



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

# BARN SOM ANHÖRIGA

Samverkan utifrån barnets bästa

Lina Henricson & Emma-Karin Bernhardsson

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Kandidatnivå, HT-2015

Handledare: Weddig Runquist

## **Abstract**

**Titel:** Barn som anhöriga- samverkan utifrån barnets bästa

**Författare:** Lina Henricson och Emma-Karin Bernhardsson

**Handledare:** Weddig Runquist

**Examinator:** Tore Brännberg

Syftet med vår studie är att explorativt undersöka hur företrädare för socialtjänst och psykiatri ser på behovet av samverkan för att stödja barn till föräldrar med psykisk ohälsa, samt hur och på vilket sätt samverkan sker mellan dessa organisationer när det gäller aktuell målgrupp. För att svara på våra frågeställningar valde vi att genomföra en kvalitativ studie som bygger på åtta semistrukturerade intervjuer med professionella inom socialtjänst och öppensykiatri. Vi har i denna studie utgått ifrån nyinstitutionell teori och samverkansteori för att tolka och analysera vår empiri, även barnperspektivet har varit en viktig utgångspunkt i vår analysprocess. Utifrån vårt resultat kan vi konstatera av den samverkan som idag finns mellan öppensykiatri och socialtjänsten när det gäller barn som anhöriga i princip är obefintlig. En trolig anledning till detta ligger i att behovet av samverkan har drivits fram av politikernas vision om en helhetssyn mellan psykiatri och socialtjänsten men visionen har inte brutits ner i specifika mål som går att realisera i verkligheten. Däremot framkom en tydlig önskan om att hitta samverkansformer som tar till vara på öppensykiatriens och socialtjänstens kunskap och kompetens och bidrar till en helhetssyn på barnet som anhörig.

**Nyckelord:** barn som anhöriga, perspektiv, samverkan, socialtjänst, öppensykiatri.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Syfte och frågeställningar .....	8
1.2 Centrala begrepp som används i studien.....	9
1.3 Avgränsningar.....	10
1.4 Uppsatsens fortsatta disposition .....	11
1.5 Arbetsfördelning .....	11
<b>2. Barn som anhöriga – från då till nutid</b> .....	<b>12</b>
2.1 De osynliga barnen .....	12
2.2 Psykiatrireformen .....	13
2.3 Svensk lagstiftning.....	14
2.4 FN:s barnkonvention .....	17
2.5 Stöd till barn som anhöriga.....	18
<b>3. Kunskapsläget</b> .....	<b>21</b>
3.1 Samverkan mellan landsting och kommun.....	21
3.2 Förutsättningar och vinster med samverkan .....	23
3.3 Anhörigstöd riktat till barn .....	24
3.4 Barnperspektivet eller barns perspektiv.....	25
3.5 Delaktighet.....	26
<b>4. Teoretiska utgångspunkter</b> .....	<b>29</b>
4.1 Nyinstitutionell teori.....	29
4.2 Samverkansteori .....	31
4.2.1. Vertikal eller horisontell integrering.....	32
4.2.2. Samarbetsmodeller.....	32
4.2.3. Samverkans dilemma .....	34
<b>5. Metod</b> .....	<b>36</b>
5.1 Val av metod.....	36
5.2 Urvalsprocess.....	37
5.3 Tillvägagångssätt vid insamling av empiri .....	38
5.4 Bearbetning och analys av empirin.....	40
5.5 Studiens tillförlitlighet .....	41
5.5.1. Trovärdighet.....	42
5.5.2. Överförbarhet.....	42

5.5.3. Pålitlighet .....	43
5.5.4. En möjlighet att styrka och konfirmera .....	44
5.6 Förförståelse av ämnet .....	44
5.7 Forskningsetiska överväganden .....	45
5.7.1. Informationskravet .....	45
5.7.2. Samtyckeskravet .....	45
5.7.3. Konfidentialitetskravet .....	45
5.7.4. Nyttjandekravet .....	45
<b>6. Resultat och analys .....</b>	<b>46</b>
6.1 Att synliggöra barn som anhöriga .....	47
6.2 Samverkan kring barn som anhöriga .....	53
6.2.1. Legitimitet .....	55
6.2.2. Perspektiv och ansvarsfördelning .....	56
6.2.3. Perspektiv på samverkan .....	59
6.2.4. Ansatser till samverkan .....	61
6.2.5. Hinder för samverkan .....	62
6.2.6. Fördelar med samverkan .....	65
6.3 Delaktighet .....	69
<b>7. Avslutande diskussion .....</b>	<b>74</b>
7.1 Slutsats .....	74
7.2 Avslutande reflektioner .....	76
<b>8. Referenser .....</b>	<b>78</b>

## **Förord**

Vi vill tacka alla som på olika sätt bidragit till slutförandet av vår uppsats. Framförallt så vill vi tacka våra respondenter för deras villighet att ställa upp och på så sätt bidra med sin kunskap och erfarenhet. Vi vill även rikta ett stort tack till vår handledare Weddig Runquist för stort engagemang och stöd under arbetets gång.

Tack!

Alingsås, december 2015

Lina Henricson

Emma-Karin Bernhardsson

# 1. Inledning

I Sverige har omkring 8 procent av alla barn en förälder som fått vård på grund av missbruksproblem eller psykisk ohälsa. Av dessa barn är det dubbelt så många som slutar grundskolan utan fullständiga betyg, jämfört med barn som växer upp med föräldrar utan psykisk ohälsa. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa löper också en högre risk att begå självmord (Socialstyrelsen, 2013:38). Barnets egna behov av psykiatrisk vård är 2-3 gånger vanligare om barnet har en förälder som varit inlagd inom psykiatrisk slutenvård (ibid). Forskningen visar även att familjens behov av försörjningsstöd är mer vanligt förekommande (Danon & Hansson, 2015). Rapporten *Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader* visar på en samhällsvinst på omkring 35 miljarder årligen om ohälsan för dessa barn kan sänkas till samma nivå som övriga befolkningen (Hovstadius, Ericson & Magnusson, 2015).

När föräldrar eller vårdnadshavare brister i sitt ansvarstagande för sina barn läggs ansvaret över på kommunen. I 5 kap. 1 § socialtjänstlagen (SFS 2001:453) stadgas, att ”Socialnämnden ska verka för att barn och ungdomar växer upp under trygga och goda förhållanden”. Även hälso- och sjukvården har ett ansvar för dessa barn. Av 2g § HSL (SFS 1982:763) klargörs att denna verksamhet har ”skyldighet att beakta barnets behov av information, råd och stöd när en förälder har en psykisk sjukdom, är allvarligt somatisk sjuk eller missbrukar”. Barn till föräldrar med psykisk ohälsa är således en gemensam målgrupp för psykiatrin och socialtjänsten.

Hälso- och sjukvårdslagen respektive patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är tydliga när det gäller kravet på att synliggöra barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa: att dessa barn ska erbjudas insatser i form av råd och stöd samt kravet på att samverka kring denna målgrupp. Socialtjänsten utgår, som nämndes ovan, från en mer allmänt formulerad lagbestämmelse som syftar till att främja att barn växer upp ”under trygga och goda förhållanden” (5 kap. 1 § SoL). I jämförelse med skrivningen i HSL är detta åtagande betydligt mer vagt och svårtolkat.

Socialtjänsten ska även enligt 5 kap 10 § SoL ”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”. Dessvärre omfattar inte paragrafen barn, utan enbart vuxna anhöriga. Barn under 18 år har inget formellt eller juridiskt ansvar för syskon eller föräldrar och kan därför inte falla in under bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL (Socialstyrelsen, 2013a:10). Barn som anhöriga är däremot inkluderade enligt 5 kap 8a § SoL som handlar om krav på samverkan när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning. Enligt förarbetena till denna lagbestämmelse är det angeläget att de gemensamma överenskommelserna mellan kommun och landsting, innehåller rutiner för hur barn som anhöriga ska ges information, råd och stöd på bästa sätt (SOU 2006:10). Detta förtydligas i det meddelandeblad som skickades ut av Socialstyrelsen år 2010 till kommuner, landsting, samt olika brukarorganisationer (Socialstyrelsen, 2010:9).

Behovet av samverkan mellan psykiatri och socialtjänst kring barn som anhöriga uppmärksammades under 1990-talet då personal inom socialtjänsten uttryckte en oro för att det fanns ett stort mörkertal av barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Många av dessa barn misstänktes redan vara kända inom psykiatri men okända för socialtjänsten. Detta ledde till att man 1994 startade Barnprojektet som var ett samarbetsprojekt mellan Socialtjänsten i Stockholm och Västra Stockholms Sjukvårdsområde (Skerfving, 1996:3).

Trots att samhället redan för 20 år sedan uppmärksammade ett behov av en ökad samverkan mellan socialtjänst och psykiatri kring barn som anhöriga, så visar Socialstyrelsen i sin rapport *Förbättrat stöd till barn som anhöriga* (2015), att det finns mycket kvar att göra. Fortfarande uppmärksammas långt ifrån alla barn som anhöriga vars föräldrar är kända i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, så att deras behov av information, råd och stöd ska kunna tillgodoses. Barnen till föräldrar med psykisk ohälsa är ofta dåligt informerade om sina rättigheter och har svårt att hävda sina egna behov. Om samhällets olika verksamheter kan samverka mer kring de insatser man ger till barnen, minskar självklart risken att de hamnar i ingenmansland (Socialstyrelsen, 2015:7). I rapporten framgår vidare att landsting/regioner arbetar för att skapa strukturer för ett fungerande samverkansarbete i form av politiska beslut, styrdokument, utpekat ansvar,

barnombud, samverkansstrukturer, journalsystem, system för uppföljning med mera utifrån 2 g § HSL. I knappt en sjättedel av kommunerna har socialtjänsten påbörjat ett arbete för att skapa förutsättningar för bättre samordning i utredningar och insatser till barn som anhöriga (ibid). Rapporten visar vidare att Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och Nationellt kunskapscenter för anhöriga (NKA) ger kommunerna fortsatt stöd i att implementera ett familjeorienterat arbetssätt. Ökat fokus behövs på barn som anhöriga i socialtjänstens alla verksamheter (ibid).

Att det utifrån ”barnets bästa” (1 kap. 2 § SoL) finns ett behov av samverkan och därtill ett politiskt och lagstadgat krav på samverkan står utom allt tvivel. Professionella uttrycker generellt att de är positiva till att samverkan kommer till stånd, men hur ser det ut i praktiken? Vi är intresserade av att undersöka hur denna samverkan i så fall är utformad, vilken grad av samverkan som det handlar om och vilka hinder och möjligheter det finns för samverkan. Finns det en strävan efter att hitta gemensamma lösningar och kompletterande insatser där olika professioner möts och barnets behov är det centrala?

Vår studie syftar inte till att ge en generell bild av nuläget för samtliga kommuner och landsting. Vi har fokuserat på hur det ser ut i tre kommuner samt två landsting/regioner när det gäller samverkan kring insatser som riktar sig till barn som anhöriga. Resultaten kan istället ses som en fingervisning om hur detta arbete bedrivs i övriga kommuner och landsting.

## **1.1 Syfte och frågeställningar**

Syftet med studien är att explorativt undersöka hur företrädare för socialtjänst och psykiatri ser på behovet av samverkan för att stödja barn till föräldrar med psykisk ohälsa samt om och hur samverkan sker mellan dessa organisationer. Vi är slutligen intresserade av att undersöka barns delaktighet i själva stödprocessen och även på vilket sätt barns delaktighet påverkar behovet av samverkan.

Syftet kan i sin tur brytas ned i följande frågeställningar:



- Hur arbetar socialtjänst respektive psykiatrin för att synliggöra barn till förälder med psykisk ohälsa?
- Hur ser socialtjänsten och psykiatrin på varandras roller när det gäller stödinsatser till denna målgrupp?
- Hur kan man förstå de hinder och möjligheter som finns för samverkan när det gäller stödinsatser till denna målgrupp.
- På vilket sätt görs barn delaktiga i stödprocessen och på vilket sätt påverkar barns delaktighet behovet av samverkan?

## 1.2 Centrala begrepp som används i studien

*Psykisk ohälsa:* är ett begrepp som kan användas till att beteckna en mängd olika tillstånd. Med psykisk ohälsa avses i denna undersökning dock allvarlig psykisk ohälsa, dvs psykiska problem av en svårighetsgrad som föranleder psykiatrisk vård (schizofreni, psykoser, bipolära störningar, allvarliga depressioner, ångesttillstånd, stressreaktioner och svårare personlighetsstörningar (Socialstyrelsen, 2001:83).

*Anhöriga:* Många gånger används ordet anhörig synonymt med närstående. Socialstyrelsen definierar anhörig som ”person inom familjen eller bland de närmaste släktingar” medan närstående avser ”person som den enskilde anser sig ha en nära relation till” (Socialstyrelsen, 2010b).

*Öppenpsykiatrin:* Den psykiatriska öppenvården vänder sig till patienter från 18 år och uppåt. Det kan handla om tillstånd såsom svåra depressioner, affektiva psykoser, bipolära tillstånd, ångestrelaterade tillstånd, utmattningsreaktioner samt djupgående personlighetsstörningar (Kungälv's sjukhus, 2015). Om en patient är så pass frisk att den kan ta eget ansvar för sin förbättring har patienten kontakt med öppenpsykiatri. Behandlingen kan bland annat bestå av medicinering, stödsamtal, familj-och nätverksarbete och psykoterapi. Samverkan kan ske med primärvården, socialtjänsten, den kommunala psykiatrin, barn- och

ungdomspsykiatrin, skolhälsovården, arbetsmarknadsenheterna och Försäkringskassan (ibid).

*Institutioner:* Enligt Scott (2008) är institutioner konstruerade av formella och informella regler samt normer men även koder, symboler och olika kunskap. Han menar att det är tre element som karakteriserar en institution. Det första är reglerande, vilka utgörs av de styrande och sanktionerande handlingarna såsom lagar, administrativa procedurer och regler. Det andra är normativa, som bygger på de värderingar och förväntningar som finns mellan aktörer. Det tredje är kulturellt-kognitiva element som betonar symboliska system som ligger till grund för antaganden som sällan ifrågasätts (ibid: 50-51). Dessa tre element utgör basen för omgivningens syn på organisationens legitimitet vilken i sin tur är avgörande för en dess överlevnad (Johansson, 2011: 114). ”Gemensamma värderingar blir viktiga sammanhållande kitt som influerar kunskapsutvecklingen. Institutioner tänker inte själva utan genom de individer som befolkar dem”, konstaterar Linde och Svensson (2013: 168). En institution är ingen självständig aktör utan är ett större sammanhang inom vilken organisationer verkar.

### **1.3 Avgränsningar**

Vi har valt att begränsa vår studie till att undersöka samverkan kring stödinsatser för barn som anhöriga. Vi kommer inte att närmare belysa hälso- och sjukvårdens skyldighet att anmäla till socialtjänsten vid misstanke om att ett barn far illa (14 kap. 1 § SoL). Vi kommer inte heller att beröra övriga anhöriggrupper. Vi kommer inte att undersöka andra insatser som socialtjänsten eller psykiatrin kan tänkas tillhandahålla riktad mot denna målgrupp.

Vi har valt att betrakta samverkan som ett interorganisatoriskt fenomen, dvs. samverkan mellan socialtjänst och psykiatrin. Vi kommer inte att behandla aktiviteter mellan delar inom en organisation eller det som sker i mötet mellan professionella grupper.

## **1.4 Uppsatsens fortsatta disposition**

*Kapitel 2* har vi valt att benämna ”Barn som anhöriga- från då till nu”. Här beskriver vi historiskt hur samhället har sett på barn som anhöriga och belyser mer ingående anhörigstödet funktion och roll. Vi redogör även för den lagstiftning som är tillämplig för målgruppen. I *kapitel 3* belyser vi kunskapsläget med fokus på samverkan mellan landsting och kommun, anhörigstöd riktat till barn, barnperspektiv eller barnets perspektiv samt delaktighet. I *kapitel 4* redogör vi för våra teoretiska utgångspunkter (nyinstitutionell teori och samverkansteori). I *kapitel 5* redovisar vi olika metodfrågor under forskningsprocessen samt våra överväganden i samband med detta. Även frågan om undersökningens tillförlitlighet och forskningsetiska överväganden tas upp i detta kapitel. *Kapitel 6* är ett integrerat resultat- och analyskapitel. *Kapitel 7* innehåller en avslutande diskussion om vilka slutsatser som kan dras av undersökningens resultat om socialtjänstens och psykiatrins delade ansvar om barn till föräldrar med psykisk ohälsa samt hur en sådan samverkan eventuellt ser ut eller skulle kunna tänkas se ut i framtiden.

## **1.5 Arbetsfördelning**

Under vår studie har vi mestadels suttit tillsammans och arbetat. Vi har dock skrivit delmoment av uppsatsen var för sig men vi har alltid gått igenom texten tillsammans och kontinuerligt gett återkoppling till varandras texter.

Majoriteten av intervjuerna har vi genomfört tillsammans. I två fall hade inte båda möjlighet att vara med. I de gemensamma intervjuerna delade vi upp arbetet så att en av oss höll i intervjun medan den andra satt och lyssnade aktivt samt antecknade eventuella följdfrågor. Alla intervjuerna delades upp mellan oss och vi transkriberade dem var för sig. Analysen och kodningen genomfördes tillsammans.

## 2. Barn som anhöriga – från då till nutid

Detta kapitel inleds med en historisk tillbakablick som belyser hur barn som anhöriga har betraktats genom tiderna. Från ett osynliggörande till att idag vara en samhällsgrupp med egna behov och rättigheter i rollen som anhörig.

### 2.1 De osynliga barnen

Benämningen ”de osynliga barnen” emanerar från socialarbetaren och barnpsykoanalytikern Selma Freiberg som myntade begreppet redan 1978. Hon uppmärksammade barnen i sin studie om schizofrena patienter och hon beskrev barnen som *spökligt närvarande* vid sina föräldrars behandling (Skerfving, 2015: 22). Innan dess hade barnen setts som omedvetna bihang och ägnades ingen större uppmärksamhet. Freiberg var länge ensam om sitt forskningsområde och först omkring mitten av 1990-talet började forskare och politiker att intressera sig mer för denna målgrupp. Numera beaktas denna grupp som egna personer med svårigheter i rollen som anhörig eller vårdare av sin förälder (Ibid:23).

Under 1980-talet bedrevs forskning vilken påvisade tidiga relationers betydelse för barnet och vilka skadliga effekter separationer kan innebära för ett barn. Detta resulterade i ett ökat fokus på stödinsatser i hemmet såsom boendestödjare och kontaktfamilj för att hjälpa föräldern i sitt föräldraskap (Skerfving, 2015:27), vilket senare även bidrog till att hela psykiatrivården förändrades.

Ersta Vändpunkten var den första barngrupp som 1989 startade i Sverige. Gruppen riktades till barn med missbrukande föräldrar. 1996 startades barngruppen ”Källan” av schizofreniförbundet med hjälp av Socialstyrelsen. Detta var den första barngruppen för barn till psykiskt sjuka i Sverige. Strukturen, som gruppen vilade på, var samma grundform som Ersta Vändpunkten. Syftet med gruppen var flerfaldiga, bland annat att låta barnen träffa andra barn i samma situation och att barnen gavs möjlighet att prata om sina känslor. Det var även en möjlighet för barnen att få information om olika psykiska sjukdomar och hur detta kan påverka hela familjen. Barnen fick lära sig att upptäcka sina egna förmågor,

styrkor och möjligheter samt hur de kan söka stöd och hjälp när föräldern blir sjuk (Forinder & Hagborg, 2008: 152-153).

Från 1996 och framåt har barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom fått ett ökat utrymme inom socialtjänsten och på senare år även inom psykiatrin. Fortfarande uppmärksammas dock långt ifrån alla barn som anhöriga vilkas föräldrar är kända i hälso- och sjukvården och socialtjänsten, så att deras behov av information, råd och stöd ska kunna tillgodoses. Variationen är stor mellan olika verksamheter, målgrupper och delar av landet (Socialstyrelsen, 2015a:7).

## **2.2 Psykiatrireformen**

Psykiatrireformen som genomfördes 1995 är viktig att beakta i vår studie då ansvaret för de psykiskt långtidssjuka härmed blev ett delat ansvar mellan kommunen och psykiatrin. De slutna stora mentalsjukhusen stängdes ner och patienterna skickades hem för vård inom öppenvården. Föräldrar med allvarliga psykiska sjukdomar tilläts nu aktivt att utöva sitt föräldraskap i hemmet (Skerfving, 2015:25). Barn som förut hade separerats från sin förälder får nu uppleva sin förälder i bra perioder men även i perioder med ångestattacker, psykoser och depressioner, ofta utan att ha en annan vuxen vid sin sida (Jansson, Larsson & Modig, 2011:21).

Reformen föregicks av psykiatriutredning Valfärd och Valfrihet - service, stöd och vård för psykisk sjuka (SOU 1992:73) som visade att personer med långvariga och allvarliga psykiska sjukdomar har sämre levnadsvillkor än befolkningen i övrigt. Utredningen visade även på vikten av kommuner i samverkan med landsting kartlägger olika behov hos psykiskt störda som underlag för den övergripande planeringen (Socialstyrelsen 2012: 9-11). Det var inte längre nödvändigt med långvarig sjukhusvistelse för patienterna i lika stor utsträckning som förr, delvis på grund av förändrade behandlingsmetoder med ökad användning av psykofarmaka, psykoterapi och psykosociala stödinsatser (Skerfving, 2015:25).

Nyckelorden i reformen var samverkan, vårdplanering, brukar- och anhöriginflytande, sysselsättning-rehabilitering och boendestöd. Intentionen med denna reform var att normalisera patienternas levnadsförhållanden (ibid). Istället för att isoleras från familj och nätverk skulle patienten leva ute i samhället med stöd av sin omgivning. Detta gjordes för att främja personer med psykiska funktionshinders åter- och övergång till ett socialt liv på sina egna villkor (Skerfving, 2015:25).

Ansvar för de psykiskt långtidssjuka blev ett delat ansvar mellan kommunen och psykiatrin. Kommunens uppgift handlar främst om boende och sysselsättning. Psykiatrin ansvarar för att gå in med tidiga insatser och att involvera familj och anhöriga som stöd för patienten. Vården skall nu tillhandahållas genom öppenvårdsmottagningarna (Skerfving, 2015:26). Olyckligtvis sammanföll reformen med den omfattande saneringen av statsfinanserna, som slog hårt mot kommuner och landsting. Det saknades såväl genomarbetade strategier för genomförandet som en central samordningsfunktion. Följden blev att mycket av den lovvärda intentionen inte kunde omsättas i praktisk handling (Patient-, brukar- och anhörignätverket, 2006:10).

### **2.3 Svensk lagstiftning**

Den 1 januari 2010 infördes en ny bestämmelse i hälso- sjukvårdslagen som innebär en skyldighet att beakta barnets behov av information, råd och stöd när en förälder har en psykisk sjukdom, är allvarligt somatisk sjuk eller missbrukar (2g § HSL, SFS 1982:763). En förutsättning för att detta skall ske i praktiken är att vårdgivarna har en plan för hur informationen och stödet skall ges, vem som har ansvaret och hur informationen ska vara utformad. Detta kräver både god kompetens hos berörd personal och en nära samverkan med andra aktörer (Jansson, Larsson & Modig, 2011:5).

Från och med den 1 januari 2011 har också lagstiftning i PSL (patientskyddslagen, SFS 2010:659) skärpts för att stärka barnperspektivet, lyfta

fram barns rättigheter samt hälso- och sjukvårdens skyldighet att samverka kring barn som anhöriga (ibid).

Den nya bestämmelsen i 6 kap. 5 § PSL lyder:

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska 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 12–14 § och av offentlighets- och sekretesslagen (SFS 2009:400).

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

1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider. Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § SoL (SFS 2001:453).

Patientskyddslagen pekar i paragraf 6:5 på behovet av samverkan. Ett i praktiken etablerat begrepp som dock kan vara svårt att avgränsa och tydligt definiera. Ett sätt att göra det är att diskutera hur samverkan förhåller sig till begrepp som till exempel samordning och samarbete något som vi utvecklar vidare under avsnittet samverkansteori.

En del av samverkan består i att informera patienten om andra verksamheter inom och utanför landstingets organisation som erbjuder till exempel stöd till anhöriga barn, stöd i föräldraskap och stöd i hemmet om behov finns. Samverkan med

andra aktörer sker i samförstånd med familjen och enligt gällande sekretessbestämmelser (Landstinget Östergötland, 2014:2).

I socialtjänstlagen finns ingen motsvarande lagstiftning vad gäller barn som anhöriga.

Däremot framgår följande i 5 kap. 10 §:

Socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder.

Dessvärre omfattar inte lagbestämmelsen barn, utan enbart vuxna anhöriga. ”Barn under 18 år har inget formellt eller juridiskt ansvar för syskon eller föräldrar och kan därför inte falla in under bestämmelsen i 5 kap. 10 § SoL (SFS 2001:453). Det förekommer ändå att barn under 18 år ger omfattande hjälp och stöd till föräldrar eller syskon. Dessa barn behöver givetvis någon form av stöd. Det är dock inte 5 kap. 10 § SoL som reglerar detta. I sådana fall är det insatser inom ramen för bestämmelsen i 5 kap. 1 § SoL som socialnämnden måste överväga” (Socialstyrelsen, 2013a:10). Av sistnämnda lagbestämmelse framgår bland annat att socialnämnden skall verka för att barn och unga växer upp under trygga och goda förhållanden samt även bedriva uppsökande verksamhet och annat förebyggande arbete för att förhindra att barn och ungdomar far illa. I 5:1a § SoL står “Socialnämnden ska i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs [...] Nämnden ska aktivt verka för att samverkan kommer till stånd” (SFS 2001:453).

I paragraf 5:8a SoL understryks kravet på samverkan när det gäller personer med psykisk funktionsnedsättning:

Kommunen ska ingå en överenskommelse med landstinget om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Om det är möjligt bör organisationer som företräder dessa personer eller deras närstående ges möjlighet att lämna synpunkter på innehållet i överenskommelsen (SFS 2001:453).



I Socialstyrelsen meddelandeblad ”Överenskommelse om samverkan Nr 1/2010” som skall fungera som vägledning för tolkning av lagstiftningen framgår bland annat att ”det är angeläget att de gemensamma överenskommelserna innehåller rutiner för hur barn som anhöriga ska ges information, råd och stöd på bästa sätt” (Socialstyrelsen, 2010:9).

## **2.4 FN:s barnkonvention**

Även om stora delar av barnkonventionen, såsom barnets bästa och barnets rätt att fritt uttrycka sina åsikter, redan finns implementerade i bland annat socialtjänstlagen, så valde vi ändå att lyfta fram nedanstående artiklar då de är direkt kopplade till våra frågeställningar som rör barns delaktighet.

När föregångaren till FN, Nationernas förbund, i början av 1900-talet presenterade en deklaration som rörde barns rättigheter låg fokus helt på barn som objekt för vuxnas omsorg (Näsman, 2014:37). När konventionen om barns rättigheter kom i slutet på seklet kombinerades detta med en syn på barnet som aktörer med rätt till delaktighet. Barns ställning har gått från att i huvudsak vara objekt för de vuxnas samtal till att alltmer själva få en röst (Ibid:37).

Rätten för barn till medinflytande genom att få uttrycka sin åsikt och få den respekterad är en av de grundläggande principerna i FN:s konvention om barnets rättigheter (Utrikesdepartementet, 2006:7). Genom att barnet får berätta om sin vardag, om de barn och vuxna som är viktiga, om sina frågor och funderingar över föräldrarnas sjukdom ges en bild av barnets syn på tillvaron och om barnet behöver något stöd (Jansson, Larsson & Modig, 2011:16).

### **Artikel 3. Barnkonventionen**

Vid alla åtgärder som rör barn, vare sig de vidtas av offentliga eller av privata sociala välfärdsinrättningar, domstolar, administrativa myndigheter, eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet.

## **Artikel 12. Barnkonventionen**

1. Konventionsstaterna skall tillförsäkra det barn som är i stånd att bilda egna åsikter rätten att fritt uttrycka dessa i alla frågor som rör barnet, varvid barnets åsikter skall tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.
2. För detta ändamål skall barnet särskilt beredas möjlighet att höras, antingen direkt eller genom företrädare eller ett lämpligt organ och på ett sätt som är förenligt med den nationella lagstiftningens procedurregler, i alla domstols- och administrativa förfaranden som rör barnet.

Konventionen ska ses som en helhet där de olika artiklarna hör ihop. För att kunna avgöra vad som är barnets bästa är det nödvändigt att skapa utrymme för barnet att fritt uttrycka sina åsikter i frågor som rör dem och att tillmäta dem betydelse (Jansson, Larsson & Modig, 2011:16).

## **2.5 Stöd till barn som anhöriga**

Psykisk ohälsa påverkar hela familjen och alla i familjen kan behöva hjälp med att hantera de svårigheter som sjukdomen för med sig. Vilket stöd som erbjuds inom kommun och landsting varierar vilket ställer krav på att det finns lättillgänglig information riktad till dessa familjer.

Många psykiatriska kliniker runt om i Sverige erbjuder familjestöd vilket ges till hela familjen tillsammans. Syftet med detta stöd är att förmedla kunskap om orsaker, symtom, behandling och stöd i att hitta lösningar på de problem som sjukdomen för med sig. På flera psykiatriska kliniker har man börjat arbeta med att stödja familjer enligt en metod som kallas för Beardslees familjeintervention. Metoden förutsätter att föräldern har insikt om att sjukdomen kan påverka barnet samt orkar fokusera på barnet och föräldraskapet. Familjeinterventionen är utarbetad av William Beardslee och handlar om att stödja barn som är anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa (Beardslee, 2003). Metoden syftar till att öka förståelsen om att hela familjen påverkas och förändras i och med förälderns sjukdom. Det är en preventiv metod som arbetar med individuella samtal med alla i familjen samt familjesamtal. Undersökningar visar att i och med att barnets

förståelse för föräldrarnas förändrade beteende, ökar även barnets resiliens och skyddsfaktorer mot en egen ohälsa. Kunskap och en öppen dialog om föräldrarnas sjukdom skyddar barnet från att själva må dåligt när föräldern är sjuk.

Interventionen utförs på relativt friska familjemedlemmar och arbetar på så sätt förebyggande med alla i familjen (ibid). Beardslees familjeintervention främjar även föräldrarnas medvetenhet om andra skyddsfaktorer, såsom fungerande skola, kamratrelationer och intressen (Pihkala, 2011:14). I praktiken kan metoden även ha andra kortsiktigare vinster. Man vill åstadkomma att barnet som anhörig blir hörd och att man som professionell uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens krav på att uppmärksamma barnen till patienterna (ibid).

Många kommuner erbjuder via socialtjänsten gruppverksamheter för barn och ungdomar där man får träffa andra i utsatta livssituationer. I vissa kommuner blandas problematik, exempelvis barn till förälder i missbruk, psykisk ohälsa eller med våldsbeteende medan andra kommuner separerar dessa grupper.

Att få tillgång till en gruppverksamhet kan ses som ett komplement och ett tillägg i andra resurser såsom familj, vänner, sjukvård och socialtjänst. Det främsta syftet med gruppverksamhet är att ge emotionellt och ömsesidigt stöd, genom samtal, för människor i samma situation (Essén, 2008: 58-59). I barngruppen blandas erfarenheter barnen emellan med att lära ut handlingsstrategier och verktyg för att de skall klara av vardagen och ge dem en ökad förmåga att ta livet i egna händer (Lindstein, 2008: 111, 118).

Styrkan med att delta i barngrupp, via exempelvis socialtjänsten, jämfört med att gå i enskilda samtal kan vara att den unge ges möjlighet att dela erfarenheter med andra i samma ålder och höra någon annan berätta om det man själv tänker eller känner. Barnet kan också få stöd i att förstå föräldrarnas svårigheter och hur familjen påverkas, en medvetenhet om sina egna behov, bli avlastad från skam och skuld, en ökad framtidstro och hoppfullhet, stöd i att undvika att utveckla egna problem samt i att stärka sin självkänsla (Alingsås kommun, 2015).

En del kommuner erbjuder även föräldragrupper parallellt med barngrupper till vilken föräldern rekommenderas om barnet är deltagare i någon barngrupp. Man vill på så sätt öppna upp för ett gemensamt språk inom familjen.

Dessa gruppverksamheter räknas inte som bistånd i SoL:s mening som förutsätter ett beslut från socialtjänstens sida och där en utredning ligger till grund för beslutet. Det är istället frågan om en frivillig och kostnadsfri verksamhet som är öppen för alla barn som tillhör målgruppen. Andra vägar till stöd för barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa är genom de insatser som socialtjänsten kan bevilja eller ibland tvingas ta till för att skydda barnet från att fara illa. Insatser från socialtjänsten kan vara kontaktfamilj eller kontaktperson, insats från familjestödsenheter såsom en familjebehandlare. I sällsynta fall leder utredningen till ett tvångsomhändertagande av den unge.

### **3. Kunskapsläget**

I detta kapitel redogör vi både för tidigare forskning och annan kvalificerad och relevant kunskapsproduktion som berör vårt forskningsområde och som visar på kunskapsläget som finns med avseende av vårt valda ämne. Vi sökte artiklar och böcker via Göteborgs universitets hemsida, ub.gu.se där vi haft tillgång till ett hundratal olika databaser såsom Libris, DiVa, Gupea samt Summon. Vi har även sökt på Google Scholar. På Socialstyrelsens hemsida har vi funnit mycket av vårt material och utifrån deras forskningspublikationer har vi tagit hjälp av tillhörande referenslistor. Sökorden vi har använt är ”barn som anhöriga”, ”anhörigstöd”, ”Beardslee familyintervention” samt ”samverkan mellan psykiatri och socialtjänst”. Det har varit enkelt att hitta forskning om behovet av samverkan kring vår valda målgrupp, men desto svårare att finna relevant forskning om samverkan mellan psykiatri och socialtjänst. Vi valde tidigt att utgå och fokusera på samverkan mellan kommun och landsting och utifrån svensk lagstiftning. Således har vi mestadels utgått från svensk forskning och kunskapsläge. På grund att vi varit starkt tidsbegränsade ägnade vi inte mycket uppmärksamhet åt internationell forskning och valde att inte belysa internationella förhållanden. Det vi hittade om internationell forskning berörde främst Beardslee familjeintervention. Vi har tagit del av William Beardslees egen forskning samt även forskning av Heljä Pihkala. Även finska forskare såsom Tytti Solantaus har skrivit om detta ämne. I Finland är Beardslees familjeintervention väl etablerad inom psykiatrin sedan 2000-talet. När det gäller forskning om samverkan mellan psykiatri och socialtjänst har vi tagit upp viss forskning från andra nordiska länder.

#### **3.1 Samverkan mellan landsting och kommun**

Mjörnheden gör 1993 en aktstudie av alla aktuella barnärenden i Lund som handlar om barn till föräldrar med allvarliga och långvariga psykiska störningar (Mjörnheden, 1993; ref. i Skerfving, 1996:62). I studien påtalas behovet av samverkan mellan vuxenpsykiatrin, barnpsykiatrin samt socialtjänsten. Han beskriver organisationers handfallenhet inför de utmaningar som följer av att en patient också är förälder. Man har inom alla organisationer svårt att veta hur man

bör hantera när föräldern avvisar erbjudna insatser (ibid: 61). Vuxenpsykiatri framstod som obenägen att bedöma föräldraförmågan hos patienten och barnpsykiatrien ansågs ha svårigheter att bedöma barnets problem och behov. Liknande slutsats kom två danska forskare, Grunbaum och Gammeltoft, fram till samma år när de studerade 11 fall där barn blivit omhändertagna på grund av mammans psykiska ohälsa. Här såg de att socialtjänsten sökt stöd för sina bedömningar hos vuxenpsykiatrien. Vuxenpsykiatrien hade inte bidragit med något uttalande om kvinnornas omvårdnadsförmåga utan främst utgått ifrån patienternas behov och intressen. Forskarna såg att barnpsykiatrien sällan hade anlåtats för en bedömning av barnets hälsa och utveckling. Följden blev att barnen blev omhändertagna och ofta hade svåra utvecklings- och beteendestörningar, vilket ledde till nya uppbrott och placeringar (Skerfving, 1996: 64).

Det finns mycket forskning om behov av samverkan mellan människo-behandlande organisationer, framför allt mellan landsting och kommun. Detta har varit ett politiskt fokusområde ända sedan psykiatrireformen började implementeras år 1995. Trots detta har kommuners och landstings bristande samverkan varit påfallande i de utvärderingar som har gjorts allt sedan dess (Nationell psykiatrisamordning, 2006:35). Ett skäl till detta tros vara att psykiatrireformen sammanföll med den ekonomiska kris som landet befann sig i under 1990-talet och som slog hårt mot kommuner och landsting (SOU 2001:79). Dessutom saknades såväl genomarbetade strategier för genomförandet som en central samordningsfunktion. Följden blev att de politiska idéerna aldrig på allvar omsattes i praktisk handling (Nationell psykiatrisamordning, 2006:35).

Först under senare år har kravet på samverkan även kommit att innefatta barn som anhöriga. Under avsnitt 1.2 beskrivs den lagstiftning som stärker kraven på samverkan mellan landsting och kommun för denna målgrupp. Samtliga rapporter som vi tar del av visar att samverkan mellan organisationer är viktig för att barnen i denna utsatta grupp ska få den hjälp de så väl behöver och för att barnets perspektiv ska tas tillvara (Skerfving, 1996:82). Att hitta studier som visat på vad som faktiskt görs i praktiken när det gäller samverkan mellan psykiatri och kommun kring stödinsatser för barn som anhöriga är desto svårare. Detta hade vi eventuellt kunnat hitta om vi fokuserat mer på att söka efter utländska källor.

### **3.2 Förutsättningar och vinster med samverkan**

Samverkan kräver interaktion mellan människor som arbetar i olika organisationer. Det finns ett grundantagande om att det finns gränser som måste överskridas (Lindberg, 2005:9).

Mötet över gränserna är dock inte oproblematiskt eftersom organisationer skiljer sig åt vad gäller organisationsprinciper, regelverk samt kunskaps- och förklaringsmodeller (Johansson, 2013: 128). Däremot hävdar Danermark och Kullberg att dessa olikheter i sig inte skapar problem i samverkan under förutsättningen att olikheterna är komplementära och inte konkurrerande (Danermark & Kullberg, 1999:103).

Syftet med samverkan är att representanter för olika berörda myndigheter eller professioner enas om gemensamma lösningar och samordnar sin kompetens och sina resurser till det bästa för barnet och familjen (Axelsson & Bihari-Axelsson 2007:186).

Förutsättningar för samverkan är att man kan ringa in vilken/vilka målgrupper man vill inrikta sig på. Man måste därefter kunna specificera vilka problem man vill angripa och hur detta skall gå till. Vad är det som skall uppnås med samverkan, vilka effekter önskar man? Vidare måste man kunna precisera vilka resurser som kan komma att krävas och hur dessa resurser skall samordnas (Westrin, 1984:283).

Ytterligare förutsättningar för samverkansprojekten är gemensamma lokaler, samordnad administrativ och politisk ledning och klart definierat huvudmannaskap (Grape, 2015: 302).

I en rikstäckande undersökning från 1993 bland Sveriges kommuner instämmer 85 procent med påståendet ”samverkan mellan människor i olika organisationer kan uppnås bara man vill, det handlar mest om person”. Här framhålls vilja och personkemi för att samverkan ska vara framgångsrik. I större och medelstora

kommuner ser man andra förutsättningar för att bra samverkan ska komma till stånd (Kullberg & Danermark, 1999: 10-11).

I motsats till studiens resultat menar dock Danermark att personkemi är sekundärt. Om grundförutsättningarna för samverkan inte finns så spelar personkemin knappast någon större roll (Danermark, 2000:46). Han anser att man bör avliva myten om personkemins stora betydelse, därför att den döljer ledningens skyldighet att skapa förutsättningarna för samverkan. Det är lätt att skylla på personkemin när ett samverkansprojekt misslyckas när det egentligen är de rätta förutsättningarna som saknas (Danermark, 2000: 12).

En god samverkan förutsätter bland annat tydliga mål och uppdrag samt tydlig ansvarsfördelning. Det kräver kunskap om och förståelse för varandras uppdrag och begrepp (2013c:3).

### **3.3 Anhörigstöd riktat till barn**

1991 gjordes på Akademiska sjukhuset i Uppsala, en kartläggning för att ta reda på behovet av stöd och hjälp hos föräldrar med psykisk sjukdom och deras barn. Studien visade att föräldrars allmänna intryck var att barn i förskoleålder och yngre skolår borde hållas utanför sjukhuset och att information om förälderns sjukdom inte borde ges förrän barnet var i tonåren. Uppfattningen var att barnet först i tonåren var mogen nog att ta till sig informationen och förstå situationen. Man såg i studien att ungefär hälften av alla barn till inskrivna patienter inom psykiatrin kom och hälsade på sin förälder under sjukhusvistelsen. Studien visade också att de barn och ungdomar som fått professionell information om förälderns sjukdom hade bättre kontakt med föräldern under sjukhusvistelsen (Skerfving, 1996:67).

1994 startades ”Barnprojektet” som ett led i att öka kunskaper om insatser för barn till psykiskt sjuka föräldrar. Detta var ett samarbetsprojekt mellan Socialtjänsten i Stockholm samt Västra Stockholms (Skerfving, 1996:3). Barnprojektet visade att man inom psykiatrin, redan vid denna tidpunkt, 1996 hade kunskaper om att så många som 20 procent av slutenvårdspatienterna och 25-30 procent av patienterna i öppenvård har minderåriga barn. Ofta visste



personalen om att det fanns barn med i bilden men trots det var det ovanligt att man riktade någon uppmärksamhet till barnet i behandling av föräldern. Psykiatrin erbjöd inte familjesamtal eller enskilda samtal med barn och ungdomar om föräldrarnas sjukdom (Skerfving, 1996:64). Det som Barnprojektet efterfrågade 1996 var ”gemensamma ärendediskussioner (mellan socialtjänst och landsting), professionella bedömningar av barnens utveckling och behov samt av föräldrarnas prognos och förmåga” när frågan uppkom om eventuella insatser och tvångsåtgärder (Skerfving, 1996:69).

Samtal med barnen om föräldrars sjukdom har genom studier, visat sig vara ovärderlig hjälp till barnet att kunna hantera sin situation. Psykoanalytikern Caroline Eliacheff (1995) visar genom sitt arbete på att även en hemsk sanning går att förmedla till ett litet barn och att denna sanning alltid är bättre än ovetskap. Ett barn förstår och uppfattar att något sker, och när den vuxna inte talar om detta, uppstår en förvirring i barnet. Det blir en skillnad mellan det barnet uppfattar som verklighet och vad vuxna förmedlar till barnet (Skerfving, 1996:72).

### **3.4 Barnperspektivet eller barns perspektiv**

En strävan efter att se till barnets bästa har funnits under hela 1900-talet (Halldén, 2003). Den nya synen på barn som förmedlas i FN:s barnkonvention (UD, 2006) innebär att också se barnen som kompetenta och autonoma i förhållande till familjen. Barnperspektivet syftar till att ta tillvara på barns villkor och verka för barnets bästa (Halldén, 2003).

Barnperspektivet kan antingen ses som ett vuxet barnperspektiv eller ett barns perspektiv. Utgår man från ett vuxet barnperspektiv försöker man förstå vad som bäst tillgodoser barns behov med hjälp av vuxna informanter, såsom en förälder. Tar man istället barns perspektiv är det barnen själva som får beskriva sina upplevelser och erfarenheter. Halldén lyfter fram vikten av att barn betraktas som kapabla personer som är involverade i en socialisationsprocess och som inte verkar på dem utan via dem (2003).

Begreppet barnperspektiv är intressant i relation till de insatser som socialtjänsten och psykiatrin erbjuder barn som anhöriga samt i det utredningsarbetet som föregår beslutet. Enligt Rasmusson (2004) behöver vuxna bli mer medvetna om sitt eget synsätt och perspektiv, för att inte förenkla eller förvanska barnets sanning utifrån det vuxna perspektivet. Vems behov är det som framkommer och tillgodoses genom utredningen och beslut?

### **3.5 Delaktighet**

Forskning om barn i utsatthet talar för att delaktighet är en viktig del i omsorgen av barn. Det kan beskrivas med koppling till begreppet KASAM - känsla av sammanhang, ett begrepp som Aaron Antonovsky gett oss genom sin forskning. Detta synsätt präglas av ett salutogent perspektiv (Antonovsky, 2005). Genom att berätta får barn möjlighet att göra sina erfarenheter begripliga. Att få hjälp att sätta ord på känslor, att få dem bekräftade, att reda ut missförstånd hjälper barnet till en känsla av sammanhang. Giltiggörandet av barnets upplevelser kan bidra till återhämtningsprocessen. Att få möjlighet att påverka sin situation ger barnet upplevelsen av hanterbarhet, något som många utsatta barn saknat. Att bli lyssnad på och tagen på allvar bidrar till upplevelsen av mening (Näsman, 2014:38). Olika grader av delaktighet är lämpligt beroende på vilka omständigheterna är. Det vill säga att stegen inte ska tolkas som att det översta steget alltid är målsättningen eller det ultimata. Valfrihet är ett viktigt element vad gäller delaktighet. Lika viktigt är att ta hänsyn till i vilket sammanhang vi agerar. Delaktighet i alla former är inte alltid möjligt eller önskvärt (McNeish, 1999 citerat av Nordenfors 2010:40).

Det råder ett spänningsförhållande mellan synen på barn som objekt i behov av omsorg och skydd i relation till barnet som aktör med rättigheter. Vilket innebär att det är upp till handläggaren eller behandlaren att ha kompetens för att göra rätt bedömningen i förhållande till barnets ålder och mognad (ibid:7).

## **Harts stege för delaktighet.**

- 8 Beslutsfattande initierat av barn, delat med vuxna
- 7 Initierat och styrt av barn
- 6 Beslutsfattande initierat av vuxna, delat med barn
- 5 Konsulterad och informerad
- 4 Anvisad, men informerad
- 3 Symbol
- 2 Dekoration
- 1 Manipulation

(Nordenfors, 2010:39)

De tre nedersta stegen handlar enligt Hart inte om delaktighet. De fem översta trappstegen på Harts stege visar på stigande grad av delaktighet (Nordenfors, 2010:39) Steg fyra skulle kunna innebära att barnet får den informationen som behövs för att förstå situationen. Att få kunskap om sin förälders psykiska sjukdom är ett exempel på detta (Näsman, 2014:40). Den informationen som ges måste anpassas till barnets nivå, dvs. på ett sätt som barnet kan ta till sig. Barnanpassade hemsidor, tryckt information med bilder, figurer och berättelser och plats för barnets egna tankar kan underlätta för barnet att förstå och ta till sig information. Stegvis ökas sedan barnets aktörskap från att bli informerad och tillfrågad till att själv kunna delta i beslutsfattande med vuxna (ibid). Att bli tillfrågad kan handla om att fråga barnet om hur de vill ha det under ett samtal till att fråga om centrala sakfrågor. Både barnkonventionen och svensk lagstiftning villkorar dock barns rätt bland annat genom att koppla den till barnets mognad. Även med utgångspunkt i barns sårbarhet kan barns yttranderätt begränsas med hänvisning till deras behov av omsorg och skydd från påfrestningar. Barnperspektivet, som tas upp i föregående avsnitt, ska innebära en respekt för varje barns fulla människovärde och integritet. Att barn tillfrågas och möts med respekt kan vara avgörande för att få den information som behövs och för att beslut skall kunna fattas. Barns delaktighet är inte bara en rättighet för barn utan något som de professionella kan ha behov av för att göra ett bra arbete.

Att delta i beslut kan innebära att barnet får bestämma vem som skall följa med dem till ett möte, var man skall träffas och hur man skall sitta under mötet. Att få delta i beslutsfattande ger barn en positiv erfarenhet av att en annan livssituation är möjlig. Barnet kan också utveckla självförtroende och kompetenser som ger dem större möjlighet att påverka sin livssituation. Att lämna utrymme för barnet att ta egna initiativ innebär att öppna upp för att barnet själv får uttrycka vilken hjälp hen önskar. Om det faller utanför ramen för den professionelles uppdrag skall hen istället se vilken instans som istället kan ta ansvar för frågan (Näsman, 2014: 46).

## 4. Teoretiska utgångspunkter

För att kunna analysera vår empiri så har vi valt att utgå ifrån nyinstitutionell teori och samverkansteori. Vi valde teorierna utifrån vår önskan att belysa socialtjänsten och psykiatrins arbete kring barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa. Nyinstitutionell teori är intressant att beakta då den hjälper oss att skapa en förståelse för hur organisationer är uppbyggda, vad som håller dem samman samt hur en organisation kan reglera individers handlande.

Vårt val att använda oss av samverkansteori kändes naturligt då det är av intresse att se hur två så olika organisationer, så som socialtjänsten och psykiatrin, kan samverka utifrån en gemensam målgrupp, det vill säga att gå utanför organisationens gränser utan att förlora sin legitimitet. Då samverkansbegreppet är brett har vi valt att gå in och belysa olika grader av samverkan.

### 4.1 Nyinstitutionell teori

Nyinstitutionell teori, vilket kan ses som ett samlingsnamn för en organisationsteoretisk inriktning, uppfattar institutioner som sociala konstruktioner, som är skapade av människor och som återskapas kontinuerligt i interaktionen dem emellan (Johansson, 2013, s:101). Denna interaktion mellan aktörer knyts samman genom gemensamma målgrupper och ansvarsområden. Man får i dessa relationer anpassa sig till varandra. Detta givande och tagande sker både vertikalt och horisontellt och kan innebära såväl samarbete som konkurrens. Även politiken spelar in och professioner måste skydda sin position och sin autonomi. Alla måste anpassa sig för att få vinna fördelar, vilka oftast är positioner och kapital (ibid: 101-102).

För att en organisation skall överleva måste den få legitimitet (Hollertz, 2010: 60). Denna legitimitet åtnjuter den via stöd från omgivningen och den breda allmänheten, vilken kan påverkas i och med olika händelser.

Yehekel Hasenfeld (2010) en amerikansk professor i socialt arbete har sagt att "det arbete som bedrivs i människobehandlande organisationer är i grunden ett moraliskt arbete" (Hasenfeld, 2010; ref. i Levin, 2013:29). Malcolm Payne (1999)

menar också att socialt arbete i sin grundläggande innebörd är en moralisk aktivitet (citerat av Levin, 2013:29). Socialtjänsten saknar i stort sett vetenskaplig evidens som underlag för sina åtgärder, Levin menar att socialt arbete därför måste byggas på moraliska överväganden för att erhålla legitimitet och makt (Ibid:30). Samhället kräver att socialarbetaren ska göra dessa bedömningar för att se om klienterna lever upp till offentliga moraliska krav. Payne menar att socialt arbete, liksom alla välfärdsprofessioner, till och med skulle kunna skada sin samhälleliga legitimitet om man inte accepterar och utför denna viktiga funktion (Ibid: 30).

Det ingår i de sociala institutionerna att reglera socialt liv. Socialarbetarens roll och arbetsuppgift är således att bedöma vad som är acceptabelt eller inte vad gäller mänskligt beteende, kultur och levnadsvillkor (ibid: 29). "Då socialt arbete inte är en generell service till alla medborgarna, utan riktar sig främst till fattiga och utsatta människor får organisationernas handlande en stark moralisk laddning" (ibid: 30). Det kan vara svårt att förstå hur man utifrån ett moraliskt arbete kan uppnå legitimitet (Linde & Svensson, 2013: 12). Nyinstitutionell teori kan hjälpa oss att beskriva och förstå våra institutioner och varför de har stor legitimitet trots deras ofta paradoxala resultat. Institutioner står ofta för en tyngd men även en tröghet (ibid).

Man kan tänka sig att "Institutioner växer fram ur vår vana att skapa vanor" (ibid: 12). Vårt samspel med andra påverkar vårt sätt att utföra handlingar och ur detta framstår det "naturliga" sättet, vilket gör att vi känner oss trygga i en annars otrygg omvärld. Alla institutioner har därför en historia och har skapats över tid. Detta genererar kontroll och en förutsägbarhet som gör att institutionen blir funktionell, men även utövar styrning och i vissa fall tvång. Den reglerar individers och organisationers handlande. "Institutioner genererar förutsägbarhet", framhåller Linde och Svensson (2013:13). Organisationer är inte bara beroende rent tekniskt och materiellt av sin omgivning, utan även socialt och kulturellt i form av acceptans och trovärdighet (Scott, 2008:59). Alla organisationer tillhör en viss bransch exempelvis socialtjänst eller sjukvård. Dessa får inte riskera sin överlevnad genom att avvika alltför mycket från de normer som fältet satt upp, även om organisationen har en hög förmåga att upprätthålla hög teknisk

effektivitet. Alla organisationer strävar efter att hitta en likriktning. DiMaggio och Powell (1983) har utvecklat dessa olika likriktningar i tre steg för att hitta isomorfi.

- Tvångsmässig isomorfi, det vill säga offentliga lagar, beslut och regler som det är sagt att alla på fältet måste följa. Dessa anpassningskrav är något som svaga organisationer utsätts för av starkare organisationer, framförallt av staten (DiMaggio & Powell, 1983).
- Mimetisk isomorfi, vilket innebär att man som organisation tar efter andra lyckade exempel på organisering av verksamhet, för att på så sätt själva lyckas (Ibid).
- Normativ isomorfi, med vilket avses professionalisering som gör att arbetet blir alltmer likartat och man som arbetare, utan att vara tvungen, anpassar sig efter den norm som uppfattas som eftersträvansvärd och som ger belöning åt organisationen (Ibid).

Denna indelning gjorde DiMaggio och Powell för att påvisa vikten av att undersöka organisatoriska fält närmre och dess likheter snarare än på enskilda organisationer och dess olikheter (Grape, Blom & Johansson, 2006:21).

## **4.2 Samverkansteori**

Samverka är ett i praktiken etablerat begrepp som dock kan vara svårt att avgränsa och tydligt definiera. Ett sätt att göra det är att diskutera hur samverkan förhåller sig till begrepp som till exempel samordning och samarbete vilket vi utvecklar vidare under avsnittet Vertikal eller horisontell integrering, 4.2.1. Ett annat sätt att definiera samverkan är i relation till Westrins (1986) samarbetsmodell. Enligt Westrin handlar det om samverkan/kollaboration när organisationer integrerar specifika och avgränsbara frågor. Detta diskuteras vidare under avsnitt Samarbetsmodeller, 4.2.2.

Att samverka kan handla om att människor möts för att diskutera en lösning på ett problem som man inte kan lösa inom den egna organisationen, att de delar med sig av sin kunskap för att genomföra en uppgift som inte faller inom ramen för en organisation eller att de utför vissa uppgifter tillsammans (Lindberg, 2005:6). Inom offentlig sektor har samverkan det senaste decenniet lyfts fram som en ”universallösning” på hur organisationer ska arbeta, och samverkan beskrivs ibland som välfärdsstatens nya arbetsform (Danermark & Kullberg, 1999). En nödvändighet för att möta medborgarnas behov och för att kunna fullgöra sitt uppdrag gentemot densamme (Lindberg, 2005:14).

Samverkan är dock inget självändamål i sig utan ett medel för att nå uppställda mål (Johanssons, 2011:73). Olika organisationer och professioner skall genom samverkan bidra till ökad effektivitet och en helhetsyn på den aktuella målgruppens behov.

#### **4.2.1. Vertikal eller horisontell integrering**

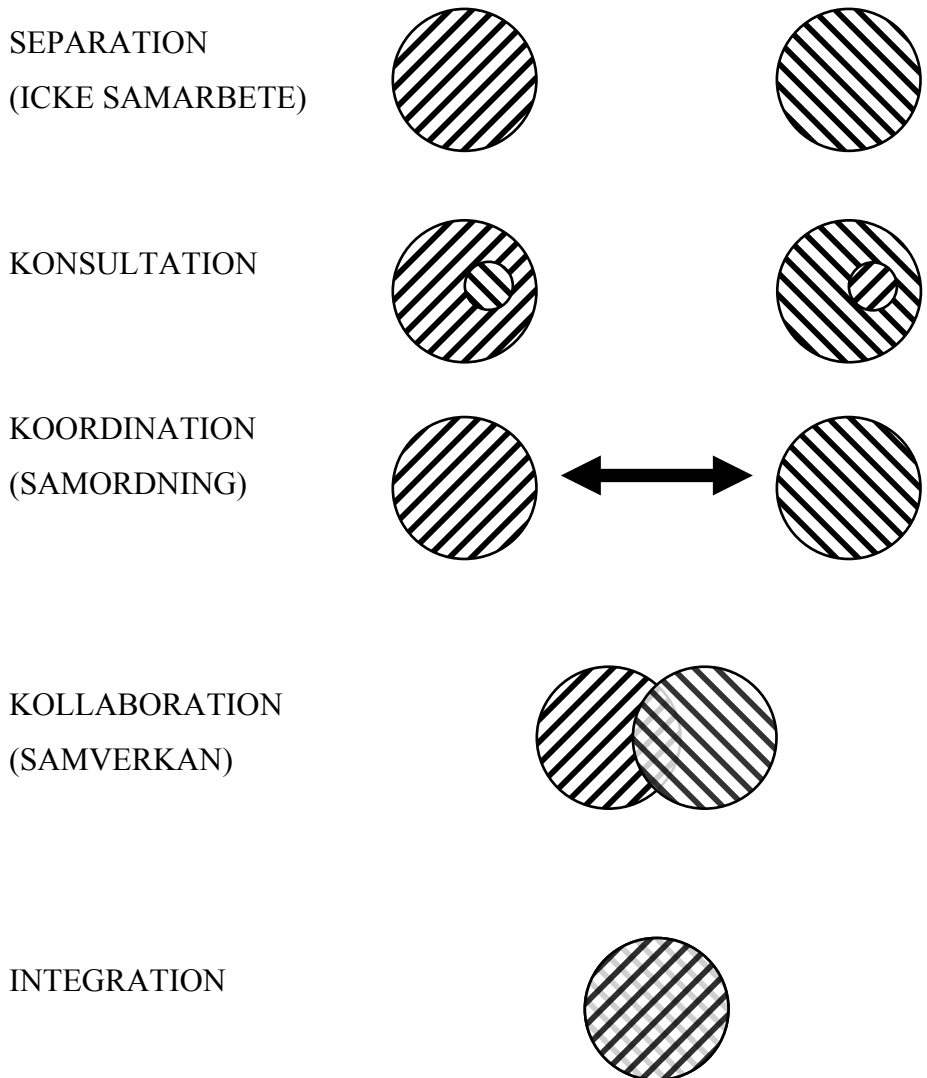
Axelsson och Bihari-Axelsson beskriver hur integration ur ett strukturellt perspektiv kan ses som vertikal eller horisontell. Detta avgör i sin tur om det rör sig om samarbete, samordning eller samverkan. Samordning rör sig om vertikal integrering vilket innebär att man på en högre nivå såsom politisk, har fattat ett beslut som sedan implementeras på lägre nivåer. Samarbete rör sig istället om horisontell integrering om bygger på en vilja att arbeta tillsammans och kännetecknas av intensiv kommunikation. Exempel på detta är traditionellt nätverksarbete. Samverkan innehåller både en vertikal och en horisontell integration och kan ses som en kombination av samarbete och samordning (Axelsson, Bihari-Axelsson 2007:14).

#### **4.2.2. Samarbetsmodeller**

Många svenska studier av samverkan inom offentlig sektor refererar till och använder sig av Berggrens (1982) indelning av det överordnade begreppet samarbete. Begreppsindelningen har därefter vidareutvecklats av bland andra Westrin (1986). Indelningen avspeglar karaktären på samarbetet och graden av



integrering mellan de aktuella organisationerna, längs ett kontinuum från separation till integration.



Från separation som innebär ett icke-samarbete så är konsultation nästa steg. Detta innebär tillfälliga insatser inom en annan organisation. Nästa steg är samordning/koordinering och innebär exempelvis inom vården, att man samordnar insatser i så kallade vårdkedjor som hakar i varandra (Lindberg, 2005, 18). Ett exempel enligt Westrin (1986:284) är när ”socialsekreteraren remitterar en patient till distriktsläkaren som sedan adderar sina insatser till vad socialsekreteraren gjort utan att det finns något egentligt närmare samarbete dem emellan”. I kollaboration/samverkan går man ett steg längre. Här integrerar man specifika och avgränsbara frågor. Ett exempel är casemanagement som används inom socialtjänst och

psykiatrin. I det sista steget har man har gått så långt så att man helt har integrerat verksamheter med varandra (Lindberg, 2005:19).

#### **4.2.3. Samverkans dilemma**

Att det på politisk nivå har beslutats och lagstiftats om samverkan betyder inte att det sker i praktiken. Westrin (1986) tar upp fyra tänkbara orsaker till detta gap mellan ideal och realiteter.

##### *Den vaga målsättningens dilemma.*

Utvecklingen har ofta drivits fram uppifrån av politiker och administratörer som i stora drag talar om behov av helhetssyn inom vården. Inspirerade av vetenskapliga studier som visat på den starka växelverkan mellan sjukdom och sociala förhållanden samt de stora sjukvårdsbehoven hos socialt utslagna grupper. Problem skapas när dessa visioner inte bryts ner till mer specifika mål som går att realisera i verkligheten (Westrin, 1986:281).

##### *Referens- och revirdilemmat*

Detta dilemma innebär kollisioner mellan olika kunskapsmönster, olika människouppfattningar, olika professionella mål, olika maktstrukturer. Denna instängdhet i synen på den egna kunskapen har en revirbevakande effekt och försvårar samverkan mellan olika kunskapsgrupper (Westrin, 1986:281-282).

##### *Integrationsjukan*

Ett annat namn skulle kunna vara konflikten mellan det bästa och det goda. En trolig effekt från politikernas diffusa och svepande målsättningar. De stora orden låter sig lätt översättas med allt för höga ambitionskrav. Möjligen hade vi kommit längre i samverkan om vi börjat på en lägre och mer specificerad nivå (Westrin, 1986:282).

### *Stridande ekonomiska intressen*

Detta dilemma är vanligt när vi talar om kommun och landsting. Hur skall kostanden för att driva samverkansprojektet framåt fördelas (Westrin, 1986:282).

Westrin (ibid.) hävdar att klyftorna mellan tilltänkta samarbetspartnerna består därför att man sitter fast i sina egna referens- och lojalitetssystem och för att de diffusa målen inte säger vad man konkret skall göra tillsammans.

Faktorer som hämmar samverkan är olika kunskapstraditioner, organisatoriska strukturer, dålig samordning (Grape, 2015: 302), hög personalomsättning som försvårar uppbyggandet av en gemensam kunskapsbas för personalen och hög arbetsbelastning och snäva anvisningar för arbetets utförande (Danermark & Kullberg, 1999: 36-37). Förutsättningar för samverkan skapas främst av människor och det finns många mellanmännsliga och organisatoriska problem som man måste överbygga innan en effektiv samverkan kan skapas (Grape, 2015: 302).

## 5. Metod

I detta kapitel redogör vi för valet av metod, hur studien har genomförts och vilka beslut och ställningstaganden som ligger till grund för genomförandet. Vi belyser i detta kapitel även vår förförståelse. Slutligen belyser vi forskningsetiska överväganden samt studiens tillförlitlighet.

### 5.1 Val av metod

Valet av metod hänger samman med syftesformulering och frågeställningarnas utformning. Kvalitativa studier används när målet bland annat är att förstå eller undersöka människors upplevelser och erfarenhet av olika fenomen (Bryman, 2011). Syftet med studien är att beskriva och analysera om, och i så fall hur, barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa synliggörs inom psykiatri och socialtjänsten samt grad av samverkan kring denna målgrupp. Den kunskap som eftersöktes är professionellas förståelse och föreställningar om barn som anhöriga samt deras upplevelse av samverkan. Kvalitativa intervjuer med professionella inom psykiatri och socialtjänst, som kunde tänkas möta dessa barn eller deras föräldrar, var därför ett självklart val för vår datainsamling.

Vi valde att genomföra semistrukturerade intervjuer, där vi utgick från en intervjuguide uppbyggd kring teman. Här lämnas utrymme för flexibilitet när det gäller ordningsföljd på frågorna och val av följdfrågor vilket gör det möjligt att få en bredare bild med rikare nyanser och dimensioner än vid en strukturerad intervju. Respondenten får även utrymme av utforma svaren på sitt sätt, att ta upp det som hen själv upplever vara viktigt vid en förklaring och förståelse av händelser, mönster och beteende (Bryman, 2011:415).

Intervju som metod är begränsande såtillvida att den är präglad av den sociala och språkliga kontexten. Det betyder att en intervju framför allt säger något om stunden då den gjordes och hur den intervjuade uppfattade ämnet just där och då (Ahrne & Eriksson-Zetterquist, 2014:35).

## 5.2 Urvalsprocess

Valet av intervjupersonen är målstyrt vilket innebär ett strategiskt urval kopplat till forskningsfrågorna. Forskaren gör med andra ord sitt urval utifrån en önskan om att intervjua personer som är relevanta för forskningsfrågorna (problemformuleringen) (Bryman, 2011:434). Vi ville genom vår studie framförallt belysa grad av samverkan mellan öppenspsykiatri och socialtjänsten när det gäller insatser för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Ramen för vår studie var starkt tidsbegränsad vilket fick konsekvenser för omfattningen. Vi valde att utgå från två kommuner som liknande varandra till storlek och invånarantal för att få en bredare förståelse för ämnet samt för att stärka studiens tillförlitlighet. Vi utförde även en intervju i en tredje kommun, mest för att belysa hur socialtjänsten där arbetar på ett arbetssätt som skiljer sig. Vi är medvetna om att resultaten av vår studie kanske inte går att generalisera nationellt men kan ge en fingervisning om hur det kan se ut när kommun och öppenspsykiatri skall samverka kring denna målgrupp.

Ett angreppssätt när det gäller urval är snöbolls- eller kedjeurval. Detta tillvägagångssätt kan användas för att få kontakt med grupper av personer för vilka man inte kan ställa någon urvalsram (Bryman, 2011:434). Genom kontakt med en intervjuperson får man sedan tips eller rekommendationer om andra intervjupersoner som kan vara lämpliga att intervjua. Vi provade tidigt med att försöka komma i kontakt med någon inom socialtjänst respektive öppenspsykiatri med en organisatorisk överblick som sedan kunde hjälpa oss att hitta en person inom organisationen med praktisk erfarenhet av samverkan kring vår målgrupp. Vi upplevde att det var svårt att få kontakt med ”rätt” personer och svårt att få dem att ställa upp på intervju. En av anledningarna till dessa kan vara den rådande flyktingkrisen vilket innebar att det framför allt var svårt för oss att få kontakt med presumtiva respondenter inom socialtjänsten. Vi fick även svar från en enhetschef inom socialtjänsten i en kommun att hon inte var villig att ställa upp då hennes upplevelse var att det inte skedde någon samverkan med psykiatri.

Vi kontaktade i första hand våra presumtiva respondenter via mail där vi kortfattat förklarade syftet med studien och vår önskan om att intervjua vederbörande. Vi följde upp mailet med ett telefonsamtal där vi avsåg att bekräfta att informationen gått fram och upprepade samtidigt vår önskan om intervju.

Vi har genomfört sammanlagt åtta intervjuer med verksamma inom öppenpsykiatri och socialtjänst. I kommun 1 genomfördes två intervjuer med professionella inom socialtjänsten. En av dessa är verksam som handläggare och den andra är verksam inom utförarenheten. Vi gjorde en intervju på en öppenvårdsmottagning där kommun 1 tillhör upptagningsområdet. Inom kommun 2 genomfördes tre intervjuer med professionella inom socialtjänsten, var på en av dessa var en gruppintervju med två kollegor enligt respondenternas önskemål. Vi genomförde ytterligare en intervju på samma socialkontor med en handläggare på en annan avdelning. Den tredje intervjun i kommun 2 gjorde vi med en professionell inom utföraravdelningen. Vi intervjuade även en professionell inom den öppenpsykiatri som är kopplad till kommun 2. Den åttonde intervjun genomfördes med en anhörigsamordnare inom socialtjänsten inom en annan kommun. Denna intervju genomfördes på rekommendation med förhoppning om ett konkret exempel på hur samverkan mellan psykiatri och socialtjänst kan gå till.

### **5.3 Tillvägagångssätt vid insamling av empiri**

Som grund för intervjuerna utformades en intervjuguide som tematiserats efter våra fyra frågeställningar. Intervjuguiden anpassades för att fungera som underlag för intervjuer med både socialtjänsten och öppenpsykiatri. Intervjun var semistrukturerad vilket innebär att det lämnas utrymme till att ställa följdfrågor och att få förtydliganden. Vi har undvikit ledande frågor och i de fall vi ställer ja/nej frågor så har dessa följts upp av följdfrågor för få ett fylligare mer nyanserat svar.

Intervjuguiden finns bifogad som bilaga 1.

Som framgår av avsnittet ovan så genomfördes åtta intervjuer i tre kommuner. Samtliga intervjuer genomfördes på respondenternas arbetsplats, antingen på deras kontor eller i ett besöksrum. Intervjuerna varade mellan 45-60 minuter. Vid två tillfällen kunde vi inte båda närvara utan intervjun hölls av en av oss. I övriga intervjuer turades vi om att ha huvudansvaret för att leda intervjun medan den andra koncentrerade sig på att anteckna och ställa eventuella följdfrågor. Vår upplevelse var att det vid samtliga intervjuer var en avslappnad stämning i rummet vid intervjun och inget planerat eller oförutsett skedde under våra intervjuer.

Intervjuerna utgick från tidigare nämnd intervjuguide. Intervjuguiden gav stöd under intervjun, våra frågor var förformulerade men ordningen för hur frågorna ställdes under intervjun kom att variera. Vi avstod från att ställa ledande frågor, ja och nej frågor följdes alltid upp med följdfrågor och vi lämnade utrymme för intervjupersonen att ta upp egna teman. Den kvalitativa forskaren är oftast intresserad av både vad intervjupersonerna säger och hur de säger det. Om man skall få med detta i analyser är det avgörande att man har med en fullständig redogörelse av de utbyten som ingått i intervjun, det vill säga både vad intervjuaren och intervjupersonen sagt (Bryman, 2011:428). Att detta skäl samt för att som intervjuare kunna vara uppmärksam på det som sägs och kunna följa upp intressanta synpunkter, valde vi att spela in intervjun för att senare transkribera intervjun i sin helhet. Vi tillfrågade samtliga respondenter om lov att spela in, förklarade vårt syfte med att spela in samt försäkrade dem om att deras svar skulle bli konfidentiella och anonyma. Vi försäkrade dem även om att inspelning skulle raderas efter transkribering. Baksidan med att spela in en intervju kan vara att det kan få intervjupersonen oroad eller självmedvetna över tanken på att deras ord kommer att bevaras åt eftervärlden (Bryman, 2011:428). Samtliga av våra respondenter var positiva till att låta sig spelas in. Vår upplevelse var att det inte var till nackdel på något sätt.

## 5.4 Bearbetning och analys av empirin

Efter insamlandet av empirin analyserade vi den. Vår studies empiri består av åtta intervjuer. Intervjuerna spelades in för att därefter transkriberas ordagrant. Detta hjälpte oss att få en bra helhetsbild och vi fick under transkriberingen idéer till hur materialet kunde tolkas och vi såg här delar av empirin som vi kände var viktig för vår analys.

Som ett led i analysen har vi kodat och tematiserat intervjumaterialet. Kodningen stod för en viktig del av analysen och innebar att vi valde ut intressanta delar ur vårt material. Efter kodningen försökte vi få fram likheter mellan olika koder för att på så sätt få fram olika teman kopplat till våra frågeställningar. Vid arbetet med kodning och tematisering läste vi igenom materialet var för sig för att sedan tillsammans jämföra vad vi kommit fram till. De olika teman vi kom fram till tolkades och analyserades sedan med hjälp av till de teorier och texter som vi tidigare läst. Vi har i denna studie utgått ifrån nyinstitutionell teori och samverkansteori för att tolka och analysera vår empiri, även barnperspektivet har varit en viktig utgångspunkt i vår analysprocess.

I resultat- och analyskapitlet återges olika citat från intervjuerna. Detta görs i syfte att belysa och tydliggöra de teman som vi har kunnat identifiera, skapa en helhetsbild och levandegöra framställningen genom att själv låta respondenterna komma till tals. Det är också ett sätt för läsaren att själv kunna ta ställning till våra tolkningar och slutsatser.

När delar av ett uttalande har tagits bort används denna markering: [...] Citaten i analysen har försiktigt redigerats utan att innehållet har förändrats genom att vi i vissa fall tagit bort upprepningar och exempelvis uttryck såsom ”mmm”, ”ehh” och så vidare.



## 5.5 Studiens tillförlitlighet

Inom all forskning krävs det att forskaren kan redogöra för undersökningens reliabilitet och validitet för att den ska bedömas uppnå en god kvalitet. Validitet hänvisar till studiens trovärdighet och öppenhet. Det handlar om studiens giltighet och om metoden undersöker det som den påstås undersöka. Reliabilitet handlar om hur pålitlig och tillförlitlig studien är. Tillförlitligheten hör samman med möjligheten till få samma resultat med oförändrad undersökningsmetod vid en annan tidpunkt (Bryman, 2011).

Validitet och reliabilitet har utvecklats inom den kvantitativa forskningen men har inom den kvalitativa forskningen kritiserats då de är svåra att tillämpa inom kvalitativa studier. Validitet kan förenklat definieras som att det som forskaren avser att mäta också mäts, medan reliabilitet i betydelsen av tillförlitlighet innebär att resultatet skall upprepas vid återkommande mätningar. Eftersom mätning inte är det främsta intresset för kvalitativa forskare så blir frågan om validitet egentligen inte något som är av speciell betydelse (Bryman, 2011:351).

Som ett resultat av denna kritik finns även en anpassad variant av validitets- och reliabilitetsbegreppen som bättre lämpar sig för bedömning av kvalitativa studier. Själva grunden i begreppens betydelse har inte ändrats men däremot läggs mindre vikt vid frågor som rör mätning (Bryman 2011: 351-352).

Det har även tagits fram alternativa begrepp för bedömning av kvalitativa undersökningar, som är bättre lämpade (Bryman, 2011:352-356). Ett exempel är Guba och Lincolns *Tillförlitlighetskriterier*. Anledningen till detta bottnar i att reliabilitets- och validitetskriterierna förutsätter att det är möjligt att komma fram till en enda och absolut bild av den sociala verkligheten något som man inom framförallt inom samhällsvetenskaplig forskning ställer sig kritisk till (Bryman, 2008:352). Den kvalitativa forskarens begrepp och teorier utgör representationer och det kan därför finnas andra lika trovärdiga representationer av samma företeelse (Bryman, 2008:360).

Vi har på grund av ovanstående resonemang valt att använda oss av Guba och Lincolns Tillförlitlighetskriterier för bedömning av kvaliteten på vår studie. Tillförlitlighet består av fyra delkriterier.

### **5.5.1. Trovärdighet**

Detta kriterium handlar om att ett fenomen ska beskrivas på så vis att de som upplevt eller kommer att uppleva det, omedelbart känner igen sig i det beskrivna. Detta kriterium motsvarar vad som brukar benämnas för intern validitet (Bryman, 2011: 352, 354). Kvale och Brinkmann menar att det handlar om huruvida en metod undersöker vad den påstår sig undersöka (2014:296).

För att säkerställa att god trovärdighet i vår studie så har forskningen utförts i enlighet med de regler som finns uppsatta för en god kvalitativ studie (Bryman, 2011:354). Vi har även valt att använda oss av kvalitativa intervjuer då dessa i allmänhet anses ha en hög validitet då de ger möjlighet till att ställa följdfrågor och få förtydliganden (Braun & Clarke ref. i Skerfving, 2015:82). Ostrukturerade eller semistrukturerade intervjuer anses kunna skapa tillit och förtroende mellan forskare och intervjuperson, skapa ömsesidighet och en icke-hierarkisk relation (Bryman, 2011:438).

### **5.5.2. Överförbarhet**

Detta kriterium handlar om möjligheten att resultaten håller i en ”annan kontext eller situation, eller i samma kontext vid en senare tidpunkt” (Bryman 2011: 355). Begreppet kan sägas motsvara extern validitet som rör den utsträckning i vilken resultaten kan generaliseras till andra sociala miljöer och situationer (Ibid: 352). Som för de flesta kvalitativa studier är detta ett bekymmer. Underlaget för vår studie representerar ett begränsat urval vilket försvårar möjligheten att utläsa ett mönster som skulle kunna generaliseras till andra kommuner och landsting. Om och i så fall hur det är möjligt att dra generella slutsatser utifrån ett relativt litet intervjumaterial har ofta diskuterats. Resultatet för vår studie talar för att samverkan mellan socialtjänst och öppen psykiatri, när det gäller barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa, är komplex och svårt definierad. Våra

resultat ger inte någon generell bild av hur samverkan mellan dessa båda organisationer ser ut runt om i Sverige. Resultaten kan snarare ses som ett exempel på hur det kan se ut och en fingervisning om att det inte finns en tolkning av lagen, inte en formell väg för hur samverkan skall gå till, ingen tydligt utpekad huvudman eller klar ansvarsfördelning mellan dessa organisationer.

### **5.5.3. Pålitlighet**

Detta kriterium handlar om ”att man säkerställer att det skapas en fullständig och tillgänglig redogörelse av alla faser av forskningsprocessen, problemformulering, val av undersökningsspersoner, fältanteckningar, intervjuutskrifter, beslut rörande analysen av data och så vidare” (Bryman 2011: 355). Pålitligheten kan jämföras med reliabilitet som handlar om forskningsresultatens konsistens, pålitlighet och reproducerbarhet d.v.s. om det skulle kunna replikeras av andra forskare vid en annan tidpunkt (Kvale & Brinkmann, 2014:295). Reliabilitet har att göra med genomförandet av intervjuerna. Det handlar om huruvida intervjupersonerna förändrar sina svar under en intervju, och om de skulle ge olika svar till olika intervjuare (Ibid:295). Reliabiliteten har också att göra med forskarens förmåga som intervjuare och som tolkare av intervjudata. Detta ett svårt kriterium att uppfylla inom kvalitativ forskning då det är omöjligt att ”frysa” en social miljö (Bryman, 2011:352).

Vi har utgått ifrån kvalitativa intervjuer vilka är begränsande så till vida att de är präglade av den sociala och språkliga kontexten. Det betyder att en intervju framförallt säger något om stunden då den gjordes och hur den intervjuade uppfattade ämnet just där och då (Ahrne, 2014: 35). Självklart påverkar det också vem som håller i intervjun, vilken roll den personen har, förförståelse för ämnet, stämningen i rummet, stressnivå hos intervjupersonen, hur frågorna ställs etc. För att öka pålitligheten har vi så noggrant det är möjligt beskrivit i metodavsnittet hur vi har gått tillväga när vi har genomfört studien (Bryman, 2011:49).

Reliabilitet handlar också om att medlemmarna i ett forskarlag kommer överens om hur de ska tolka det de ser och hör (Bryman, 2011:352). För att öka reliabiliteten så har vi var för sig läst transkriberingen av samma intervju för att

sedan jämföra våra upptäckter med varandra. På detta sätt uppmärksammar man eventuellt olika saker samt påverkas inte av varandras åsikter och intryck. Detta minskar risken för att studiens resultat bygger på subjektiva bedömningar. Vi har under intervjun försökt undvika att ställa ledade frågor som oavsiktligt kan påverka svaren (Kvale & Brinkmann, 2014:295). Vi har även valt att spela in samtliga intervjuer och att transkriberade dem i sin helhet för att stärka studiens pålitlighet.

Till fördel för studiens reliabilitet är att våra resultat är teoretiskt logiska. De motsägs inte, utan bekräftas snarare av tidigare forskning och av de teoretiska perspektiv som tillämpats i analysen av data.

#### **5.5.4. En möjlighet att styrka och konfirmera**

Detta kriterium handlar om att forskaren försöker säkerställa att han eller hon agerar ”i god tro” när det gäller att dra slutsatser av de resultat som framträder i studien. Det ska finnas en koppling mellan resultat och slutsatser.

Konfirmerbarhet används istället för de traditionella begreppen objektivitet och neutralitet. Vi beaktar detta genom att redovisa hur studien har genomförts samt vilken förförståelse vi om ämnet innan studien påbörjades.

### **5.6 Förförståelse av ämnet**

Vi har under våra respektive VFU-placeringar fått insyn i delar av det arbete som bedrivs på socialtjänst, vårdcentral och öppenvård psykiatri. Vi fick under denna tid även kunskap om några av de stödinsatser som riktas mot barn som anhöriga till föräldrar med missbruk eller psykisk ohälsa. Vi blev intresserade av hur arbetet med en och samma målgrupp kunde se så olika ut. Hur man inom psykiatri framförallt arbetade med hela familjen genom bland annat Beardslees familjeintervention och inom socialtjänsten med barnet genom olika typer av stödgrupper. Vår uppfattning var att man inte hade kännedom om varandras insatser och heller inte samverkade kring denna målgrupp. Detta är med denna förförståelse vi har närmast oss vårt ämnesområde.

## **5.7 Forskningsetiska överväganden**

Vi har följt Vetenskapsrådets (u.å.) forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

### **5.7.1. Informationskravet**

Vi har informerat samtliga intervjudeltagare om syftet med studien och deras roll som intervjupersoner. Detta gjordes via informationsbrev, via telefon och i anslutning till intervjun.

### **5.7.2. Samtyckeskravet**

Vi har via informationsmail, via telefonsamtal, samt i anslutning till intervjun inhämtat muntligt informerat samtycke till intervju från samtliga respondenter.

### **5.7.3. Konfidentialitetskravet**

Konfidentialitetskravet uppfylls genom att vi har anonymiserat kommunerna i vilka intervjuerna har genomförts och de personer som har intervjuats. Intervjupersonerna har även tilldelats fiktiva namn. Alla ljudfiler och intervjuutskrifter kommer att förstöras efter det uppsatsen har examinerats och godkänts.

### **5.7.4. Nyttjandekravet**

Som framhållits kommer empirin att förstöras vilket förhindrar att materialet återanvänds på ett oetiskt sätt.

## 6. Resultat och analys

I detta kapitel redovisas resultat och analys. Vi har valt att integrera dessa två avsnitt för att ge läsaren en helhetsbild av studiens resultat kopplat till valda teorier och perspektiv, det vill säga nyinstitutionell teori, samverkansteori och barnperspektivet. Dessa teorier och perspektiv har använts för att förklara och förstå empirin. Kapitlet är indelat efter de teman som låg till grund för vår intervjuguide och således även för vår kodning av intervjumaterialet.

Vår empiri grundar sig på åtta intervjuer med professionella inom socialtjänst och öppenspsykiatri i två, till invånarantalet, likvärdiga kommuner. Den åttonde intervjun genomfördes med en anhörigsamordnare inom socialtjänsten inom en annan kommun. Denna intervju genomfördes på rekommendation och då vi önskade ett konkret exempel på hur samverkan mellan psykiatri och socialtjänst kan gå till.

I tabellen nedan återges de intervjupersoner som ingår i studien, deras organisatoriska hemvist och de fiktiva namn som vi har givit dem i detta resultat- och analyskapitel. Även namnen på de två kommunerna och landstingen är avidentifierade. Vi har i löpande text valt att förkorta socialtjänst med st. och öppenspsykiatri med öp.

Intervju 1	Åsa	Socialtjänst 1
Intervju 2	Anna	Öppenspsykiatri 1
Intervju 3	Karin	Öppenspsykiatri 2
Intervju 4	Sara	Socialtjänst 2
Intervju 5	Eva	Socialtjänst 2
Intervju 6	Sofia och Birgitta	Socialtjänst 2
Intervju 7	Therese	Socialtjänst 1
Intervju 8	Stina	Socialtjänst 3

## 6.1 Att synliggöra barn som anhöriga

*“Det här är ju bara en kuriososa, men jag har jobbat inom akutpsykiatri på 80-talet, [...]Jag tror knappt att vi frågade om de hade barn när de skrevs in. Vi frågade om de hade hund, om det var något djur som behövdes tas om hand. Alltså det är förfärligt, men så var det. Så det har skett någonting stort”. - Anna (öp.1)*

Från att historiskt sätt betraktat barn som osynliga bihang till föräldrar med psykisk ohälsa ses idag dessa barn som egna personer med svårigheter i rollen som anhörig (Skerfving, 2015: 23).

Birgitta (st.2) bekräftade att det har skett en stor utveckling inom psykiatri. Hon berättar om hur socialtjänsten förr kunde få in orosanmälningar från skolan som gällde barn till förälder med psykisk ohälsa. När hon och hennes kollegor inledde en utredning kontaktades psykiatri, och då förstod de hur allvarligt sjuk föräldern var. Birgitta berättar att de förvånades över att ingen anmälan inkommit från psykiatri gällande oro för patientens barn. Hon säger att hon nu tycker att psykiatri blivit bättre på att anmäla. Birgittas kollega Sofia tror att detta beror på att barnperspektivet har stärkts överallt, även inom psykiatri.

Birgittas berättelse stämmer väl överens med Skerfvings (1996) iakttagelse hur man inom socialtjänsten under 1990-talet misstänkte och oroade sig över att det fanns ett stort mörkertal av barn som redan var kända inom psykiatri men okända för socialtjänsten. Denna oro ledde till starten på det samarbetsprojekt mellan psykiatri och socialtjänsten som kom att kallas Barnprojektet. Inom projektet fann man att så många som 20 procent av patienterna inom psykiatri hade minderåriga barn. Det var ovanligt att personalen uppmärksammade dessa barn och att de erbjöds stödinsatser. Projektet mynnade ut i en efterfråga om ”gemensamma ärendediskussioner mellan socialtjänst och landsting, professionella bedömningar av barnens utveckling och behov samt av föräldrarnas prognos och förmåga” (Skerfving, 1996:69).

Åsa, som arbetar inom socialtjänst 1, tror att det fortfarande finns ett stort mörkertal av barn som inte får något stöd. ”Det hör man ju många gånger att de vi jobbar med har inga barn. Inga barn hos sig i alla fall men det betyder ju inte att de inte har barn”.

Utifrån våra intervjuer kan vi konstatera att man sedan dess har kommit olika långt inom och mellan kommun och landsting när det gäller att föra upp barn som anhöriga på agendan och vilka barn som inkluderas i begreppet barn som anhöriga.

Karin (öp.2) berättar att de har varit igång länge när det gäller att uppmärksamma att deras patienter kan ha barn i behov av stöd. Hon säger att de ”redan på slutet av 1990-talet arbetade efter en liten hopsnickrad modell för att plocka in barn i anhörigstödet”. Det var främst en socionom anställd inom öppenspsykiatri som drev detta och i en relativt liten skala. Karin avslutar med att säga att de är långt ifrån klara ”detta är ju ett ständigt pågående arbete och vi måste ju ständigt påminna oss om att ja, vi får påminna varandra. Finns det barn med, har de barn och hur ser det ut nu? Var är barnen nu?”.

Anna (öp.1) berättar att de nyligen initierat ett arbete som syftar till att nå ut till de patienter som går på mottagningen som har barn. De har skrivit ett brev som ska skickas ut till deras patienter som är vårdnadshavare till minderåriga barn.

Vi skriver till dem att barnen är jätteviktiga, i att man har sett det här då, att framförallt barnens rätt till att få information också som anhöriga och där berättar vi också att vi erbjuder möjligheten att få stöd i sin föräldraroll och i hur man kan prata med sina barn om psykisk ohälsa.

När det gäller att fånga upp barn som anhöriga riktar öppenspsykiatrien sig till de patienter som också är registrerade som vårdnadshavare. Detta exkluderar patienter som har barn boende hos sig men som inte är vårdnadshavare och även patienter som har biologiska barn som inte är registrerade som vårdnadshavare. I 2g§ HSL framgår att behov av stöd även skall riktas till barn som varaktigt bor med en vuxen med psykisk ohälsa oavsett om denna är förälder eller inte



Anna (öp.1) bekräftar detta; ”Ja de finns inte kartlagda här tror jag inte, om inte det är biologiska barn, nä det tror jag inte, nä. Eller kartlagda, de finns inte med i våra system. [...] Det är ju såklart ett, det finns ju så många familjer nuförtiden. Många olika konstellationer.”

Sara (st.2) möter i sitt arbete vuxna med psykisk ohälsa. Hon beskriver att man samtalar om familjesituationen i den grundutredning som görs. Om socialsekreteraren i utredningen inte får information om att det finns berörda barn är det inte något hon själv tar upp. Sara uppger att: ”De jag träffar är oftast så väldigt sjuka att de inte skulle klara av att ha sina barn själva om det inte finns en vuxen där”.

Det finns med andra ord en risk i att professionella missar barn i behov av stöd beroende på vilka frågor som ställs och antaganden som görs.

Inom ramen för begreppet *synliggörande* ville vi också veta vilken information som öppenspsykiatri och socialtjänsten tillhandahåller riktat till barn som anhöriga. Ingen av våra respondenter kunde med säkerhet svara på detta. Inom socialtjänsten och öppenspsykiatri visste man att det fanns information om gruppverksamheterna på kommunens hemsida. Vi uppmärksammade även att det fanns broschyrer om dessa synliga i väntrum och inne på kontoren. Ingen inom socialtjänsten visste konkret vilket stöd som erbjöds inom öppenspsykiatri eller visste om det fanns någon skriftlig information om detta. En anledning kan vara att öppenspsykiatrins anhörigstöd enbart vänder sig till barn vars föräldrar är inskrivna som patienter medan socialtjänsten vänder sig till *alla* barn inom kommunen. Däremot var det bara öppenspsykiatri som tillhandhöll material som riktade sig specifikt till barnen medan allt material i övrigt var riktat till den vuxne. Anna (öp1) berättar att de på mottagningen har en liten barnhörna där de har material till barn som de kan bläddra i och ta med sig hem. Små böcker om hur det är att ha en förälder med psykisk ohälsa. De böcker Anna syftar på ger signaler om att man inom öppenspsykiatri utgår från barnets perspektiv i arbetet med att stödja barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa.

I FN:s barnkonvention (UD 2006) belyser man vikten av att se barnen som kompetenta och autonoma i förhållande till familjen. Barnperspektivet syftar till att ta tillvara på barns villkor och verka för barnets bästa (Halldén 2003).

Barnperspektivet kan antingen ses som ett vuxet barnperspektiv eller ett barns perspektiv. Utgår man från ett vuxet barnperspektiv försöker man förstå vad som bäst tillgodoser barns behov med hjälp av vuxna informanter, såsom en förälder. Tar man istället barns perspektiv är det barnen själva som får beskriva sina upplevelser och erfarenheter (Halldén, 2003).

Begreppet barnperspektiv är intressant i relation till de insatser som socialtjänsten och psykiatrin erbjuder barn som anhöriga samt i relation till det utredningsarbetet som föregår beslut. Det blev tydligt för oss i samband med intervjuer med professionella inom öppenspsykiatrin att de arbetar med barnen utifrån båda dessa perspektiv, d.v.s. både ett vuxet barnperspektiv och utifrån barnets perspektiv.

Anna (öp.1) nämner att de flesta som arbetar på mottagningen har gått en utbildning som heter Föra barn på tal.

Där träffar man inte barnen men man träffar föräldern och pratar om barnet. Så följer man en viss mall och går igenom vissa frågor för att se om det här barnet har bekymmer eller om den har något problem i samband med att föräldern är sjuk och också pratar man om hur man som förälder kan prata med sitt barn om man har en psykisk sjukdom.

Metoden Föra barn på tal är ett tydligt exempel på hur man utgår man från den vuxnes perspektiv, i detta fall föräldern. I samtal med den vuxne försöker man förstå vad som bäst tillgodoser barnets behov. Risken är att barnets behov inte blir synliggjort och barnet därför inte får det stöd som önskas och behövs.

Beardslee-metoden är ett exempel på ett arbetsätt som blir allt vanligare inom psykiatrin. En skillnad är att man inom denna metod möter barnet både ensamt och tillsammans med föräldern och därigenom inkluderas även barnets perspektiv. Barnets egna upplevelser och erfarenheter lyfts fram. Processen går via barnet istället för att den ska handla om barnet. Detta går i linje med det som Halldén

(2003) skriver om hur barns perspektiv lyfter fram barn som kapabla personer vilka är involverade i en socialiseringsprocess som inte verkar på dem utan via dem.

Enligt Rasmusson (2004) behöver de vuxna bli mer medvetna om sitt eget synsätt och perspektiv, för att inte förenkla eller förvanska barnets sanning utifrån det vuxna perspektivet. Vems behov är det som framkommer och tillgodoses genom utredningen och beslut?

På frågan om vilket stöd som socialtjänsten erbjuder barn som anhöriga till föräldrar med psykisk ohälsa framgår av intervjuerna att socialtjänsten kan erbjuda alltifrån kontaktfamilj till att i sällsynta fall tvångsomhändertar barn. Det enda samtalsstöd som erbjuds barn är via de gruppverksamheter som återkommer i de flesta av Sveriges kommuner. Att delta i en sådan gruppverksamhet är ingen insats som måste beviljas utav socialtjänsten utan en frivillig verksamhet dit man själv kan söka sig.

Inom de gruppverksamheter som de båda kommunerna tillhandahåller blandas barn till föräldrar med missbruk, psykisk ohälsa. I en av grupperna finns även barn till föräldrar med våldsbeteende. Åsa (st.1) förklarar detta med att det saknas underlag för enskilda grupper. Hon menar också att:

Det gör vi för att det blir ganska likt för barnen. Resultatet av, alltså föräldrarnas, ah men (suck) många gånger oförmåga eller situation eller mående eller så, ger samma, ja med det blir samma för barnen i slutändan liksom och då känner att då funkar det att ha dem i samma grupp. Sen får vi ju prata om de olika, alltså anledningen till varför det blir så för barnen ser olika ut. Vi har olika teman där vi pratar om missbruk och psykisk ohälsa.

Eva (st.2) förklarar de blandade grupper med att ”alltså det hänger ju ofta ihop med vartannat, psykisk ohälsa, missbruk, det är ju inte alls, det är ju ingen ovanlig kombination eller att våld kommer in i bilden när det gäller missbruk osv. Alltså jag menar, det hänger ihop på något vis”.

Socialstyrelsen (2009) har gjort en mindre kartläggning av stödgruppsverksamheter runt om i Sverige. I denna framgår att samtliga av de intervjuade ställer sig tveksamma till att blanda barn med olika problembild. Socialstyrelsen menar att det kan bli svårt för barnen att känna igen sig i varandras berättelser. Det gör det också svårare för gruppledaren att ge specifik kunskap relaterat till föräldrarnas problematik (Socialstyrelsen, 2009:45). Blandade grupper ställer med andra ord högre krav på den som leder verksamheten i att synliggöra varje enskilt barn med dess unika upplevelse i relation till sin förälders problematik.

I kartläggningen framgår även att forskning visar på risker med att sammanföra unga med olika svårigheter i grupper i synnerhet om verksamheten inte är tillräckligt strukturerad. En risk kan bli en negativ ömsesidig påverkan i grupper av unga med sociala och psykiska problem. De kan snarare förstärka varandras negativa beteenden. För att minska risken för negativa effekter av insatsen är det därför angeläget att ledare för stödgruppsverksamhet för unga är särskilt uppmärksamma på hur de sätter ihop grupper, att de undviker ostrukturerade situationer och följer deltagarna noga (Socialstyrelsen, 2009:46).

## 6.2 Samverkan kring barn som anhöriga

”[...] på något sätt bara rabblar upp att, ja det här gör ju i alla fall vi, och så blir det ett tomrum som man nästa blir tyst kring, ja men vem ska tillgodose det här? Jag kallar ju inte riktigt det för ett samarbete, men jag tänker att å andra sidan hur hade det kunnat se ut? Hur skulle ett samarbete kunna vara? För det är väldigt strikt, och där kommer ekonomin in, att det är nä det här är inte kommunens ansvar eller det här är inte landstingets ansvar. Och tvärt om att nä men behandling, det ska inte kommunen ansvara för så därför beviljar vi inte det för den personen. Så blir det inget med”. - Sara (st.2)

Eva (st.2) uppger att hon *inte* känner något behov av samverkan i sin roll:

Nä, jag kan inte säga att jag känner ett behov men ändå kan jag ju säga att man kanske kunde träffas nån gång per termin mer på den nivån så, stämna av lite med varandra, vad har ni på G, jaha ni har en sådan grupp nu[...] vet att jag sa det när vi var där uppe att man kanske kan få rådfråga alltså sådär [...] det är ingen som är negativ så, det är ingen som motar en men tror lite det är det här att vi orkar inte mer ni får sköta ert och vi får sköta vårt.

Det Sara och Eva berör i sina uttalanden kan kopplas till det som Westrin (1986) benämner som ”den vaga målsättningens dilemma”. Behovet av samverkan har drivits fram uppifrån av politiker och administratörer som i stora drag talar om behov av helhetssyn inom vården. Denna vision är inspirerad av vetenskapliga studier som har påvisat en stark växelverkan mellan sjukdom och sociala förhållanden samt de stora sjukvårdsbehoven hos socialt utslagna grupper. Problem skapas när dessa visioner inte bryts ner till mer specifika mål som går att realisera i verkligheten (Westrin, 1986:281). Professionella vet inte varför de skall samverka, ser inte behovet av att samverka eller vet inte hur de skall samverka.

Det Sara ger uttryck för går enligt Axelsson och Bihari-Axelsson (2007) inte att definiera som samverkan utan snarare en form av samordning. Samordning rör sig om vertikal integrering vilket innebär att man på en högre nivå, såsom politisk,

har fattat ett beslut som sedan implementeras på lägre nivåer. Sara beskriver ett samverkansmöte där det saknas förutsättningar för god samverkan såsom tydliga och gemensamma mål, vilka resurser som kommer att krävas, vilka effekter som önskas och en tydlig ansvarsfördelning. För att uppnå samverkan krävs både samordning och samarbete dvs horisontell integration. Samarbete bygger på en vilja om att arbeta tillsammans och kännetecknas av intensiv kommunikation. Exempel på detta är traditionellt nätverksarbete (Axelsson, Bihari-Axelsson, 2007:14). Det räcker inte med att de involverade parterna träffas för samverkansmöten om grundförutsättningarna saknas. Samverkan är inget medel i sig, utan ett medel för att uppnå uppställda mål (Johansson, 2011:73). Saras uttalande går även att koppla till vad Westrin benämner ”det stridande ekonomiska intressets dilemma”. Detta dilemma är vanligt när vi talar om kommun och landsting och handlar om att det inte är tydligt förankrat hur kostnaden för att driva samverkansprojektet skall fördelas (Westrin, 1984:282). Att fastställa det ekonomiska åtagande för respektive aktör är en del av ledningens uppdrag och något som skall ingå i organiseringen av samverkan (Socialstyrelsen, 2013c:26).

I intervjun med Stina (st.3) berättar hon om sitt arbete som anhörigsamordnare i kommunen. Hon har sedan flera år tillbaka arbetat med Beardslee-metoden som stöd till familjer.

Metoden som sådan använder man ju mycket inom psykiatrin. Och vi fortsätter ju att träffas i nätverk utifrån den metoden. Då träffar ju jag flera som arbetar med just den här metoden. På det viset finns ju också möjligheter förstås att både hålla kunskapen vid liv och diskutera olika frågor som känns aktuella, men också naturligtvis att kunna samverka om det behovet skulle uppstå. Då har vi ju ett gemensamt redskap, ett redskap för att vi skulle kunna arbeta ihop på något sätt.

Det Stina exemplifierar är samverkan byggd kring en specifik metod i syfte att underhålla kunskap och utbyta erfarenheter. Denna samverkan syftar även till att organisationer med en gemensam målgrupp, såsom barn till föräldrar med psykisk ohälsa, får en ökad insyn, förståelse och kunskap om varandras uppdrag och

begrepp (Socialstyrelsen, 2013c:3). Samverkan utgår med andra ord inte från barnets behov utan ifrån den professionellas behov. Vår tolkning är dock att detta i slutändan kan komma att gynna barnet då samverkansformer har upprättats, ett gemensamt synsätt har utvecklats samt att psykiatrin och socialtjänsten närmats sig varandra.

### 6.2.1. Legitimitet

*”Det kan ju vara så möjligen att de som jobbar med Beardslee inte känner till vad barngrupperna gör eller vilken kompetens vi har eller hur det blir för barnen. Vi har ju inga sådana här långtidsuppföljande studier av resultaten liksom för barnen så det vet vi ju inget om men det är också så som man säger när man tittar på barn som anhöriga, att de behöver ju något här och nu också man kan inte bara se på resultatet när de är 20 liksom...” (Åsa, st.1).*

Åsa (st.1) misstänker att öppenpsykiatrin betvivlar socialtjänstens kunskap och kompetens när det gäller effektiva stödinsatser för barn som anhöriga möjligen på grund av att det saknas evidensbaserat stöd för de stödgrupper som bedrivs. Psykiatrin och socialtjänst utgår från olika discipliner där man inom sjukvården framförallt ser till det patogena medan man inom socialtjänsten vill framhålla det salutogena. Danermark och Kullberg (1999: 45) delar denna uppfattning:

Kommunerna beskriver vanligen psykiatrin som en individinriktad verksamhet. Psykiatrins biologiska, medicinska och kliniska modeller hör till de framträdande synsätten och ett sjukdomsperspektiv dominerar. Socialtjänsten framhåller i kontrast till detta att den egna verksamheten är inriktad till att ta hänsyn till individens hela situation och att ta till vara de positiva och friska i individens tillvaro.

Detta synliggörs också i val av stödinsatser där socialtjänsten, enligt citaten av Åsa, kan tänkas ha svårare att skapa legitimitet för sin gruppverksamhet medan psykiatrin med sina evidensbaserade metoder inger ett större förtroende. Precis som Yeheskel Hasenfeld (2010) professor i socialt arbete säger; ”det arbete som bedrivs i människobehandlande organisationer är i grunden ett moraliskt

arbete” (citerat i Levin, 2013:29). Socialt arbete saknar i stort sett vetenskaplig kunskap som underlag för handling och därav måste socialt arbete byggas på moraliska överväganden för att erhålla legitimitet och makt (ibid:30).

Karin (öp.2) pekar i citatet nedan på vikten av att socialtjänsten inger förtroende hos allmänheten för att skapa legitimitet för sin verksamhet. Karin säger sig möta ett stort motstånd från sina patienter då socialtjänsten nämns. Hon berättar att de får bedriva ett motivationsarbete för att patienten ska känna sig trygg med att hon förmedlar kontakt. ”Socialtjänsten det klingar alltid, eller ofta negativt och det skapar mycket rädslor och oro och ja, föreställningar hos många”. Karin berättar att hon måste övertyga patienten om att socialtjänsten kan vara något positivt och att patienten har rätt att söka viss hjälp där.

Legitimitet är en förutsättning för en organisations överlevnad. Denna legitimitet får organisationen via stöd från omgivningen och den breda allmänheten, vilken kan påverkas i och med olika händelser (Levin, 2013: 27). Socialtjänstens rykte är av stor vikt för dess legitimitet och överlevnad. Det arbete som socialtjänsten bedriver är inte en generell service till alla medborgarna, utan riktar sig främst till fattiga och utsatta människor. Enbart att definieras som klient och att tvingas besöka en socialbyrå är stigmatiserande och förknippat med skam och organisationernas handlande ges en stark moralisk laddning (Levin, 2013:30). Vår tolkning av detta är att socialtjänsten har svårare att skapa legitimitet i jämförelse med psykiatrin vilket skulle kunna innebära ett hinder för samverkan.

### **6.2.2. Perspektiv och ansvarsfördelning**

Att psykiatrin och socialtjänsten utgår från olika perspektiv och har olika ansvarsområden när det gäller barn som anhöriga återkom i flera av våra intervjuer. Detta framställdes till viss del som ett hinder för samverkan men också som grund för att behovet av samverkan saknas. Gör du ditt så gör jag mitt eller som Eva (st.2) upplevde att psykiatrin förmedlade ”vi orkar inte mer ni får sköta ert och vi får sköta vårt”.



Alltså dels tror jag att det är något inbyggt hinder mellan psykiatri och socialtjänst. Man har olika perspektiv och vuxenpsykiatrin har den vuxnas perspektiv och de har inget barnperspektiv, de flesta som jag har haft kontakt med och är nog ganska dåligt insatta i hur en förälders psykiska ohälsa påverkar barnet. - Therese (st.1)

Vi jobbar ju mycket från barnets perspektiv och de jobbar ju mer utifrån kanske föräldrarnas perspektiv. Olika perspektiv. - Birgitta (st.2).

Vi möter ju barnet på grund av att föräldern har en ohälsa och då är det ju den ohälsan vi pratar om, medan socialtjänsten tittar på andra frågeställningar också mer kring föräldraförmågan och det gör ju inte vi. Vi går inte in och bedömer föräldraförmågan och sånt utan det är socialtjänstens område. - Karin (öp2).

Psykiatrin har ett ansvar för att behandla föräldern och ett ansvar att informera och ge stöd till barn om det behövs (2 g § HSL). Detta stöd kan ges direkt till barnet, men också via föräldern som får stöd att själv ge barnet information och råd om hur man kan föra samtal i familjen. Därmed har de ett ansvar för hela familjen. Metoder som möter barn och föräldrars frågor kan därför ses adekvata, såsom Beardslees familjeintervention. Socialtjänsten har ett ansvar för barns välbefinnande, men inte för att ge behandling för personer med psykisk ohälsa. Däremot kan psykiatrins patienter behöva stöd i föräldraskap, stöd i familjen samt praktiskt stöd som socialtjänsten kan erbjuda.

Psykiatrin har i många år kritiserat för att sakna ett barnperspektiv och att enbart utgå från patientens behov och intressen (Skerfving, 1996: 64). Detta bekräftas även av ovanstående citat. Vår bild av öppenpsykiatrin är dock en annan. Genom ett ökat användande av metoder såsom Beardslee i vilket behandlaren inom psykiatrin vänder sig direkt till barnet betonas numera även barnets perspektiv. Barnet får självt beskriva sina upplevelser och erfarenheter av att leva med en förälder med psykisk ohälsa (Näsman, 2014:38). Genom att få berätta får barn möjlighet att göra sina erfarenheter begripliga. Att få hjälp att sätta ord på känslor, att få dem bekräftade, att reda ut missförstånd hjälper barnet till en känsla av

sammanhang (ibid). Genom att ha ett barnperspektiv betraktar man barn som kapabla personer som är involverade i en socialisationsprocess som inte verkar på dem utan via dem (Halldén, 2003).

Trots olika perspektiv och ansvarsområden är barn som anhöriga en gemensam målgrupp för öppenpsykiatri och socialtjänsten för vilken båda tillhandahåller stödinsatser. Detta var något som samtliga av våra respondenter höll med om även om Åsa (st.1) berättade att det på chefsnivå har uttalats att det var psykiatri som hade ansvar för dessa barn för att det står i HSL att de skall få information och att de skall få stöd. Denna uppfattning kan tolkas som ett resultat av socialtjänstlagens vaga och allmänt formulerade lagbestämmelse om att "Socialnämnden ska verka för att barn och ungdom växer upp under trygga och goda förhållanden", 5:1a § SoL. Åsa håller med om att det inte är tydligt vilket stöd det handlar om men att Socialtjänsten har ansvar för alla som bor i kommunen skall få det stöd som de behöver och att barn därmed är ett delat ansvar mellan psykiatri och socialtjänsten.

Syftet med samverkan mellan dessa parter är precis som Axelsson och Bihari-Axelsson (2007:186) skriver: "att enas om gemensamma lösningar och samordna sin kompetens och sina resurser till det bästa för barnet och familjen". Det handlar om att skapa förutsättningar för en helhetssyn på barnet som anhörig, vilket i sin tur genererar ökad effektivitet när det gäller vilka stödinsatser som krävs av de bägge parterna. En förutsättning för detta är att man har insyn, förståelse samt kunskap om varandras uppdrag och begrepp (Socialstyrelsen, 2013c:3).

Vi frågade därför våra respondenter inom socialtjänsten om de visste hur man inom psykiatri arbetar med barn som anhöriga, vilka stödinsatser som erbjöds denna målgrupp. Samtliga respondenter svarade att de saknade sådan kunskap. Eva uppger att hon vet "väldigt lite, [...] jag vet att man har börjat med grupper för att det har varit en, barn till föräldrar med psykisk ohälsa har varit en väldigt glömd grupp, generellt sätt". Vår respondent från öppenpsykiatri nämnde dock inget om att de själva skulle driva någon gruppverksamhet för barn som anhöriga däremot visste det att socialtjänsten tillhandahöll sådana grupper.

Vi frågade också om ökad kunskap om den andres verksamhet är något de efterfrågar. På detta svarade Eva (st.2) att ”visst det är bra att veta men samtidigt är det så också att man orkar inte ta in hur mycket som helst på något vis utan men visst ja, kunskap är väl alltid bra”

### **6.2.3. Perspektiv på samverkan**

Utifrån våra intervjuer fick vi bilden av att det råder skilda uppfattningar om vad samverkan innebär och vad det skulle kunna innebära för socialtjänsten och öppenspsykiatrien.

Anna (öp.1) menar att de insatser psykiatrien erbjuder kan resultera i att barnet går vidare och får annat stöd via socialtjänsten.

Detta är något som även Åsa (st.1) lyfter fram i intervjun. Hon talar om gruppverksamhet och Beardslee som kompletterande insatser, att familjen först måste få stöd i att öppna upp för samtal inom familjen för att sedan fokusera på barnets behov av att träffa andra unga i samma situation.

Det optimala hade varit, att alla som kom inom psykiatrien överhuvudtaget och som har barn då erbjuds Beardslees och att det kanske inte ens räcker med att föra barnen på tal utan att barnen behöver också ha ett forum där de faktiskt får möjlighet att ja men prata som en familj, göra det pratbart hemma och sen så kan vi komma och då blir det också mer självklart att man sitter ihop och pratar.

Det Anna och Åsa benämner liknas vid det som Westrin (1986) refererar till som samordning/koordinering. För psykiatrien och socialtjänsten innebär detta att man samordnar insatser i så kallade vårdkedjor som hakar i varandra (Lindberg, 2005, 18). Ett exempel enligt Westrin (1986:284) är när ”socialsekreteraren remitterar en patient till distriktsläkaren som sedan adderar sina insatser till vad socialsekreteraren gjort utan att det finns något egentligt närmare samarbete dem emellan”. Detta kan innebära att psykiatrien tillhandahåller samtal enligt

exempelvis Beardslees familjeintervention för att därefter slussa barnet vidare till socialtjänsten.

Precis som Åsa diskuterade i tidigare citat menar Stina att man kan tänka sig behöva olika saker över tid och att gruppverksamheter och Beardslee kan komplettera varandra då de fyller olika behov hos barnen och dennes familj.

[...] det är ju inga barn som önskar Beardslee. Det är ju föräldrarna. Men Gruppverksamheter såsom [...] där det handlar om att möta barn som delar din situation tex det är ju en önskan från barnet, med förälderns medgivande förstås, men där måste man ju själv vilja. Det ser inte ut bara på ett sätt.

Åsa talar också om en önskan om att hitta en modell för samverkan med psykiatrin:

Däremot hade jag tyckt att det var jättebra om psykiatrin fanns här med oss och att vi tillsammans kunde erbjuda Beardslee eller nåt om man tittar på vad hade blivit bäst för barnen då hade vi haft en ingång via psykiatrin och deras barn hade kunnat komma hit till oss och vi hade kunnat ha det ihop och har de mer fokus på vuxna och vi mer fokus på barnen, alltså vi kan komplettera varandra i det också med föräldrakurser och sådant.

Det Åsa här talar om kan tolkas som en möjlighet att tillvarata både socialtjänstens och öppenpsykiatrins olika kompetenser, där psykiatrin är experter på den vuxnes sjukdom (ohälsa) och socialtjänsten på att värna om att barnet får det stöd och den omsorg barnet behöver. Enligt Westrin (1986) är detta ett exempel på kollaboration/samverkan. Här integrerar man specifika och avgränsbara frågor vilket i det här fallet handlar om att tillhandahålla ett gemensamt stöd för barn som anhöriga (Lindberg, 2005:19).

#### **6.2.4. Ansatser till samverkan**

Åsa (st.1) berättar att de ibland ringer öppenpsykiatrin och försöker få tag i rätt person för att fråga om de erbjuder exempelvis Beardslees eller Föra barn på tal eller för att få råd kring om det är det är något familjen behöver. Hennes upplevelse är att flera av dem hon frågar inte vet och därför inte kan ge henne några svar. Både Åsa och Eva (ST1) berättar att de arbetar aktivt med att sprida information om sin gruppverksamhet riktad till barn som anhöriga, men de kan inte minnas att psykiatrin har gjort det omvända. Ett sätt som nämns är att regelbundet berätta om sin verksamhet på APT (arbetsplatsträffar) inom öppenpsykiatrin.

Åsa berättar att de även har barnombudsträffar där representanter från olika verksamheter såsom delar av öppenpsykiatrin träffas. Syftet med detta sägs vara att få andra att rekommendera deras gruppverksamhet. Man informerar enbart den andre om sin verksamhet vilket i en sådan mening är jämförbart med ett icke-samarbete enligt Westrins (1986:284) samarbetsmodell.

Att nätverka genom barnombud kan ses som ett exempel på det Axelsson och Bihari-Axelsson beskriver som samarbete, en horisontell integrering som bygger på en vilja att arbeta tillsammans och kännetecknas av intensiv kommunikation. Avgörande om det skall kännetecknas som samarbete är dock om det är ett gemensamt informationsutbyte eller om det enbart är en part som informerar övriga. Barnombuden skall verka för att barnperspektivet beaktas i arbetet på psykiatrienheterna samt verka för att barns behov som anhöriga uppmärksammas. Att nätverka genom barnombud är ett sätt att få ökad kunskap om varandras verksamheter via varandra. Detta kan enligt vår tolkning, vara ett sätt för psykiatrin och socialtjänst att närma sig varandra och öppna upp för samverkan.

Åsa (st.1) menar dock att även om det finns barnombud på många avdelningar inom öppenpsykiatrin så betyder det inte per automatik att de är intresserade av att komma på deras barnombudsträffar. Hon berättar att de har varit ute och informerat om sin verksamhet men att hon möter ett motstånd och i vissa fall att professionella inom psykiatrin uttalat att barn inte omfattas av deras uppdrag. Hon berättar att barnombudet vid en avdelning uttalat att ”det är inte de anhöriga vi

träffar”. Åsa menar att ”Nä, men de kanske har barn men nä det hörde inte till deras uppdrag”.

Att samverka är naturligtvis inte bara något man bestämmer sig för eller något som politiker kan lämpa över på de professionella att realisera. Samverkan kräver att man ser ett tydligt definierat behov samt att det finns en vilja hos respektive part. Man måste kunna specificera vilka problem man vill angripa och hur detta skall gå till. Vad är det som skall uppnås med samverkan, vilka effekter önskar man. Vidare måste man även kunna precisera vilka resurser som kan komma att krävas och hur dessa resurser skall samordnas (Westrin, 1984:283).

#### **6.2.5. Hinder för samverkan**

Det finns en rad hinder, dilemman och svårigheter i att samverka mellan organisationer som styrs av skilda regelverk och organisatoriska strukturer (Johansson, 2013: 128). Däremot är det inte så att olikheterna i sig skapar problem i samverkan under förutsättning att olikheterna är komplementära och inte konkurrerande (Danermark & Kullberg, 1999:103). Precis som vi tidigare diskuterat har socialtjänst och psykiatri olika perspektiv och ansvarsområden när det gäller barn som anhöriga. Psykiatrin har ett behandlingsansvar för föräldern med psykisk ohälsa och utgår i huvudsak från förälderns perspektiv.

Socialtjänsten har ett ansvar för barns välbefinnande och utgår från barnets perspektiv. På så sätt kan de bägge organisationernas olika perspektiv ses som komplementära och grunderna för samverkan som gynnsamma. På senare år har psykiatrin kommit att inkludera även barnets perspektiv. Även om psykiatrin inte har något behandlingsansvar för barnen så har de ett ansvar för tillgodose barnet behov av råd och stöd vilket har resulterat en ökad användning av metoder såsom Beardslees familjeintervention. Det finns inte längre någon tydlig avgränsning mellan psykiatrin och socialtjänsten uppdrag och ansvar. Båda har ansvar för att ge barn som anhöriga det stöd som behövs när en förälder lider av psykisk ohälsa. Som tidigare nämnt är förutsättningar för samverkan tydliga mål och uppdrag samt tydlig ansvarsfördelning (Socialstyrelsen, 2013c:3) vilket upplevdes saknas bland våra respondenter.

Sara (st.2) säger i intervjun att ”det är viktigt att man kan samverka utan att för den delen gå över sin gräns”. En förutsättning för att kunna ingå i samverkan är dock att aktörerna förväntas överskrida gränser. Samverkan innebär att förlora en del av den kontroll och autonomi man upplever sig ha haft tidigare. Professionella förväntas kunna utbyta perspektiv, samordna insatser och ha ett gemensamt mål samtidigt som de förväntas ha sin egen professions perspektiv, roll och uppdrag (Johansson, 2013: 127). Vår tolkning är att det är en svårighet att överskrida gränser när uppdraget och ansvarsfördelningen är otydligt som vi tidigare har berört.

När vi frågade våra respondenter om vilka hinder för samverkan de såg uppgav samtliga respondenter tidsbrist som den främsta orsaken:

Tid, personalomsättning, brist på kontinuitet i personalgrupperna, det finns tusen hinder från samverkan, från båda håll - Sofia (st.2).

Jag tror att det handlar om en tidsbrist, det finns inte personal inom psykiatrin, de finns inte. Ja men dom slutar och slutar.. så men hade det funnits personal och de hade stannat kvar så de hann tänka vidare. Dom hinner ju inte med och då kan de ju inte hinna samverka liksom - Åsa (st.1).

Hög personalomsättning, som Sofia och Åsa nämner, är en av de faktorer som Danermark och Kullberg (1999: 36-37) tar upp som hämmande för samverkan då det försvårar uppbyggandet av en gemensam kunskapsbas för personalen. Även hög arbetsbelastning nämns som en faktor som försvårar möjlighet till samverkan.

Ett annat återkommande hinder för samverkan tycktes vara att man inte visste vem man skall samverka med.

Samverkan tyvärr är ju också, -hur funkar det mellan oss två? Gillar vi varandra då är ju faktiskt chansen större att vi kommer. Det är ju jättehenskt, men jag tror att det till viss del handlar om det. Sedan finns det ju lagreglerat absolut vissa saker som vi absolut måste göra oavsett,

[ ... ]så länge man har ett samtycke från en individ så är kanske viljan att dela med sig till varandra större om det är en person som man vet att man samarbetar bra med - Sara (st.2).

Saras uttalande bekräftar det som Grape (2015: 302) avser med att samverkansproblemen inte är av teknologisk karaktär utan beror främst på att samverkan skapas av människor. Det finns många mellanmännsliga och organisatoriska problem som man måste överbrygga innan en effektiv samverkan kan skapas.

I en rikstäckande undersökning från 1993 bland Sveriges kommuner instämmer 85 procent med påståendet ”samverkan mellan människor i olika organisationer kan uppnås bara man vill, det handlar mest om person”. Här framhålls vilja och personkemi för att samverkan ska vara framgångsrik. Resultaten gäller framför allt för de mindre kommunerna medan man i större och medelstora kommuner ser andra förutsättningar för att bra samverkan ska komma till stånd (Danermark & Kullberg, 1999: 10-11).

Danermark (2000:12, 46) själv vill dock ”avлива” myten om personkemin. Han anser att personkemins betydelse i samverkansarbetet har förstörats upp. Visst påverkar den, men som förklaring till varför samverkan inte fungerar kan den inte användas. Den får det att framstå som att det är medarbetarnas fel när samverkan fallerar. Istället måste alla förstå att det är bristen på mer grundläggande förutsättningar som gör samverkan svår. Ansvaret för att skapa dessa grundläggande förutsättningar ligger alltid på ledningen (ibid:46).

Samtliga respondenter i kommun och landsting 1 uttryckte på olika sätt att det finns ett avstånd mellan öppenspsykiatri och socialtjänsten samtidigt som det skulle kunna uppfattas som en önskan om närhet, ett närmare samarbete. Rent geografiskt har avståndet vuxit då öppenspsykiatri flyttat och fått ett större upptagningsområde. Åsa (st.1) talar om hur det var ett bättre samarbete förr men att det nu är svårare. Åsa menar att ”det inte finns några specifika personer som vi kan rikta oss till utan dom jobbar ju med alla”. Hon säger vidare att ”dom hör aldrig av sig till oss om barn, däremot kan barn och ungdomsmedicin göra det



[...] då de träffar barnen och så och kan förmedla”. ”Egentligen skulle vi behöva att dom som träffar föräldrarna [...] kommer hit med dem i handen liksom”.

Therese som arbetar inom socialtjänsten i kommun 1 säger att ”Ja, vi hade ett bättre samarbete förut. Jag tror inte, jag vet inte vilka som är där nu ens”.

Citaten ovan visar på tydliga brister i organisationens struktur, dvs. system för samverkan. Samverkan som är personbundet är mer sårbart jämfört med samverkan som är uppbyggd kring en funktion. När det geografiska avståndet växer blir personbunden samverkan omöjlig. En funktionsbunden samverkan skapar större möjligheter att fungera långsiktigt (Socialstyrelsen, 2013c), även inom organisationer med hög personalomsättning då kunskap och samverkan inte står och faller med en person (Danermark & Kullberg, 1999: 36-37).

Ansvar för samverkan kan inte heller ligga enbart på de professionella. Sara (st.2) säger: ”Det kanske finns en del att tänka på hur vi faktiskt har organiserat oss. Det kan ju till och med vara svårt i huset här att ta del av varandras arbete.” Som tidigare nämnts så är det ledningens ansvar att säkerställa att det finns ett tydligt system för samverkan såsom tydliga mål, tydlig arbetsfördelning och tydliga rutiner för samverkan. En viktig uppgift för ledningen är att legitimera och förankra samverkan på lägre nivåer och att också efterfråga resultat av samverkan (Socialstyrelsen, 2013c).

#### **6.2.6. Fördelar med samverkan**

Möjligheten till samverkan med socialtjänsten ser Anna (öp.1) som något som skulle kunna gagna barnen. Hon menade på att om man blir uppmärksam på att det är lite skakigt inom en familj är det lättare att larma eller efterfråga en insats till barnen om man har en tätare kontakt med socialsekreterarna på socialkontoret, någon man kunde ”bolla” med.

Sofia (st.2) berör en stor fördel med samverkan, nämligen att den professionellas synsätt breddas och att man blir tryggare i sin profession. Hon säger;

Det kanske skulle bli tydligare, för det är inte alla föräldrar som är helt på det klara med vilka brister dom har i föräldraskapet på grund av sjukdomen [...] man kan prata om det och att man kanske får stöd av psykiatrin att få det klarlagt. Det kan också vara tvärtom, att det kanske lugnar oss, där vi tror att det brister, att man brister mer i föräldraförmågan, fast man inte, där man kan mer få en förklaring om hur den här sjukdomen fungerar, rent kunskapsmässigt tror jag.

Therese (st.1) ser en klar brist när det kommer till att få ta del av information och kunskap om psykiska sjukdomar. Hon tror att psykiatrin skulle kunna bistå med information och kunskap till barnet som socialtjänsten inte kan. Hon tror att barnen ofta blir lämnade ensamma och förvirrade över sin förälders sjukdom. Therese efterfrågar Beardslee utan att ens veta om att det finns en sådan intervention inom psykiatrin.

Ja, jag tänker att psykiatrin kanske skulle kunna bistå med information till barn på ett annat sätt än vad vi kan göra och ge barnen information om vad är det mamma eller pappa har för sjukdom, vad är det som gör att de agerar på ett visst sätt och så vidare, det tror jag hade varit jättebra. Det finns kanske, det vet jag inte, det kanske finns. Men det hade varit om vi kände till att det fanns att få.

Åsa (st.1) utvecklar vilka fördelarna skulle kunna vara:

Dels att vi lättare skulle nå barnen. Både dom och vi och att barnen skulle kunna få stöd och uppmärksammas på ett annat sätt. Tidigare och kanske längre. Föräldrarna skulle kunna få stöd utifrån föräldra- och familjeperspektiv och de vill ju prata om sina barn och sitt föräldraskap och det har man inte gjort innan, de är nog ingen som riktigt har vågat det men man gör det mer nu och det är uppskattat, det är fruktansvärt

smärtsamt men de vill och behöver, de är ju inte sin diagnos utan man är förälder.

Åsa berättar att de erbjuder föräldrakurser som skapades av personalen när ”man såg vi når barnen men det räcker ju inte hem”. De har även lagt in tid för familjesamtal. ”Bara ett, för att se, kan vi få med oss dem? Kommer de hit överhuvudtaget”. [...]. ”Det finns ju en del skrivet om det nu, hur man skulle kunna göra, eller hur andra gör, så jag försöker läsa in mig på det”.

Åsas verksamhet har uppmärksammat ett behov av kompletterande stödinsatser som inte bara fångar upp barnet utan även familjen. Vi tolkar det som att man i brist på ett samarbete med öppenpsykiatri valt att själva täcka upp områden där familjer upplever att insatser saknas.

Åsa berättar att de även har sneplat på hur BRIS arbetar för att hitta kompletterande stödinsatser som även omfattar familjerna.

De har gett ut en bok, tillsammans med några andra, som heter ”Stödja familjer i kris”, och där finns det massa exempel på hur man kan göra övningar som är för familjen”[...] om det nu är så att verksamhetschefen tycker nä, men det här ska ligga under psykiatri, så finns det lite matnyttigt i att ja, men att vi har svårt att barnen hit till exempel, det blir ju liksom, att ja men ska det ligga på socialtjänsten då? Men så är det i alla verksamheter, det är alltid svårt att få barnen hit, så vad gör andra egentligen för att hjälpa till att barnen får det stöd de behöver.

Stina (st.3) bekräftar det som Åsa lyfter ovan. Stina är verksam som anhörigsamordnare och berättar att hon för ett antal år sedan valde att utbilda sig till Beardslee behandlare då hon upplevde att det fanns en brist i det anhörigstöd som redan fanns. Sedan dess har Stina tillsammans med andra inom socialtjänstens utförarenhet tillhandahållit Beardslee som ett komplement till övrigt anhörigstöd. Stina lyfter även vikten av att ha ett familjeperspektiv som komplement till barnperspektivet. Stina menar att Beardslees familjeintervention fyller det syftet. När en förälder är lider av psykisk ohälsa påverkar detta alla delar

av familjesystemet. Som behandlare måste man kunna växla mellan olika perspektiv för att tillförsäkra barnet ett fullgott stöd.

Anhörigstödet är för oss ett nytt område och vi försöker ju hitta vägar och metoder och möjligheter. Och det ska vara ett individualiserat stöd och jag tänker att det här är en metod som möjliggjorde det för de som önskade det och där det fanns oro för barnet. Det är viktigt att ta barnens ökade risker att själva drabbas, på allvar. Jag tyckte att metoden passade in i anhörigstödsmöjligheterna.

Hollertz (2010) menar att människobehandlande organisationer är ”tätt kopplat till omvärlden, eller den miljö som de befinner sig i” (ibid: 60), vilket också innebär att de är beroende av omgivningens legitimitet för att ”överleva”. Omgivningen kan vara av olika slag: det kan vara uppdragsgivaren, allmänheten, medier, eller andra organisationer som anses vara framgångsrika. Om ett organisatoriskt fält präglas av osäkerhet, precis som Åsa uttrycker ovan, att de inte räcker ända fram, så menar de båda forskarna DiMaggio och Powell (1983) att organisationer inom detta fält tenderar att imitera de organisationer som upplevs som framgångsrika och som man vill jämföras med, för att därigenom uppnå en högre grad av legitimitet hos omgivningen, så kallad mimetisk isomorfism (ibid).

Sara berättar om när hon fick höra talas om att öppenspsykiatri arbetade med Beardslee interventioner: ”Det öppnade sig ju verkligen en dörr och jag tänkte att det var ju helt fantastiskt. Att man arbetade så aktivt, så riktat så att de kändes som att det borde varit socialförvaltningen. Det var imponerande och väldigt roligt att höra”.

Sara förklarar att när man nu vet om vilken insats öppenspsykiatri kan erbjuda kan hon stötta dem hon möter med behov, på ett annat sätt och kontakten med öppenvårdsmottagningen blir en annan. En av samverkans stora vinster är att när professionella får kunskap om vilken hjälp det finns att få, kan hjälpen nå ut till fler och inspirera till ett annat sätt att arbeta.

### 6.3 Delaktighet

Vår sista frågeställning rör barns delaktighet. Vi var intresserade av att belysa hur psykiatrin och socialtjänsten gör barn delaktiga i stödprocessen. Har barnet möjlighet att påverka val av insats och vilken delaktighet ges barnet inom ramen för vald stödinsats. Vi var även intresserade av hur barn delaktighet kan påverka behovet av samverkan mellan olika behandlande och stödgivande organisationer.

Forskning om barn i utsatthet talar för att delaktighet är en viktig del i omsorgen av barn. Det kan beskrivas med koppling till begreppet KASAM - känsla av sammanhang, ett begrepp som Aaron Antonovsky gett oss genom sin forskning (Antonovsky, 2005). Genom att få berätta får barn möjlighet att göra sina erfarenheter begripliga. Att få hjälp att sätta ord på känslor, att få dem bekräftade, att reda ut missförstånd hjälper barnet till en känsla av sammanhang. Giltiggörandet av barnets upplevelser kan bidra till återhämtningsprocessen. Att få möjlighet att påverka sin situation ger barnet upplevelsen av hanterbarhet, något som många utsatta barn saknat. Att bli lyssnad på och tagen på allvar bidrar till upplevelsen av mening (Näsman, 2014:38).

Vi var intresserade att ta reda på om och i så fall hur barn görs delaktiga när det kommer till val av stödinsats och även i det stöd som erbjuds barnet såsom Beardslee och gruppverksamheter.

Inom psykiatrin blir det tydligt att det ansvar som de tar för barnen är utifrån deras patient.

Vi försöker ju stötta föräldrarna i att ta sitt föräldraansvar och på något sätt ge barnen mandat att det här är något som jag, som förälder, tillåter dig att ta del av den här interventionen. Alltså det bygger på vad föräldern ger också och signalerar. – Karin (öp.2).

Karin förklarar att de inte informerar barnet i första hand utan att det alltid går via föräldern. Om föräldrarna tackar ja till en intervention såsom Beardslee får man där igenom en möjlighet att belysa barnets behov utifrån dennes utsaga.

Karin (öp.2) berättar att hon då hjälper barnet vidare genom att föreslå kontakt med ungdomsmottagningen, skolhälsovården, socialtjänst eller att man vänder sig till någon i sin närhet och i sitt nätverk för att berätta om att ens förälder har en ohälsa

Men jag kan nog inte säga att de kan vara med och påverka. Det låter ju inte bra när jag säger det, det hör jag ju, det vill man ju att de ska vara. Men i alla fall inte det vi har. [...] de kommer ju i så fall med en förälder. Så vårt ansvar är att informera föräldern så mycket som möjligt i att det här finns och att den i sin tur får bearbeta det -Karin (öp.2).

Som vi tidigare diskuterat så har psykiatrin ett ansvar för att behandla föräldern och ett ansvar att informera och ge stöd till barn om det behövs (2 g § HSL). Detta stöd kan ges direkt till barnet, men också via föräldern som får stöd att själv ge barnet information och råd om hur man kan föra samtal i familjen. Om öppenpsykiatrin väljer att gå via föräldern så omöjliggörs barnets delaktighet när det gäller val av stödsats. Kopplat till Harts steg för delaktighet så motsvarar detta steg 4, barnet får den informationen som de vuxna anser behövs för att förstå situationen (Näsman, 2014:40).

Psykiatrin kan istället välja att erbjuda Beardslee under förutsättning att föräldern har insikt om att sjukdomen kan påverka barnet samt att föräldern orkar fokusera på barnet och föräldraskapet. Genom Beardslee finns möjlighet att göra barnet delaktigt genom att lyssna till barnets berättelse, hjälpa barnet att förstå och öppna upp för kommunikation inom familjesystemet.

Det Karin lyfter i citatet ovan är behandlarens möjlighet att också hjälpa barnet vidare till annat stöd utanför den egna verksamheten. Detta återkopplar till det som Näsman (2014: 46) diskuterade under avsnittet Delaktighet. Att lämna utrymme för barnet att ta egna initiativ innebär att öppna upp för att barnet själv får uttrycka vilken hjälp hen önskar. Om det faller utanför ramen för den professionelles uppdrag skall hen istället se vilken instans som istället kan ta ansvar för frågan” (ibid).

Patienten/föräldern kan dock välja att tacka nej till interventionen, eller som tidigare nämnts, inte vara frisk nog för att orka genomföra interventionen, vilket återigen omöjliggör barns delaktighet. Här kan psykiatriken välja att göra en orosanmälan om behandlaren misstänker att ett barn far illa i enlighet med lagbestämmelsen i 14 kap 1§ SoL (2001:453).

Vi har tidigare beskrivit den studie som Mjörnheden (1993; ref. i Skerfving, 1996:62) genomfört gällande barn till föräldrar med allvarliga och långvariga psykiska störningar. I studien påtalas behovet av samverkan mellan vuxenpsykiatriken, barnpsykiatriken samt socialtjänsten. Mjörnheden beskriver organisationers handfallenhet inför de utmaningar som följer av att en patient också är förälder. Man har inom alla organisationer svårt att veta hur man bör hantera när föräldern avvisar erbjudna insatser (Ibid:61).

Inom socialtjänsten menar man att barn i allra högsta grad är delaktiga när det gäller val stödinsats. Vi frågade hur den insats som beviljas motiveras.

Alltså det bygger ju på att vi har utrett behovet och att vi har tittat på olika risk och skyddsfaktorer och sen har vi ju vägt samman då, vi ska ju samarbeta med familjen beroende på vilken ålder barnet är i, så ska ju barnets åsikt också, man ska ju ta hänsyn till vad barnet själv vill och så väga in vad föräldrarna vill, och vad vi har kommit fram till och utifrån det så ska man ju i bästa samförstånd med familjen och de berörda komma fram till en lösning som passar just den här familjen. Det kan ju vara så att en kontaktfamilj kanske vi tycker är jättebra men barnet vill inte för allt smör i Småland åka till en kontaktfamilj då föreslår vi ju inte det. Så att barnets åsikt ska ju komma fram men inte styra. – Sofia (st.1)

Bland de insatser som nämndes var kontaktfamilj. Detta innebär att man lyfter barnet ur sitt sammanhang. Föräldern får avlastning och barnet får miljöombyte. Däremot innebär denna insats varken att barnet får råd eller stöd i att hantera sin situation. Precis som tidigare diskuterat är kunskap om sjukdomen samt stöd i att

prata öppet med föräldern om sjukdomen, viktiga delar i att skydda barn mot att själva må dåligt när föräldern är sjuk (Beardslee, 2003).

Inom gruppverksamheterna är det föräldrarna som får avgöra om de tror att detta kan vara något för deras barn, båda vårdnadshavarna måste godkänna. Man utgår från ett vuxenperspektiv som innebär att beslut om barnets behov utgår från vad de vuxna anser att barnet behöver. Vid ett andra besök presenteras verksamheten även för barnet och föräldern tillsammans (Åsa, st.1). Här ser vi en koppling till det fjärde steget på Harts delaktighetssteg, Anvisad, men informerad. Äldre barn och ungdomar blir konsulterade i samband med att information ges vilket innebär ytterligare ett steg upp på stegen (Nordenfors, 2010:39).

Eva lyfter vikten av att barnet självt skall vara styrande när det gäller vilken information som skall delges föräldrarna efter det att barnet deltagit i en gruppverksamhet. ”Vi har ju tystnadsplikt, alltså det som sägs i gruppen stannar i gruppen men vi kan hjälpa barn och unga att lyfta saker om de vill det. [...] säger barnet nej då gör vi inte det. De skall alltså vara helt trygga med det”.

I de fall som barnet inte vill delge föräldrarna sina känslor och tankar finns anledning att misstänka att den psykiska ohälsan inte är pratbar inom familjen. Här skulle Beardslee kunna vara till stor hjälp för familjen. Precis som vi tidigare nämnt är en av de viktigaste faktorerna, för att skydda barn från att själva må dåligt när föräldern är sjuk, att barnet kan tala öppet med föräldern om sjukdomen. Det skyddar också barn att få kunskap om sjukdomen för att kunna förstå den på rätt sätt (Beardslee, 2003).

Eva (st.2) menar dock att kunskap om sjukdomen inte är intressant utifrån hennes verksamhet.

Det är klart att vi inte har den kunskapen men samtidigt tänker jag att vi har ett annat fokus. Det är inte, alltså inom citationstecken, så intressant



vad det är för diagnos föräldrarna har utan det handlar om vad det gör med barnet, den unge. Det är ju det vi är intresserade av.

Styrkan med gruppverksamhet är enligt Eva (st.2)

Skuldavlastning, jätte viktigt, jag är inte ensam, det finns fler som kämpar med detta och alltså bara att få lov att låta att få prata om något som kan vara väldigt tabubelagt, för psykisk ohälsa, missbruk och så vidare det är det är så mycket skam runt det. Att man får lov att älska en förälder som är knasig ibland och dricker ibland eller drogar eller på något sätt, det är helt okej.

Här tar företrädare för Beardslees familjeintervention och representanter för socialtjänsten gruppverksamheter olika perspektiv. Beardslee-metoden utgår från den psykiska ohälsan och dess konsekvenser för barnet och tillika familjen. Fokus är på att göra den psykiska ohälsan pratbar inom familjesystemet. Barnet får stöd i att berätta sin historia och därmed göra sina erfarenheter begripliga vilket leder till en känsla av KASAM. Gruppverksamheterna utgår från barnets mående och den unges behov av att träffa andra barn i liknande situation. Syftet är att bland annat stärka barnets självkänsla, avlasta från skuld och skam och öka barnets hopp och framtidstro.

Åsa (st.1) berättar att behandlarna inom gruppverksamheten utgår ifrån ett program med i förhand uppgjorda teman som grundar sig på hur gruppkonstellationen ser ut. Inom Beardslee utgår man istället från det som barnet väljer att lyfta utifrån sin oro eller sin föreställning om förälderns ohälsa. Vår tolkning, utifrån våra intervjuer och utifrån våra studier inom ämnet, är att barnet tillförsäkras större delaktighet genom Beardslee.

## 7. Avslutande diskussion

Vårt syfte med studien var att explorativt undersöka hur företrädare för socialtjänst och psykiatri ser på behovet av samverkan för att stödja barn till föräldrar med psykisk ohälsa samt om och hur samverkan sker mellan dessa organisationer. Vi var slutligen intresserade av att undersöka barns delaktighet i själva stödprocessen och även på vilket sätt barns delaktighet påverkar behovet av samverkan.

Utifrån syftet formulerades följande frågeställningar:

- Hur arbetar socialtjänst respektive psykiatri för att synliggöra barn till förälder med psykisk ohälsa?
- Hur ser socialtjänsten och psykiatri på varandras roller när det gäller stödinsatser till denna målgrupp?
- Hur kan man förstå de hinder och möjligheter som finns för samverkan när det gäller stödinsatser till denna målgrupp.
- På vilket sätt görs barn delaktiga i stödprocessen och på vilket sätt påverkar barns delaktighet behovet av samverkan?

### 7.1 Slutsats

Vår första frågeställning är hur man inom socialtjänst respektive psykiatri arbetar för att synliggöra barn till förälder med psykisk ohälsa. Utifrån vår studie kan vi konstatera att man inom socialtjänst och öppenpsykiatri kommit olika långt när det gäller att föra upp barn som anhöriga på agendan och vilka barn som inkluderas i begreppet barn som anhöriga. En viktig del i detta är vilka frågor som ställs och vilka antaganden som görs. Inom öppenpsykiatri riktas det stöd som erbjuds barn som anhöriga enbart till de patienter som också är registrerade som vårdnadshavare. Detta exkluderar patienter som har barn boende hos sig men som inte är vårdnadshavare. Våra respondenter höll med om att det finns en risk att barn i behov av stöd missas beroende på vilka frågor som ställs och vilka antaganden som görs.

Vår andra frågeställning rör hur socialtjänsten och psykiatrin ser på varandras roller när det gäller stödinsatser till denna målgrupp. Studien visade att majoriteten av våra respondenter från psykiatrin och socialtjänsten upplevde att de företräder olika perspektiv och hade olika ansvarsområden när det gäller stödinsatser för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Psykiatrins huvudansvar ansågs vara behandling av den vuxna patientens ohälsa medan socialtjänsten ansvarade för barnets välbefinnande. Det framkom att socialtjänsten ansåg att psykiatrin arbetade utifrån ett föräldraperspektiv i sina stödinsatser medan socialtjänsten såg till barnets perspektiv.

I vår tredje frågeställning önskade vi belysa de hinder och möjligheter som finns för samverkan mellan psykiatrin och socialtjänsten när det gäller stödinsatser till barn som anhöriga. Att psykiatrin och socialtjänsten anser sig utgå ifrån olika perspektiv och ansvarsområden sågs av flera av våra respondenter som ett hinder för samverkan. Flera av våra respondenter inom socialtjänsten ansåg att öppensykiatrin saknade ett barnperspektiv. Det var även okänt för majoriteten av respondenterna att öppensykiatrin arbetade med familjeinterventioner såsom Beardslee.

Denna syn är till viss del förståeligt utifrån att psykiatrin historiskt sett varit dåliga på att uppmärksamma och synliggöra barn. Detta förlegade synsätt har dock kommit att förändras till att numera se barnen som kompetenta och autonoma i förhållande till familjen. En trolig anledning till detta är den senaste lagförändringen som kom 2010 vilken ålade sjukvården att även beakta barns behov av information, råd och stöd när en förälder har en psykisk sjukdom. För att säkerställa att detta sker har psykiatrin bland annat valt att införa barnombud på respektive mottagning. Barnombuden skall verka för att barnperspektivet ska beaktas samt för att barns behov som anhöriga skall uppmärksammas.

En stor fördel med samverkan, som framkom i vår studie, är möjligheten att tillvarata både socialtjänstens och öppensykiatrins olika kompetenser, där psykiatrin är experter på den vuxnes sjukdom (ohälsa) och socialtjänsten på att värna om att barnet får det stöd och den omsorg barnet behöver.

Vår tolkning är dock att socialtjänsten och psykiatrin idag arbetar parallellt med samma målgrupp. Vi har i vår studie bland annat uppmärksammat att socialtjänsten och psykiatrin i vissa fall arbetar utifrån samma metod utan att ha någon närmare samverkan med varandra. En bidragande orsak till detta är bristen på insyn i varandras verksamheter vilket leder till att man går miste om möjligheten till att ta tillvara på varandras olika kompetenser och förutsättningen till en helhetssyn på barnet som anhörig.

Studien visar att grad av önskad samverkan varierar. Vissa efterfrågar endast en kontakt för konsultering medan andra önskar att öppenpsykiatrin och socialtjänsten kunde erbjuda gemensamma stödinsatser för barnen.

Vi var slutligen intresserade av att undersöka barns delaktighet i stödprocessen samt på vilket sätt barns delaktighet påverkar behovet av samverkan. Studien visar att barnets möjlighet att påverka val av insats är begränsad, dels utifrån utbud men främst utifrån det faktum att föräldern alltid måste tillfrågas och godkänna insatsen. Barns delaktighet lyfts däremot, till viss del, inom vald stödinsats såsom genom Beardslees familjeintervention. Genom ett fokus på barns delaktighet banar man väg för samverkan mellan olika behandlande eller stödgivande organisationer. En av våra respondenter berättade att hon kan förmedla andra stödkontakter när hon inte själv, inom ramen för sin organisation, kan tillgodose barnets behov av stöd.

## **7.2 Avslutande reflektioner**

För att kunna tillförsäkra barnet fullgott stöd krävs det att man har en helhetssyn på barnet som anhörig. Detta kräver i sin tur att socialtjänst och öppenpsykiatrin har insyn, förståelse samt kunskap om varandras uppdrag (Socialstyrelsen, 2013c:3).

I vår studie har vi dock sett att svårigheterna och hindren för samverkan är många. Orsakerna kan variera. Den personal som möter människor med psykiska och sociala problem kan känna behov av att sätta gränser för sitt arbete och försöker

begränsa sitt ansvar för att inte förlora sig själva. Budgetramar och andra direktiv kan sätta gränser för vilka insatser som ska rymmas inom en viss verksamhet. Istället för att skapa en ”skyddande gråzon” där olika verksamheter överlappar varandra drar man ibland upp gränser med ett ingenmansland emellan. Men med för skarp avgränsning mellan olika verksamheter förlorar även verksamheterna själva viktig kunskap om varandras kompetenser (Jansson, Larsson & Modig 2011:33).

Det blev tydligt för oss att det framförallt inom psykiatrin har skett stora förändringar de senaste åren. Från att inte ha något barnperspektiv alls har det istället blivit ett prioriterat perspektiv. Behandlare inom öppenspsykiatrin utbildas i familjeinriktade metoder såsom Beardslees familjeintervention. Inom metoden antar man dels ett familjeperspektiv men även ett uttalat barnperspektiv.

Socialtjänsten utgår framför allt från ett barnperspektiv. I den tredje kommun som vi besökte särskilde sig socialtjänsten dock från de övriga då de även antar ett familjeperspektiv. Denna kommun har valt att inte enbart se till de traditionella stödinsatserna utan har utvecklat sitt anhörigstöd till att innefatta stöd till hela familjen genom Beardslee familjeintervention. Vi anser att genom att anta ett familjeperspektiv öppnar socialtjänsten och psykiatrin upp dörren för samverkan. Familjeperspektivet kan ses som ett övergripande perspektiv där barnperspektivet och vuxenperspektivet inryms. Genom att inkludera familjeperspektivet i anhörigstödet tar man tillvara på möjligheten att ta del av öppenspsykiatrins och socialtjänstens kompetenser och resurser. Detta skapar en möjlighet för helhetssyn vilket i sin tur leder till det bästa för barnet och familjen. Vår förhoppning är att man då kan leva upp till de gynnsamma effekter som samverkan kring barnet som anhörig syftar till, nämligen ”att enas om gemensamma lösningar och samordna sin kompetens och resurser till det bästa för barnet och familjen” (Axelsson & Bihari- Axelsson, 2007: 186).

## 8. Referenser

Alingsås kommun, (2015a). Samtal och lek. Hämtad 2015-11-24, från <http://alingsas.se/samtal-och-lek>

Antonovsky, A (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur

Ahrne, G & Eriksson-Zetterquist, U (2015): Intervjuer. I: G. Ahrne & P. Svensson (red) *Handbok i kvalitativa metoder*. Stockholm: Liber

Axelsson, R, & Bihari-Axelsson, S (2007). Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I: Axelsson, R., Bihari-Axelsson, S. (red.) *I Samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur

Beardslee, W, Gladstone. T, Wright. E, Cooper. A (2003). A Family-Based Approach to the Prevention of Depressive Symptoms in Children at Risk: Evidence of Parental and Child Change. *Pediatrics* (2003), Volume 112/ Issue 2

Bryman. A (2011): *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber

Danermark. B & Kullberg. C (1999). *Samverkan. Välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.

Danermark. B (2000). *Samverkan – himmel eller helvete? En bok om den svåra konsten att samverka*. Stockholm: Gothia.

Danon. A & Hansson. M (2015). *Barn till föräldrar med missbrukare måste få hjälp tidigare*, Socialstyrelsen, Hämtad 2015-10-14, från <http://www.socialstyrelsen.se/pressrum/debattartiklar/barntillforaldrarmedmissbrukbehooverfastotidigare>

DiMaggio, P. Powell, W (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Association*, 1983: 48:2: 147-160

Essén. C (2008). Självhjälpsgrupper och stödgrupper i Sverige och internationellt-utveckling, metoder och forskning. I: Forinder, U & Hagborg, E (red.) *Stödgrupper för barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.

Grape. O (2015). Samverkan inom och mellan människobehandlande organisationer. S. Johansson, R. Dellgran & S. Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer- Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Hagborg. E, Jonsson. Y (2008). Att leda och handleda stödgrupper. I Forinder. U, Hagborg. E (Red.), *Stödgrupper för barn och ungdomar* (s293-312). Lund: Studentlitteratur.

Halldén, G. (2003). Barnperspektivet som ideologiskt och/eller metodologiskt begrepp. *Pedagogisk Forskning i Sverige, 1-2 Barns perspektiv och barnperspektiv*. Temanummer.

Hollertz, K. (2010). Problem förgår, lösningar består – organisering av kommunala insatser för unga arbetslösa med försörjningsproblem. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan.

Hovstadius. B, Ericson. L & Magnusson. L (2015). *Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader*,(2015:8). Nationellt kompetenscentrum anhöriga och Linnéuniversitetet

Jansson. M, Larsson. A-M, Modig. C (2011). *Mod och mandat – ny lagstiftning stärker barn som anhöriga. Har vi modet att möta dem?* Stockholm: Socialstyrelsen, Allmänna barnhuset

Johansson, S (2011) Rätt, makt och institutionell förändring. En kritisk analys av myndigheters samverkan i barnahus. Doktorsavhandling. Lund: Rättsociologiska enheten, Lunds universitet.

Johansson. R (2006) Nyinstitutionell organisationsteori. I O. Grape, B. Blom, R. Johansson (Red.), *Organisation och omvärld* (s.17-45). Lund: Studentlitteratur.

Johansson. S (2013). Samverkan som konflikt – om förhållandet mellan rättsliga strukturer och organisatoriskt handlande. I S. Linde, K. Svensson (Red.), *Förändringens entreprenör och tröghetens agenter - Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv* (s.127-141). Stockholm: Liber

Johansson. S (2015). Organisationsteoretiska perspektiv – på människobehandlande organisationer. I S. Johansson, P. Dellgran, S. Höjer (Red.), *Människobehandlande organisationer- Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*, (s.42-65). Stockholm: Natur & Kultur.

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

Landstinget Östergötland (2014). *Barn som anhöriga – Pyramiden*. Hämtad 2015-11-11, från <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/pages/180072/A4-broschyr.pdf>

Lindberg. K (2009). *Samverkan*. Stockholm: Liber

Linde. S, Svensson. K (2013). Bokens ärende. I S. Linde, K. Svensson (Red.), *Förändringens entreprenör och tröghetens agenter - Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*, Stockholm: Liber

Lindstein. T (2008). Stödgruppsverksamhet för utsatta barn- ett nytt inslag i förebyggande socialt arbete. I Forinder. U, Hagborg. E (Red.), *Stödgrupper för barn och ungdomar* (s.101-115). Lund: Studentlitteratur.



Levin. C (2013). Socialt arbete som moralisk praktik. I S. Linde, K. Svensson (Red.), *Förändringens entreprenör och tröghetens agenter - Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv* (s.25-41). Stockholm: Liber

Nordenfors. M (2010). *Delaktighet - på barns villkor?* Göteborg: Tryggare och mänskligare Göteborg

Näsman. L. (2014). Perspektiv på barns delaktighet som anhöriga. I Å. Lundström, Mattsson & T. Schönbeck (Red.), *Barns rätt som anhöriga - om att göra barn delaktiga*, (s. 37-54). Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset.

Patient-, brukar- och anhörignätverket (2006) Så vill vi ha det -Patient-, brukar- och anhörignätverkets krav på framtida vård, stöd och behandling inom psykiatriområdet. Hämtad 2015-11-09, från <http://www.personligtombud.se/publikationer/pdf/sa%20vill%20vi%20ha%20det.pdf>

Pihkala, H. (2011) *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom - Svenska familjers erfarenheter*. Umeå: Umeås universitet Umeå University Medical Dissertations, New Series No 1403

Rasmusson, B. (2004). *Barnavårdsutredningar på nya grunder*. Lund: Lunds universitet, Socialhögskolan, meddelande 2004:1

Scott, R (2008). *Institutions and Organizations: ideas and interests*, 3 uppl. Thousand Oaks, California: Sage.

Skerfving, A (2015). *Barn till föräldrar med psykisk ohälsa – barndom och uppväxtvillkor*, Doktorsavhandling i socialt arbete vid Stockholms universitet 2015, Nr.149, Stockholm: Stockholms universitet.

Skerfving, A (1996). Barn till psykiskt störda föräldrar- sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunskapssammanställning. (rapport 1996:11). Stockholm: Forsknings- och Utvecklingsenheten/psykiatri

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet

SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet

Socialstyrelsen (2001). *Folkhälsorapport 2001*. Stockholm: Socialstyrelsen och Folkhälsoinstitutet.

Socialstyrelsen (2009). *Barn och unga i familjer med missbruk - vägledning för socialtjänsten och andra aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen och Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS)

Socialstyrelsen (2010). *Överenskommelse om samarbete – meddelandeblad 1/2010*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens termbank (2010b). Hämtad 2015-11-19, från <http://socialstyrelsen.iterm.se>

Socialstyrelsen (2012). Att inventera behov. Inventering av gruppen personer med psykisk funktionsnedsättning. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013a). Stöd till anhöriga – vägledning till kommunerna för tillämpning av 5 kap. 10 § socialtjänstlagen. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013b). Barn som anhöriga – konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2013c). Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen, (2015). *Förbättrat stöd till barn som anhöriga - Slutrapport från ett regeringsuppdrag 2011–2014 samt pågående arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Utrikesdepartementet (2006). Mänskliga rättigheter - Konventionen om barnets rättigheter. Stockholm: Regeringskansliet

Waltré, E (2008). De osynliga barnen- barn till psykiskt sjuka. I Forinder, Hagborg (Red.), *Stödgrupper för barn och ungdomar*, (s 149-163). Lund: Studentlitteratur.

Westin, Claes-Göran (1986) Social och medicinsk samverkan – begrepp och betingelser. *Socialmedicinsk tidskrift*nr. 7-8, s.280-285.

## Bilaga.1

### Intervjuguide

*Hur arbetar man inom socialtjänst respektive psykiatri för att synliggöra barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom.*

1. Har du själv genom den enhet du arbetar på, kontakt med barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom?
  - a. Hur kommer du i kontakt med dessa barn?
  - b. I vilken utsträckning?
  - c. (vem remitterar barnen till ”gruppen”).
  
2. Har du kunskap om det inom socialtjänsten/ psykiatri finns några krav eller rutiner på att fråga vuxna med psykisk ohälsa om de har egna barn eller om det finns barn boende i hemmet?
  - a. Om ”ja” – Hur ser dessa rutiner ut?
  - b. Om ”nej” – varför inte finns inga rutiner?
  
3. Om det framkommer att det finns barn med i bilden, hur går du (man inom psykiatri)-vidare med den informationen?
  
4. Finns det inom din egen organisation information om stödinsatser för anhöriga? (externt)
  - a. Om ”ja”: sedan när?
  - b. Hur sprider ni denna information?
  - c. Vad innehåller den?
  - d. Om ”nej”: varför saknas sådan information?
  - e. Vad innebär detta för målgruppen att sådan information saknas?
  - f. Har organisationen för avsikt att under det kommande året ta fram en sådan skrift?

5. Finns det inom din egen organisation riktad information till barn som anhöriga vad gäller de stödinsatser ni kan erbjuda?
- Om ”ja”: sedan när?
  - Hur sprider ni denna information?
  - Vad innehåller den?
  - Om ”nej”: varför saknas sådan information?
  - Vad innebär detta för målgruppen att sådan information saknas?
  - Har organisationen för avsikt att under det kommande året ta fram sådan riktad information?
6. Vilka insatser erbjuds barn som anhöriga till psykiskt sjuka föräldrar?
- Varför just dessa?

*Hur ser socialtjänsten på psykiatrins roll, och omvänt, när det gäller stöd till denna målgrupp?*

7. Har du någon kunskap om hur socialtjänst/ psykiatrin arbetar med denna målgrupp?
- Om ”ja”: kan du utveckla vad du vet?
  - Hur har du fått denna kunskap?
  - Om ”nej”: varför inte?
  - Är denna kunskap något du efterfrågar eller saknar?
8. Vem anser du bär huvudansvaret för åtgärder som rör barn till anhöriga till psykiskt sjuka?

*När och på vilket sätt samverkar psykiatrin och socialtjänsten när det gäller stödinsatser för barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom?*

9. Finns det idag någon samverkan mellan socialtjänst och psykiatrin kring denna målgrupp?

- a. Om ”ja”; Hur ser denna samverkan ut? Kan du exemplifiera
- b. Vilka fördelar ser du mer denna samverkan?
- c. Vilka nackdelar ser du med denna samverkan?
- d. Vilka hinder finns för en ökad samverkan?
- e. Vad skulle du vilja förändra i den nuvarande samverkan
- f. Erbjuder ni några gemensamma insatser för denna målgrupp
- g. Om ”nej” Hur kommer det sig?

10. Hur organiseras denna samverkan?

- a. Sker den formellt eller informellt?
- b. På vilket sätt informerar ni varandra om era respektive insatser?

*På vilket sätt ges barn delaktighet när det kommer till val av stödinsats?*

11. Hur motiveras valet av stödinsats som erbjuds barn som anhöriga?

12. På vilket sätt har barnet möjlighet att påverka val av insats?

13. Vilket är det främsta syftet med de insatser ni erbjuder?