

# Att identifiera och stödja barn som anhöriga i primärvården

Åsa Karlsson

Rapporten kan beställas från  
Centrum för klinisk forskning  
Landstinget i Värmland  
651 85 Karlstad

054-61 70 75  
[pia.tekin@liv.se](mailto:pia.tekin@liv.se)

*Tryck*  
CityTryck AB, Karlstad 2015  
ISSN 1652-9324

# Innehåll

---

<b>Förord</b> .....	7
<b>Sammanfattning</b> .....	8
<b>Bakgrund</b> .....	9
<i>Folkhälsoperspektivet</i> .....	9
Styrdokument .....	10
<i>FN:s konvention om barnets rättigheter</i> .....	10
<i>Lagstadgat stöd till barn som anhöriga</i> .....	10
Barn som anhöriga till föräldrar med svårigheter .....	11
<i>Barn till psykiskt sjuka föräldrar</i> .....	12
<i>Barn till föräldrar med missbruksproblem</i> .....	12
<i>Barn till allvarligt fysiskt sjuka föräldrar</i> .....	14
Att som professionell identifiera och stödja barn som anhöriga .....	14
<i>Föräldraförmågan</i> .....	15
<i>Anknytningens betydelse</i> .....	15
<i>Risk- och skyddsfaktorer samt resiliens</i> .....	16
<i>Information, råd och stöd till barn som anhöriga</i> .....	17
<i>Professionellas samverkan</i> .....	18
Kartläggning av nuläget .....	19
<b>Syfte</b> .....	20
<b>Metod</b> .....	21
<b>Resultat</b> .....	22
Barn som anhöriga inom primärvården.....	23
<i>Identifiering och stöd</i> .....	23
<i>Journalsystem som underlättar identifiering</i> .....	26
<i>Information, råd och stöd till barn</i> .....	26
<i>Utbildning och kompetens</i> .....	26
<b>Kvalitativ bearbetning av de öppna frågorna</b> .....	27
<i>Samverkan och utbildning</i> .....	27
<i>Styrning och resurser</i> .....	28
<i>Prioritera och uppmärksamma barnen</i> .....	28
<b>Diskussion</b> .....	29
<i>Resultatdiskussion</i> .....	29
<i>Studiens styrkor och svagheter</i> .....	31
Konklusion .....	32
Reflektion .....	32
<b>Referenser</b> .....	34
Bilagor .....	40
<i>Bilaga 1 Missivbrev och enkät</i> .....	40



# Förord

---

Jag vill passa på att tacka alla inom primärvårdens FoU-enhet som välkomnat mig in i forskningsvärlden. Att få ta del av den kunskap som finns där har för mig bidragit till yrkesmässig och personlig utveckling samt en fördjupad kunskap kring hur man på olika sätt kan bedriva verksamhetsutveckling. Jag ser FoU-enheten inom LIV som en mycket viktig enhet i arbetet för att koppla samman forskning med klinisk verksamhet.

Denna CAPTO-rapport har sitt ursprung i den magisteruppsats inom folkhälsovetenskap som jag genomförde under våren 2013. Uppsatsen har omarbetats och har som syftet att nå en vidare läsekrets. Jag hoppas att rapporten skall inspirera personal att starta verksamhetsutveckling som syftar till att barn som anhöriga ska få sina rättigheter tillgodosedda.

Under våren 2013 då studien genomfördes var Staffan Janson och Malin Knutz på Karlstads universitet mina handledare. Ett stort tack till Er båda, som befäst mitt intresse för ämnet folkhälsovetenskap.

Arbetet med att göra en studie innebär att söka och få fram massor av litteratur. Jag vill därmed rikta ett stort tack till Sjukhusbibliotekets personal som på ett fantastiskt serviceinriktat sätt hjälpt till för att få fram relevant litteratur och tålmodigt bistått med stöd att hitta rätt i databasernas djungel.

I arbetet med rapporten har jag låtit mig inspireras och vägledas av handledarna: Anders Hallberg, Kersti Theander och Carina Bååth. Ett stort tack till Er, att jag fått tagit del av era kunskaper och att Ni gjort det möjligt för mig att ge ut denna rapport.

Sist men inte minst vill jag tacka all personal inom primärvården som valde att vara delaktiga i denna studie. Utan Er delaktighet hade studien inte varit möjlig att genomföra. TACK!

# Sammanfattning

---

Samhället har ett ansvar för att prioritera barnen då dessa är en sårbar grupp. En mångfald av studier visar på att flertalet av barn som lever med föräldrar med svårigheter som exempelvis psykisk sjukdom, allvarlig fysisk sjukdom och missbruksproblematik löper en högre risk att drabbas av ohälsa både på kort och lång sikt. För att som professionell arbeta med att identifiera och stödja barn som anhöriga krävs kompetens inom området. Denna rapport innehåller litteratur och forskning kring sådana faktorer som är bra att ha kännedom om när man ska ta sig an den uppgiften.

En enkätstudie har utförts inom primärvården i ett landsting i mellansverige. Syfte var att undersöka om personal inom primärvården arbetar för att identifiera och stödja barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning/störning, allvarlig fysisk sjukdom/skada eller alkohol/drogmissbruk. Urvalet till studien var ett totalurval som innefattade alla distriktsläkare och distriktsköterskor vid landstingets vårdcentraler. Den slutgiltiga studiegruppen bestod av 124 deltagare.

Resultatet visar att majoriteten av personalen inte har kännedom om lagen (SFS 2010:659, 6 kap. 5 §) som stödjer barn som anhöriga, samt att personalen upplever behov av utbildning för att kunna ta sig an uppgiften. Därtill framkom önskemål om en handlingsplan innefattande en tvärprofessionell samverkan, för att underlätta arbetet.

Forskning har påvisat att familjecentral som organisationsform skapar bättre förutsättningar för samverkan, preventiva insatser och föräldrastöd. Utifrån denna kunskap och resultatet i studien har ett förslag på en handlingsplan formulerats. Den kan bli utgångspunkt för ett effektivt arbets sätt, där barnkompetens och erfarenheter av samverkan kring barn och familjer tas tillvara.

# Bakgrund

---

## Folkhälsoperspektivet

Hälsosituationen för Sveriges barn är i många avseenden världsledande. Detta gäller till exempel den låga spädbarnsdödligheten, den låga andelen barnolycksfall och den höga andelen ammande och vaccinerade barn (Socialstyrelsen, 2009). I Sverige kan barn upp till 15 års ålder sägas tillhöra den hälsomässigt bäst gynnade gruppen i världen, en utveckling som enbart gått i positiv riktning under de senaste 20 åren (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Av folkhälsorapporten framgår att möjligheterna för att kunna uppnå en god hälsa bland barn och unga har förbättrats på många områden, men att skillnaderna mellan olika grupper har ökat (Statens Folkhälsoinstitut, 2013). Exempelvis är andelen föräldrar som har svårt att klara ekonomin större hos ensamstående med barn samt hos föräldrar till barn med funktionsnedsättning. Av rapporten framgår också att föräldrars utbildningsnivå och födelseland i allt större utsträckning påverkar barns och ungas möjligheter att nå bra resultat i skolan samt deras förutsättningar att senare i livet komma in på arbetsmarknaden. Goda skolresultat och möjligheten till arbete har stor betydelse för hur hälsan utvecklas under resten av livet (Statens Folkhälsoinstitut, 2013).

Samhället har ett ansvar för att prioritera barnen, då dessa utgör en sårbar grupp (Jansson et al., 2011). Socialstyrelsen (2004) menar att samhällets kostnader, redan på kort sikt, kan bli förhållandevis höga om inte problem förebyggs och motverkas så tidigt som möjligt. Exempelvis kan kostnader för en familjehemsplacering under två år uppgå till cirka 800 000 kronor. Om psykisk ohälsa finns kvar i vuxenlivet kan kostnaderna bli ännu högre. Om exempelvis en person utvecklar psykosociala arbetshinder kan detta för samhället ge kostnader på uppåt 2 miljoner kronor under trettio års tid. För en enda missbrukare kan samhällets kostnader uppgå till 12-15 miljoner kronor och för psykisk sjukdom 7-9 miljoner kronor under en trettioårsperiod (Socialstyrelsen, 2004).

Flertalet av studier visar att barn som lever med föräldrar med svårigheter, som exempelvis psykisk sjukdom, allvarlig fysisk sjukdom och missbruksproblematik löper en högre risk att drabbas av ohälsa (Östman & Hansson, 2002; Visser et al., 2004; Dube et al, 2001). Barnen som får stöd i ett tidigt skede mår bättre och har större möjligheter att utveckla en god hälsa, både på kort och lång sikt (Semple & McCaughan, 2013;

Orel et al., 2003; Beardslee et al., 2003). Därför är det mycket angeläget att i ett tidigt skede identifiera de sårbara barnen och erbjuda dem rätt stöd (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). De verksamheter på lokal nivå som i första hand ska uppmärksamma barn som anhöriga är de som möter barnens föräldrar, det vill säga verksamheter som har kompetens och utbildning för att arbeta med de vuxna och har fokus på deras behov (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

## Styrdokument

I deklarationen Ottawa Charter (1986) om det hälsofrämjande arbetet är utgångspunkten för hälsobegreppet utvidgat och stor vikt läggs på de ekonomiska, politiska och sociala faktorerna för hälsa samt hur alla sektorer i samhället bidrar till att skapa en god eller dålig hälsa (WHO, 1986). Det övergripande målet för folkhälsoarbetet i Sverige är *”att skapa samhällseliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen”* (Statens Folkhälsoinstitut, 2011, s.12). Barn och ungas uppväxtvillkor utgör enligt regeringen en av de grundläggande byggstenarna för folkhälsoarbetet med tanke på att förutsättningarna och grunden för att erhålla en god hälsa i vuxen ålder skapas tidigt i barndomen (Statens Folkhälsoinstitut, 2013).

### *FN:s konvention om barnets rättigheter*

Deklarationen om barnets rättigheter antogs av svenska regeringen år 1989. Den innehåller 54 artiklar, varav 41 är s.k. sakartiklar som slår fast de rättigheter varje barn ska ha. Fyra av artiklarna är s.k. huvudprinciper, dessa är artikel 2, 3, 6 och 12 (Regeringskansliet, 2006; Söderbäck, 2010). Artikel två handlar om att alla är lika mycket värda och att ingen får diskrimineras. Artikel 3 handlar om att barnets bästa ska komma i främsta rummet. Artikel 6 beskriver barns rätt till liv och utveckling, vilket exempelvis innebär att konventionsstaterna ska göra vad de kan för att ge barnet en bra utveckling och barndom. Artikel 12 innefattar barns rätt till delaktighet, att barn har rätt att få göra sig hörda och få påverka sin situation (Regeringskansliet, 2006). Regeringen ingick (2011) tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting en överenskommelse om att stärka barnens rättigheter inom kommuner, landsting och regioner (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

### *Lagstadgat stöd till barn som anhöriga*

För att uppmärksamma barns behov som anhöriga inom hälso- och sjukvården infördes den 1 januari 2010 patientsäkerhetslagen. Lagtexten lyder: *”Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd*



*och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med*

*1. har en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,*

*2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller*

*3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.*

*Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.” (SFS 2010:659, 6 kap. 5 §).*

Lagen har som syfte att stärka barnperspektivet, lyfta barns rättigheter och uppmärksamma barnen inom hälso- och sjukvården och är ett bra exempel på hur FN:s konvention om barnets rättigheter integrerats i svensk lag. Den tydliggör även ansvaret för det preventiva arbetet hos personal inom hälso- och sjukvården (Janson et al., 2011).

## **Barn som anhöriga till föräldrar med svårigheter**

Hela familjen påverkas när en förälder har svårigheter eller sjukdom. Vare sig svårigheterna handlar om missbruk och beroende, psykiska svårigheter, våld eller somatisk sjukdom så påverkas hela familjen och då inte minst barnen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Barn som lever med en förälder eller annan vuxen som har ett missbruk eller beroende utgör den största delen av hela gruppen ”barn som anhöriga”. Ofta sammanfaller också missbruk och beroende med andra problem, såsom psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Internationell forskning visar att 30-50 procent av dem som söker vård för missbruk eller beroende också har en psykisk sjukdom. Bland de som söker för psykisk ohälsa har 20-30 procent även ett missbruk (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Föräldraskap hos psykiskt sjuka är inte ovanligt (Östman & Hansson, 2002; Mordoch & Hall, 2002). I en svensk studie inom psykiatrisk vård framkom att 36 procent var föräldrar till minderåriga barn (Eidevall & Östman, 2005). En flerårig nationell multicenterstudie inom psykiatriin visade att en tredjedel av patienterna var föräldrar och att denna andel låg relativt konstant över tid (Kjellin & Östman, 2002). Studier från Storbritannien och USA uppskattade att åtminstone 20-50 procent av de vuxna inom den psykiatriska vården var föräldrar (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). I en norsk studie framkom att 12-40 % av alla barn och unga i Norge hade en förälder med lindrig till allvarlig psykisk ohälsa eller alkoholmissbruk (Torvik et al., 2011). I en longitudinell finsk studie påvisades att mer än sex procent av alla barn någon gång under uppväxten drabbas av att en förälder får cancer (Niemelä et al., 2012). Även en förälder som oväntat avlider kan medföra konsekvenser för barns hälsa, speciellt om händelsen

tystas ned. Årligen är det cirka 3000 barn i Sverige som mister en förälder genom dödsfall. I en svensk registerstudie påvisades att barn i åldern 10-18 år som mister en förälder har en ökad risk för tidig död i jämförelse med andra barn (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Länge fanns en uppfattning om att barnen skulle hållas utanför de vuxnas svårigheter och problem samt skyddas från information som var smärtsam. Genom att inte tala om det som hänt hoppades man på att barnen skulle glömma och gå vidare. Idag vet man via forskning och via vuxna barns berättelser att så inte är fallet, barn minns och påverkas (Jansson et al, 2011).

### *Barn till psykiskt sjuka föräldrar*

Tidigare innebar psykiatrisk institutionsvård att de med långvarig psykisk sjukdom bodde på sjukhus och hade begränsade möjligheter att bilda familj och skaffa barn. Idag innebär den etablerade vårdformen med satsningar på öppenvård att fler människor med långvarig psykisk sjukdom fått eget boende och större möjlighet att bilda familj (Socialstyrelsen, 1999).

Barn som växer upp med en psykiskt sjuk förälder kan direkt påverkas med egen psykisk ohälsa som följd och indirekt genom försämrade ekonomiska förhållanden och bristande nätverk (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Flertalet av dessa barn växer upp under känslomässigt komplicerade förhållanden och vissa får inte sin fysiska omsorg tillgodosedd. Psykisk ohälsa hos en förälder kan också försvåra att tillgodose vad späda och små barn behöver i form av tillgänglighet, kontinuitet, förutsägbarhet och sensitivitet (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Barnen blir också ofta isolerade från vänner och fritidsintressen samt tar på sig ett stort ansvar för den sjuka föräldern (Korhone, 2006). Barn och unga har påvisat svårigheter relaterade till den psykiskt sjuka föräldern, exempelvis brist på öppenhet och information, oförutsägbarhet och instabilitet, rädsla och ensamhet, sorg och förlust. De brottas ofta med utmaningar att försöka förstå den mentala sjukdomen (Trondsen, 2012).

### *Barn till föräldrar med missbruksproblem*

Barn till missbrukare växer också upp i miljöer där det kan uppstå situationer som är svåra att förstå, förutsäga och hantera. En gemensam faktor, som gäller både barn till missbrukare och barn till psykiskt sjuka föräldrar, är att de ofta är benägna att ta stort ansvar i familjen. Generellt sett är barn till psykiskt sjuka föräldrar mer utsatta för bristande omsorgsförmåga än barn till missbrukande föräldrar. Detta kan ha samband med att familjer där en eller båda föräldrarna är psykiskt sjuka är mer socialt isolerade än där föräldrarna är missbrukare (Socialstyrelsen, 1999).

Studier visar att föräldrar med missbruksproblem ofta brister i sin föräldraförmåga när det gäller att erbjuda barnen kontinuitet, förutsägbarhet, struktur och stimulans för barnens utveckling. Barnen kan ha en utsatt vardag och har då en ökad risk för att senare i livet utveckla egna problem såsom missbruk eller psykisk ohälsa (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Barn som växer upp i familjer med alkoholproblem har fler hälsoproblem av både fysisk och psykisk karaktär jämfört med andra barn. De har oftare beteendestörningar och skolproblem och råkar oftare ut för olyckor. Därtill är det en högre förekomst av psykiska och sexuella övergrepp i familjer där föräldrarna missbrukar (Killén & Olofsson, 2003).

Det finns ett signifikant samband mellan alkoholmissbruk hos föräldrar och barnmisshandel, vanvård och dysfunktionella familjeförhållanden (Collin & Messerschmidt, 1993; Dube et al, 2001; Sher et al., 1997). Forskning visar också att vuxna som vuxit upp i en familj med alkoholproblem har mer fysiska och psykiska hälsoproblem, oftare alkohol- eller drogproblem och är oftare kriminella. De har även sämre sociala förmågor och mer anpassningssvårigheter i jämförelse med vuxna, som inte vuxit upp under sådana förhållanden (Killén & Olofsson, 2003).

Det är inte ovanligt att det förekommer våld i familjer, där någon av föräldrarna har ett missbruk. Det kan handla om att barnet får bevittna våld mellan de vuxna eller att barnet själv blir utsatt för våld (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Det är en högre sannolikhet för att mamman ska utsättas för våld i familjer där båda föräldrarna missbrukar alkohol, vilket också leder till att barnen indirekt påverkas då de bevittnar våldet (Shanta et al, 2001). Janson med kolleger (2011) beskriver att barn i familjer där det förekommer våld mellan de vuxna, löper även den i särklass största risken för att utsättas för kroppslig bestraffning. Denna riskökning är 10 gånger högre än när det inte förekommer våld mellan de vuxna. Om föräldern har varit påverkad av alkohol eller droger samtidigt som det varit konflikt med barnet är det en 60- procentigt ökad risk för att barnet också ska bli slaget enligt en nationell studie.

Risken för barnmisshandel ökar om det finns depression och/eller alkoholmissbruk hos mödrarna. Låg inkomst och ett mönster av våld i familjen har också betydelse (Berger, 2005). Barn, som har utsatts för kroppslig bestraffning, blir i högre utsträckning mobbare eller mobbade i skolan i jämförelse med andra barn. De har betydligt mer fysiska och psykiska symptom, klarar sig sämre i skolan och råkar oftare ut för skador och olyckor (Janson et al., 2011).

### *Barn till allvarligt fysiskt sjuka föräldrar*

När en förälder drabbas av somatisk sjukdom kan barn och unga känna oro för sin förälder och den övriga familjen. De kan drabbas av förändringar i vardagen, dela svåra upplevelser och besked. Att som barn konfronteras med att sin förälder får cancer kan resultera i psykosociala problem såsom oro, ångest, nedstämdhet, ilska och psykosomatiska symtom (Visser et al., 2004). Genom de konsekvenser som sjukdomen innebär för föräldern kan barnen också påverkas indirekt genom att föräldern kan begränsas i sina möjligheter att hinna och orka med att vara en god förälder (Schmitt et al., 2008). Samtidigt kan den andra föräldern få en ökad arbetsbörda och bli känslomässigt och praktiskt upptagen och på så vis inte heller ha tid och ork för barnen (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Barn vars förälder har cancer har i studier visats ha känslomässiga problem och beteendeproblem med påverkan på den kognitiva och den fysiska funktionen. Även ångslan och depression i tonåren, speciellt hos döttrar med sjuk mamma, har rapporterats. De faktorer som tydligast var relaterad till barns påverkan av föräldrarnas sjukdom var föräldraskapets psykologiska funktion, äktenskaplig tillfredställelse och kommunikationen i familjen (Visser et al, 2004). Interventioner som att ge barnen psykologiskt stöd, har visat sig resultera i att barnens förståelse för cancer kan öka och att barnens förmåga att utveckla strategier att hantera stressfyllda och känslomässigt krävande situationer (sk coping) kan förbättras. Semple med kolleger (2013) menar att det viktigaste för barn, vars föräldrar har cancer, är en öppen kommunikation och att föräldrarna får stöd och resurser för att kunna främja copingstrategier i familjen.

### **Att som professionell identifiera och stödja barn som anhöriga**

För att inom vården kunna och våga se barnen som anhöriga måste en tillit finnas till att det finns något bra att göra när det behövs. Det är viktigt, att det finns ett tydligt fördelat ansvar och ett gott samarbete samt kunskap och handlingsplaner för hur barnen ska bistås (Jansson et al., 2011). Enligt Foster med kolleger (2004) är sjuksköterskor och annan hälsopersonal i nyckelposition för att i tid och på ett effektivt sätt kunna svara upp mot de behov som dessa barn och familjer har.

För att stöd till barnen ska få effekt krävs att föräldern också får stöd att hantera sina svårigheter och stöd i föräldraskapet. Detta innebär att arbetssättet inom primärvård, missbruks/beroendevård, vuxenpsykiatri och socialtjänst behöver bli mer familjefokuserat och hänsynstagande till den miljö som den vuxne patienten befinner sig i. Kompetensutveckling

krävs för personalen (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Viktiga kunskapsområden att ha kännedom om bland annat är risk- och skyddsfaktorer, vikten av att uppmärksamma barnen tidigt, kunskap om att samtala med barn samt förutsättningar för samverkansarbetet (Jansson et al., 2011).

### *Föräldraförmågan*

Som professionell är det viktigt att ha kännedom om att barn till föräldrar med psykisk ohälsa är en bred och varierad grupp. Hur föräldrarnas sjukdom påverkar det enskilda barnet kan man inte entydigt säga. Flera faktorer samverkar kring hur barnet påverkas, bl.a. hur föräldrarnas svårigheter yttrar sig och om det finns en annan trygg förälder eller vuxen som har en kontinuerlig kontakt med barnet (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Även barnets ålder, utvecklingsnivå och de krav som ställs på föräldraskapet för att barnets behov ska tillfredsställas spelar in, samt hur situationen kring barn och förälder ser ut (Skerfving, 2005). Det är kvalitén på föräldrafunktionerna som är avgörande till exempel förmågan att sätta sig in i hur en annan människa tänker och känner, sensitivitet för barnet, impulskontroll, frustrationströskel, kontaktförmåga, tillit och självbild. Kvalitén på dessa förmågor är centrala i omvårdnaden av ett barn och påverkas vanligen vid moderat eller allvarlig psykisk ohälsa. För att värdera föräldraförmågan krävs en värdering av vilken betydelse den psykiska ohälsan hos föräldern har för det enskilda barnet (Hagström & Ingvarsdotter, 2012).

### *Anknytningens betydelse*

Barnets utveckling påverkas av både det genetiska arvet, av anknytning och av interaktionen mellan barn och förälder (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Spädbarn är beroende av vuxna för att överleva och det är i samspelet som barnet formar sitt sätt att hantera och reglera påfrestningar, det så kallade anknytningsmönstret (Socialstyrelsen, 2009).

Enligt anknytningsteorins grundare John Bowlby (1982) etableras anknytningen under barnets första år och sker mellan barnet och dess vårdnadshavare. Vårdnadshavarna måste vara de som på ett positivt och empatiskt sätt leder, organiserar och utvecklar samspelet för att en positiv utveckling ska ske (Bowlby, 1982). På så vis är inte samspelet jämbördigt utan ett stort ansvar vilar på föräldern eller den vårdnadshavare som finns nära barnet (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Flera studier har påvisat att kvaliteten på samspelet mellan förälder och barn har ett samband med barnets fortsatta psykologiska utveckling i livet (Bowlby, 1988; Macdonald et al., 2008). Ett bra förhållande mellan barn och föräldrar ger också ett

skydd både mot aktuella och framtida belastningar (Killén, 2011). Flera studier påvisar också vikten av att redan under graviditet och spädbarnstid, uppmärksamma föräldrarnas psykiska ohälsa och då erbjuda stöd och behandling (Luthar & Cicchetti, 2000; Røsand et al., 2011; Sjöström, 2002). I anknytningsteorin nämns olika anknytningsmönster såsom trygg, otrugg/undvikande, trygg/ambivalent samt den desorganiserade anknytningen (Bowlby, 1982). De barn, som utvecklar en desorganiserad anknytning, tillhör företrädesvis riskgrupper som barn till föräldrar med psykisk ohälsa eller missbruk samt föräldrar som utsätter barnet för psykisk och fysisk vanvård (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Det som tydligast skiljer barn med en desorganiserad anknytning från de övriga är att samspelet mellan barn och förälder i stor utsträckning bygger på rädsla (Bowlby, 1988).

### *Risk- och skyddsfaktorer samt resiliens*

En rad olika faktorer kan försvaga eller förstärka risken för att utveckla ohälsa, de s.k. risk- och skyddsfaktorerna (Gladstone et al., 2005; Foster et al., 2004). Riskfaktorer är de faktorer som ökar risken för ohälsa, problem eller riskbeteenden (Statens Folkhälsoinstitut, 2013). Yngre ålder för debut av föräldrarnas sjukdom, pojkar, svårhanterligt temperament, låg självkänsla, låg intelligens, nyföddhets- defekt, medicinsk sjukdom och inlärningssvårigheter är exempel på sådana riskfaktorer.

Andra riskfaktorer som nämns är missbruk och kriminalitet hos en eller båda föräldrarna, relationsproblem och separationer, brist på andra närstående vuxna, aggressivitet och negativa förväntningar på barnet från den vuxna samt brist på närhet förälder och barn emellan (Janson et al., 2011). De flesta riskfaktorer kan ses som dynamiska, dvs. möjliga att påverka (Svensson, 2013). När flera riskfaktorer förekommer samtidigt kan detta ha en kombinerad och kumulativ effekt (Andershed & Andershed, 2005). Åldern mellan 6 månader och 4 år är den mest sårbara perioden för stressfulla händelser och ju yngre barnet är desto större påverkan har en förälders sjukdom (Foster et al., 2004).

En skyddsfaktor är en faktor som minskar de negativa effekterna av att utsättas för en stressfull händelse och ökar möjligheten till en positiv påverkan på hälsan. Skyddsfaktorer kan balansera riskfaktorer och vara deras motvikt. Risken blir på så vis mindre när skyddsfaktorer finns och större när skyddsfaktorer saknas (Statens Folkhälsoinstitut, 2013). Skyddsfaktorer delas in i externa och interna faktorer. Interna skyddsfaktorer inkluderar: högre intelligens, en tro på sin egen förmåga (intern locus of control), förmåga att vara autonom, vara optimistisk, ha ett lätthanterligt temperament, att använda effektiv kommunikation och konfliktlösning,

humor, involvering i sociala aktiviteter och ingå i relationer med andra, ha ett intresse eller hobby, ha hög självkänsla, en positiv självbild, en verklig självuppfattning och förmåga till känslomässig reglering (Foster et al., 2004). Externa skyddsfaktorer omfattar även förhållanden inom familjen och samhället som kan stärka barnets motståndskraft (Foster et al., 2004), exempelvis en fungerande vardag i förskola och skola (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Speciellt skyddande är om barnet har möjligheten att etablera och knyta starka band till en kompetent och känslomässigt stark person. Att utveckla positiva känslomässiga band till andra vuxna under uppväxten har visat sig kunna utrusta barnet med omsorgsmodeller som förstärker barnets kompetens och bekräftar dess inneboende värde (Foster et al., 2004).

Resiliens, så kallad positiv bemästring, är den psykiska överlevnadsförmågan som ett barn kan utveckla för att stå emot påfrestningar. Teorin om resiliens kan skapa förståelse för vad det är som gör att ett barn trots svårigheter kan klara sig bra (Brooks & Goldstein, 2006). Exempelvis kan barn som dagligen upplever svåra och allvarliga situationer på grund av besvärliga uppväxtförhållanden upprätthålla en relativt tillfredställande psykologisk funktion och barn som är utsatta för kronisk risk kan till och med förbättra sin funktion (Borge, 2005). Vissa forskare (Ungar, 2004) tar försiktigt avstånd från tanken att resiliens är en utvecklad personlighet medan andra forskare starkt argumenterar för att det är en biologisk och medfödd faktor (Masten, 2001). Andra forskare tar en ståndpunkt någonstans mittemellan och säger att resiliens inte är förutbestämt utan väsentligen formas av omständigheter i livet (Luthar & Cicchetti, 2000; Gladstone et al, 2005). För att stärka barns resiliens är det viktigt att arbeta med barn såväl som föräldrar, eftersom barns resiliens är beroende av hur föräldrarna fungerar (Överlien, 2012).

### *Information, råd och stöd till barn som anhöriga*

Såväl forskning som vuxna barns berättelser visar att barn oroar sig för sin sjuka förälder. Samtidigt oroar sig föräldern för hur deras barn ska påverkas av sjukdomen och det är vanligt att man inom familjen har svårt att prata om detta. En förutsättning för att både barn och föräldrar ska kunna få hjälp och stöd är därför att bryta tystnaden och öppna upp kommunikationen samt avlasta från skuld och skam (Jansson et al., 2011). Alla professionella inom hälso- och sjukvården har ansvar för att identifiera föräldrar med psykiska svårigheter och erkänna föräldrars behov av stöd samt påvisa behov som kan finnas hos deras barn (Growling, 2004). På vilket sätt och i vilken grad ett barn påverkas när en förälder är sjuk är avhängigt av hur

allvarlig situationen är, barnets ålder och andra omständigheter i familjen. Det är dock vanligt att barn tar på sig skulden för det som hänt. Om barnet inte förstår vad som sker kan barnets fantasi få det att kännas som att föräldrarnas sjukdom och förändringar beror på barnet själv (Moore & Waltré, 2001). Barn som exempelvis lever med en psykiskt sjuk förälder lever med symtomen, beteendet och de uttryck som sjukdomen ger. Tystnaden kan bli ett hinder för att uppnå förståelse och utvecklandet av copingstrategier (Growling, 2004). Barn behöver få kunskap om den verklighet de lever i och hjälp att hantera den (Skerfving, 2005).

För att kunna ge ett barn information krävs en arbetsallians med föräldrarna, eftersom ett medgivande från dem är nödvändigt (Jansson et al., 2011). För att kunna veta vilken information ett barn behöver är det viktigt att ha kunskap om barns utveckling och mognad och att anpassa informationen därefter (Growling, 2004). Att därtill utgå från barnets bästa, vara lyhörd och respektera barnets egen uppfattning är framgångsfaktorer. Både barn och föräldrar behöver vara involverade i samtalsprocessen och ju tidigare samtalsprocessen kommer igång desto bättre är det (Growling, 2004).

Information, råd och stöd för barn bör utgå från barnets frågor med respekt för barnets egna erfarenheter, åsikter och känslor (Jansson et al., 2011). För att ge barnet information om föräldrarnas sjukdom är det värdefullt att få till en samarbetsrelation till barnet där barnet kan använda sin egen copingförmåga. Det är viktigt att se till att barnet kommer in i samtalet och ges utrymme att prata. Det kan krävas flera samtal för att barnet ska få tillit och orka göra sin röst hörd. Värdefullt kan vara att undersöka om barnet har någon vuxen i sin närhet som det kan anförtro sig åt och uppmuntra denna relation (Martinell Barfoed, 2002). I vissa fall kan den professionelle uppleva en oro för barnet och dess situation. Denna oro kan föranleda en anmälan till socialtjänsten. I sådana fall bör anmälan göras tillsammans med föräldern som samtidigt informeras om att målet med anmälan är att stödja familjen (Söderblom, 2009). Genom att respektera barnet som anhörig och ge barnet den kunskap och det stöd som krävs stärks barnets möjligheter att hantera sin livssituation bättre, vilket kan minska risken för utveckling av psykisk ohälsa (Jansson et al., 2011).

### *Professionellas samverkan*

För att kunna erbjuda stöd till barn som anhöriga behöver förutsättningar för arbetet skapas på organisatorisk nivå. Policydokument, rutiner, riktlinjer och handlingsplaner behöver således utarbetas, implementeras och utvärderas. Särskilt ansvariga för att implementera och stärka barnperspek-



tivet på arbetsplatsen kan också öka förutsättningarna för att få arbetet till stånd (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). För att främja en god hälsa för familjer, barn och unga är det nödvändigt att professionella från olika verksamheter kan samverka (Vidmark et al, 2011). Patientsäkerhetslagen styrker också kravet på att samverka. Lagen säger att hälso- och sjukvårdspersonal ska ” i frågor som rör barn som far illa eller riskerar att fara illa, samverka med samhällsorgan, organisationer och andra som berörs ” (SFS 2010:659 6 kap. 5§).

De viktigaste förutsättningarna för en framgångsrik samverkan kan sammanfattas med styrning, struktur och samsyn (Jakobsson & Lundgren, 2013). För att åstadkomma en samverkan som fungerar krävs bland annat ett engagerat ledarskap, samarbetsförmåga hos de professionella, uppsatta mål för den gemensamma insatsen samt ett tydliggörande av vad som krävs av de involverade (Widmark et al., 2011).

Tyvärr är svårigheterna och hindren kring samverkan många och orsakerna till detta varierar (Jansson et al., 2011). Hindren kan vara strukturella eller kulturella. De strukturella hindren inkluderar olika regelverk, ekonomi och administrativa gränser. De kulturella hindren som försvårar kommunikation och samarbete kan bland annat vara olika synsätt kring individens behov (Widmark et al, 2011), olika språkbruk, attityder och värderingar (Axelsson & Axelsson Bihari, 2007).

## Kartläggning av nuläget

FN:s konvention om barns rättigheter och lagen som stödjer barn som anhöriga innebär att barnen behöver uppmärksammas bättre inom hälso- och sjukvården. I en del verksamheter har arbete påbörjats för att utarbeta rutiner för hur lagstiftningens krav ska kunna mötas. Inför lagändringen utförde Stiftelsen Allmänna Barnhuset och Socialstyrelsen (2011) en kartläggning. Resultatet visade att nästan ingen verksamhet upplevde sig ha den beredskap, kunskap eller de rutiner som krävs för att motsvara lagens krav (Jansson et al. 2011).

Socialstyrelsen har därefter inventerat verksamheternas behov av stöd i samband med implementering av aktuell lagstiftning (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Implementeringen verkar generellt sett ha kommit längst inom psykiatrin. Inom den somatiska vården där primärvården ingår verkar lagstiftningen hittills inte ha blivit förankrad vare sig som kunskap eller som utarbetade arbetsrutiner. Utifrån dessa kunskaper blev det intressant att undersöka hur primärvården lyckats med implementering och tillämpning av stödet till barn som anhöriga.

# Syfte

---

Studiens syfte var att undersöka om personal inom primärvården arbetar för att identifiera och stödja barn till föräldrar med psykisk funktionsnedsättning/störning, allvarlig fysisk sjukdom/skada eller alkohol/drogmissbruk.

Frågeställningar:

- Arbetar personalen på ett sådant sätt att barn som anhöriga identifieras och erbjuds information, råd och stöd?
- Finns det skillnader mellan distriktsläkare och distriktssköterskor i detta arbete?
- Finns det behov av mer kunskaper, stöd och riktlinjer för att arbetet ska utvecklas?

# Metod

---

Den valda metoden för studien var en enkätstudie med tvärsnittsdesign. En enkät konstruerades i pappersform med totalt 17 strukturerade sakfrågor (inklusive fem bakgrundsfrågor) med fasta svarsalternativ. Utöver detta inkluderades två öppna frågor, med möjlighet att skriva fri text för att om möjligt fånga upp och få fram kompletteringar från personalen. Alla anställda distriktsläkare (120 st) och distriktssköterskor (162 st) som arbetade på någon vårdcentral i det aktuella landstinget inkluderades. Via internposten skickades totalt 282 enkäter ut med begäran om svar inom 3 veckor. Vid svarstidens slut hade sammanlagt 126 deltagare besvarat enkäten vilket motsvarande en svarsfrekvens på 45 %. Två av deltagarna skickade in en icke ifyllt enkät och angav att de inte längre arbetade kliniskt. Dessa svar exkluderades från undersökningen och det totala undersökningsmaterialet resulterade i 124 besvarade enkäter. Bortfallet var 156 personer (55%). 64% av distriktsläkarna och 50% av distriktssköterskorna valde att inte delta. Det interna bortfallet var lågt. Endast fyra respondenter hade ej svarat på två frågor i enkäten.

Innan enkätutskick förankrades studien i primärvårdsdivisionens ledning. Samtidigt informerades också alla verksamhetschefer och enhetschefer via e-post om studien och dess syfte. Efter två och en halv vecka av svarstiden skickades en påminnelse via e-post till hela urvalsgruppen.

För bearbetning av datamaterialet användes statistikprogrammet SPSS version 21 (SPSS; IBM Corporation, Armonk, NY, USA). Data analyserades med hjälp av frekvens- och korstabeller samt Chi2-test. Vid Chi2-analyserna användes en signifikansnivå på 5 procent ( $p=0,05$ ). Vårdcentral och barnvårdcentral var de två störst verksamheterna. En deskriptiv beskrivning av dessa två typer av arbetsplatser gjordes för att upptäcka eventuella skillnader. Av alla deltagare hade en tredjedel svarat på den öppna frågan som gav förslag på utvecklingsområden för primärvården med syfte att stödja barn som anhöriga. Dessa data bearbetades enligt kvalitativ innehållsanalys (Bryman 2011).

# Resultat

---

Studiepopulationen bestod av 124 deltagare 83 % kvinnor och 17% män (Tabell 1). Totalt var fyra femtedelar av populationen äldre än 45 år och två tredjedelar hade arbetat i nuvarande profession mer än 11 år. Bland distriktsläkarna var mer än hälften kvinnor, tre fjärdedelar var äldre än 45 år och nästan tre fjärdedelar hade varit yrkesverksamma i nuvarande profession i mer än 11 år. Bland distriktssköterskorna var alla kvinnor, mer än tre fjärdedelar hade en ålder som var mer än 45 år och nästan två tredjedelar hade varit yrkesverksamma i nuvarande profession i mer än 11 år. Majoriteten (n=100) arbetade på en vårdcentral med eller utan sidouppdrag. 78 stycken arbetade enbart med ordinarie mottagningsarbete på en vårdcentral. 7 stycken hade utöver ordinarie mottagningsarbete på vårdcentral tillhörande uppdrag inom skolhälsovård, barnmorskemottagning eller äldreboende. På BVC (helt eller delvis) arbetade 38 deltagare (11 läkare och 27 distriktssköterskor). Tjugo av dessa distriktssköterskor arbetade enbart med BVC arbete. Således arbetade en fjärdedel av den totala andelen av distriktsläkare och en tredjedel av den totala andelen av distriktssköterskor helt eller delvis på barnvårdscentral.

Tabell 1. Beskrivning av studiepopulationen

	Totalt		Distriktsläkare		Distriktsköterska	
	n	%	n	%	n	%
<b>Kön</b>						
Kvinna	103	83	22	51	81	100
Man	21	17	21	49	0	0
Totalt	124	100	43	100	81	100
<b>Ålder</b>						
< 45 år	26	21	11	26	15	18
> 45 år	98	79	32	74	66	82
Totalt	124	100	43	100	81	100
<b>Yrkesår</b>						
< 11 år	46	37	13	30	33	41
> 11 år	78	63	30	70	48	59
Totalt	124	100	43	100	81	100
<b>Verksamhet</b>						
Enbart VC	78	62,9	27	62,8	51	63,0
VC+BVC	15	12,1	10	23,7	5	6,2
VC+annat	7	5,6	5	11,6	2	2,5
Enbart BVC	20	16,1	0	0,0	20	24,7
BVC+annat	3	2,4	1	2,3	2	2,5
Enbart annat	1	0,8	0	0,0	1	1,2

## Barn som anhöriga inom primärvården

### Identifiering och stöd

Nästan 40 % av deltagarna har rapporterat att de den senaste månaden haft en patient med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller missbruksproblematik som kan ha varit i åldern för att ha minderåriga barn hemma (Tabell 2). Övervägande andelen har angivit att de haft en till två patienter och sex respondenter har angivit att de hade haft tre eller flera patienter. Nästan alla som rapporterat att de haft en patient enligt ovanstående hade också frågat om patientens familjesituation. Nästan en fjärdedel diskuterade även barnets situation och 16% av dem medförde ytterligare åtgärder för barnet.

Tabell 2 visar en jämförelse mellan distriktsläkare och distriktssköterskor i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga. Tabellen visar att det finns en skillnad mellan dessa yrkesgrupper, där distriktsläkarna i högre grad har uppmärksammat aktuell patientgrupp ( $p < 0,001$ ).

Tabell 2. En jämförelse mellan distriktsläkare och distriktssköterskor avseende att identifiera och stödja barn som anhöriga.

	Distriktsläkare		Distriktssköterska		p-värde
	n(=43)	%(=34,7)	n(=81)	%(=65,3)	
<b>Har haft patient med aktuella svårigheter senaste månaden:</b>					
Ja	27	62,8	22	27,5	<0,001
Nej	16	37,2	58	72,5	
Totalt	43	100	80	100	
<b>Har frågat om patientens aktuella familjesituation:</b>					
Ja	24	88,9	17	77,3	0,274
Nej	3	11,1	5	22,7	
Totalt	27	100	22	100	
<b>Har diskuterat barnets situation och eventuella behov av stöd:</b>					
Ja	18	78,3	11	64,7	0,343
Nej	5	21,7	6	35,3	
Totalt	23	100	17	100	
<b>Diskussionen medförde ytterligare åtgärder för barnet:</b>					
Ja	12	75,0	8	80,0	0,768
Nej	4	25,0	2	20,0	
Totalt	16	100	10	100	

Ytterligare åtgärder var att personalen hade kontaktat andra i barnets när- områ- de eller uppmuntrat föräldern att själv kontakta barn- eller skolhälso- vården. Några enstaka uppgav att de skickat remiss till annan vårdinstans eller bokat in samtal med barnet enskilt eller tillsammans med förälder.

Resultatet visar att det finns en skillnad i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga beroende på om personalen arbetar på vårdcentral eller om de arbetar helt eller delvis på barnvårdscentral. Personal som arbetar på barnvårdscentral hade i högre utsträckning uppmärksammat aktuell patientgrupp och frågat om patientens aktuella familjesituation. Även när det gällde att diskutera barnets situation och eventuella behov av stöd samt om diskussionen medförde ytterligare åtgärder för barnet gjordes det något oftare av personal som arbetar på barnvårdscentral (Tabell 3).

Tabell 3. Arbetet att identifiera och stödja barn som anhöriga i relation arbetsområde, enbart på VC eller BVC (helt eller delvis).

	Vårdcentral		BVC	
	n	%	n	%
<b>Har haft patient med aktuella svårigheter senaste månaden:</b>				
Ja	27	31,4	22	57,9
Nej	59	68,6	16	42,1
Totalt	86	100	38	100
<b>Har frågat om patientens aktuella familjesituation:</b>				
Ja	20	74,1	21	95,5
Nej	7	25,9	1	4,5
Totalt	27	100	22	100
<b>Har diskuterat barnets situation och eventuella behov av stöd:</b>				
Ja	13	65,0	16	76,2
Nej	7	35,0	5	23,8
Totalt	20	100	21	100
<b>Diskussionen medförde ytterligare åtgärder för barnet:</b>				
Ja	7	53,8	14	87,5
Nej	6	46,2	2	12,5
Totalt	17	100	16	100

Av de som angivit att de arbetar på distriktsläkar-/distriktssköterskemottagning på vårdcentral hade en tredjedel den senaste månaden haft en eller flera patienter som haft en psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning,

allvarlig fysisk sjukdom eller missbruksproblematik och som kan ha haft minderåriga barn hemma. Av dem som helt eller delvis arbetade på barnavårdscentral angav drygt hälften att de haft en eller flera patienter enligt ovanstående. Av de som arbetade på barnavårdscentral och som uppmärksammat dessa patienter hade nästan alla frågat om den aktuella familjesituationen, jämfört med tre fjärdedelar av dem som arbetade på vårdcentral.

### *Journalssystem som underlättar identifiering*

För att underlätta för identifiering av barn som anhöriga inom primärvården kan journalsystemet vara utrustat så att man tydligt kan se om det finns minderåriga barn i hemmet. På frågan om hur denna möjlighet finns inom primärvården i aktuellt landsting svarade en fjärdedel av deltagarna att möjligheten saknas i aktuellt journalssystem, 16 % att möjligheten finns men inte används. 5 % svarade att en sådan funktion finns och används. Hälften av deltagarna angav att de inte visste att funktionen fanns.

### *Information, råd och stöd till barn*

12 deltagare (10 %) angav att de någon gång givit information, råd eller stöd till barn med anledning av förälderns sjukdom/funktionsnedsättning. Av dessa var åtta distriktsläkare varav sex hade gjort detta flera gånger och två hade gjort det en gång. Fyra distriktsköterskor hade träffat barn för information, råd och stöd och tre hade gjort detta vid flera tillfällen. Anledningen till att de träffat barn för information, råd och stöd var att de tyckte det var rimligt, att situationen var så allvarlig att det krävdes eller att den vuxne patienten ville ha vårdpersonalens hjälp med det. Endast ett fåtal angav att de gav information, råd och stöd med anledning av vårdcentralens riktlinjer eller hälso- och sjukvårdslagen.

### *Utbildning och kompetens*

Det senaste året hade 10 % fått utbildning i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga. Övervägande andelen (89 %) ansåg att de inte fått någon passande utbildning. Drygt hälften av deltagarna svarade att de inte visste om det finns riktlinjer om hur man bemöter barn inom primärvården. En sjättedel uppgav att det saknas riktlinjer och lika många svarade att diskussioner förts men att riktlinjer saknades i skriftlig form. Endast 11 % angav att riktlinjer finns och till övervägande del efterföljs så långt det är möjligt. Lagtexten om att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som anhöriga kände totalt 43 % av personalen till. 56 % svarade att de inte visste och en deltagare svarade att det inte finns någon lagtext om detta. Drygt hälften av distriktsläkarna och drygt en tredjedel av distriktsköterskorna kände till denna lagtext.



## Kvalitativ bearbetning av de öppna frågorna

En tredjedel av deltagarna hade i enkäten svarat på den öppna frågan kring vad de anser att primärvården behöver ytterligare för att arbetet ska utvecklas. Via kvalitativ innehållsanalys framkom kategorierna: *Samverkan och utbildning, Styrning och resurser*. Cirka en tredjedel av deltagarna hade svarat på den öppna frågan där övriga synpunkter kunde lämnas. Dessa synpunkter bildade kategorin: *"Prioritera och uppmärksamma barnen"*

### *Samverkan och utbildning*

Deltagarna ansåg att samarbetet mellan olika verksamheter behöver utvecklas samt att brister i den egna organisationen behöver åtgärdas. *"Ska man följa barnkonventionen känner man sig många gånger maktlös. Vi ser och försöker samarbeta men stödfunktioner i vår egen organisation har stora brister"*.

Ett tvärprofessionellt samarbete efterfrågades och då framförallt samarbetet mellan socialtjänst, barn- och ungdomspsykiatri, barnkliniken och förskolan/skola. *"Då skulle man behöva ett särskilt team med psykolog, skolhälsovård, socialtjänst. Kanske även specialpedagog. För att barnen skulle bli hela som vuxna"*. Samarbetet med familjecentralen framkom som en stödjande faktor för arbetet. *"Vi har bra och nära samarbete med familjecentralen och där arbetande från soc"*.

Flertalet framhöll vikten av en handlingsplan och tydliga riktlinjer att följa för att kunna utföra uppgiften kring barn som anhöriga. Deltagarna beskrev att modet sviktade för att våga ta initiativ till och öppna upp för det svåra samtalet med barnet. Även en svag tilltro till den egna kompetensen inom området framkom. De ansåg inte att det erhållit tillräcklig kunskap för uppgiften. *"att våga se"* och *"Kunskapsnivån hos oss som arbetar inom primärvården är oftast mycket låg inom detta område"*. Att som första steg identifiera barnen ansågs som en bra början på arbetet *"Börja med att fråga om patienten har barn..."*. Behovet av en handlingsplan för att skapa trygghet framhölls också.

Utbildning och handledning är viktigt för att arbetet ska utvecklas ansåg deltagarna. En fortlöpande kompetensutveckling inom allmänmedicin och förankring av barnperspektivet var faktorer som framhölls. Implementering av barnkonventionen samt obligatorisk utbildning för alla inom vården var andra förslag som framkom. *"Utveckla barnperspektivet, fortlöpande utbildningar, arbetsgrupper runt barnkonventionen. Handledning och briefing efter svåra möten."*

## Styrning och resurser

Stöd från ledning och chefer samt förankring på ledningsnivå ansågs vara framgångsfaktorer för arbetet för att arbetet ska komma till stånd. *”Tydlighet om betydelsen av detta från ledningen”*. En rimlig arbetsbelastning och en omvänd prioritering av arbetsuppgifter för att kunna ta sig an uppgiften att stödja de utsatta barnen efterfrågades. Viljan att ta sig an uppgiften kring de utsatta barnen ansågs som viktig. Samtidigt ansåg flera att de i nuläget inte ges de rätta förutsättningarna för att kunna verkställa arbetet. *”Jag är medveten om att dessa barn står enligt riksdagens prioriteringsförslag i Prio 3 grupp (efter akuta och funktionshindrade). Men på grund av våra lokala riktlinjer hamnar de efter intygsskrivande för lastbilschaufförer, diabeteskontroller, rehabgaranti. Våra chefer ger oss andra uppgifter att prioritera...”*

Vissa menade också att hela ansvaret för att utföra identifiering, råd och stöd inte borde ligga inom primärvården; *”Vi har ingen möjlighet att stödja barnet. Det borde vara en uppgift för de sociala myndigheterna. Vi bör snarare identifiera dessa barn och remittera dem. Hoppas att det koms ihåg att vi arbetar med sjukvård i första hand. Att hjälpa dessa barn görs bäst av andra”*

## Prioritera och uppmärksamma barnen

Arbetet att uppmärksamma och stödja barnen ansågs viktigt ur flera perspektiv och deltagarna menade att detta arbete skulle kunna ge positiva effekter inom flera områden. De ansåg att barnen behöver synliggöras och arbetsområdet utvecklas. Deltagarna visade här sitt engagemang och sin vilja, att arbeta för de utsatta barnen. *”Bra att barnen blir synliga i alla sammanhang där vuxna söker vård för sig själva eller syskon, till exempel VC, sjukhus, psykiatri och socialtjänst.”*

*”Viktigt att denna studie görs. Mycket viktigt förebyggande arbete att identifiera och stödja dessa barn och inte minst kostnadseffektivt både samhällsligt och personligt”*. Deltagarna menade att det är ett värdefullt preventivt arbete som kan påverka barnets framtida hälsa. *”Det är en uppgift som är högprioriterad. Liksom äldre, funktionshindrade, döende borde dessa barn verkligen högprioriteras. Vi har alla mycket att vinna att stödja dessa barn. Nästan alla människor med missbruksproblem som jag träffar har haft föräldrar med missbruk”*

# Diskussion

---

Resultatet visar att en stor del av primärvårdspersonalen inte har kännedom om lagen (SFS 2010:659, 6 kap. 5 §) från den 1 januari 2010, att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som anhöriga och erbjuda dem information, råd och stöd. I dagsläget finns en risk att en stor del av barn som är anhöriga inte identifieras och i ännu mindre grad blir erbjudna information, råd och stöd. Resultatet visade också att distriktsläkarna i högre grad än distriktsköterskorna identifierar den aktuella patientgruppen. Därtill pekar resultatet på att personal som arbetar helt eller delvis inom barnhälsovård i högre utsträckning både identifierar, diskuterar och verkställer barn som anhörigas behov.

Resultatet påvisar utvecklingsområden och deltagarna anser att primärvården behöver mer resurser, bättre styrning, mer utbildning och samverkansstrukturer för att arbetet ska utvecklas.

## *Resultatdiskussion*

Det framkom att drygt hälften av deltagarna den senaste månaden inte haft någon patient med psykisk störning/ funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller med missbruksproblematik som var i åldern för att kunna ha minderåriga barn hemma. Endast 40 % svarade att de haft en patient enligt ovanstående kriterier och distriktsläkarna visade i någon högre grad ha uppmärksammat aktuell patientgrupp. En minoritet av deltagarna hade haft en patient enligt ovanstående kriterier. Det kan ifrågasättas om det är en låg andel. I relation till dessa siffror verkar det här finnas en viss underskattning. Detta skulle kunna bero på att personalen inte reflekterar över möjligheten att patienter ur dessa grupper kan vara föräldrar till minderåriga barn.

På frågan om ett journalsystem finns som visar om patienten har minderåriga barn hemma framkom inget tydligt svar. Vissa ansåg att det fanns, andra inte och flertalet visste inte. I det journalsystem som användes inom primärvården under studietiden (Profdoc eller Swedstar) fanns möjligheten för personal att manuellt notera uppgifter kring anhöriga i journalen, men funktionen användes sannolikt inte mer än i undantagsfall. Numera används journalsystemet Cosmic inom primärvården och även här finns möjligheten att manuellt notera anhöriga i systemet. Någon gemensam strategi att barn som anhöriga ska noteras i den vuxne patientens journal

finns i dagsläget inte inom primärvården i aktuellt landsting. Här finns möjligheter att göra förbättringar. En lätt tillgänglig påminnelse att den vuxne patienten har minderåriga barn skulle sannolikt göra att identifieringen av barn som anhöriga blir enklare, tydligare och svårare att förbise.

Av de 40 % som rapporterat att de haft en patient med ovanstående kriterier uppgav de flesta att de också frågat om familjesituationen. Däremot uppgav bara en fjärdedel av dessa att de diskuterat barnets eventuella behov av stöd. Av de som diskuterat barnets eventuella behov av stöd ledde endast en knapp femtedel av dessa diskussioner till ytterligare åtgärder kring barnet. En skillnad mellan yrkesgrupperna kunde påvisas. Orsaken till att distriktsläkarna i högre grad identifierar barnen kan sannolikt härledas till att de har det övergripande ansvaret för patienten. Att sedan distriktsköterskorna i högre grad verkställer åtgärder stämmer bra överens med distriktsköterskans yrkesroll generellt, som ofta innebär att vara ”spindeln i nätet” gällande sociala frågor.

I resultatet framkom också att de som helt eller delvis arbetade på barnavårdscentral i högre utsträckning uppmärksammade aktuell patientgrupp, uppmärksammade barnet samt diskuterade dennes behov av stöd. Detta kan troligen härledas till att personal som arbetar på barnavårdscentral har barnkompetens och känner sig mer trygga med ett arbetssätt som innefattar att se patienten i dess sociala kontext. Personal som arbetar inom svensk barnhälsovård har i sitt arbete både barn och föräldrar i fokus med tanke på att barns hälsa och utveckling påverkas av föräldrars hälsa och välbefinnande (Blennow & Sundelin, 2012).

Erfarenheter från Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut (2011) visar att lagstiftningen framförallt haft svårt att få genomslag inom den somatiska vården. Detta visas även i denna studie eftersom mer än hälften av deltagarna inte kände till lagen att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som anhöriga, samt att endast en knapp tiondel av deltagarna angivit att de någon gång gett information, råd eller stöd kring barn med anledning av föräldrarnas sjukdom. Lagen har funnits sedan den 1 januari 2010 och Socialstyrelsen och Stiftelsen Allmänna Barnhuset har arbetat för dess implementering (Jansson et al, 2011). Utöver detta har Statens Folkhälsoinstitut tillsammans med Sveriges kommuner och landsting sedan 2011 en genomförandeplan för att leda, samordna och stimulera till utvecklingsarbete kring barn som anhöriga. (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Detta arbete kommer sannolikt att stärkas av en aktuell landstingsintention (2009) att implementera barnkonventionen genom att utbilda barnrättsombud inom alla verksamheter.

Endast en tiondel av deltagarna ansåg att de fått en passande utbildning för att identifiera och stödja barn som anhöriga. I vissa fall upplevde de en bristande kompetens inom området och en stor andel uttryckte behov av utbildningsinsatser. De efterfrågade mer resurser till verksamheten och önskade ett tydligare ställningstagande från verksamhetsledningens sida för att arbetet att identifiera och stödja barn som anhöriga skulle kunna komma till stånd. Liknande resultat framkom också i Socialstyrelsens och Stiftelsen Allmänna Barnhusets kartläggning, som menade att det krävs tydliga mandat, direktiv och strategier från ledning och från politiker för att kunna anta denna arbetsuppgift (Jansson et al, 2011).

### *Studiens styrkor och svagheter*

En kvantitativ metod med litet inslag av kvalitativ metod får anses passande för denna studie då svar givits till de forskningsfrågor som var ställda. Metoden har därtill medfört att alla distriktsläkare och distriktssköterskor inom primärvården i aktuellt landsting haft möjligheten att vara delaktiga i studien. Enkäten får, med anledning av det innehållsrika materialet som den samlade in, anses vara en bra insamlingsmetod. Både de kvantitativa och de kvalitativa data som samlades in var tydliga och lätta att bearbeta. I relation till att det interna bortfallet varit lågt kan tänkas att instrumentet varit tydligt och lätt för deltagarna att besvara och på så vis har enkätsvaren genererat ett tillförlitligt resultat. Studiepopulationen kan gällande könsfördelning anses vara generaliserbar trots att den bestod av 83 % kvinnor. Av de 81 distriktssköterskor som deltog var alla kvinnor och av de 43 distriktsläkare som deltog var hälften kvinnor. Detta överensstämmer bra med hur könsfördelningen ser ut bland dessa yrkesgrupper inom primärvården i aktuellt landsting.

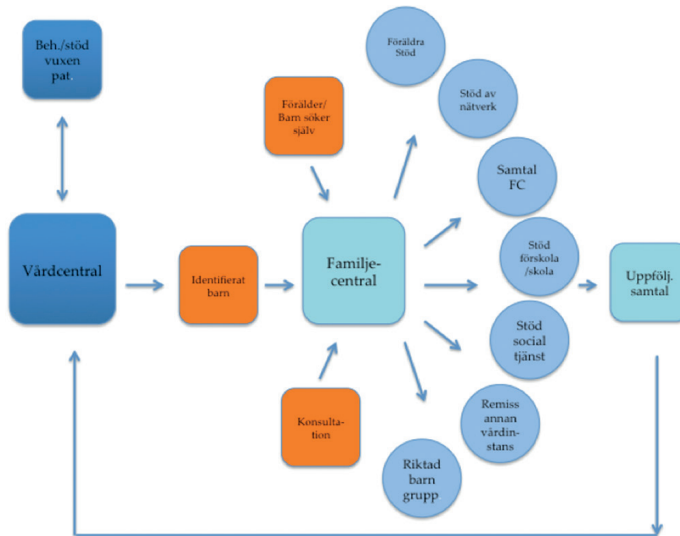
En svaghet i denna studie är att en enkät har konstruerats men som ytterligare behöver valideras. Likaså begränsas möjligheten att värdera studiens resultat med tanke på att möjligheten inte finns att jämföra med andra liknande studier. Studien begränsas också av den låga svarsfrekvensen (45%). En bortfallsanalys hade varit att föredra men har av resursskäl inte utförts. I studiepopulationen framkom att en tredjedel av distriktssköterskorna och en fjärdedel av distriktsläkarna även arbetade på barnavårdscentral och de har kanske därmed ett ökat intresse för frågor kring barn. Det kan även tänkas att de övriga som svarat också har ett ökat intresse för denna patientgrupp och resultatet kan då spegla en bättre situation jämfört med hur den kliniska verkligheten ser ut.

## Konklusion

Det huvudsakliga fyndet i denna studie visar på att arbetet kring barn som anhöriga inom primärvården behöver utvecklas. Framförallt behöver utbildningsbehovet tillfredsställas och en handlingsplan arbetas fram. Därtill kan fortsatt forskning inom området uppmontras, framförallt gällande metoder för implementering av lagar och riktlinjer.

## Reflektion

Utifrån de resultat som framkommit har en handlingsplan formulerats, som innefattar ett fördjupat samarbete mellan vårdcentral och familjecentral kring fortsatt stöd för aktuell målgrupp (figur 1). I en studie om familjecentraler påvisades att familjecentral som organisationsform skapar bättre förutsättningar för både samverkan, preventiva insatser och föräldrastöd (Wallby et al, 2013). Familjecentraler finns idag inom flertalet kommuner i aktuellt landsting och är en etablerad verksamhet med utvecklingspotential. Genom att utveckla familjecentralerna med riktade insatser till barn som anhöriga och deras föräldrar, skulle familjecentralernas ställning stärkas ytterligare både som organisationsform för samverkan och som hälsofrämjande arena. Detta sätt att arbeta kan vara ett underlag för ett effektivt arbetssätt, där familjecentralspersonalens barnkompetens och erfarenheter av samverkan kring barn och familjer tas tillvara. Genom att erbjuda stöd i en för barn och familjer välbekant miljö kan goda förutsättningar för framgång i detta viktiga folkhälsoarbete skapas.



Figur 1. Familjecentral (FC) i samverkan för barn som anhöriga.

*Identifiering:* Det är framförallt hälso- och sjukvårdspersonal som träffar vuxna patienter som identifierar barn som anhöriga, exempelvis distriktsläkare, distriktssköterskor och kuratorer på Vårdcentralen samt personal inom socialtjänstens olika verksamheter. Även professionella som arbetar med barn och unga kan identifiera.

Förälder och/eller barn kan även söka själv till mottagningsteamet.

Annan vuxen kan söka till mottagningsteamet för konsultation.

Vårdcentralen och/eller socialtjänsten har fortsatt ansvar för den vuxnes stöd, hälso- och sjukvård.

*Remittering:* Remiss och ev. personlig telefonkontakt tas med mottagningsteamet på familjecentralen. Mottagningsteamet består av personal från barnavårdscentral och barnmorskemottagning samt kurator från familjecentralen (anställd av socialtjänsten). Vilka som närvarar från barnavårdscentral eller barnmorskemottagning blir beroende på barnets ålder. Teamet erbjuder stöd för barn upp till 18 år.

*Kartläggning/Planering:* Ett ankomstsamtal bokas in tillsammans med förälder, mottagningsteam och initiativtagande personal från vårdcentral eller socialtjänst. Vid det första ankomstsamtalet (då barnet inte närvarar) planeras för vidare åtgärder. Det andra samtalet närvarar barnet (med eller utan förälder), med hänsyn tagen till ålder och mognad samt typ av insats som kan bli aktuell. För det späda och unga barnet blir framförallt föräldrastöd aktuellt och barnet närvarar inte på möten.

*Åtgärder:* Gäller insatsen endast samtal, information och rådgivning till barnet ges detta av kurator, (barnmorska alt BVC-sköterska kan närvara vb). Tips om internetlänkar, litteratur och foldrar förmedlas till den unge om så önskas. Kontakter med andra i barnets närområde kan tas efter medgivande från förälder och barnet, ex elevhälsan på skolan, förskolan eller annan vuxen som barnet och föräldern har förtroende för. Erbjudande om ytterligare stöd som exempelvis föräldrastöd, riktad barngrupp, anhörigrupp, remiss till annan vårdinstans etc. Vid mer komplexa ärenden eller oro initieras fördjupat samarbete med socialtjänsten.

*Uppföljning/Utvärdering:* Återkoppling till initiativtagaren ingår i rutinen. Uppföljning och utvärdering görs gemensamt med föräldern, barnet och mottagningsteamet efter avslutat ärende.

# Referenser

---

Andershed, H. & Andershed, A-K. (2005). Normbrytande beteende i barndomen: Vad säger forskningen? Stockholm: Gothia

Axelsson, R. & Axelsson-Bihari, S. (2007). Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Poland: Studentlitteratur

Beardlee, 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*, volume 112 (2), 119-131

Berger, L.M. (2005). Income, family characteristics and physical violence toward children. *Child abuse & Neglect*, Volume 29, Issue 2, 107-133

Blennow, M. & Sundelin, C. (2012). Swedish child health services: facts and challenge. Kap 11 i *For the sake of children: social paediatrics in action*. Karlstad: Karlstads universitet

Borge Helmen, A. (2005). Resiliens, risk och sund utveckling. Lund: Studentlitteratur

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664-678

Brooks, R. & Goldstein, S. (2006). *Resilience in children*. USA: Springer

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB

Collins, J. & Messerschmidt, P. (1993). Epidemiology of alcohol-related violence. *Alcohol health research world*, 17, 93-100



Dube, S., Anda, R., Felitti, VJ., Croft, J., Edwards, V & Giles, W (2001) Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child abuse and neglect*, 25, 1627-1640

Gladstone, B., Boydell, K., & McKeever P. ( 2005). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine* 62, 2540-2550

Eidevall, L. & Östman, M. ( 2005). Illuminating patients with children up to 18 years of age- a 1-day- inventory study in a psychiatric service. *Nordic journal of psychiatry*, 59(5), 388-392

Foster, K., O'Brien, L. & McAllister, M. (2004). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: current approaches. *Contemporary Nurse*, 18, 67-80

Growling, V. (2004). *Children of parents with mental illness 2, personal and clinical perspectives*. Melbourne: ACER Press

Hagström, B. & Ingvarsdotter, K. (2012). Barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Kap. 11 i *Barn i Malmö, skilda livsvillkor ger ojämlig hälsa*. Malmö: Kommission för ett hållbart Malmö

Jakobsson, I. & Lundgren, M. (2013). *Samverkan kring barn och unga i behov av särskilt stöd*. Stockholm: Natur och kultur

Janson, S., Jernbro C. & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige, en nationell kartläggning*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset. Stockholm: Edita Västra Aros

Jansson, M., Larsson A-M., Modig, C. (2011). *Mod och mandat*. Stockholm: Edita Västra Aros

Killén, K. (2011). *Barndomen varar i generationer, om förebyggande arbete med utsatta familjer*. Lund: Studentlitteratur

Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Sårbare børn, børn, forældre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Akademisk forlag

Kjellin, L. & Östman, M. (2002). Stigma by association: Psychological factors in relatives of people with mental illness. *The british Journal of psychiatry: The journal of mental science*, 181, 494-498

Korhone, T, Pietile, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2006). Implementing child-fokused family nursing into routine adult psychiatric practice: hindering factors evaluated by nurses. *Journal of clinical nursing* 17, 499-508

Landstinget Värmland. (2009). FN:s konvention om barnets rättigheter, handlingsplan för Landstinget i Värmland 2010-2013. Karlstad: Landstingstryckeriet

Luthar, S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Development and psychopathology*, 12, 857-885

Macdonald, H., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyns, M., Woods, R., Cabral, H., Rose-Jacobs, R., Saxe, G. & Frank, D. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Dev. Psychopathology*, 20(2), 493-508

Martinell Barfoed, E. (2002). Visst är man rädd att själv bli sjuk, en konferens om preventivt arbete för barn till psykiskt sjuka. Stiftelsen Allmänna barnhuset. Stockholm: Bohlins grafiska

Masten, A. (2001). Ordinary magic: resilience process in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238

Moore, C.& Waltré, E. (2001). Råd till föräldrar när den psykiska hälsan vacklar. Rädta barnen. Värnamo: Fälth & Hässler

Mordoch, E. & Hall, W.A. (2002) Children living with a parent who had a mental illness: A cryical analysis of the literatur and research imlications. *Archives of psychiatric nursing*, 16 (5), 208-216

Niemelä, M., Paananen, R., Hakko, H., Merikukka, M., Gissler, M., & Räsänen, S. (2012) The prevalence of children affected by parental cancer and their use of specialized psychiatric services: the 1987 finnish Birth cohort study. *Int J Cancer*, 131 (9), 2117-2125

Orel, N.A., Groves, P.A., & Shannon, L. (2003). Positive connections: A programme for children who have a parent with a mental illness. *Child and family social work*, 8 (2), 113-122

Regeringskansliet.(2006). Mänskliga rättigheter. Konventionen om barns rättigheter. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri AB

Rösand, G-M., Slinning,K., Eberhard- Gran, M., Roysamb, E. & Tambs, K. (2011). Parter relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public health*, 11:161, 1-12

Schmitt, F., Santalahti, P., Saarelainen, S., Savonlahti, E., Romer, G. & Piha, J. ( 2008). Cancer families with children. Factors associated with family functioning-acomparative study in Finland. *Psycho-oncology*, 17, 363-372

Semple, C.J. & McCaughan, E. (2013). Family life when a parent is diagnosed with cancer: mpact of a psychosocial intervention for children. *European journal of cancer care*, 22, 219-231

Shanta, R., Anda, R., Felitti, V., Croft, J., Edwards, V. & Giles, W. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25, 1627-1640

Sher, K. Gershuny, B., Peterson, L. & Raskin, G. (1997). The role of childhood stressors in the intergenerational transmission of alcohol disorders. *Journal of the studie of alcohol*, 106, 414-427

Sjöström, K. (2002). Some effects of maternal anxiety on the fetus on pregnancy outcome. Malmö: Universitetssjukhuset MAS.

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

Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut (2011). Stöd för barn i familjer med missbruk m.m. Genomförandeplan för nationellt utvecklingsarbete 2011–2014 Regeringsuppdrag utifrån ANDT-strategin. Hämtad från internet: <http://www.fhi.se/Documents/Vart-uppdrag/BoU/Genomforandeplan-Stod-till-barn-i-familjer-med-missbruk20110930.pdf>

Socialstyrelsen(2009). Folkhälsorapport 2009. Västerås: Edita Västa Aros

Socialstyrelsen (2004). Tänk långsiktigt! - en samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Hämtad från internet 130416. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2004/2004-110-4>

Socialstyrelsen (1999). SoS-rapport 1999:11, Barn till psykiskt sjuka föräldrar. Stockholm: Modin tryck

Statens folkhälsoinstitut (2013). Barn och unga 2013 – utvecklingen av faktorer som påverkar hälsan och genomförda åtgärder. Hämtad på internet 130416. [www.fhi.se/PageFiles/17198/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf](http://www.fhi.se/PageFiles/17198/R2013-02-Barn-och-unga-2013.pdf)

Statens folkhälsoinstitut (2011). Barn och ungas hälsa, kunskapsunderlag för folkhälsopolitisk rapport 2010. Stockholm: Strömberg.

Svensson, B. (2013). Barn som riskerar att fara illa i sin hemmiljö, utmaningar i ett förebyggande perspektiv. Karlstad: Universitetstryckeriet.

Sveriges kommuner och landsting. (2013). Kunskap till praktik, utveckling av missbruks- och beroendevården. Hämtad från internet 130208. <http://kunskaptillpraktik.skl.se/>

Sveriges kommuner och Landsting (2011). Handlingsplan för att stärka implementeringen av FN:s konvention om barns rättigheter i kommuner, landsting och regioner. Stockholm:

Söderblom, B. & Inkinen, M. (2009). Skapa förståelse tillsammans. Västra Frölunda: Intellecta Infolog

Söderbäck, M. (2010). Barns och ungas rätt i vården. Stockholm: Edita Västra Aros

Torvik, F. & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmissbruk: omfang og konsekvenser. Rapport 2011: 4 Nasjonalt folkehelseinstitutt

Trondsen, M. (2012). Living with a mental ill parent: exploring adolescents experiences and perspectives. *Qualitative health research* 22 (2), 174-188

Ungar, M. (2004). A constructionist discourse on resilience: Multiple context, multiple realities among at-risk children and youth. *Youth & Society*, 35 (3), 341-365

Wallby, T., Fabian, H. & Sarkadi, A. (2013). Bättre stöd till föräldrar vid familjecentraler. *Läkartidningen*. 2013:110: CADY

Widmark, C., Sandahl, C., Piuva, K., & Bergman, D. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International journal of integrated care*. Volume 11.1-9

Visser, A., Huizinga, W., van der Graaf, W., Hoekstra, H. & Hoekstra-Weebers, J. (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer treatment reviews*, 30, 683-694

World Health Organization (1986). Ottawa charter for health promotion. *Journal of health promotion* 1, 1-4

Östman, M. & Hansson, L. (2002) Children in families with a severely mentally ill member, prevalence and needs for support. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37 (5), 243-248

Överlien, C. (2012). *Väld i hemmet, barns strategier*. Polen: Dimograf

# Bilagor

---

## Bilagor

### Bilaga 1. Missivbrev och enkät

#### Att identifiera och stödja barn som anhöriga inom primärvården

Härmed tillfrågas du som arbetar som distriktsläkare eller distriktssköterska inom primärvården om medverkan i en enkätundersökning. Studie syftar till att ta reda på hur personal inom primärvården arbetar för att identifiera och stödja barn som har en förälder eller vårdnadshavare med psykisk funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller missbruksproblem.

När en förälder eller vårdnadshavare har psykiska svårigheter, lider av en allvarlig fysisk sjukdom eller har missbruksproblem påverkas hela familjen och då kanske framförallt barnen. Barnen kan ha en utsatt vardag och har då en ökad risk för att senare i livet utveckla egna problem såsom psykisk ohälsa eller missbruksproblem. **Barnens sårbarhet och maktlöshet gör att samhället har ett särskilt ansvar för att prioritera barnen och forskningen visar att barn som får stöd tidigt mår och klarar sig bättre.**

Denna studie är dels ett projektarbete via allmänmedicins FoU-enhet, dels ett examensarbete inom Masterprogrammet "Barns liv och hälsa" på Karlstads universitet. Studien är förankrad hos ledningen i Allmänmedicin som också uppmuntrar deltagande och besvarande av enkäten. Studiens resultat kan bidra och ses som en grund till fortsatt utvecklingsarbete inom området; att synliggöra barnen inom primärvården. Resultat kommer sedan att återkopplas till verksamheten. **Din medverkan har därför ett stort värde!**

Medverkan är frivillig och samtycke till att delta i studien sker genom att du besvarar enkäten. Ingen obehörig kommer att få ta del av dina svar och dina svar kommer inte att kunna härledas till dig då enkäten är anonym. När undersökningen redovisas kommer det inte vara möjligt att identifiera enskilda personers svar.

Vetenskapligt ansvarig och handledare för studien är professor och barnläkare Staffan Janson

Svaren skickas med internposten i bifogat kuvert senast den 4/4

Om Ni undrar över något är Ni välkomna att höra av er till mig via telefon eller e-post.

Med vänlig hälsning

Åsa Karlsson  
Distriktssköterska BVC

## Att identifiera och erbjuda stöd till barn som anhöriga

*Barn som anhöriga = Barn till en förälder eller vårdnadshavare som har en psykisk funktionsnedsättning/störning, allvarligt fysiskt sjukdom/skada eller beroendeproblematik.*

**1a. Har du den senaste månaden haft en patient med psykisk funktionsnedsättning/störning, allvarlig fysisk sjukdom/skada eller missbruk, som varit i åldern där de kan ha haft minderåriga barn hemma?**

- Ja, 1-2 patienter
- Ja, 3 eller flera
- Nej, inga (om du svarat Nej, gå vidare till fråga 2)

**1b. Om Ja, frågade du även om patientens aktuella familjesituation?**

- Ja, i de flesta fall
- Ja, i enstaka fall
- Nej (om du svarat Nej, gå vidare till fråga 2)

**1c. Om Ja, diskuterade ni också barnets/barnens situation och eventuella behov av stöd?**

- Ja, i de flesta fall
- Ja, i enstaka fall
- Nej (om du svarat Nej, gå vidare till fråga 2)

**1d. Om Ja, medförde ovanstående diskussion ytterligare åtgärder för barnet?**

- Ja, i de flesta fall
- Ja, i enstaka fall
- Nej (om du svarat Nej, gå vidare till fråga 2)

**1e. Vilka ytterligare åtgärder vidtogs? (fler svarsalternativ möjliga)**

- Uppmuntrade föräldern att prata med barnet om familjesituationen
- Uppmuntrade föräldern att själv kontakta barn- eller skolhälsovården
- Bokade in en tid på VC för samtal tillsammans med förälder och barn
- Bokade i samråd med föräldern in en tid för enskilt samtal med barnet
- Jag kontaktade andra i barnets närområde (ex barn- eller skolhälsovård, förskola /skola)
- Remiss till annan vårdinstans
- Annat: .....

2a. Har du själv någon gång med anledning av förälders funktionsnedsättning/sjukdom missbruk träffat barn för att informera, ge råd eller stöd kring föräldrarnas sjukdom?

- Ja, en gång
- Ja, flera gånger
- Nej, aldrig (om du svarat Nej, gå vidare till fråga 3)

2b. Om du har informerat, gett råd eller stöd till barn, vad var anledningen till detta? (fler svarsalternativ möjliga)

- Jag tyckte det var rimligt
- Jag tyckte situationen var så allvarlig att det krävdes
- Patienten ville ha min hjälp till det
- Jag följer våra riktlinjer
- Jag följer Hälso-och sjukvårdslagen
- Annan anledning: .....

### Barnperspektivet på din arbetsplats

3. Finns riktlinjer på vårdcentralen om hur man bemöter barn?

- Saknas helt
- Diskussioner har förts men riktlinjer finns ej i skriftlig form
- Finns i skriftlig form med begränsad tillämpning
- Finns i skriftlig form, är väl kända och efterföljs så långt som möjligt
- Vet ej

4. Finns det i den vuxne patientens datajournal tydligt markerat om hemmavarande barn finns eller om vårdnad av barn under 18 år är aktuellt?

- Möjligheten saknas i aktuellt journalsystem
- Möjligheten finns men används inte
- Möjligheten finns och är obligatoriskt att fylla i
- Möjligheten finns och används i det dagliga arbetet
- Vet ej

### Utbildning/Kompetens

5. Vilka av följande faktorer anser du vara viktiga i arbetet för att identifiera och stödja barn som nära anhöriga? (fler svarsalternativ möjliga)

- Erfarenhet och kunskap kring barns hälsa och utveckling
- Kunskap kring risk- och skydds faktorer gällande "utsatta" barn
- Stöd från chef och ledning
- Bra samarbete med kolleger
- En tydlig handlingsplan att följa



**6. Har du under det senaste året fått någon passande utbildning i arbetet för att identifiera och stödja barn som nära anhöriga?**

- Ja
- Nej

**7. Känner du till om hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som nära anhöriga?**

- Ja, det finns lagtext i hälso- och sjukvårdslagen om detta
- Nej, det finns ingen lagtext i hälso- och sjukvårdslagen om detta
- Vet ej

**8. Vad tycker du behövs ytterligare för att primärvården ska kunna utveckla arbetet i syfte att identifiera och stödja barn som nära anhöriga?**

Förslag:

.....

.....

.....

.....

.....

### Om dig som svarat på enkäten

**9. Kön**

- Man
- Kvinna

**10. Nuvarande yrkestitel**

- Distriktsläkare
- Distriktsköterska
- Sjuksköterska
- ST-läkare
- Annat: .....

**11. Arbetsområden den senaste månaden: (fler svarsalternativ möjliga)**

- Distriktsläkar- eller distriktssköterskemottagning på VC
- Barnvårdscentral
- Barmorskemottagning
- Skolhälsovård
- Annat: .....

**12. Ålder:**

- < 24 år
- 25-34 år
- 35-44 år
- 45-54 år
- 55-68 år

**13. Hur länge har du arbetat i din nuvarande profession?**

- < 1 år
- 1-4 år
- 5-10 år
- 11-20 år
- >20 år

**Övriga synpunkter och kommentarer:**

.....

.....

.....

.....

.....

*Tack för din medverkan!*

Åsa Karlsson är distriktssköterska och har arbetat på Familjecentralen Mörmogård i Skoghall.

## Att identifiera och stödja barn som anhöriga i primärvården

Samhället har ett ansvar för att prioritera barnen då dessa är en sårbar grupp. En mångfald av studier visar på att flertalet av barn som lever med föräldrar med svårigheter som exempelvis psykisk sjukdom, allvarlig fysisk sjukdom och missbruksproblematik löper en högre risk att drabbas av ohälsa både på kort och lång sikt. För att som professionell arbeta med att identifiera och stödja barn som anhöriga krävs kompetens inom området.

Denna rapport innehåller litteratur och forskning kring sådana faktorer som är bra att ha kännedom om när man ska ta sig an den uppgiften.