

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Behandlingsalliansens betydelse för arbetet med barnperspektivet inom psykosvården**

Jonas Dackman

Examensarbete 30 hp  
Psykologprogrammet  
PM 2519  
Vårterminen 2017

Handledare: Jennifer Strand

# Behandlingsalliansens betydelse för arbetet med barnperspektivet inom psykosvården

Jonas Dackman

**Sammanfattning.** Syftet med uppsatsen var att undersöka behandlingsalliansens betydelse vid arbetet med barnperspektivet inom psykosvården. Intervjuer med 11 behandlare analyserades med hjälp av en tolkande fenomenologisk analys och två teman med respektive två underteman skapades. Behandlarna upplevde att patienters rädslor påverkade arbetet med alliansen och barnperspektivet. Rädslorna skulle antingen undvikas för att skydda alliansen eller arbetas med för att skapa allians. Behandlarna beskrev även att alliansen kunde bli ett hinder eller en möjlighet i arbetet med barnperspektivet och att organisationen på olika sätt försvårade arbetet både med alliansen och med barnperspektivet. Även om studien enbart utgick ifrån behandlares upplevelser ger resultatet indikationer om hur alliansen går att arbeta med inom psykosvården samtidigt som det är möjligt att ta hänsyn till patienters barn.

Psykosjukdomar påverkar ungefär 3 % av populationen och cirka en femtedel av alla patienter med psykosjukdomar har barn (Perala et al., 2007). Enligt diagnosmanualen DSM 5 (American Psychiatric Association [APA], 2013) definieras psykosjukdomar utifrån fem domäner: vanföreställningar, hallucinationer, desorganiserat tal, abnormt psykomotoriskt beteende och negativa symtom.

Vanföreställningar och hallucinationer klassificeras som positiva symtom och innebär en tolkning av upplevelser på ett sätt som andra vanligtvis skulle tolka annorlunda (APA, 2013). Vanföreställningarna rör sig ofta om förföljelse, att olika tecken i omgivningen uppfattas vara riktade mot en själv, grandiositet eller somatiska upplevelser. Hallucinationer handlar om att uppleva saker utan ett externt stimuli och kan innefatta alla sinnen. Desorganiserat tal kan innebära att skifta snabbt mellan ämnen, ge orelaterade svar på frågor eller vara osammanhängande. Abnormt psykomotoriskt beteende kan betyda både ofrivilliga och meningslösa rörelser samt att ligga stel och orörlig. Negativa symtom innefattar minskade emotionella uttryck, tillbakadragande och minskad motivation till att genomföra meningsfulla aktiviteter. Det är också vanligt att uppleva anhedoni, det vill säga en minskad förmåga att känna lust från positiva stimuli.

Även om inte alla föräldrar med psykosjukdomar har svårigheter i sitt föräldraskap visade Campbell et al. (2012) i en studie att föräldrar ofta har ett stort behov av att få stöd då så många som 28 % av alla pappor och 21 % av alla mammor upplever stora svårigheter. Att vara förälder med en psykosjukdom kan innebära utmaningar så som att hantera vanföreställningar, hallucinationer och negativa symtom och samtidigt ta hand om ett barn (Park, Solomon & Mandell, 2006). Svårigheter i föräldraskap beskrevs även i en studie av Evenson, Rhodes, Feigenbaum och Solly (2008) som visade att det kan vara svårare att känna känslomässig närhet och fokusera på barnen om till exempel hallucinationer eller vanföreställningar tar mycket uppmärksamhet. Evenson et al. visade även att trötthet från medicinering och negativa symtom gör det svårare att vara

förälder. Många föräldrar med psykossjukdomar möter dessutom arbetslöshet, fattigdom, isolering och stigmatisering (Campbell et al., 2012).

Barn som har vuxit upp med åtminstone en förälder med psykossjukdom beskriver ofta en osäker familjemiljö som karaktäriseras av dispyter och argumentationer (Kahl & Jungbauer, 2014). I en studie med vuxna barn beskrevs uppväxten som ”kaotisk”, ”oförutsägbart” och ”otäck”, bland annat på grund av att de blev indragna i sina föräldrars vanföreställningar och att föräldrarna var frånvarande i och med inläggningar på sjukhus (Duncan & Browning, 2009). På grund av miljömässiga och ärftliga faktorer har barn till en förälder med schizofreni 7 % risk att själva utveckla schizofreni (Gottesman, Laursen, Bertelsen & Mortensen, 2010) och 55 % risk att utveckla något annat psykiatriskt tillstånd (Rasic, Hajek, Alda & Uher, 2014). Utifrån den ökade risken rekommenderas därför professionella som arbetar med patienter med psykossjukdomar att undersöka behov och utmaningar i föräldraskapet samt implementera program som ökar och stödjer föräldraförmågan (Campbell et al., 2012).

## **Barnperspektivet inom psykosvården**

I Sverige finns två lagstiftningar som styr rättigheter för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Socialtjänstlagen (SFS, 2001) kräver att all sjukvårdspersonal ska uppmärksamma barns situation och genast lämna in en orosanmälan då de misstänker att ett barn far illa. Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2010) kräver att all sjukvårdspersonal även ska lägga särskild uppmärksamhet på barns behov av information, råd och stöd när en förälder eller annan vuxen i hemmet lider av psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen (2011) har utformat nationella riktlinjer vid psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Där rekommenderas familjeinterventioner till personer med schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd som har kontakt med sin familj eller närstående. Det ska göras genom exempelvis information, stöd, träning i att minska stress, problemlösning och träning i kommunikation. Syftet är att minska risken för återfall, inläggning på sjukhus och att förbättra personens sociala funktion, livskvalitet samt det känslomässiga klimatet i familjen.

Hur arbetet med barnperspektivet ser ut i praktiken skiljer sig delvis från landsting till landsting beroende på hur deras respektive riktlinjer är utformade. Västra Götalandsregionen beskriver att de har ett starkt fokus på att uppmärksamma och stödja barn till patienter och arbetar verksamhetsövergripande med barnperspektivet (Barnperspektivet - Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2017). Bland annat har verksamheten två heltidsanställda barnperspektivsutvecklare. Varje enhet ska även utse barnombud som har i uppdrag att hålla barnperspektivet aktuellt och förmedla kunskap till övrig personal.

De två insatserna som beskrivs som viktigast av Västra Götalandsregionen (Barnperspektivet - Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 2017) är Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal och även de ska erbjudas på varje enhet. Syftet med Beardslees familjeintervention är att stärka föräldraskapet, stödja barns utveckling i familjen och öppna upp samtalsklimatet i familjen. Behandlaren ska träffa varje barn för sig under flera samtal och ett familjesamtal ingår. Föra barnen på tal beskrivs som en förebyggande metod som hjälper föräldrar att förstå hur den psykiska ohälsan påverkar föräldraskapet och barnen.

Även Psykiatri Södra Stockholm (Stöd till barn - Psykiatri Södra Stockholm, 2017) beskriver att de har en barnsamordnare som har i uppdrag att stärka barnperspek-

tivet inom hela verksamheten samt att varje enhet har utsedda barnombud. Barnombuden ska se till att lagar följs och att barnperspektivet hålls levande i det dagliga arbetet. Insatser som beskrivs är samtal med barn och föräldrar, föräldrastödande samtal samt Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal.

## **Behandlares erfarenheter av föräldra- och barnfrågor inom vuxenpsykiatri**

Dolman, Jones och Howard (2013) beskrev att många professionella som arbetar med patienter med svår psykisk ohälsa upplever att det finns hinder för att ta upp frågor som har med barn och föräldraskap att göra. Brist på tid och resurser, oklarheter kring vemns ansvar det är samt en ökad ångest av att ta i frågan kan vara sådana hinder. En ökad ångest hos sjukvårdspersonal av att arbeta med frågor som rör patienters föräldraskap beskrevs även i en annan studie (Maddocks, Johnsson, Wright och Stickley, 2009). Maddocks et al. menade att ångesten bland annat beror på att det finns en rädsla hos behandlare att tala om föräldraskap eftersom de känner sig osäkra på sin egen kunskap och att det innebär mycket ansvar. Det finns också exempel på att sjukvårdspersonal ofta tycker att det är viktigt att stödja barn i den situationen men känner sig tveksamma på om det är deras ansvar (Slack & Webber, 2008). Slack och Weber menade att det krävs en ökad kunskap hos personalen för öka medvetenheten kring arbetet med patienters barn.

McConachie och Whitford (2009) visade att sjukvårdspersonal upplever att arbetet med frågor om föräldraskap och barn leder till extra ansvar och att det finns ett behov av mer utbildning och samarbete mellan olika instanser inom sjukvården. Även Engqvist, Ferszt, Ahlin och Nilsson (2011) menade att det finns ett behov av mer utbildning för sjukvårdspersonal i barn- och föräldraskapsfrågor. De visade utöver det också att det finns brist på resurser när det gäller att underlätta för sjukvårdspersonal i arbetet med föräldraskap hos patienter med svår psykisk ohälsa.

Andra svårigheter som kan upplevas av sjukvårdspersonal som arbetar med föräldrar är negativa känslor så som ilska, ledsenhet och ångest (Engqvist, Ferszt, Ahlin och Nilsson, 2009). Engqvist et al. beskrev att känslorna kan uppstå på grund av att behandlarna tänker på sina egna erfarenheter av föräldraskap och därmed blir ledsna eller arga över att patienternas barn riskerar att råka illa ut. De negativa känslorna kan hindra patientarbetet och personalen kan då undvika situationen istället för att visa intresse och värme som gynnar patienterna. Maddocks et al. (2009) menade att patienterna har behov av behandlare som de kan lita på och känna sig trygga med. Således beskriver båda studierna aspekter som är relevanta för relationen mellan behandlare och patient, aspekter som kan rymmas inom begreppet behandlingsallians.

## **Behandlingsallians vid psykosjukdomar**

Behandlingsallians är ett begrepp som har funnits länge och ses numera som en av delarna som påverkar framgången i psykoterapi oavsett inriktning på terapin, inte bara som en biprodukt av terapeutiska framsteg utan som en betydelsefull faktor i sig (Horvath & Bedi, 2002). Begreppet berörs på olika sätt inom flera terapeutiska inriktningar.

Inom psykodynamisk terapi började Freud (1958) skriva om terapeut-patientrelationen där en positiv och verklighetsbaserad del av relationen är hjälpsam vid behandling av neurosen. Den idén utvecklades sedan av Greenson (1967) som kallade den delen av relationen för arbetsallians och beskrev det som en väsentlig del för en lyckad terapi. Inom den klientcentrerade terapin ses den terapeutiska relationen som en av de stora drivkrafterna till förändring (Rogers, 1957). Rogers menade att det som krävs av terapeuten för att lyckas skapa en sådan relation är att terapeuten är empatisk, kongruent och har en villkorlös positiv inställning till patienten. Även inom kognitiv beteendeterapi har behandlingsalliansen en viktig plats i form av begreppet kollaborativ empirism (Raue & Goldfried, 1994). Kollaborativ empirism är en systematisk process där terapeuten och patienten arbetar tillsammans för att etablera gemensamma mål, vilket ses som en central del i en framgångsrik terapi.

Behandlingsalliansen är också en viktig del i psykoterapi med patienter med psykossjukdomar. Melau et al. (2015) visade i en studie att en bra behandlingsallians hänger samman med färre negativa och desorganiserade symtom samt bättre socialt fungerande. Fowler, Garety och Kupiers (1995) visade också att patienters vilja till att förändra uppfattningar inte påverkas så mycket av vad som sägs i terapin utan är snarare beroende på hur tilliten till terapeuten utvecklas.

Samtidigt menade Evan-Jones (2004) att arbetet med att upprätta en bra behandlingsallians ofta är svårare med patienter med psykossjukdomar på grund av deras symptom och tidigare erfarenheter. Det kan till exempel bero på att vissa patienter har svårare att lita på och har desillusionerade uppfattningar om terapeuten. Bonoldi et al. (2013) visade att många patienter med psykossjukdomar dessutom har utsatts för traumatiska upplevelser under uppväxten. Enligt Bonoldi et al. rapporterade 26 % sexuella övergrepp, 39 % fysiska övergrepp och 34 % emotionella övergrepp. I andra fall kan det bero på negativa erfarenheter av olika myndigheter som kopplas samman med terapeuten eller så kan olika kognitiva nedsättningar i samband med sjukdomen försvåra skapandet av en bra behandlingsallians (Evan-Jones, 2004). En annan faktor som kan stå i vägen för skapandet av allians med patienter med psykossjukdomar var enligt Evan-Jones svårigheter att komma överens om mål med behandlingen. Att gemensamt komma överens om målsättningar ses som en av de första stegen i alliansskapandet och det ofta är svårare vid psykossjukdomar då till exempel vanföreställningar hos patienten kan leda till orealistiska mål.

När det gäller faktorer som associeras med en bra behandlingsallians beskrev Evan-Jones (2004) att det är svårt att dra några tydliga slutsatser då det än så länge inte finns tillräckligt med studier som undersöker det. Det finns dock tendenser till att patienter som har utsatts för våld har svårare att skapa en allians och att patienter med färre inläggningar på sjukhus har lättare att skapa en allians (Dow, 2003).

Utöver det finns det en överrepresentation av undvikande anknytning hos patienter med psykossjukdomar, vilket i sin tur påverkar behandlingsalliansen och predicerar sämre behandlingsutfall (Korver-Nieberg, Berry, Meijer & de Haan, 2013). Berry, Wearden och Barrowclough (2007) menade att undvikande anknytning hos patienter försvårar skapandet av en allians eftersom patienterna ibland att förnekar svårigheter och behov av stöd samt att de visar en rädsla för att vara beroende av andra. Även faktorer hos terapeuten så som pessimism och svårigheter med att känna empati till märkliga upplevelser hos patienten kan påverka alliansen (Evan-Jones, 2004).

Det finns studier som nämner relationen mellan behandlare och patienter med psykossjukdomar när det handlar om frågor som rör barn och föräldraskap. Chernomas,

Clarke och Chisholm (2000) visade att patienter upplever att enskilda relationer med behandlare är det som har lett till positiva upplevelser av sjukvården snarare än erfarenheter av hela sjukvården i sig. Även Davies och Allen (2007) visade i en studie att patienter beskriver positiva upplevelser av de behandlare som tar sig tid till att lyssna och ger tid till att prata om frågor som rör barn och föräldraskap. Davies och Allen menade att föräldrar i de fallen upplever att behandlare lyckas fånga upp de behov som finns kring barnen.

## **Syfte**

Att arbeta med barnperspektivet inom psykosvården är viktigt, både för att minska risken för att barn utvecklar psykisk ohälsa samt för att öka välmåendet bland de föräldrar som är sjuka. Det finns dessutom lagstiftning som kräver att barnperspektivet ska finnas inom all sjukvård. Tidigare forskning visade dock att sjukvårdspersonal upplever ett flertal hinder för att ta hänsyn till barnperspektivet. Det finns också forskning som undersöker behandlingsalliansens betydelse vid behandling av psykosjukdomar och vilka specifika svårigheter som finns i den patientgruppen. Det som däremot saknas är studier som specifikt undersöker relationen mellan behandlingsalliansen och arbetet med barnperspektivet vid psykosjukdomar. Syftet med den här examensuppsatsen var därför att se vilken betydelse behandlingsalliansen har vid arbetet med barnperspektivet inom psykosvården, utifrån behandlares upplevelser.

## **Metod**

### **Deltagare**

I den här uppsatsen var deltagarna en del av ett pågående forskningsprojekt vid Psykologiska Institutionen i Göteborg. Projektet var en utvärdering av familjeinterventioner som riktade sig till föräldrar med psykosjukdomar och deltagarna var 11 kvinnliga behandlare i åldrarna 32 till 57 år. Deltagarna arbetade på vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar specialiserade på psykosjukdomar och var utbildade i familjeinterventionerna Beardslees familjeintervention eller Föra barnen på tal. Deltagarna rekryterades från åtta olika mottagningar i en av de större städerna i Sverige och i en medelstor stad i södra Sverige. Deras arbetserfarenhet sträckte sig från 3 till 26 år ( $M = 13.09$ ). Sex av deltagarna arbetade som socionomer, fyra som mentalskötare och en som sjuksköterska.

### **Tillvägagångssätt**

En inbjudan med information om studien skickades via e-post till alla behandlare ( $N = 20$ ) som jobbade på de utvalda mottagningarna och hade utbildning i någon av de två familjeinterventionerna som utvärderades i projektet. Inbjudan för deltagande inkluderade information om syftet med studien, att deltagandet var frivilligt och att ingen utanför projektet skulle kunna identifiera deltagarna. Inledningsvis tackade sju be-

handlare ja till att delta. En påminnelse skickades efter en månad till de som inte hade svarat och då accepterade ytterligare tre behandlare. En sista inbjudan skickades efter ännu en månad och en behandlare till tackade ja.

Intervjutillfällena genomfördes inom två veckor efter att behandlarna hade tackat ja till att delta i studien. En intervju genomfördes på Psykologiska Institutionen i Göteborg och de övriga intervjuerna genomfördes på respektive mottagning där behandlarna arbetade.

## Intervju

Intervjuguiden som användes var semistrukturerad och täckte in tre områden: familjernas behov och resurser, upplevelser av att stödja familjer där en förälder har en psykossjukdom och upplevelser av att arbeta med familjeinterventionerna. Alla frågor var öppna för att ge plats åt behandlarnas egna tankar och upplevelser. Deltagarna ombads att tala delvis utifrån en generell förståelse och delvis i relation till specifika familjer som de hade mött. Antalet följdfrågor som användes för att klargöra deltagarnas svar skiljde sig åt mellan intervjuerna beroende på hur detaljerade och pratsamma de var.

Intervjuerna genomfördes av två forskare inom projektet och pågick i ungefär en timme. Den första forskaren genomförde sex intervjuer och den andra fem. Ljudinspelningar gjordes vid alla intervjuer som sedan transkriberades av de två forskarna.

## Metodologiska överväganden

Syftet med det här examensarbetet var att undersöka hur behandlare inom psykosvården upplever alliansens betydelse vid arbete med barnperspektivet. För att göra det användes en tolkande fenomenologisk analys.

**Tolkande fenomenologisk analys.** En tolkande fenomenologisk analys syftar till att försöka utforska människors upplevelser och hur de förstår olika fenomen utifrån deras eget perspektiv (Willig, 2013). Samtidigt accepteras omöjligheten i få direkt tillgång till de upplevelserna. Enligt Willig kommer ett utforskande av andras upplevelser per automatik påverkas av forskarens syn på världen så väl som interaktionen mellan forskare och deltagare. Resultatet av en sådan analys kommer därför alltid vara forskarens tolkning av deltagarens upplevelse.

Metoden har sina rötter både i fenomenologin, det vill säga en ansats att studera människors upplevelser, och i hermeneutiken, det vill säga en teori om tolkning (Smith, Flowers & Larkin, 2009). Att arbeta med metoden innebär att fokusera på att försöka förstå hur människor skapar mening och göra det bland annat genom att använda sig av den hermeneutiska cirkeln. Det handlar om att röra sig mellan helheten och olika delar. Genom att förstå en del av ett material förändras synen på helheten som sedan i sin tur påverkar hur delarna förstås.

Det här får konsekvenser för vilken typ av kunskap som en tolkande fenomenologisk analys antas kunna skapa. Den har delvis utgångspunkten att människors utsagor kan säga något om deras faktiska upplevelse. På så sätt kan den sägas ha en realistisk syn på kunskapsproduktion (Willig, 2013). Samtidigt medges att forskarens förståelse av deltagarens upplevelse ofrånkomligen påverkas av forskarens egna tankar och före-

ställningar. Det ses dock inte som en bias utan som en nödvändighet för att förstå någon upplevelse.

Den tolkande fenomenologiska analysen intresserar sig för människors subjektiva upplevelser och gör inga antaganden om en objektiv yttervärld (Willig, 2009). Tanken är istället att ett och samma fenomen kan upplevas på olika sätt av olika människor. På så sätt menar Willig att den tolkande fenomenologiska analysen utgår från en relativistisk ontologi. Samtidigt ser den också att människors meningsskapande är en produkt av interaktioner i den sociala världen och grundar sig därför också i ett symboliskt interaktionistiskt perspektiv.

**Reflexivitet.** Eftersom den tolkande fenomenologiska analysen på ett explicit sätt tillkännager att forskarens egna föreställningar kommer påverka förståelsen kan det anses vara lämpligt att nämna något om sådana föreställningar i den här examensuppsatsen. Någon erfarenhet av att arbeta med barnperspektivet inom psykosvården fanns inte. Som student på termin 10 på Psykologprogrammet var däremot behandlingsalliansen något som hade berörts vid flera tillfällen på olika sätt. Alliansen lyftes då fram som något centralt och viktigt i arbetet med patienter.

**Etik.** Forskningsprojektet som den här uppsatsen har skrivits inom ramen för har blivit godkänd av Regionala etikprövningsnämnden, Göteborgs universitet (ref. nr. 599-15). Samtidigt innebär en tolkning av materialet som vid en tolkande fenomenologisk analys att vissa etiska frågor kan ställas, till exempel vem som äger tolkningen eller förstår fenomenet bäst. Ambitionen i den här uppsatsen var dock att försöka tydliggöra när det handlar om något en deltagare sa eller när det var en tolkning.

## Analys

För att försöka förstå deltagarnas upplevelser av hur behandlingsalliansen påverkar arbetet med barnperspektivet användes en tolkande fenomenologisk analys utifrån de metodologiska riktlinjer som finns för hur en sådan analys ska genomföras (Smith et al., 2009). Den tolkande fenomenologiska analysen utforskar deltagarnas upplevelser och hur de förstår olika fenomen utifrån deras egna perspektiv. Således uppfattades metoden som passande för den här uppsatsens syfte.

Inledningsvis lästes intervjutranskripten flera gånger för att säkerställa att fokus för analysen blev på deltagarna, då det är syftet med en tolkande fenomenologisk analys (Smith et al., 2009). Vid fortsatt läsning gjordes initiala anteckningar i varje intervju var för sig som bestod av deskriptiva, lingvistiska och konceptuella kommentarer. Exempel på kommentarer var hur patienters symtom beskrevs och hur behandlingsalliansen hanterades.

Eftersom syftet med analysen var att fokusera på deltagarnas egna upplevelser var analysen induktiv, det vill säga ingen teoretisk förförståelse styrde vilka anteckningar som gjordes. För varje intervju samlades alla anteckningar i separata dokument för att inledningsvis kunna analysera varje intervju var för sig. Detta för att inledningsvis kunna fokusera på varje enskild deltagares upplevelse som är första steget i en tolkande fenomenologisk analys (Smith et al., 2009)

I nästa steg skapades inledande teman i varje enskild intervju. Till exempel samlades uttalanden om patienters symtom under teman som att ”Patienter är rädda” eller ”Patienter vill skydda sina barn”. Uttalanden om behandlingsalliansen kunde samlas



under teman som till exempel ”Behandlaren lyfter föräldraskapet genom att prata om ekonomi” eller ”Behandlaren validerar föräldrars oro”.

Därefter söktes kopplingar mellan olika teman inom intervjuerna eftersom den tolkande fenomenologiska analysen delvis bygger på den hermeneutiska cirkeln där analysen hela tiden strävar efter att både förstå helheten och de separata delarna (Smith et al., 2009). Genom att bryta upp strukturen och koppla ihop skilda delar i intervjuerna blev analysen mer tolkande. Det gick då till exempel att se att om patienter beskrevs som rädda kunde behandlaren skydda alliansen genom att lyfta in barnen kopplat till frågor om ekonomi istället för direkta frågor kring föräldraskap.

Det sista steget blev sedan att leta efter mönster mellan intervjustranskripten. Därefter skapades de övergripande teman som presenteras under *Resultat*. Två teman med respektive två underteman beskrivs. Det första temat är ”Arbetet med alliansen och barnperspektivet påverkas av patienters rädslor” och det andra temat är ”Upplevelsen av alliansen som hinder eller möjlighet för barnperspektivet påverkar synen på organisationen”.

Varje tema valdes utifrån att de ansågs säga något meningsfullt som var värt att lyfta fram, snarare än att ett visst antal deltagare gav uttryck för upplevelsen. Valen av teman gjordes alltså utifrån kvalitativa aspekter istället för kvantitativa. Varje undertema innefattar fyra behandlare bortsett från det första undertemat i tema två. Det innefattar istället tre behandlare. Varje tema förtydligades sedan med citat från intervjustranskripten som beskriver innehållet i temat på ett tydligt sätt. När flera behandlare gjorde liknande beskrivningar valdes ett av citaten för att undvika upprepning.

## Resultat

### Arbetet med alliansen och barnperspektivet påverkas av patienters rädslor

Det första temat handlar om hur arbetet med alliansen och barnperspektivet påverkades av behandlarnas föreställningar om patienters rädslor. Behandlarna beskrev ofta att patienterna var rädda för att prata om barn och föräldraskap, vilket på olika sätt påverkade möjligheten att skapa en allians. Rädslan kunde bland annat innebära att patienterna inte släppte in behandlarna, undvek att tala om vissa saker eller så kunde den bli något att arbeta med för att stärka alliansen. Flera av behandlarna beskrev patienternas rädsla som en del av paranoida vanföreställningar, andra talade om rädslorna utan direkt koppling till symtom.

I intervjuerna framträdde en viss skillnad mellan behandlarnas uppfattning av hur föräldrarnas rädslor i relation till barn och föräldraskap påverkade arbetet med alliansen. För att belysa skillnaden skapades två underteman där det första undertemat handlar om hur vissa behandlare främst upplevde att patienternas rädsla ledde till att alliansen beskrevs som något som behövde skyddas. Det andra undertemat handlar om hur vissa behandlare upplevde att rädslan i första hand handlade om att barnen skulle råka illa ut. Där blev alliansen istället något som kunde skapas och arbetas mer aktivt med.

**Patienter är rädda och alliansen behöver skyddas.** Flera av behandlarna beskrev att patienternas rädslor för att vara dåliga föräldrar, bli tillrättavisade eller få barnen omhändertagna stod i vägen för arbetet med alliansen och barnperspektivet. Många

behandlare menade att rädslan handlade om patienterna själva och deras känslor av skam och utsatthet, snarare än en rädsla för att barnen skulle skadas.

Sara upplevde att det fanns en rädsla hos patienterna som handlade om skamkänslor inför att ha utsatt barnen för något som gjorde att de skulle bli omhändertagna. Hon beskrev också att många patienter oroade sig för att de var för sjuka för att få vara föräldrar.

*“Det finns en rädsla att prata om det och blanda in barnen /.../ att man har gjort saker som man skäms för. Och man är rädd för konsekvenserna, ‘Kan den där handlingen göra så att jag blir av med mitt barn? Är jag för galen för att ha det?’ Många gånger en orealistisk rädsla.”*

En liknande upplevelse beskrevs av Maria som menade att frågor rörande föräldraskap kunde leda till att patienten kände sig otillräcklig och ifrågasatt.

*“Jag tror det handlar mycket om att det känns kränkande om vi ska komma in på något sätt och det kanske upplevs som att vi ska komma in och säga hur man ska göra.”*

Även Elisabeth och Eva menade att patienternas rädslor gjorde det svårt för dem som behandlare att föra in barnperspektivet i behandlingsarbetet. När Eva berättade om sin upplevelse sade hon att patienternas rädsla för att tala om sina barn kunde hindra dem från att få den hjälpen de behövde.

*“Och just den här inneboende rädslan gör ju att de inte kanske vågar tala om vad de egentligen skulle behöva få hjälp med.”*

I flera av beskrivningarna upplevde behandlarna att rädslan var något som *fanns där* hos patienterna. Rädslan beskrevs inte som något som i första hand uppstod i mötet mellan behandlare och patient utan förstods snarare som något som patienterna bar med sig in i behandlingsarbetet oavsett hur behandlingssituationen utvecklades. Utifrån upplevelsen att patienterna var rädda för att tala om föräldraskap och barn fortsatte behandlarna sedan att beskriva hur de utifrån rädslorna kunde arbeta med barnperspektivet utan att alliansen skulle påverkas.

Både Sara och Elisabeth berättade att patienternas rädslor ledde till att de närmade sig samtal om barnen genom andra ingångar än direkta frågor om föräldraskap och barnets välbefinnande. Elisabeth menade att hon kunde ställa frågor som rörde ekonomi eller barnens skola och eventuella fritidsaktiviteter som ingång till samtal om barnets situation och välbefinnande. Hon kunde således föra barnen på tal utan att väcka patientens rädslor och därmed samtidigt bevara alliansen.

*”Vissa gånger frågar vi bara allmänt hur barnen har det i skolan. En annan jättebra ingång är ekonomin, för jag vet att många säger ‘Hur har du det ekonomiskt, gör dina barn några fritidsaktiviteter, har du pengar till julklappar?’.”*

Elisabeth beskrev också att hon emellanåt hänvisade till rutiner, det vill säga något som görs med alla patienter, när hon till exempel lämnade ut familjeformulär. Hon

upplevde att rädslan hos patienterna på så sätt hanterades genom att undvika att de kände sig utpekade.

*“Vi säger att det är en rutin vi har [att fylla i familjeformulär] /.../ den här utredningen gör vi med alla, de gör alla våra patienter, det är inget just du behöver göra.”*

Rutiner var något som även Maria upplevde att hon skulle kunna luta sig mot i arbetet med barnperspektivet. I hennes fall fanns det inga rutiner på mottagningen men hon poängterade att det hade underlättat hennes arbete om sådana hade funnits.

*“Vi är ju oftast såna här som tycker om att jobba efter rutiner så här (skrat- tar). När man väl får en ny kontakt med en familj som har minderåriga barn kunde man ha som rutin att först träffa personerna och sen nästa gång så är det barnombuden.”*

Utifrån behandlarnas upplevelser av att arbeta med patienters rädslor kopplat till frågor om barn och föräldraskap går det att göra tolkningen att alliansen var något som skulle skyddas. Rädslan i sig verkade framstå som svår att arbeta aktivt med och det tycktes istället handla om att inte förstärka den ytterligare. Att tala om till exempel ekonomi eller hänvisa till rutiner kunde bli ett sätt att skydda alliansen snarare än att det upplevdes att den gick att skapa i behandlingssituationen.

**Patienter är rädda för att barnen skall skadas och allians kan skapas.** Till skillnad från föregående undertema där rädslorna främst upplevdes vara knutna till patienterna själva så fanns det några behandlare som istället upplevde att patienternas rädsla handlade om att deras barn skulle råka illa ut. Anna var en av de behandlare som beskrev att patienterna kände en rädsla i behandlingssituationen men övergick till att resonera om att det under rädslan fanns en oro för barnen som gick att komma åt genom att undersöka situationen ytterligare.

*“Alltså när man börjar prata om föräldraskap så är det oftast att föräldrarna går i försvar för de blir rädda och känner sig hotade /.../ men skrapar man lite på ytan och kommer genom det, då är det ju det att föräldrarna är oroliga för att barnen också ska bli sjuka.”*

Genom Annas beskrivning av sin upplevelse går det att tolka att rädslan var något som uppstod i behandlingssituationen, genom att föräldraskap fördes på tal. En sådan beskrivning skiljer sig något från beskrivningarna i det första undertemat där behandlarna uppfattade att rädslan fanns hos patienten sedan innan. Ett möjligt sätt att förstå det på kan vara att mer ansvar för patienters reaktioner och arbetet med alliansen upplevdes ligga på behandlaren i det här fallet.

Även Cecilia menade att rädslan hos patienterna i första hand handlar om att de är rädda för att barnen ska komma till skada på grund av deras sjukdom och att de vill skydda sina barn från det.

*“Det finns hela tiden en oro för att deras symptom, röster eller psykotiska upplevelser, ska skada barnen /.../ det är som att föräldrarna alltid har det framme att skydda barnen. Att de inte ska komma till skada på ett eller annat sätt.”*

Liknande tankar fanns hos Helen som upplevde att patienterna för det mesta ville få hjälp med frågor som rörde familjen. Hon menade att den viljan grundade sig i att föräldrarna hade en önskan om att göra det som var bäst för sina barn.

*“För det mesta så tänker man nog att alla vill ha något slags stöd i familjen. De har väl då en tanke om att de vill uppnå det bästa för barnen.”*

Linnea beskrev också en upplevelse av att patienter är rädda för hur deras psykosjukdom ska påverka barnen och att det dessutom fanns en del skam kopplat till frågor om föräldraskap.

*“De oroar sig och undrar hur det påverkar barnet /.../ många är väldigt självkritiska, skäms och är rädda att barnen skäms.”*

Även de här behandlarnas upplevelser av patienternas rädslor påverkade hur de arbetade med alliansen. Anna menade att det var viktigt att validera föräldrarna för att på så sätt stärka alliansen och kunna fortsätta tala om föräldraskap. Då spelade det roll hur hon talade med patienterna och i det här fallet handlade det om att ha en mjuk ton som inte uppfattades som hotfull.

*“När man för samtalet vidare och försöker på ett mjuk och väldigt ohotfullt sätt säga att man utgår från att alla föräldrar älskar sina barn och vill sina barns bästa, då är det ju en väldigt tung bit [som har gjorts i arbetet med att skapa allians].”*

Anna fortsatte sedan på samma tema och beskrev att det också kunde vara hjälpsamt att normalisera den oro som patienterna kände genom att säga att alla föräldrar, även de som inte har en psykosjukdom, upplever svårigheter i föräldraskap utifrån de krav som finns.

*“Det underlättar om man pratar om rädslan och att alla föräldrar är överens om att det är svårt att vara förälder till barn idag med stora krav och så.”*

Både Cecilia och Helen menade att det gick att använda sig av patienternas vilja att skydda sina barn för att kunna föra in barnperspektivet. Det kunde göras genom att tala om barnens behov. Cecilia beskrev till exempel för patienterna att barnen själva kunde må bättre av att få svar på frågor som de hade.

*“Ibland kan man också säga att man gör det för att stötta och hjälpa barnen att må bra. För barn har ett klart behov utav att få lov att ställa frågor. ‘Jaha’ säger de då, ‘Jamen det är ju en bra idé, det har inte jag tänkt på’.”*

Ytterligare ett sätt att bemöta föräldrarnas rädslor på beskrevs av Linnea som upplevde att hon hade blivit hjälpt i handledning där hon hade fått till sig att fokusera på patienternas styrkor i föräldraskapet.

*“Inför det andra samtalet tog vi handledning och då sa hon till oss att fokusera bara på det som är bra, på det som fungerar. När vi gjorde det blev det en helt annan stämning, jag tror de gick därifrån och kände sig stärkta.”*

Det går att tolka behandlarnas upplevelser av att arbeta med rädslor som att alliansen blir något som kan skapas och utvecklas i behandlingssituationen. Frågor om barn och föräldraskap kunde ställas på ett direkt sätt så länge det gjordes med hänsyn till patienternas rädslor för att barnen skulle råka illa ut. Det skiljer sig från det förra undertemat där behandlarna hade föreställningar om att alliansen kunde skadas av att lyfta frågor om barn och föräldraskap. Då blev alliansen istället något som skulle skyddas från att skadas.

## **Upplevelsen av alliansen som hinder eller möjlighet för barnperspektivet påverkar synen på organisationen**

Det andra temat handlar om hur de flesta behandlarna upplevde att alliansen var en viktig del i behandlingen och att den på grund av det antingen kunde vara ett hinder eller en möjlighet i arbetet med att lyfta barnperspektivet. Beroende på vilken upplevelse behandlarna hade ledde det också till olika sätt att se på organisationen och hur den påverkade deras arbete i relation till frågor om alliansen och barnperspektivet.

Även det här temat har delats upp i två underteman där det första beskriver hur vissa behandlare upplevde att införandet av barnperspektivet ibland kunde skada alliansen, ett synsätt som ofta blev ett hinder för att lyfta frågor om barnens situation och välbefinnande. I det fallet upplevdes organisationen, i termer av hela psykosvården, som en extra svår plats att arbeta inom med barnperspektivet på grund av förutsättningar som exempelvis att mycket fokus måste läggas på medicinering och allians. Det fanns föreställningar om att ansvar för barnen borde ligga någon annanstans.

Det andra undertemat handlar om att vissa behandlare upplevde alliansen dels som något som behövdes för att föra in barnperspektivet och dels som något som kunde stärkas av att barnperspektivet fördes in. Där blev alliansen istället en möjlighet för att samtala om barn och föräldraskap. I de beskrivningarna upplevdes sedan organisationen, i termer av arbetsplatsen, som något som försvårade arbetet med alliansen och barnperspektivet på grund av för lite tid och resurser.

**Allians som hinder och svårigheter för barnperspektivet.** Flera behandlare upplevde alliansen som viktig för att kunna hjälpa patienterna men att alliansen ibland hamnade i konflikt med barnperspektivet.

För Elisabeth och Sara handlade barnperspektivet främst om att kontakta socialtjänsten när det finns en oro för att barnen råkar illa ut. I sådana situationer blev det en bedömning av ifall det är värt att göra en orosanmälan för att hjälpa barnen men på så sätt riskera att skada alliansen, eller låta bli att anmäla för att bevara alliansen.

Sara beskrev att det inte är självklart att göra en orosanmälan eftersom det skulle kunna leda till att relationen till patienten förstördes, utan att det nödvändigtvis ledde till någon åtgärd. Hon uppfattade då att det fanns en risk för att familjen lämnades utan någon kontakt.

*“Alltså, det är jättesvårt. Det är en balans för jag tänker även för vår del när vi känner oro så är det inte självklart att man bara skickar in en anmälan. Att upprätta en anmälan leder inte alltid till någon åtgärd och då kanske relationen har skurit sig för oss, kanske den enda som finns, och vem kommer då ha insyn i familjen?”*

Även Louise upplevde att barnperspektivet, som i hennes fall också var knutet till orosanmälningar, kunde skada relationen. Hon beskrev att det i förlängningen kunde göra arbetet ännu svårare där det redan i utgångsläget var svårt att skapa en allians med patienten som hon beskrev.

*“Där är det svårt att få henne att komma hit över huvud taget, och få någon allians med henne. Och om vi skulle göra något sånt [en orosanmälan] då vet jag att det skulle bli ännu svårare /.../ jag tror att det handlar om att man inte vill röra i det för att skada relationen.”*

Samtliga upplevelser visade på att alliansen och barnperspektivet kunde hamna i konflikt. I de fallen tycktes behandlarna prioritera alliansen högre då den var viktig för till exempel medicinering och annan fortsatt behandling.

Beskrivningarna av alliansen som ett hinder för barnperspektivet påverkade sedan hur behandlarna upplevde organisationen och sin egen plats i den. Elisabeth beskrev bland annat hur det är att arbeta inom psykosvården i jämförelse med att arbeta inom socialtjänsten. Hon menade att det var svårare att arbeta inom psykosvården när det handlar om att ha barnperspektivet just eftersom alliansen med patienterna är så viktig.

*“Det var lite lättare inom socialtjänsten [att föra in barnperspektivet] än här och det handlar ju om medicinering och allians och hela den biten, på socialtjänsten är man en myndighetsperson och det är en helt annan grej.”*

Även Sara beskrev rollen hon hade inom psykiatrin som en faktor som påverkar arbetet med barnperspektivet. Hon menade att det fanns en föreställning inom vuxenpsykiatrin som handlade om att fokus ska ligga på den enskilda patienten snarare än dess barn. I den beskrivningen kunde barnperspektivet ses som något som innebar mer arbete.

*“Det att ‘Detta är vuxenpsykiatrin, vi ska inte hålla på att behandla barnen, jag orkar inte lägga energi hela tiden på det så vi lyfter det inte’ fast det fanns behov där.”*

Den upplevelsen kan ses stämma överens med tidigare beskrivningar om att alliansen med patienten hade hög prioritet och att fokus på barnen då hamnade i bakgrunden.

Louise beskrev också att rollen inom organisationen inte var helt utformad för att kunna behandla patienten och samtidigt kunna hjälpa barnen i den utsträckning som behövdes. Även om hon upplevde att det finns en vilja att kunna stödja patienterna i föräldrarollen så menade hon att uppdraget egentligen var någon annans ansvar.

*“Det är ju inte vår uppgift att gå hem och stötta i föräldrarollen liksom konkret, den delen, och att finnas med. Men det är ju det man skulle vilja att det fanns. Men jag har svårt att se att det kan ligga hos oss.”*

**Allians som möjlighet och resursbrister inom organisationen.** Till skillnad från föregående undertema där alliansen ibland kunde bli ett hinder fanns det också behandlare som beskrev alliansen som en möjlighet när det gällde att lyfta barnperspektivet. Kristin beskrev att om hon lyckades skapa en bra relation med patienten blir det

sedan lättare att motivera till att ta emot interventioner och tala om frågor som rör barn och föräldraskap.

*“Jag tror ändå att man kan motivera [till att ta emot familjeinterventioner], alltså jag tänker såhär, allting handlar om att få en relation med patienten /.../ får en patient ett förtroende för mig och vi lär känna varandra så tycker jag ändå man oftast kan motivera till vissa saker.”*

Linnea och Cecilia upplevde också att en bra allians underlättade arbetet med barnperspektivet och att alliansen behövdes för att patienterna skulle våga tala om barn och känna den tryggheten som behövdes för det. Linnea beskrev att alliansen behövdes för att patienterna skulle våga ta emot hjälp.

*“Hon och kontaktpersonen har byggt upp en bra relation, hon har en tillit i kontakten där så att hon vågar släppa in behandlaren mer och vågar ta emot hjälp.”*

Även Anna menade att alliansen kunde påverka arbetet med barnperspektivet på ett positivt sätt och beskrev dessutom att alliansen kunde bli bättre efter att frågor om föräldraskap hade diskuterats. Det kunde också föra behandlingen vidare då andra områden kunde beröras.

*“Patienten blir lugnare och då har man kunnat jobba med andra frågor eller patienten har blivit öppnare så man kunnat jobba med andra områden i livet, kanske börja någon annan typ av behandling /.../ min känsla är ändå att när man pratat med mammorna efteråt att det känslomässiga klimatet lugnar sig, det är inte lika spänt.”*

I de här beskrivningarna fick barnperspektivet en annan innebörd än i det förra undertemat. Där talades det ofta om barnperspektivet i relation till att göra en orosanmälan till socialtjänsten. I det här undertemat handlade barnperspektivet snarare om att kunna ställa frågor om barnen, få träffa dem eller motivera familjen till att ta emot hjälp.

Samtliga behandlare som upplevde alliansen som en möjlighet beskrev samtidigt att arbetet med alliansen var något som tog tid. Både Linnea och Cecilia menade att många patienter behövde tid för att känna sig trygga. Cecilia betonade att det var först efter lång tid som alliansen var så pass bärande att frågor om barn kunde föras in i behandlingsarbetet.

*“Det handlar ju mycket om att bygga på vår relation... och det tar tid. Jätte-lång tid! Därför är inte det här nånting som går sådär jättefort i vårt arbete, utan det handlar om patienten är trygg tillsammans med den som behandlar och som ställer frågan ‘Får jag lov att träffa dina barn eller inte?’.”*

Kristin upplevde också tidsaspekten som viktig och beskrev att tiden behövdes för att kunna motivera patienterna till att ta emot hjälp.

*“Det kan ju behövas väldigt mycket motivering, en del har vi hållit på och motiverat en hel del. De som jag har haft fick jag ju hålla på och motivera länge.”*

Fortsättningsvis talade även Anna om att alliansskapandet krävde tid, men hon gjorde dessutom kopplingen till att organisationen inte avsatte den tid som krävdes. Hon menade att tiden var en förutsättning för att kunna arbeta med barnperspektivet.

*“Det behövs mera avsatt tid på mottagningarna för detta, för barnen faktiskt, så att man kan jobba på motivation kring föräldraskap för det tar så långt tid, speciellt med våra psykospatienter att få allians, för tilliten kommer inte första gången. De kan inte prata om de svåraste, liksom fritt första gången, det kan ta tre år med en psykospatient.”*

Även de andra behandlarna uppfattade att organisationen inte alltid gav de möjligheterna som behövdes för att kunna arbeta med barnperspektivet på ett sätt de tyckte var tillräckligt. Kristin upplevde bland annat att arbetsplatsen inte anställt nya personer som var särskilt inriktade på barnfrågor. Istället uppmanades behandlarna att fokusera på andra saker.

*“De har ju inte anställt några nya barnombud inom psykos eller psykiatri psykos så jag vet inte vad de ska göra heller, jag vet inte alls. Jag vet inte hur de har tänkt, hur det skall jobbas vidare, vi får liksom inte reda på någonting heller utan det viktigaste det är att vi gör kvalitetsregister och vi ska göra så mycket andra saker.”*

Linnea upplevde också att det var brist på behandlare som riktade in sig på barnperspektivet inom organisationen. När det tidigare hade funnits barnsamordnare hade arbetet med barnperspektivet underlättats men båda två slutade utan att tjänsterna fylldes. Hon beskrev att ledningen inte såg hur det påverkade arbetet.

*”Jag kände att en jättestöttning när barnsamordnarna var här men sedan de slutade så känns det inte som att ledningen vet vad det innebär /.../ plötsligt togs båda två bort men det tillsattes inte någon ny person när båda slutade.”*

Cecilia menade också att vissa förutsättningar saknades inom organisationen för att kunna bedriva ett arbete med barnperspektivet på det sätt som hon önskade. Hon beskrev en resa där de hade sett hur mottagningar i andra länder hade jobbat med familjer i grupper och inte bara enskilt, något som inte gjordes på hennes mottagning.

*”Vi var nere på [plats i nordisk storstad] och diskuterade med den arbetsgruppen, för där jobbar ju de med hela familjen, i familjegrupper, vi jobbar ju med en familj i taget. /.../ andra barn får träffa andra barn, andra patienter får träffa andra patienter och inte bara i de konstellationerna som vi har idag. Det saknar jag. Vi har inte kommit dit ännu.”*

I det här undertemat upplevde behandlarna att de själva hade möjligheter till att använda sig av alliansen i arbetet med barnperspektivet men att brist på tid och resurser istället var det som hindrade arbetet. Däremot verkade behandlarna i det här undertemat uppleva något färre begränsningar när det gällde själva patientkontakten, alliansen och barnperspektivet jämfört med föregående undertema. Det verkade dock gälla förutsatt att tid och resurser fanns tillgängliga.



## Diskussion

Syftet med den här examensuppsatsen var att undersöka behandlingsalliansens betydelse för arbetet med barnperspektivet inom psykosvården. Utifrån intervjuer med behandlare skapades två teman. Det första temat, ”Arbetet med alliansen och barnperspektivet påverkas av patienters rädslor”, handlar om hur behandlarna upplevde att patienterna hade olika rädslor som sedan påverkade arbetet med alliansen och barnperspektivet. Antingen genom att undvika att väcka rädslor och på så sätt skydda alliansen eller genom att arbeta med rädslorna för att skapa alliansen.

Det andra temat, ”Upplevelsen av alliansen som hinder eller möjlighet för barnperspektivet påverkar synen på organisationen”, handlar om att behandlingsalliansen antingen kunde upplevas som ett hinder eller möjlighet i arbetet med barnperspektivet. I de beskrivningarna blev också behandlarnas roll inom organisationen en viktig del som påverkade hur arbetet med alliansen och barnperspektivet kunde genomföras. För behandlarna som upplevde att alliansen kunde vara ett hinder för barnperspektivet beskrevs psykiatrin som en organisation särskilt svår att arbeta inom utifrån vad som krävs av behandlarna. För de behandlare som upplevde att alliansen kunde vara en möjlighet för arbetet med barnperspektivet beskrevs istället brist på tid och resurser som något som försvårade arbetet.

Resultaten diskuteras nedan utifrån tre olika aspekter: Upplevelse av alliansen, syn på barnperspektivet och individperspektivet inom psykiatrin.

### Upplevelse av alliansen

De flesta behandlarna upplevde alliansen som en central del i behandlingen. Alliansen beskrevs inte bara som en förutsättning för att få patienterna att ta emot egen behandling, till exempel medicinering, utan också som en förutsättning för att kunna lyfta barnperspektivet i arbetet med patienten. Det fanns dock några behandlare som istället för att betrakta alliansen som en förutsättning vände på det och såg barnperspektivet som en möjlighet för att kunna skapa en allians. Det gjordes bland annat genom att fokusera på styrkor i föräldraskapet eller validera rädslan hos föräldrarna. Ett sådant förhållningssätt stämmer väl överens med en studie gjord av Davies och Allen (2007) som visade att föräldrar har positiva upplevelser av behandlare som ser barnens behov och tar sig till att prata om frågor om barn och föräldraskap.

Samtidigt stämmer också behandlarnas beskrivningar av svårigheterna med att skapa allians överens med annan forskning. Evan-Jones (2004) menade att symtom och tidigare erfarenheter hos patienter med psykossjukdomar kan göra det svårare att skapa en allians. Samma sak upplevde behandlarna i den här uppsatsen när de beskrev hur patienters rädslor ibland står i vägen för att skapa en allians. Av den anledningen kan det därför vara värdefullt, utifrån ett kliniskt perspektiv, att lyfta fram olika sätt som kan underlätta skapandet av en allians, till exempel validering av rädslor och fokus på styrkor hos föräldrarna.

Det kan också vara viktigt att betona att flera behandlare påverkades av vad de upplevde som brist på tid och resurser. Även om syftet med uppsatsen inte var att undersöka hur behandlare upplevde organisationen de arbetade inom så framkom det ändå som en viktig aspekt som påverkade alliansskapandet. Alliansen beskrevs som viktig men att det kunde ta tid att skapa den. Enligt vissa behandlare gavs inte alltid den tiden

av organisationen. Även Engqvist et al. (2011) har beskrivit en resursbrist när det gäller att arbeta med frågor som rör barn och föräldraskap. Utifrån tidigare forskning är alliansen viktig för framgången i behandling av patienter med psykossjukdomar (Fowler et al., 1995; Melau et al., 2015) och det kan argumenteras för att resurserna behövs inom psykosvården. Inte minst när det verkar komma till frågor rörande föräldraskap och barn eftersom behandlarna i den här uppsatsen ofta upplevde alliansen som en förutsättning för att lyfta barnperspektivet. Flera behandlare beskrev också att de ibland kunde vara den enda personen med insyn i familjen och att en förlorad kontakt med patienten i ett sådant läge kan lämna familjen helt utan stöd och insyn utifrån.

Tidigare forskning har visat att behandlare kan uppleva ångest, oro och osäkerhet i arbetet med frågor om barn och föräldraskap (Dolman et al., 2013; Maddocks et al., 2010). Sådana negativa känslor kan också göra det svårare att visa intresse och värme gentemot patienterna (Engqvist et al., 2011). I den här uppsatsen talade däremot inte behandlarna om sina egna känslor gentemot patienterna i relation till barnperspektivet och alliansskapande. Istället var det mest fokus på patienternas rädslor samtidigt som en möjlig tanke är att behandlarna själva skulle kunnat ha känslor som påverkade alliansskapandet, till exempel genom att oro eller ångest gör det svårare för dem själva att skapa en allians.

## Syn på barnperspektivet

Utifrån hur behandlarna talade om barnperspektivet i intervjuerna går det att se en viss skillnad i vad barnperspektivet kunde innebära för de olika behandlarna. När det handlade om att föra in barnperspektivet resonerade vissa behandlare mycket kring vad det innebar att göra orosanmälningar till socialtjänsten. Andra fokuserade mer på aspekter som att träffa barnen och motivera till olika familjeinterventioner. Utifrån den lagstiftning som definierar barnperspektivet går det att se att vissa behandlare lade större vikt på det som ryms inom Socialtjänstlagen (SFS, 2001) som handlar om krav på orosanmälningar, medan andra behandlare lade mer vikt på det som ryms inom Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2010) som handlar om barns behov av stöd och information. Även Socialstyrelsen riktlinjer (2011) rekommenderar att anhöriga får stöd och information.

Då lagstiftningen finns är det viktigt att kunna ta med båda aspekterna för att ha barnperspektivet. De behandlare som i första hand kopplade barnperspektivet till att göra orosanmälningar tycktes också vara de som upplevde flest konflikter mellan alliansen och barnperspektivet. Där fanns också tankar kring att det var någon annans ansvar att ta hand om vissa frågor kring föräldraskap. Ett sådant förhållningssätt liknar det som även tidigare forskning beskrivit, nämligen att en del behandlare upplever att ansvaret borde ligga någon annanstans (Slack & Webber, 2008). Utifrån vad Socialtjänstlagen (SFS, 2001) och Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 2010) tydliggör så går det dock inte att lägga ansvaret någon annanstans, utan det är upp till varje enskild behandlare att följa dem och därmed ta hänsyn till barns behov och rättigheter.

Behandlarna beskrev en viss osäkerhet kring vissa delar av barnperspektivet, vilket hos somliga uttrycktes som en önskan efter rutiner att jobba utifrån. Andra behandlare upplevde en frustration kring att det saknas barnombud eller stöd i frågorna på mottagningen. Engqvist et al. (2009, 2011) beskrev hur osäkerhet kring barn och föräldraskapsfrågor hos behandlare leder till stress och ångest vilket i sin tur kan påverka på

ett negativt sätt hur behandlare bemöter patienter. Även behandlarna i den här uppsatsen skulle kunna påverkas av osäkerheten och det kan därmed få konsekvenser för arbetet med alliansen och bemötandet av patienter. Att därför ha tydliga rutiner på mottagningsring vad som gäller för arbetet med barnperspektivet hade eventuellt kunnat minska en del av den osäkerhet som vissa behandlare upplevde. Om det dessutom saknas barnsamordnare inom verksamheter, vilket några behandlare beskrev som en anledning till deras osäkerhet, blir det också en aspekt som är viktig att uppmärksamma.

## Individperspektivet inom psykiatri

Behandlarna i den här uppsatsen beskrev två olika roller som de hade. En roll var att värna om alliansen med patienterna för att exempelvis kunna motivera till insatser, underlätta medicinering och få patienterna att stanna i behandling. En annan roll var att arbeta med barnperspektivet och ställa frågor som rörde barn och föräldraskap samt att motivera till familjeinterventioner. I vissa fall blev det en motsättning mellan att skapa en allians och att föra in barnperspektivet och i andra fall blev alliansen en möjlighet för att föra in barnperspektivet. I de fallen där behandlarna beskrev en motsättning mellan alliansen och barnperspektivet upplevde vissa av dem att det individperspektiv som finns inom psykiatri är en av anledningarna till motsättningen. I och med individperspektivet prioriteras relationen med den enskilda patienten högre än att jobba på ett sätt som också tar hänsyn till barnen.

Ett annorlunda synsätt beskrivs av Seikkula (2003) som har implementerat en typ av behandling för personer med psykosjukdomar som bygger på ett systemperspektiv. Utifrån det perspektivet ses psykosjukdomen som något som uppstår och tar sig uttryck i en social kontext snarare än inom individen. Målet blir då att skapa en öppen dialog där patient, närstående och andra instanser får uttrycka sig på ett fritt sätt. Seikkula menar också att patienter med psykosjukdomar ofta drar sig undan från sociala sammanhang, vilket kan förvärra problematiken. Genom att arbeta på ett liknande sätt skulle det vara möjligt att låta familjen och även barnen utgöra en mer naturlig del av behandlingen.

I en studie visade Seikkula, Alakare och Aaltonen (2011) hur behandlingsmetoden minskar psykotiska symtom, ökar socialt fungerande och minskar medicinering. Många faktorer tros enligt Seikkula et al. vara bidragande till de framgångsrika resultaten, till exempel att all personal har genomgått psykoterapiträning och att det första mötet alltid hålls inom 24 timmar efter tagen kontakt. Ytterligare en faktor tros vara att patienters familj tillsammans med andra instanser som patienter har kontakt med bjuds in till att vara med i varje del av behandlingen.

Att utgå från ett systemperspektiv och tänka kring det sociala nätverket som en viktig del av behandlingen vid psykosjukdomar bör också påverka synen på behandlingsalliansen. Utifrån antagandet att psykosjukdomen uppstår och ska behandlas i en social kontext skulle alliansen kunna ses som något som skapas med hela familjen istället för enbart med den enskilda patienten. Även om Seikkula (2003) inte använder begreppet behandlingsallians beskriver han hur det går att uppnå den öppna dialogen i familjesystemet genom att låta alla deltagare komma till tals, bemötas på ett respektfullt sätt och regelbundet sammanfatta vad som har sagts.

Vissa behandlare i den här uppsatsen beskrev att det kunde ta flera år att skapa en allians som håller för att börja prata om barn och föräldraskap. Tidigare forskning

har visat många föräldrar upplever svårigheter i sitt föräldraskap (Campbell et al., 2012) samt att barn till föräldrar med psykosjukdomar löper en ökad risk för att drabbas av psykisk ohälsa (Rasic et al., 2014). Utifrån sådana resultat samt en lagstiftning som kräver att barn till föräldrar med psykisk ohälsa ska uppmärksammas går det att ifrågasätta om det är acceptabelt att träffa patienter i ett par år utan att lyfta in barnen i behandlingen. Ett synsätt som i större utsträckning bygger på ett systemperspektiv hade kanske underlättat behandlarnas arbete med att inte bara lyfta barnperspektivet utan också det enskilda barnets perspektiv.

## Studiens begränsningar

Eftersom en del av resultatet handlar om hur behandlarna beskriver patienters rädslor i relation till alliansen och barnperspektivet blir en begränsning med studien att resultaten enbart bygger på behandlarnas upplevelse utan att patienter får uttala sig. Således är det inte möjligt att säga något om hur patienters eventuella rädslor faktiskt påverkar behandlingsarbetet mer än hur behandlarnas föreställningar om rädslorna påverkar behandlingen. Det går heller inte att dra några slutsatser om behandlingsalliansen upplevs lika viktig hos patienterna som hos behandlarna.

Ytterligare en begränsning är att endast 11 av de 20 tillfrågade behandlarna tackade ja till att delta i intervjuerna. Det är möjligt att tänka att egenskaper som gör att en person väljer att delta i en intervjustudie också påverkar hur de väljer att svara på frågorna i intervjun. Den kan därför ha påverkat resultatet i den här uppsatsen.

Det finns också metodologiska begränsningar genom användandet av en tolkande fenomenologiska analys. Vid en tolkande fenomenologisk analys görs antagandet att det behandlarna berättade säger något om deras faktiska upplevelse. Språket ses då som något behandlarna använder sig av för att förmedla en upplevelse till den som utför intervjun, medan språket utifrån exempelvis en socialkonstruktionistisk ansats istället ses som något behandlarna kan använda sig av för att framställa sig själva på ett visst sätt eller positionera sig i olika diskurser.

Behandlarna i det här fallet var utbildade i familjeinterventioner och forskarna var där för att undersöka hur behandlarna upplevde arbetet med interventionerna. En möjlig tanke blir då att behandlarna hamnade i en situation där de blir representanter för arbetsplatsens arbete med barnperspektivet gentemot forskarna. Utifrån en socialkonstruktionistisk ansats hade till exempel beskrivningar av patienters rädslor eller resursbrister inom organisationen kunnat tolkas som ett sätt att förskjuta ansvar eller rättfärdiga att barnperspektivet inte är tillräckligt närvarande. I en tolkande fenomenologisk analys blir det däremot svårt att göra den typen av analyser. Utöver det har hela analysen utförts av en person vilket leder till att resultatet med största sannolikhet ser annorlunda jämfört med om flera personer hade varit inblandade och kunna diskutera behandlarnas beskrivningar och tolkningarna av dem.

Samtidigt blir en fördel med att använda sig av en tolkande fenomenologisk analys att resultaten får en viss klinisk relevans. Med utgångspunkt i att behandlarnas berättelse förmedlar deras upplevelse kan resultaten säga något om hur det går att skapa och använda sig av alliansen i arbetet med barnperspektivet. Det har inte undersökts på ett specifikt sätt i tidigare forskning. Resultaten kan också säga något om hur det är att jobba inom psykiatrin med upplevda resursbrister och vilka konsekvenser det kan gå för såväl behandlare som patienter.

## Framtida forskning

Den här uppsatsen undersökte hur behandlare använde sig av och påverkades av behandlingsalliansen vid arbetet med barnperspektivet inom psykosvården. Alliansen tycks vara en viktig aspekt vid arbetet med barnperspektivet och resultaten i uppsatsen visar både på svårigheter och möjligheter när det gäller att skapa och bibehålla en allians med patienter och samtidigt tala om barn och eventuella brister i föräldraskap. Samtidigt finns det finns ytterligare frågor som hade kunnat vara värdefulla att försöka besvara. Framför allt hade det varit intressant att undersöka alliansens betydelse för barnperspektivet utifrån patienters upplevelse. Både hur alliansen påverkar möjligheten att tala om barn och föräldraskap samt hur frågor om barn och föräldraskap påverkar alliansen.

Det hade också varit intressant att undersöka frågor som rör alliansen och barnperspektivet på mottagningar som arbetar utifrån ett systemperspektiv. Både för att se om alliansen får samma betydelse och också för att undersöka om alliansen kan bli ett hinder eller en möjlighet på samma sätt som det kunde beskrivas i den här uppsatsen.

## Referenser

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-5. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5:e upplagan). Washington DC: Author.
- Barnperspektivet - Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2017, 28 mars). Hämtad från <https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Forskning/Kompetenscentrum/Projekt-och-utvecklingsarbeten-2/Narstaendearbete/Barnperspektivet/>
- Berry, K., Wearden, A., & Barrowclough, C. (2007). Adult attachment styles and psychosis: an investigation of associations between general attachment styles and attachment relationships with specific others. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 972-976.
- Bonoldi, I., Simeone, E., Rocchetti, M., Codjoe, L., Rossi, G., Gambi, F., Balottin, U., Caverzasi, E., Politi, P., & Fusar-Poli, P. (2013). Prevalence of self-reported childhood abuse in psychosis: A meta-analysis of retrospective studies. *Psychiatry Research*, 210, 8-15.
- Campbell, L., Hanlon, M., Poon, A. W. C., Paolini, S., Stone, M., Gallety, C., Stain, H. J., & Cohen, M. (2012). The experiences of Australian parents with psychosis: The second Australian national survey of psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 890-900.
- Chernomas, W. M., Clarke, D.E., & Chisholm, F. A. (2000). Perspectives of women living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51, 1517-1521.
- Davies, B., & Allen, D. (2007). Integrating 'mental illness' and 'motherhood': the positive use of surveillance by health professionals. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 365-376.
- Dolman, C., Jones, I., & Howard, L. M. (2013). Pre-conception to parenting: A systematic review and meta-synthesis of the qualitative literature on motherhood for women with severe mental illness. *Archives of Women's Mental Health*, 16, 173-196.

- Dow, R. M. (2003). *First sessions of CBT for psychosis: a description of process and a report on the development and validation of a measure of affective response*. Opublicerad doktorsavhandling, The University of East Anglia, Norwich.
- Duncan, G., & Browning, J. (2009). Adult attachment in children raised by parents with schizophrenia. *Journal of Adult Development, 16*, 76-86.
- Engqvist I., Ferszt G., Ahlin A., & Nilsson K. (2009). Psychiatric nurses' descriptions of women with postpartum psychosis and nurses' responses: An exploratory study in Sweden. *Issues in Mental Health Nursing, 30*, 23–30.
- Engqvist I., Ahlin A., Ferszt G., & Nilsson K. (2011). Comprehensive treatment of women with postpartum psychosis across health care systems from swedish psychiatrists' perspectives. *The Qualitative Report, 16*, 66–83.
- Evan-Jones, C. (2004). *The therapeutic relationship in cognitive-behavioural therapy for psychosis: The role of client, therapist and therapy factors*. University of London, ProQuest Dissertations Publishing.
- Evenson, E., Rhodes, J., Feigenbaum, J., & Solly, A. (2008). The experiences of fathers with psychosis. *Journal of Mental Health, 17*, 629-642.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, L. (1995). *Cognitive behavioural therapy for people with psychosis: a clinical handbook*. Chichester: Wiley.
- Freud, S. (1958). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol 12, pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Gottesman, I. I., Laursen, T. M., Bertelsen, A., & Mortensen, P. B. (2010). Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Archives of General Psychiatry, 67*, 252-257.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.O. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York: Oxford University Press.
- Kahl, Y., & Jungbauer, J. (2014). Challenges and coping strategies of children with parents affected by schizophrenia: Results from an in-depth interview study. *Child & Adolescent Social Work Journal, 31*, 181-196.
- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C. J., & de Haan, L. (2013). Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: a systematic review. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*, 127-154.
- Maddocks S., Johnson S., Wright N., & Stickley T. (2010). A phenomenological exploration of the lived experience of mental health nurses who care for clients with enduring mental health problems who are parents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17*, 674-682.
- McConachie S., & Whitford H. (2009) Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *Journal of Advanced Nursing, 65*, 867– 876.
- Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, J., Thorup, A., & Nordentoft, M. (2015). The Association Between Working Alliance and Clinical and Functional Outcome in a Cohort of 400 Patients With First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional Study. *The Journal of Clinical Psychiatry 76.1* 83-90.

- Park, J. M., Solomon, P., & Mandell, D. S. (2006). Involvement in the child welfare system among mothers with serious mental illness. *Psychiatric Services, 57*, 493-497.
- Perala, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsa, E., Pirkola, S., Partonen, T., Tuulio-Henriksson, A., Hintikka, J., Kieseppa, T., Harkanen, T., Koskinen, S., & Lonnqvist, J. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of General Psychiatry, 64*, 19-28.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: A meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophrenia Bulletin, 40*, 28-38.
- Raue, P. J., Goldfried, M. R. (1994). The Therapeutic Alliance in Cognitive-Behavioral Therapy. In: Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (Eds.) *The Working Alliance. Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95-103.
- Seikkula, J. (2003). Open dialogue integrates individual and systemic approaches in serious psychiatric crises. *Smith Studies in Social Work, 73*, 227-245.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis, 3*, 192-204.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlag. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2010:662. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet.
- Slack, K., & Webber, M. (2008). Do we care? adult mental health professionals' attitudes towards supporting service users' children. *Child & Family Social Work, 13*, 72-79.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretive Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Socialstyrelsen. (2011). Nationella riktlinjer vid psykosociala insatser vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd. Socialstyrelsen: Stockholm.
- Stöd till barn – Psykiatri Södra Stockholm. (2017, 28 mars). Hämtad från <http://psykiatrisodrastockholm.se/vi-erbjuder/stod-till-barn/>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3:e upplagan). McGraw-Hill Education: Maidenhead.