förväntningar som finns i deras formella yrkesroll. Att sedan mentalskötarna inte upplever att ansvaret ligger på kuratorerna kan bero på att det inte finns nedskrivet i kuratorernas uppdragsbeskrivning inom organisationen, alltså i de formella förväntningarna.

En intressant synpunkt som kom upp under en av diskussionerna var att relationen till en patient kan vara väldigt skör, och om en anmälan görs kan patienten välja att bryta kontakten, eller i varje fall upphöra att låta personalen få insyn i hans eller hennes liv. Tidigare forskning har visat att professionella påpekat att det krävs en försiktighet vid bedömningen av patientens föräldraförmåga, så att patienten inte känner sig ifrågasatt i sin roll som förälder (Aldridge 2006). Detta kan uppfattas som att de professionella är måna om relationen med patienten. I en av Socialstyrelsens studier sa professionella inom vuxenpsykiatri i intervjuer att om relationen med patienten äventyras, så kan det vara problematiskt för professionella att lyfta fram barnen och deras situation (SoS 1999:11).

Våra fokusgruppsdeltagare uttryckte en oro vad gällde socialtjänstens inblandning. Deltagarna var ibland oroliga att socialtjänstens utredning inte skulle leda någonstans samt att socialtjänsten på något sätt skulle skada den bräckliga relation som personal inom psykiatri byggt upp. Detta stämmer överens med Socialstyrelsens undersökning, som visade att det fanns en misstro gällande om socialtjänstens insatser verkligen kunde leda till något gott för barnet (ibid.). Någon av våra deltagare påpekade dessutom att den enda kontakten med barnen ofta går genom patienten, och att om kontakten skadas förloras också insynen i barnens situation. I ljuset av denna aspekt funderar vi på om det kanske är utifrån hänsyn till barnens bästa som man inom psykiatri är så noga med att värna om relationen till patienten, även om detta skulle innebära att man kanske väljer att avvakta med anmälan i en tveksam situation. Våra deltagare hade upplevt fall där socialtjänsten fått in en anmälan och sedan inte agerat. Det skulle kunna vara så, att om relationen till patienten blir förstörd och man förlorar insynen i familjen, så kan det innebära att barnens situation faktiskt försämras.

6.3 Samverkan

I båda våra fokusgrupper talades det om samverkan. Deltagarna hade en önskan om ett välfungerande samarbete mellan olika instanser för att tidigt kunna upptäcka varningstecken hos barnen. Kuratorerna beskrev att ett sådant samarbete till viss del redan fanns, men då kunde det vara för att diskutera redan befintliga, avpersonifierade fall. Avsaknaden av samverkan och samarbete mellan olika instanser bekräftas av Socialstyrelsens rapport, där det framgår att intervjupersonerna idag inte samverkar så mycket som de skulle vilja med exempelvis barn- och ungdomspsykiatri och socialtjänst (SoS 1999:11). Våra fokusgruppsdeltagare hade en uttrycklig önskan om ett starkt samarbete med skolhälsovården, för att på ett bättre sätt uppmärksamma barnen och kunna bidra med sin kunskap. I den tidigare forskning vi presenterat har vi inte funnit så mycket om samarbete mellan psykiatri och skolhälsovård och vi funderar över om det skulle kunna vara så att samarbete mellan dessa verksamheter inte är så vanligt eller utvecklat i Sverige. Om så är fallet, kan det vara en viktig poäng att våra deltagare önskar att samarbetet vore mycket mer utvecklat.

Vissa av deltagarna i fokusgrupperna talade mycket om kontakten med just socialtjänsten. Det pekades på Hälso- och sjukvårdslagen, där det står att samarbetet ska ske på socialnämndens

initiativ. Ändå beskrev deltagarna att socialtjänsten inte alltid verkar angelägna om att samarbeta, utan att de arbetar i det tysta och helst inte lämnar ut information i olika ärenden. Deltagarna beskrev sekretessen som ett hinder, och trodde att barnperspektivet skulle kunna tas tillvara bättre om sekretessen hade varit mindre sträng kring barnen. I Socialstyrelsens undersökning sa de intervjuade från vuxenpsykiatrin att de sällan tog kontakt med socialtjänsten på grund av att de inte fick insyn i vilka åtgärder socialtjänsten vidtagit och vad dessa lett till (SoS 1999:11). Denna känsla av besvikelse över socialtjänstens arbetssätt verkar alltså stämma överens med vad våra fokusgruppsdeltagare uttryckt. Vi vill dock poängtera att det inte är sagt att våra deltagare för den sakens skull låter bli att anmäla då de misstänker omsorgssvikt. För att koppla ihop detta med grupp psykologi, så ser vi kommunikationen som något centralt för samverkan. Det känns träffande att kommunikation härstammar från just latinets ord för ”att göra gemensamt”. Enligt grupp psykologin måste kommunikationskanalerna vara anpassade för den unika organisationen, annars är det lätt att klimatet blir spänt. Kommunikationen måste vara tydlig för att skapa en delaktighet mellan aktörerna (Lennér-Axelsson & Thylefors 2005). Vi funderar här på om informationskanalerna blivit anpassade utifrån den verklighet som råder, där sekretessen verkar vara det största hindret. Vi frågar oss om det skulle kunna gå att hitta vägar att kommunicera som tar hänsyn till sekretessen, men som ändå tillfredsställer allas behov av informationsutbyte. Detta skulle då kunna främja samverkan.

6.4 Brist på rutiner

Bristen på rutiner och handlingsplaner när det gäller patienternas barn är ett tema som båda våra fokusgrupper talade om. Deltagarna i mentalskötargruppen menade ändå att det fanns en stor medvetenhet om barnperspektivet i personalgrupperna. Några av deltagarna uttryckte att arbetet med barnen inte fanns med i verksamhetens mål och regler, vilket gjorde att fokus endast hamnade på den vuxne patienten. Bristen på rutiner är något som inte verkar vara unikt för våra deltagares arbetsplatser. Då psykiatrisamordningen gjorde sin enkätundersökning om patienternas barn svarade drygt hälften av de två tredjedelar av Sveriges kliniker som deltog, att de hade rutiner för patienternas barn (SOU 2006:100). Detta innebär alltså att åtminstone en tredjedel av Sveriges psykiatriska kliniker saknar rutiner i arbetet med patienternas barn, vilket vi då känner igen i våra deltagares upplevelser. Nationell psykiatrisamordning fastslog att tydliga rutiner bör finnas inom hälso- och sjukvården för att ge barnen den information och det stöd de behöver. Utredningen menade att det låg på landstingens ansvar att utforma dessa rutiner (Promemoria, www.regeringen.se). Detta anser vi ger ytterligare tyngd åt deltagarnas önskan om bättre rutiner i samband med patienternas barn.

En synpunkt som några av våra fokusgruppsdeltagare tog upp var att bristen på rutiner gjorde det godtyckligt och individuellt om barnen blev uppmärksammade eller inte. Det kunde vara personlig medvetenhet, kunskap eller erfarenhet av egna barn eller arbete med barn som avgjorde i vilken utsträckning barnperspektivet togs tillvara. Deltagarna efterfrågade en diskussion om barnen på gruppnivå, för att utforma något gemensamt som gällde för hela verksamheten. Här vill vi dra paralleller till det som inom grupp psykologin kallas för gruppens tredelade balans. De tre delarna är mål, autonomi och harmoni. Målet, själva uppgiften, är det viktigaste, en mittpunkt varifrån balansen utgår. Automin i balansen är det individuella arbetet, medan harmonin är det gemensamma. Hur fördelningen mellan dessa två ser ut är olika för olika grupper (Lennér-Axelsson & Thylefors, 2005). Vi tänker att deltagarnas önskan om gemensamma rutiner kan vara ett uttryck för att gruppen, eller hela organisationen ännu inte funnit sin rätta jämvikt i frågan om arbetet med

patienternas barn. Graden av autonomi passar kanske inte deras arbetssätt, eftersom deltagarna beskriver att arbetet med barnen blir något godtyckligt och individuellt. Om ett mer gemensamt arbetssätt, alltså en större harmoni, kunde skapas, tror vi att deltagarna kanske skulle känna sig mer tillfreds.

6.5 Kunskap och utbildning

Kunskap och utbildning är något som professionella efterfrågar. I den australiensiska fokusgruppsstudien sa de professionella att de ville ha mer kunskap i hur man pratar med barnen om föräldrarnas sjukdom på ett hänsynsfullt sätt (Cowling, 1996), vilket även våra fokusgruppsdeltagare uttryckte. De ville lära sig att bemöta barnen på ett bra sätt, och kunna känna igen tecken på att barnen inte mår bra. Som det nu var upplevde några av dem en stor osäkerhet i hur man hanterar att en patient har barn. Detta stämmer överens med vad psykiatrisamordningen sagt i sitt slutbetänkande. Där menade man att utöver de svårigheter som finns att tillgodose barnens behov, så fanns också en osäkerhet gällande just hur stödet skulle kunna ges (SOU 2006:100).

Våra fokusgruppsdeltagare ville ha mer kunskap och utbildning om barn till psykiskt sjuka. Särskilt mentalskötarna betonade vikten av utbildning, och sa att de inte fått någon generell sådan i fråga om barnen över huvud taget. Några av kuratorerna, däremot, hade fått ta del av en familjeinterventionsmetod i en utbildning som fortfarande pågick. Att kuratorerna fått utbildning, men inte mentalskötarna, tolkar vi som att det kan finnas en skillnad i hur man väljer att utbilda personalen. Här vill vi återknyta till vår tidigare diskussion om varför kuratorerna upplevde att de hade ett större ansvar för barnens situation och att anmäla vid misstanke om omsorgssvikt. Vi hade där en fundering kring om det var så att kuratorerna själva tagit på sig ansvaret utifrån förväntningar på sin yrkesroll. Utifrån kunskapen om att kuratorerna ändå fått gå en utbildning som inte mentalskötarna fått, så kan vi säga att detta antyder att ansvaret är verkligt och i praktiken ligger mer på kuratorerna än på övrig personal.

6.6 Tankar kring lagförslaget

I vår bakgrund tog vi upp Nationella psykiatrisamordningens slutbetänkande och de skäl som där angetts för ett förslag till ändring i Hälso- och sjukvårdslagen gällande barnperspektivet. Dessa var att förtydliga ett redan befintligt ansvar samt att stärka barnperspektivet (Promemoria, www.regeringen.se). I vår ena fokusgrupp fanns en diskussion om lagförslagets innebörd. Särskilt ordet *beakta* ledde till många frågetecken och deltagarna menade att ordet var diffust och inte sa något om vilken tyngd lagtexten hade. Deltagarna ansåg att om man i stället utformat lagförslaget till att innebära en skyldighet att ge information, råd och stöd till patienternas barn, så skulle lagen kunna användas mer som ett verktyg i det praktiska arbetet. Vi finner här en koppling till Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande, där de föreslog att det skulle bli en skyldighet för vuxenpsykiatrin att ta reda på hur barnens behov ser ut, samt att ge barnen information och stöd där det behövs. Denna skyldighet skulle införas för att stärka barnens ställning och för att påskynda att samhället tog sitt ansvar för barnen (Promemoria, www.regeringen.se). Även Rädda barnen menade att hälso- och sjukvårdens ansvar borde göras ännu tydligare än vad det görs i lagförslaget (Lagrådsremiss, www.regeringen.se). Både Barnpsykiatrikommittén och Rädda Barnen efterfrågar alltså en skyldighet, vilket stämmer överens med vad våra fokusgruppsdeltagare efterfrågat.

I den promemoria om lagförslaget, som behandlats av Socialdepartementet, ansåg man inte att en ändring i lagen skulle medföra ytterligare uppdrag eller uppgifter för vårdgivarna. Man verkade

mena att en lagändring inte skulle medföra några särskilda konsekvenser över huvud taget, men att den skulle innebära ett förtydligande av ett redan befintligt ansvar (Promemoria, www.regeringen.se). Angående en eventuell lagändrings följder menade deltagarna i våra fokusgrupper att det kunde ge rum för ett mer förebyggande arbete, då barnen i det nuvarande akuta arbetet tenderade att hamna i skymundan. Deltagarna sa också att en ändring kunde ge ökad motivation att skapa nya rutiner för att tillvarata barnperspektivet. Några rent praktiska konsekvenser av en lagändring nämndes dock inte. Vi finner därför att deltagarnas uppfattning om en lagändrings konsekvenser stämmer överens med vad som sagts i promemorian om lagförslaget. En lagändring kan innebära ett ytterligare förtydligande och en ny motivation, men ger kanske inte några nya arbetsformer eller uppdrag.

Under fokusgruppsdiskussionerna verkade det finnas en längtan hos deltagarna efter att kunna hjälpa barnen till sina psykiskt sjuka patienter på ett bättre sätt. Gruppen med kuratorer menade även att en lagändring skulle kunna göra deras arbete för att synliggöra barnen mer legitimt. De upplevde att det i nuläget inte alltid fanns förståelse för att det arbete de utförde gällande barnen tog så mycket av deras tid. Enligt Lennér-Axelson och Thylefors finns det en fara när en efterlängtd förändring håller på att ske i en grupp. Oftast blir någon eller några av gruppens medlemmar mer drivande än de andra, vilket då i värsta fall kan kväva de andras engagemang. Gruppen kan delas i två läger, där några vill ha förändring och några är motståndare (Lennér-Axelson & Thylefors, 2005). Vi funderar på om det skulle kunna finnas en risk att kuratorerna hamnar i den drivande rollen, då de redan nu upplever sig vara de som fått ett större ansvar i frågan om barnen till patienterna.

I båda fokusgrupperna ansåg deltagarna att informationen om lagförslaget från chefsnivå varit otillfredsställande, och man var missnöjd med detta. Vissa av deltagarna hade inte fått någon information över huvud taget och betvivlade att de skulle bli informerade senare. Här vill vi återigen peka på vikten av kommunikation, som Lennér-Axelson och Thylefors anser är viktigt för en organisation. Kommunikation och information måste vara tydlig. Är den det, så förebyggs misstro och en trygghet skapas. Medarbetarna får då samma referensram och kunskapsplattform att arbeta utifrån. Är informationen däremot otydlig sprider det en känsla av osäkerhet bland medarbetarna och en oro kan uppstå över att man kanske är den enda personen som missat viktig information (Lennér-Axelson & Thylefors, 2005). Att våra deltagare i fokusgrupperna var missnöjda med informationen om lagförslaget anser vi ger en otydlig bild av lagförslagets betydelse. Om personalen inte får information om lagförslaget kan det tolkas som om lagändringen inte kommer att vara av betydelse för verksamheten.

7. AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Arbetet med vår uppsats har väckt många tankar och funderingar. Några av dessa vill vi här ägna särskild uppmärksamhet. Vi vill påpeka att vårt mål inte är att dra generella slutsatser av vårt resultat, men vi anser att vissa aspekter av det är värda att diskutera och kanske även vidare reflektera kring.

Något som kommit fram i vårt resultat är att flera av deltagarna såg en stor medvetenhet om barnperspektivet bland personal inom psykiatrin. Alla deltagare sa vidare att det var rutiner och handlingsplaner som fattades i arbetet med att tillgodose barnens behov. Man ville hjälpa barnen,

men ofta kom man inte längre än till att samtala om dem. I vår diskussion tog vi upp att deltagarnas önskan om bättre rutiner verkade bekräftas av Nationell psykiatrisamordnings utredning. Vi menar därför att den främsta vikten i arbetet med att stärka barnperspektivet inom vuxenpsykiatrin bör ligga på att utarbeta rutiner och handlingsplaner. Det är i rutinerna som de goda föresatserna omsätts i praktik. För att detta ska bli möjligt tror vi att frågan måste uppmärksammas på chefsnivå. Arbetet med att utforma rutiner måste få ta den tid det tar, då det verkar vara avgörande för hur barnen uppmärksammas i det praktiska arbetet.

Något annat som vi vill lyfta fram är samtalet om på vems ansvar det ligger att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. Vi fann det högst intressant att de två grupperna verkade ha olika uppfattning om vems ansvaret är. Vissa av kuratorerna kände att mycket av ansvaret låg på dem, och de hade även fått en del utbildning om barnens situation och behov. Vi tror att ansvaret att uppmärksamma barnperspektivet i det stora hela behöver tydliggöras. Det handlar inte enbart om vem som ska besluta om att göra anmälan, utan om ett allmänt ansvar för att barnen i alla situationer ska bli uppmärksammade. Ett tydliggörande skulle kunna leda till att kuratorerna får mer legitimitet i det arbete de gör. Vi menar att om det ska finnas ett ansvar, så måste det vara tydligt på vem det ligger och vad det innebär. Efterfrågan på tydlighet är också anledningen till uppsatsens titel "Vad betyder beakta?", då vi anser att den uttrycker den osäkerhet och otydlighet som verkar finnas inom fokusgruppsdeltagarnas verksamheter – och kanske till och med inom vuxenpsykiatrin i stort.

Tidigare forskning ger en bild av att vuxenpsykiatrin sällan anmäler till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa. Professionella inom psykiatrin har i intervjuer sagt att de misstror socialtjänsten, och att det upplevdes som negativt att psykiatrin inte fick insyn i socialtjänstens ärenden (SoS 1999:11). Bilden som lätt fås är då att psykiatrin är ovillig att samarbeta med socialtjänsten, och att man inte ser till barnens bästa. Ser vi till deltagarna i våra fokusgrupper finner vi att även de uttryckt en oro kring vad som sker då en anmälan gjorts, men då var det utifrån en rädsla att förlora insynen i barnens situation. I vår diskussionsdel uttryckte vi en fundering kring om tvekan att anmäla kanske berodde på omsorg om barnets bästa, då den enda kontakten med barnet går genom patienten. Om det är så, så visar detta på att man inom psykiatrin har goda intentioner, men att det behövs en dialog och en förståelse mellan socialtjänst och psykiatri. Dagens situation är inte tillfredsställande om de professionella känner att en anmälan gör att man mister kontakten med patienten och förlorar insynen i barnens liv. Därför tror vi att det är viktigt att det sker en diskussion bland de professionella inom psykiatri och socialtjänst om hur de kan få fram ett tillfredsställande arbete med barnen. Detta, tänker vi, hör ihop med bristen på rutiner, men det är viktigt att inte förbise att psykiatrin trots allt verkar värna om barnen.

I vår diskussionsdel tog vi upp att deltagarna i våra fokusgrupper inte nämnde några praktiska förändringar i arbetet, och att detta verkade stämma överens med det som stod i promemorian om lagförslaget (Promemoria, www.regeringen.se). Några av våra deltagare ansåg också att förslaget om lagändring var oklart och att de velat att det inneburit en skyldighet. Vår vidare reflektion kring detta är att deltagarna inte anser att lagförslaget kommer att förändra arbetet på ett fundamentalt sätt, även om det kan ge ökad motivation till att uppmärksamma barnperspektivet. Vi frågar oss då, utifrån vad våra fokusgruppsdeltagare sagt, om de inte är just en fundamental förändring som behövs? Kanske en skyldighet att tillgodose barnens behov av information, råd och stöd skulle tvinga fram nya rutiner inom verksamheten, och göra det lättare att uppmärksamma barnens situation.

Avslutningsvis vill vi säga att vårt arbete med denna uppsats varit mycket inspirerande och har gett oss en intressant inblick i de professionellas upplevelse av barnperspektivet inom psykiatrin. Vårt arbete har också gett oss mersmak och gjort oss nyfikna på hur framtiden kommer att te sig. Om lagändringen går igenom skulle det vara intressant att i en ny undersökning ta reda på vilka faktiska konsekvenser de professionella kan se att lagändringen fått. Det hade även varit spännande att följa hur mycket information om lagändringen som skulle gå ut till olika psykiatriska verksamheter runt om i landet. Hur många har i nuläget kunskap om lagförslaget som ligger som remiss hos lagrådet? Vi hoppas att lagförslaget kommer att få mycket uppmärksamhet, eftersom vi anser att det är oerhört viktigt att patienternas barn blir sedda.

8. REFERENSER

Litteratur

Alakus, C. (2000): Children of adult consumers of mental health services: Towards principles of practice. *Australian Social Work* Vol. 53 Nr 3, s,45-53.

Aldridge, J. (2006): The Experiences of Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. *Child Abuse Review*, Vol. 15, s. 79–88.

Baistow, K. & Hetherington, R. (2001): Supporting Families with a Mentally Ill Parent: European Perspectives on Interagency Cooperation. *Child Abuse Review* Vol. 10 s. 351–365.

Billinger, K. Fokusgrupper - en datainsamlingsmetod. (2005) I Larsson, S. Lilja, J. & Mannheimer K. (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete* Lund: Studentlitteratur.

Borberg, A, Almqvist, K. & Tjus, T (2003): *Klinisk barnpsykologi: utveckling på avvägar* Stockholm: Natur och kultur.

Cowling, V. (1996): Meeting the support needs of families with dependent children where the parent has a mental illness. *Family Matters, Australia, Issue 45* s. 22-25.

Cullberg, J. (1999): *Dynamisk psykiatri : i teori och praktik* Stockholm : Natur och Kultur.

Edenhammar, K., Ek, S., Ewerlöf, G., Gustafsson, L H., Hammarberg, T & Sverne, T (19994): *Respekt för barnet: FN:s konvention om barnets rättigheter* Stockholm: Rädda barnen.

Killén, K. (2009): *Barndomen varar i generationer: Om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K (2005): *Forskningsmetoder i socialt arbete* Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (2005): Kvalitativ metod – en introduktion. I S. Larsson, J. Lilja, & K. Mannheimer, (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete* Lund: Studentlitteratur.

Lenneer-Axelsson, B & Thylefors, I (2005): *Arbetsgruppens psykologi* Stockholm: Natur och kultur.

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

SOU 2006:100: *Ambition och ansvar: nationell strategi för utveckling av samhällets insatser till personer med psykiska sjukdomar och funktionshinder: slutbetänkande av Nationell psykiatrisamordning* Socialdepartementet.

SOU 1998:31: *Det gäller livet: stöd och vård till barn och ungdomar med psykiska problem*. Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande. Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. SoS rapport 1999:11. Barn till psykiskt sjuka föräldrar.

Svedberg, L. (2007): *Gruppsykologi: om grupper, organisationer och ledarskap* Lund: Studentlitteratur.

Svenning, C. (2003): *Metodboken [samhällsvetenskaplig metod och metodutveckling: klassiska och nya metoder i informationssamhället: källkritik på Internet]*. Eslöv: Lorentz.

Oyserman, D., Mowbray, C. T., Allen Meares, P. & Firminger, K. B. (2000). Parenting Among Mothers With a Serious Mental Illness *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 70, nr 3, s. 296-315.

Wibeck, V. (2000): *Fokusgrupper: om fokuserande gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Elektroniska källor

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/63/79/d75541b9.pdf> (Hämtad 2009-02-25)

Socialstyrelsen S2006/9394/HS (2006): *PM: Information, råd och stöd till barn med föräldrar som har en psykisk störning eller en allvarlig fysisk sjukdom m.m.* Regeringskansliet.

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/12/41/49/68879833.pdf> (Hämtad 2009-04-13)

Lagrådsremiss från Socialdepartementet (2009): *Vissa psykiatrifrågor m.m.* Utgiven 2009-04-09.

<http://www.sos.se/fulltext/111/2001-111-2/pdf.htm> (Hämtat 2009-03-09)

Folkhälsorapport 2001 Socialstyrelsen.

<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8707/2005-111-2.htm> (Hämtat 2009-04-06)

Folkhälsorapport 2005 Socialstyrelsen.

Ljungskile 2009-03-16

Hej!

Vi är två studenter som läser sjunde terminen på socionomprogrammet vid Göteborgs universitet. Vi skriver nu en C-uppsats, vars syfte är att ge oss en bild av hur professionella inom vuxenpsykiatri ser på sitt arbete utifrån lagstiftning gällande barn till psykiskt sjuka patienter. En av anledningarna till vårt intresse är den lagändring i HSL som görs första juli 2009, där det sägs att hälso- och sjukvården särskilt ska beakta barns behov av information, råd och stöd om barnet har en förälder med exempelvis en psykisk störning eller funktionsnedsättning. Vi är intresserade av att få en diskussion kring hur lagstiftningen påverkar det praktiska arbetet inom vuxenpsykiatri.

Som datainsamlingsmetod har vi valt att använda oss av fokusgrupper, vilket innebär gruppdiskussion rörande några teman som vi vill ta upp. Diskussionen kommer att ta ca 1,5 - 2 timmar. Det som diskuteras under träffen behandlas konfidentiellt, och i den färdiga uppsatsen kommer materialet att presenteras på ett sådant sätt att uppgiftslämnarnas identiteter inte röjs. Det material vi samlar in kommer endast att användas till vår C-uppsats, därefter kommer materialet att makuleras. De enda som har tillgång till materialet under uppsatsskrivandets gång är vi själva samt vår handledare. De personer som deltar i studien kan när som helst välja att avbryta sitt medverkande utan att behöva ange något skäl till detta, och utan att detta får några följder från vår sida.

Kontakta oss gärna på något av nedanstående nummer/e-post vid eventuella frågor.

Med vänlig hälsning

Anna-Sara Henriksen

Sanna Wingård

Frågor till fokusgrupperna

1. Vad är er uppfattning om uppmärksamheten kring barnperspektivet vuxenpsykiatri?

Tema: skyldigheter

2. Vilka skyldigheter, enligt lagstiftning gällande barn till psykiskt sjuka patienter, finns det?
3. Vilka tankar har ni kring dessa skyldigheter?

Tema: det praktiska arbetet

4. Hur arbetar ni utifrån de skyldigheter som ni nämnt?
5. Vad tycker ni fungerar bra i ert arbete med psykiskt sjuka föräldrar och deras barn?
6. Vad skulle behöva utvecklas i arbetet?

Tema: Lagändringen

7. Vad tror/tycker/tänker ni om det förslag till ändring i Hälso- och sjukvårdslagen?
8. Om förslaget kommer träda i kraft, tror ni då att det kommer att få konsekvenser om i ert praktiska arbete?
9. Om ja, på vilket sätt?

Avslutning

10. Är det något ni vill tillägga?
11. Finns det några avslutande reflektioner kring det som idag kommit upp under diskussionen?

Samtycke till deltagande i studien

Studien handlar om professionellas uppfattning om lagens påverkan på arbetet med psykiskt sjuka föräldrar och deras barn.

Att delta i studien är frivilligt. Det som diskuteras under fokusgruppträffen kommer att behandlas konfidentiellt. I den färdiga uppsatsen kommer materialet att presenteras på ett sådant sätt att uppgiftslämnarnas identiteter inte röjs. Det material som samlas in kommer endast att användas till C-uppsatsen, därefter kommer materialet att makuleras. De enda som har tillgång till materialet under uppsatsskrivandets gång är de två C-uppsatsstudenterna samt deras handledare. I övrigt förväntas deltagarna behandla det som sägs i gruppen med största aktsamhet.

De personer som deltar i studien kan när som helst välja att avbryta sitt medverkande utan att behöva ange något skäl till detta, och utan att detta får några följder från C-uppsatsstudenternas sida.

Anna-Sara Henriksen

Sanna Wingård

Jag tagit del av ovanstående information och samtycker till att deltaga i studien

Namn

Datum

Lagförslag

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom, föreskrivs att 2f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha följande lydelse.

<i>Nuvarande lydelse</i>	<i>Föreslagen lydelse</i>
<p style="text-align: center;">2f§</p> <p>Hälso- och sjukvården <i>skall</i> på socialnämndens initiativ, i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer av 2 kap. 8-11 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och av sekretesslagen (1980:100).</p>	<p>Hälso- och sjukvården <i>ska</i> på socialnämndens initiativ i frågor som rör barn som far illa, eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs. I fråga om utlämnande av uppgifter gäller de begränsningar som följer 2 kap. 8-11 §§ lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område av sekretesslagen (1980:100).</p> <p><i>Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnet har en förälder som har</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning</i> <i>2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada eller</i> <i>3. ett missbruk av alkohol eller annan beroendeframkallande medel.</i> <p><i>Detsamma gäller om ett barn har en förälder som plötsligt dör.</i></p>

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).