



Att identifiera och stödja barn som anhöriga inom primärvården

To identify and support children as relatives in the primary care

Åsa Karlsson

Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap

Masterprogram inom hälsovetenskap, Examensarbete I

Magisteruppsats 15hp

Handledare: Staffan Jansson / Malin Knutz

Examinator: Ulla-Britt Eriksson

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 på lång sikt. Detta förhållande ledde till att nya bestämmelser infördes den 1 januari 2010 bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2009:979, 2 g §) och patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap. 5 §) som rör barn som anhöriga. Denna lagtext innebär att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barnen och stärka barnens rätt till information, råd och stöd då barnets förälder eller vårdnadshavare har fysiska eller psykiska svårigheter i sådan allvarlig grad att det påverkar den vuxnes föräldraförmåga. Inför lagändringen gjordes inom olika verksamheter en kartläggning som visade att nästan ingen verksamhet hade den beredskap, kunskap eller de rutiner som krävdes för att kunna motsvara lagens krav. Hittills är psykiatrin den verksamhet som kommit längst i arbetet med att implementera lagen. Inom den somatiska vården verkar arbetet ha gått långsammare och enligt Socialstyrelsen har framförallt primärvården varit svåra att få med i utvecklingsarbetet.

Med ovanstående som bakgrund har en enkätstudie utförts inom primärvården i Värmland. Studiens syfte var att undersöka om personal inom primärvården i Värmland 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 distriktssköterskor vid landstingets vårdcentraler i Värmland. Den slutgiltiga studiepopulationen kom att bestå av 124 respondenter.

Resultatet visar att en stor del av primärvårdspersonalen inte har kännedom om lagen från den 1 januari 2010, att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som anhöriga och erbjuda dem information, råd och stöd. I dagsläget blir sannolikt en stor del av barn som är anhöriga inte identifierade och i ännu mindre grad, erbjudna information, råd och stöd inom primärvården i Värmland.

Resultatet visade också att distriktsläkarna i högre grad identifierar den aktuella patientgruppen och även diskuterar barnets behov av stöd samt att distriktssköterskorna i något högre grad verkställer åtgärder kring barnet. 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.

Liksom i tidigare kartläggningar visade även denna studie att primärvården har ett svagt intresse för att delta i arbetet kring den aktuella målgruppen. Samtidigt framkom också att det inom primärvården i Värmland arbetar personal som har ett engagemang och en vilja, att under rätt förutsättningar arbeta för att barns rättigheter inom primärvården ska tillgodoses. Personalen anser att primärvården behöver mer resurser, bättre styrning, utbildning och utarbetade samverkansstrukturer för att arbetet med att identifiera och stödja barn som anhöriga ska kunna utvecklas.

Mot bakgrund av studiens resultat föreslås en handlingsplan som innebär ett samarbete mellan vårdcentral och familjecentral där familjecentralen får utgöra arenan för fortsatt stöd. Att använda och utveckla familjecentralernas verksamhet för detta ändamål skulle kunna ses som ett effektivt arbetssätt där barnkompetens och erfarenheter av samverkan kring barn och familjer tas tillvara. Detta alternativa arbetssätt bör utredas vidare.

Nyckelord: child of impaired parents, mental ill parent, cronic ill parent, parental alcohol abuse, social support

Abstract

The society have a responsibility to take care of and to prioritize vulnerable children. Several studies show that the majority of children who live with impaired parents have an increased risk of both short and long term illness themselves. As a consequence a new text was introduced into the Swedish health law January 1st 2010 that concerns children as relatives. This legal text means that health care professionals should pay particular attention to the children and strengthen children's right to get information, advice and support when their parents or guardians have physical or psychological difficulties that affect their parenting. Before the legal text was introduced an inspection of different clinical departments was performed, showing that almost no departments were prepared or had the knowledge and routines needed to meet the legal requirements. Until now the psychiatric departments are in the front for implementing the law, while somatic departments are slower implementers and according to the National Board of Health and welfare primary care in specific seems to have difficulties to change their management. With this as a background, a survey was conducted in primary healthcare in Värmland County. The study aimed at examining if the staff in the primary care in Värmland does work to identify and support children of parents with a mental disability / retardation, severe physical illness / injury, or alcohol / drug abuse. The study population was a total sample of staff in all primary care units in the county Council of Värmland. The final study population consisted of 124 responders.

The result of the study shows that a majority of the staff in the primary care was not aware of the law from 1 January 2010, inclining that health care personnel should pay particular attention to children as relatives and provide them with information, advice and support. So with high probability a majority of the described children will currently not be identified or even less provided with information, advice or support in the primary care in Värmland.

The results also show that the physicians significantly more often identify this group of children and also discuss their needs while the nurses more often effectuate measures to help these children (not significant). The results moreover pinpoint that staff who work full time or part time in the children's health care more often identify, discuss and effect measures meeting the needs of children as relatives compared to the staff that general work in the health care center .

In accordance with earlier inspections this study shows that the primary care have a weak interest to participate in management change, when it comes to this target group of children. At the same time it appears that in the primary care in Värmland county we can find personnel that have the commitment and willingness, that under the right conditions, to work to enforce the rights of children in primary care. The staff believes that the primary care needs more resources, better governance, education, and elaborated collaboration structures if the work to identify and support children as relatives should be possible.

In relation to the study result a plan for implementation is suggested, which involves collaboration between the Health Care Center and the Family Centre, where the Family Center will be the arena for offering support. To use and develop Family Centers for this purpose could be seen as an effective way to use an arena, where the experience of working in collaboration with children and families already exists, an idea worth to further investigate and develop.

Keywords: child of impaired parents, mental ill parent, cronic ill parent, parental alcohol abuse, social support

Förord

Jag vill rikta ett stort tack till:

All personal inom primärvården i Värmland som valt att vara delaktiga i denna studie. Utan er delaktighet hade studien inte varit möjlig att genomföra.

Primärvårdens FoU-enhet som genom givande månadsmöten gett mig ny kunskap och bidragit med vägledning och stöd när jag hamnat på ”villovägar”.

Sjukhusbibliotekets personal som på ett fantastiskt serviceinriktat sätt underlättat i arbetet för att få fram den litteratur jag önskat.

Allmänmedicins ledning som beslutade att stödja undersökningen och uppmuntra all personal att ta sig tid att besvara enkäten.

Min chef Åsa Wahlén som uppmuntrat mig under hela resan, från idé till handling.

Sekreterarna Jeanette Anteryd och Britt-Marie Ojala på Vårdcentralen Skoghall som på flera sätt varit behjälpliga med enkäten. Ert positiva bemötande har varit guld värt!

Mina handledare; Staffan Janson och Malin Knutz som genom sitt positiva sätt att handleda och dela med sig av sina kunskaper fått mig att växa.

Sist men inte minst vill jag tacka och krama min stora familj; Tomas, Jesper, Fredrik, Mathias och Hanna. Tack för ert tålamod med mig under den här studietiden. En tid då jag ”suttit vid datorn” och inte alltid haft engagemang att lyssna på er. TACK!

Innehållsförteckning

INLEDNING	9
Lagtexten som stödjer barn som anhöriga	9
FN:s konvention om barns rättigheter	10
BAKGRUND	10
FOLKHÄLSOPERSPEKTIVET	10
Hälsoläget bland barn och unga i Sverige.....	10
Barn som anhöriga till föräldrar med svårigheter	11
Historik kring psykisk sjukdom	12
Prevalens av psykisk sjukdom	13
Hälsoprevention	13
BARN SOM ANHÖRIGA.....	14
Barn till psykiskt sjuka föräldrar	14
Barn till föräldrar med missbruksproblem.....	15
Barn till allvarligt fysiskt sjuka föräldrar.....	15
Psykisk ohälsa, missbruk och våld.....	16
ATT SOM PROFESSIONELL IDENTIFIERA OCH STÖDJA BARN SOM ANHÖRIGA.....	17
Föräldraförmågan.....	17
Anknytningens betydelse	18
Risk- och skyddsfaktorer	19
Den utvecklingsekologiska modellen.....	20
Resiliens.....	22
Känslan av sammanhang	23
Information, råd och stöd till barn som anhöriga.....	23
Professionellas samverkan.....	24
PROBLEMFÖRMULERING.....	25
SYFTE	26
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	26
Centrala begrepp.....	27
Teoretisk referensram och bakomliggande riktlinjer	27
METOD	27
Design.....	27
Enkäten.....	28
Urval.....	28
Genomförandet av datainsamlingen.....	29

Databearbetning	29
Bortfall.....	30
Etiska överväganden	30
RESULTAT.....	31
Studiepopulationen.....	31
BARN SOM ANHÖRIGA INOM PRIMÄRVÅRDEN.....	33
Journalssystem som underlättar identifiering	35
Information, råd och stöd till barn	36
UTBILDNING OCH KOMPETENS SAMT UTVECKLINGSOMRÅDEN.....	36
Stödjande faktorer för arbetet.....	36
Kvalitativt resultat.....	37
Samverkan och utbildning	37
Styrning och resurser.....	38
Prioritera och uppmärksamma barnen.....	39
DISKUSSION.....	39
METODDISKUSSION.....	39
Enkäten	40
Bortfallet	40
Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.....	41
Etik	42
RESULTATDISKUSSION.....	42
Identifiering av barn som anhöriga inom primärvården i Värmland.....	42
Att stödja barn som anhöriga.....	43
Den ekologiska modellen i relation till barns rätt som anhöriga	44
Styrning och utbildningsbehov	45
Att stödja barn som anhöriga, ett folkhälsoarbete.....	45
Utveckling- och forskningsområde	46
KONKLUSION.....	47
Fortsatt forskning	49
REFERENSER.....	50
BILAGOR.....	54
Bilaga 1. Missivbrev och enkät	54
Bilaga 2. Statistik gällande besök i Primärvården i Värmland.....	59

Inledning

Det övergripande målet för folkhälsan är ”att skapa samhällliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (Statens Folkhälsoinstitut, 2011, s.12). Folkhälsomålen är elva till sitt antal. Barn och ungas uppväxtvillkor utgör målområde 3. 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).

Lagtexten som stödjer barn som anhöriga

Samhället har ett ansvar för att prioritera barnen, då dessa är en sårbar grupp. En mångfald av studier visar att flertalet barn som lever med föräldrar med svårigheter, såsom exempelvis psykisk sjukdom, allvarlig fysisk sjukdom och missbruks problematik löper en högre risk att drabbas av ohälsa (Jansson et al., 2011). 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. Därav är det mycket angeläget att i ett tidigt skede identifiera de sårbara barnen och erbjuda dem rätt stöd (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Då dessa barns behov av stöd behöver uppmärksammas inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011) infördes den 1 januari 2010 bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2009:979, 2 g §) och patientsäkerhetslagen (2010:659, 6 kap. 5 §). Lagtexten lyder enligt följande:

”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.” (Janson et al., 2011, s.13). Bland yrkesverksamma benämns i vardagstal de barn som innefattas av ovanstående lagstiftning, barn som anhöriga eller barn som närstående. 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).

Lagen har som syfte att stärka barnperspektivet, lyfta barns rättigheter och uppmärksamma

barnen inom hälso- och sjukvården. Att införa lagtexten är ett bra exempel på att integrera FN:s konvention om barns rättigheter i svensk lag samt att tydliggöra ansvaret för det preventiva arbetet för personal inom hälso- och sjukvården (Janson et al., 2011).

FN:s konvention om barns rättigheter

Deklarationen om barns rättigheter antogs av svenska regeringen år 1989. Hitintills har 192 regeringar i världen ratificerat konventionen. Endast Somalia och USA saknas på listan över länder som gått med. FN:s deklaration om barns rättigheter innehåller 54 artiklar, varav 41 är s.k. sakartiklar som slår fast de rättigheter varje barn ska ha. Resterande artiklar handlar om hur länderna ska arbeta med konventionen. Alla artiklar är lika viktiga men fyra av artiklarna är s.k. huvudprinciper, dessa är artikel 2, 3, 6 och 12 (Regeringskansliet, 2006). Huvudprinciperna är bra att alltid ha i minnet och kan finnas med och användas som ”glasögon” vid läsning av de övriga artiklarna (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 talar om 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 tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting (2010) en överenskommelse om att stärka barnens rättigheter inom kommuner, landsting och regioner. Överenskommelsen har sin utgångspunkt i regeringspropositionen 2009/10:232 *Strategier för att stärka barns rättigheter i Sverige* (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011).

Bakgrund

Folkhälsoperspektivet

Hälsoläget bland barn och unga i Sverige

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. Däremot om man ser till svenska

ungdomar i åldrarna 15–24 år är bilden en annan. Denna åldersgrupp har fått en markant sämre självupplevd psykisk hälsa speciellt från 1990-talet och framåt. Det finns flera studier som visar att vissa symtom har fördubblats eller ökat ännu mer, t.ex. oro, ångest, nedstämdhet och sömnsvårigheter. Ökning gäller också för sjukhusvård vid behandling av depression eller självskadande beteende och dödligheten bland unga män (Statens Folkhälsoinstitut, 2011).

Under hösten 2011 fick Statens Folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att samordna folkhälsorapporteringen med fokus på barn och unga. Av rapporten 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 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). Inom många områden finns för närvarande ett behov av forskning om effektiva hälsofrämjande metoder som har fokus på just hälsoskillnader. Mer kunskap och evidens på området ökar förutsättningarna att uppnå det övergripande folkhälsomålet (Statens Folkhälsoinstitut, 2013).

Barn som anhöriga till föräldrar med svårigheter

Hela familjen påverkas när en förälder har svårigheter. Vare sig svårigheterna handlar om missbruk och beroende, psykiska svårigheter, våld eller somatisk sjukdom så påverkas hela familjen och då kanske framförallt barnen (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013). Gruppen barn som lever med en förälder eller annan vuxen som har ett missbruk eller beroende är den största gruppen barn av hela gruppen ”barn som anhöriga”. Ofta sammanfaller också missbruk och beroende med andra problem, såsom psykiska sjukdomar och personlighetsstörningar. Internationell forskning visar att cirka 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). Hos vuxna med psykisk sjukdom påvisas i studier att flera av dessa vuxna också har barn. I en svensk studie inom psykiatrisk vård deltog 137 patienter och där framkom att 36 procent av dessa hade minderåriga barn (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Flera andra kartläggningar visar att minst en tredjedel och uppemot nästan hälften av

patienterna inom psykiatrin har barn. De flesta bor med sina barn och den största andelen är kvinnor (Jansson et al., 2011). Studier från Storbritannien och USA uppskattar att åtminstone 20-50 procent av de vuxna inom den psykiatriska vården är föräldrar (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Även en förälder som oväntat avlider kan medföra konsekvenser för barns hälsa, speciellt om situationen inte går att tala om, utan tystas ned. Årligen är det cirka 3000 barn 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).

Historik kring psykisk sjukdom

Tidigare innebar psykiatrisk institutionsvård att de med långvarig psykisk sjukdom bodde på sjukhus och hade begränsade möjligheter att bilda familj och skaffa barn. Utvecklingen har därefter förändrats och den nutida etablerade vårdformen med satsningar på öppenvård har inneburit att fler människor med långvarig psykisk sjukdom fått eget boende och möjligheten att bilda familj (SOS-rapport, 1999). Villkoren för barn till föräldrar med psykisk sjukdom har därmed förändrats. De föräldrar som tidigare isolerades från sina närstående kom i stället att finnas med mitt i familjelivet (Jansson et al, 2011) och barnen kom att få leva nära sina föräldrar genom alla faser i den psykiatriska sjukdomen (Trondsen, 2012). Den förändrade psykiatriska vården har därav medfört att det blivit alltmer uppenbart att psykisk sjukdom och föräldraskap är en viktig och angelägen fråga och att barnens situation behöver uppmärksammas (Jansson et al., 2011).

Barn till psykiskt sjuka föräldrar var tidigare en grupp som sällan uppmärksammades och som det sällan talades om. Även om barn kunde finnas med i kaotiska situationer delgavs de vanligtvis ingen uppmärksamhet och de gavs ingen möjlighet att dela med sig av svåra upplevelser (Skerfving, 2005). Längre 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).

Prevalens av psykisk sjukdom

Data från patientregistret visar att kvinnor brukar specialiserad psykiatrisk öppenvård i större utsträckning än män. Män däremot brukar mer psykiatrisk slutenvård, förutom när det gäller tonåringar och unga vuxna. Under de senaste tio åren påvisas också att vårdtillfällena i psykiatrisk slutenvård för unga kvinnor och män har ökat. År 2010 rapporterades totalt 94 348 vårdtillfällen från psykiatrisk slutenvård, vilka fördelades på 50 055 patienter. Upp till 24 års ålder är kvinnorna i majoritet och över 25 års ålder är det männen. För Värmland under året 2010 var antalet patienter över 25 år inom den psykiatriska slutenvården, 360 kvinnor och 380 män per 100 000 invånare. För besök inom psykiatrisk öppenvård framgår att kvinnor inom i stort sett alla åldersgrupper besöker öppenvården i större utsträckning än män. För Värmland var det under 2010 sammantaget 14 946 besök rapporterade inom den psykiatriska öppenvården. Huvuddiagnos för de som vårdades var för män någon form av missbruk, varav de flesta alkoholrelaterade. För kvinnor förstämningssyndrom vanligast, med klar majoritet för depressiv episod. En översyn pågår för att utöka patientregistret med primärvårdsdata på nationell nivå (Socialstyrelsen, 2012).

Hälsoprevention

Preventivt arbete kan ske på flera nivåer: primär, sekundär och tertiär prevention. Primärprevention innebär insatser som är generella och som kan nå hela befolkningen. Exempel på detta kan vara det som ingår i vårt välfärdssystem: ekonomisk grundtrygghet, barnomsorg/skola och hälso- och sjukvård för alla. Med sekundärprevention menas insatser som riktar till speciella riskgrupper. Tertiärprevention är insatser som riktar sig på individnivå. Det handlar om ett arbete för att förhindra att problem förvärras eller att ytterligare problem uppstår (Skerfving, 2005).

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 trettio års period. Socialstyrelsen (2004) framhåller att en väl fungerande

samverkan mellan olika verksamheter är en förutsättning för att uppnå ett bra resultat av preventiva insatser (Socialstyrelsen, 2004).

Att identifiera och stödja barn som anhöriga är ett preventivt arbete som överensstämmer med den moderna tidens syn på det hälsofrämjande arbetet. 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. Enligt Ottawa Charter definieras det hälsofrämjande arbetet som den process som gör det möjligt för individer och samhällen att öka kontrollen över hälsans faktorer (Axelsson & Axelsson Bihari, 2007). Eriksson och Lindström (2008) menar att hjärtat av Ottawa Charter beskriver hälsan som en process som möjliggör för människor att utveckla hälsa genom sina tillgångar och på så vis ges möjligheten att leva ett bra liv.

Barn som anhöriga

Barn till psykiskt sjuka föräldrar

Många studier visar negativa effekter för barn som växer upp med en psykiskt sjuk förälder. Dels kan barnet påverkas direkt med egen psykisk ohälsa som följd dels indirekt genom försämrade ekonomiska förhållanden och bristande nätverk (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Barnen är beroende av sin förälder för sin trygghet och utveckling och om en förälder får en psykos eller en svår depression förändras livet drastiskt för familjen och livet blir kanske aldrig mer detsamma. Svårbegripliga, upprörande och ibland skrämmande händelser kan äga rum i hemmet, vilka kan vara svåra för omgivningen att hantera (Skerfving, 2005). Flertalet barn till föräldrar med psykisk ohälsa växer upp under känslomässigt komplicerade förhållanden och vissa får inte heller 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 (Köhler, 2012). I en norsk aktionsorienterad studie med ungdomar till en psykiskt sjuk förälder framkom att ungdomarna upplevde olika svåra utmaningar och upplevelser som var relaterade till den psykiskt sjuka föräldern. Dessa utmaningar och upplevelser var exempelvis brist på öppenhet och information, oförutsägbarhet och instabilitet, rädsla och ensamhet, sorg och förlust (Trondsen, 2012). Barn till psykiskt sjuka blir också ofta isolerade från vänner och fritidsintressen samt tar på sig ett stort ansvar för den sjuka föräldern (Korhonen, 2008). De brottas ofta med

utmaningar som exempelvis att förstå den mentala sjukdomen, känslomässiga svårigheter och ekonomisk utsatthet (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 mycket ansvar i familjen, s.k. locus of control. Däremot är barn till psykiskt sjuka föräldrar generellt sett 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 eget 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, beteendestörningar och skolproblem än andra barn. Barnen råkar också oftare ut för olyckor. Det är också en högre förekomst av psykiska och sexuella övergrepp i familjer där föräldrarna missbrukar (Killén & Olofsson, 2003). I en amerikansk studie kom forskarna fram till, vilket stöds av tidigare undersökningar, att det finns ett signifikant samband mellan alkoholmissbruk hos föräldrar och barnmisshandel, vanvård och dysfunktionella familjeförhållanden (Croft et al, 2001). Forskning visar också att vuxna som vuxit upp i en familj med alkoholproblem har mer fysiska och psykiska hälsoproblem, oftare har alkohol- eller drogproblem och oftare är kriminella. De har även sämre sociala förmågor och mer anpassningssvårigheter i jämförelse med vuxna, som inte vuxit upp under sådana förhållanden (Killén & Olofsson, 2003).

Barn till allvarligt fysiskt sjuka föräldrar

Då 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. 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. 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). I en översiktsstudie från USA där man bedömt 52 studier hur barn påverkas av föräldrars cancersjukdom, framkom att känslomässiga problem hos barn i skolåldern var rapporterade i flera studier. Studierna påvisade också beteendeproblem hos skolbarn med påverkan på den kognitiva och den fysiska funktionen, vilket sågs hos barn i alla åldrar. Även ängslan och depression i tonåren, speciellt hos döttrar med sjuk mamma rapporterades. De starkaste faktorerna som var relaterad till barns påverkan var föräldraskapets psykologiska funktion, äktenskaplig tillfredsställelse och kommunikationen i familjen. Interventionsstudier riktade till barn och familjers behov påvisade positiva effekter (Graf et al, 2004). I Macmillian med kollegers (2013) undersökning framkom att föräldrar vanligtvis var huvudansvariga för att informera och prata med sina barn om cancer, samtidigt som de upplevde brist på självförtroende och saknade de färdigheter, som de ansåg sig behöva, för att kommunicera med sina barn i detta ämne. Föräldrarna uppgav också att de önskade stöd av professionella kring hur de skulle hantera förändringarna i sina barns beteende. Barnen hade ofta fantasier och missuppfattningar kring cancer. Studiens intervention, att ge barnen psykologiskt stöd, resulterade i att barnens förståelse för cancer förbättrades och gav också barnen copingstrategier. De professionella uppfattade att insatsen förbättrade familjekommunikationen och främjade diskussioner om känslor. Slutsatsen var att det viktigaste för barn, vars föräldrar har cancer, är en öppen kommunikation och att föräldrarna behöver stöd och resurser för att främja copingstrategier i familjen (Macmillan et al., 2013).

Psykisk ohälsa, missbruk och våld

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). Croft och kolleger (2001) påvisade i sin studie att det är en extremt högre sannolikhet för att mamman ska utsättas för våld i familjer där båda föräldrarna missbrukar alkohol, vilket också leder till att barnen direkt påverkas då de bevittnar våldet (Croft et al, 2001). Depression och alkoholmissbruk hos mödrar är också en riskfaktor för att barnet självt ska utsättas för våld. I en amerikansk studie av 2760 familjer, där barnmisshandel och olika familjekarakteristiska undersöktes, framkom att 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). Både på kort och på lång sikt kan barn, som blir utsatta för våld eller barn som bevittnar våld,

påverkas negativt inom flera olika utvecklingsområden (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Janson med kolleger (2011) menar att förutom att utsättas för att bevittna våld, löper barn i familjer där det förekommer våld mellan de vuxna, 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. 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 symtom, klarar sig sämre i skolan och råkar oftare ut för skador och olyckor (Janson et al., 2011).

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 om 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.

Endast ändamålsenligt stöd till barnen räcker vanligtvis inte när föräldrarna har svårigheter. För att stödet till barnen ska få effekt krävs att föräldern också får stöd att lösa sina svårigheter. Därtill kan det också behövas stöd i föräldraskapet. Detta innebär att arbetssättet inom både primärvård, missbruks/beroendevård, vuxenpsykiatri och socialtjänst behöver utvecklas och bli mer familjefokuserat och mer hänsynstagande till den miljö som patienten befinner sig i. För att uppnå ett sådant arbetssätt ska utvecklas krävs kompetensutveckling (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Kunskapsområden som Jansson med kolleger (2011) framhåller som värdefulla för personal att ha kännedom om är bland annat, risk- och skyddsfaktorer, vikten av att uppmärksamma tidigt, att samtala med barn och det viktiga samverkansarbetet (Jansson et al., 2011). Nedan följer fakta och teori kring områden som de professionella kan ha med sig i arbetet kring barn som anhöriga.

Föräldraförmågan

Psykisk sjukdom hos en förälder kan på olika sätt påverka föräldraförmågan. Det är dock viktigt att veta att samma diagnos kan yttra sig på många olika sätt hos olika individer och

variera i intensitet och varaktighet. Det kan alltså se väldigt olika ut över tid (Skerfving, 2005). Hur föräldrarnas psykiska ohälsa påverkar det enskilda barnet kan man inte entydigt säga och några direkta samband har inte hittats. Barn och föräldrar är olika och flera faktorer samverkar kring hur svårigheterna påverkar barnet, 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 och 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). Barn till psykiskt sjuka är således en bred och mycket varierad grupp (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Det är kvalitén på föräldrafunktionerna som är avgörande. Föräldrafunktioner såsom förmågan att kunna sätta sig in i hur en annan människa tänker och känner, sensitivitet för barnet, impuls kontroll, 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 grundläggande bedömning för att se vilken betydelse den psykiska ohälsan hos föräldern har för det enskilda barnet (Hagström & Ingvarsdotter, 2012).

Anknytningens betydelse

En särskilt utsatt period i en människas liv är spädbarnsperioden och de senare årens forskning om hjärnans utveckling pekar på att fosterlivet och den tidiga barndomen har betydelse för människors framtida psykiska hälsa och välbefinnande (Socialstyrelsen, 2009). Tidigare fanns en tro på skillnaden mellan biologiska och psykologiska aspekter men nu visar ett tvärvetenskapligt forskningsfält att 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). Anknytning etableras under barnets första år och anknytningen 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. 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 (Socialstyrelsen, 2009). Tidigare har detta anats men numera anses det klarlagt att ett bra förhållande mellan barn och föräldrar är ett skydd både mot aktuella och framtida belastningar (Killén, 2011). Flera studier påvisar också vikten av att tidigt, redan under graviditet och spädbarnstid, uppmärksamma föräldrarnas psykiska ohälsa och erbjuda stöd och behandling (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). Barn är sociala varelser redan från början. De kan samspela, kommunicera och lära. Därav blir den första tiden och anknytningen till förälder eller vårdnadshavare viktig. En trygg anknytning är exempelvis avgörande för om barnet ska kunna utveckla motståndskraft, d v s förmågan att kunna hantera utmaningar och belastningar i livet (Killén, 2011). I anknytningsteorin nämns olika anknytningsmönster såsom trygg, otrygg/undvikande, trygg/ambivalent samt den desorganiserade anknytningen (Cowling, 2004). Barn, vars samspel med föräldern eller vårdnadshavaren karakteriseras av rädsla och oförutsägbarhet, har en ökad risk att utveckla en desorganiserad anknytning. De barn, som utvecklar denna 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).

Risk- och skyddsfaktorer

Svenska och utländska studier visar att en rad olika faktorer kan försvaga eller förstärka risken för att utveckla ohälsa, de s.k. risk- och skyddsfaktorerna (Jansson et al., 2011). Riskfaktorer är de faktorer som ökar risken för ohälsa, problem eller riskbeteenden. En riskfaktor är en egenskap, en händelse, ett förhållande eller en process, dvs. någonting som ökar sannolikheten eller risken för ett visst utfall (Statens Folkhälsoinstitut, 2013). Yngre ålder för debut av föräldrarnas sjukdom, pojkar, svårhanterligt temperament, låg självkänsla, låg intelligens, nyföddhets defekt, medicinsk sjukdom och inlärningssvårigheter är riskfaktorer som nämns i litteraturen inom området, barn med psykiskt sjuka föräldrar. Åldern mellan 6 månader till 4 år nämns som den mest sårbara perioden för stressfulla händelser och generellt kan sägas att desto yngre ju större påverkan har föräldrarnas mentala sjukdom (Foster et al., 2004). 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. Riskfaktorerna kan motverkas av skyddsfaktorer (Jansson et al., 2011).

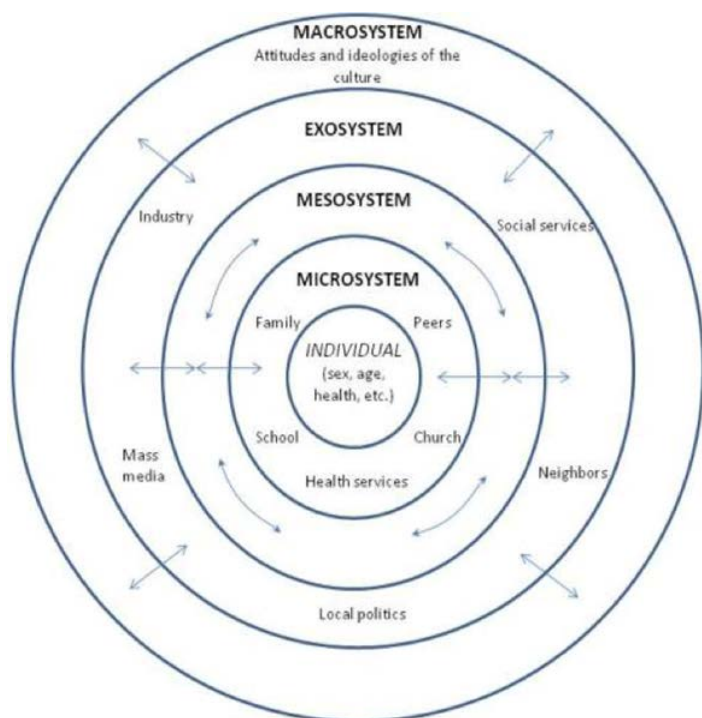
Skyddsfaktorer kan balansera riskfaktorer och vara dess motvikt. En skyddsfaktor är en faktor som påverkar effekterna av att utsättas för en risk och ökar möjligheten till en positiv påverkan för hälsan. Risken blir på så vis mindre när skyddsfaktorer finns och större när skyddsfaktorer saknas (Statens Folkhälsoinstitut, 2013).

Skyddsfaktorer kan delas in i externa och interna faktorer. Interna skyddsfaktorer som hittats i empiriska studier för att ge skydd för motgång och stärka motståndskraft 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 inkluderar dem 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). Andra externa skyddsfaktorer kan vara: en positiv relation med en omsorgsperson, positiva kamratrelationer och stöd, intresse för litteratur, musik, stöd och feedback från andra vuxna. Speciellt skyddande har det visat sig att det 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 genom uppväxten har visat sig kunna utrusta barnet med omsorgsmodeller som förstärker barnets kompetens och bekräftar deras inneboende värde (Foster et al., 2004).

Risk- och skyddsfaktorer kan ha en direkt eller indirekt påverkan på om barn riskerar att fara illa. Vanligtvis hör de direkta faktorerna samman i den ekologiska modellens mikro- och mesosystemet och de indirekta i exo- och makrosystemet. Både risk- och skyddsfaktorer kan vara initierande och upprätthållande, statiska och dynamiska. De flesta riskfaktorer kan ses som dynamiska, dvs. möjliga att påverka. När flera riskfaktorer återfinns på flera nivåer i den utvecklingsekologiska modellen och förekommer samtidigt kan detta ha en kombinerad och kumulativ effekt (Svensson, 2013).

Den utvecklingsekologiska modellen

För att förstå ett barns utveckling och situation bör hänsyn tas till den kontext som barnet lever i, både socialt, ekonomiskt och kulturellt (Svensson, 2013). Uri Bronfenbrenner formulerade på 70-talet den utvecklingsekologiska teori som beskriver samspelet mellan barnet och de olika miljöer, det samhälle och den tid där barnet lever (figur 1).



Figur 1. Den utvecklingsekologiska modellen. Utvecklad av Uri Bronfenbrenner.

Den ekologiska modellen är uppbyggd av en serie strukturer på olika nivåer, där den ena ingår i den andra samt både påverkar och påverkas av varandra. Det närmaste systemet, som barnet ingår i, är det s.k. *mikrosystemet*. Här återfinns familjen, släkt, förskola/skola, kamrater, föreningsliv etc. Relationerna mellan de olika mikrosystemen och hur de samspelar med varandra kallas *mesosystemet*. Relationen och kommunikationen i mesosystemet är viktigt för barn, eftersom det påverkar barnens situation. Utöver de närmsta systemen så finns system som barnet inte ingår i eller har kontakt med men som ändå påverkar barnets tillvaro och utveckling. Detta system kallas *exosystemet* och kan innefatta föräldrars arbetsplats, hälso- och sjukvården, socialtjänst och liknande (Skerfving, 2005). Därefter återfinns den övergripande struktur som indirekt påverkar alla som lever i ett samhälle, det s.k. *makrosystemet*. Makrosystemet utgörs av ideologier och institutioner som genomsyrar hela samhället, dvs. det kulturella, sociala, ekonomiska, utbildningsmässiga, legala och politiska system som påverkar de andra nivåerna. Makrosystemet är tankemönster som ger innebörd och mening åt människors roller, samvaro, verksamhet och handlingar. Dessa uttrycks i lagar och regler men förekommer också som ideologier, vanor, normer och värderingar, vilka är ett allmänt vedertaget mönster för samhället. Det centrala i den utvecklingsekologiska modellen är de olika processer och förutsättningar som påverkar det livslånga förloppet i människans utveckling. Beroende på vad som sker i alla strukturer och på olika nivåer blir avgörande för hur ett barns och en familjs liv ter sig och utvecklas (Skerfving, 2005). Samspelet mellan

dessa faktorer på olika nivåer och över tid är komplext och kan bland annat förstås utifrån olika risk- och skyddsfaktorer (Svensson, 2013).

Resiliens

Resiliens handlar om positiv bemästring (Borge, 2005). Skerfving (2005) menar att resiliens är den psykiska överlevnadsförmågan som ett barn utvecklar för att stå emot påfrestningar (Skerfving, 2005). 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). Borge (2005) menar att resiliens inte bara är en process utan också förekommer som ett engångsfenomen. Hon illustrerar detta med begreppen återupprätta, upprätta och förbättra. Hon menar att återupprätta sin psykologiska funktion (ett engångsfenomen) kan förklaras som att barnet återvänder till sitt vanliga beteende efter att ha erfårit en akut och allvarlig risksituation. Upprätthålla och förbättra hänvisas mer till processer som sker över tid och kan ha en varaktighet på många år (Borge, 2005).

Begreppet resiliens är hämtat från engelskans resilience. Alternativa begrepp som används i Sverige är exempelvis motståndskraft. Samtidigt är översättningen till motståndskraft inte så bra enligt Borge då den i alltför hög grad betonar ”det som finns i barnet” och för låg grad ”det som finns i miljön” (Borge, 2005). Denna begreppsdiskussion kan också förklara den oenighet som råder bland forskare huruvida resiliens uppkommer. Vissa forskare 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. Andra forskare tar en ståndpunkt någonstans mittemellan och säger att resiliens inte är förutbestämt utan väsentligen formas av omständigheter i livet (Boydell et al, 2005). Hos barn som är i risk att utveckla beteende- eller känslomässiga problem finns ett skydd att hämta om föräldrarna är sensitiva, mottagliga, kärleksfulla och accepterande samt delaktiga. Dessa barn får då större tilltro att lita på andra, känna sig älskade och accepterade oavsett svårigheter och omständigheter. Detta blir på så vis nyckeln till barnet för att kunna utveckla self-efficacy och social kompetens och på så vis förbättras effekten av risken för påverkan på den mentala hälsan (Brooks & Goldstein, 2006). Resiliens utvecklas således genom ett samspel mellan individen och dess medfödda och inlärda skyddsfaktorer. Detta kan exempelvis vara gott självförtroende och det stöd som individen får av personer i sin närhet. Utöver påverkar det omgivande samhällets kompetens och resurser, såsom beskydd, stöd och behandling. För att stärka barns resiliens är det viktigt

att arbeta med barn och föräldrar eftersom barns resiliens är beroende av hur föräldrarna fungerar (Överlien, 2012).

Känslan av sammanhang

Resiliens har likheter med och kan relateras till Antonovskys teori om känslan av sammanhang (KASAM). Teorin om KASAM kan, liksom teorin om resiliens skapa förståelse för vad det är som gör att ett barn trots svårigheter kan klara sig bra (Skerfving, 2005). Känslan av sammanhang är ett centralt begrepp i Antonovskys teori kring vad som gör människor motståndskraftiga mot psykiska och fysiska påfrestningar. KASAM består av de tre komponenterna meningsfullhet, begriplighet och hanterbarhet. En individ som förstår sin situation och det sammanhang som den befinner sig i och som kan påverka sin situation och finna en mening i det som sker skapar förutsättningar för att förbli frisk och att utvecklas positivt (Antonovsky, 2001).

Information, råd och stöd till barn som anhöriga

Såväl forskning som vuxna barns berättelser visar att barn oroar sig för sin sjuke förälder. Samtidigt oroar sig föräldern för hur deras barn påverkas av sjukdomen. Det är vanligt att man inom familjen har svårt att prata om detta och en förutsättning för att både barn och föräldrar ska kunna få hjälp och stöd är 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. Då 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 lever med en psykiskt sjuk förälder lever med symtomen, beteendet och de uttryck som sjukdomen ger. Tystnaden blir således 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). Barns behov av förståelse och sammanhang överensstämmer med Aron Antonovskys teori (KASAM) som påtalar att begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet är viktiga komponenter för utvecklingen av en god hälsa (Antonovsky, 2001).

För att kunna ge ett barn information krävs en arbetsallians med föräldrarna, då 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 generellt kan sägas att ju tidigare samtalsprocessen kommer igång desto bättre (Growling, 2004). Grundläggande kan sägas att information, råd och stöd för barn är att utgå från barnets frågor med respekt för barnets egna erfarenheter, åsikter och känslor (Jansson et al., 2011). För att ge barnet information om förälderns sjukdom är 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 de kan anförtro sig åt och uppmuntra denna relation (Martine, 2002). I vissa fall kan den professionelle uppleva en oro för barnet och dess situation. Denna oro kan föranleda en anmälan till socialtjänsten. Det kan i sådana fall vara av värde att göra anmälan tillsammans med föräldern och samtidigt informeras om att målet med anmälan är att stödja familjen (Söderblom, 2009). Många psykiskt sjuka föräldrar har en rädsla för myndigheter, att deras barn ska tas ifrån dem (Hagström & Ingvarsdotter, 2012). 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 att barnet utvecklar 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 barnperspektivet på arbetsplatsen kan också öka förutsättningarna för att få arbetet till stånd (Socialstyrelsen & Satens Folkhälsoinstitut, 2011). För att främja en god hälsa för familjer, barn och unga är det nödvändigt att professionella från olika verksamheter kan samverka (Bergman et al, 2011). Lagtext i patientsäkerhetslagen (2010:659) 6 kap. 5§, 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 ” (Jansson et al., 2011, s.13).

Vid diskussioner kring hur stödjande insatser för barn ska bli bättre är samverkan ett återkommande tema. Tyvärr är svårigheterna och hindren kring samverkan många och orsakerna till detta varierar (Jansson et al., 2011). Hinder som framkommer i litteraturen är dels strukturella dels kulturella. De strukturella hindren inkluderar olika regelverk, ekonomi och administrativa gränser. De kulturella hindren kan bland annat vara olika synsätt kring individers behov, vilket ofta bottnar i olika utbildnings- och organisationskultur (Bergman et al., 2011), som kan orsaka allvarliga kulturkrockar mellan de samverkande verksamheterna. Utöver detta kan det också finnas andra skillnader i de olika organisationskulturerna som exempelvis olika språkbruk, olika attityder och värderingar, som försvårar kommunikation och samarbete (Axelsson & Axelsson Bihari, 2007). Det kan sägas att de viktigaste förutsättningarna för en framgångsrik samverkan sammanfattas genom begreppen 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 (Bergman et al., 2011).

Problemformulering

Barndomen är inte en transportsträcka till vuxenlivet och barn har rätt till ett värdigt och meningsfullt liv. Barnens sårbarhet och maktlöshet gör att samhället har ett särskilt ansvar för att prioritera barnen (Socialstyrelsen, 2009). Personal inom hälso- och sjukvården som möter barn och unga påverkar deras utveckling och livsvillkor. Det är därför viktigt att vårdpersonal har kunskap om barnkonventionens juridiska ställning, dess innehåll och syn på barn samt om hur konventionen kan omsättas i praktisk handling, s.k. barnrättskompetens (Söderbäck, 2010). I Värmland har landstinget beslutat att FN:s konvention om barns rättigheter ska förverkligas i hela organisationen. Genom beslut i fullmäktige (2009) har en handlingsplan antagits som innebär att barn och ungas rättigheter ska säkerställas i hälso- och sjukvården.

Lagen för barn som anhöriga innebär en skyldighet att uppmärksamma barnets behov 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) ett projekt för att kartlägga kunskapsläget i landet. I projektet genomfördes dialogseminarier inom olika verksamheter såsom psykiatri, primärvård och socialtjänst. Resultatet visade att nästan ingen verksamhet upplevde sig ha den beredskap,

kunskap eller de rutiner som krävs för att motsvara lagens krav. En ständigt återkommande synpunkt som framkom var att det krävs mod bland personalen för att bryta vanor och våga fråga föräldrarna om hur deras barn har det eller öppna en dialog med barnen. Kartläggningen visade att personalen hade ambition och vilja samtidigt som de uttryckte oro för att skapa problem som sedan skulle bli svåra att hantera (Jansson et al., 2011).

På uppdrag av regeringen har Socialstyrelsen åtagit sig att, i samråd med Statens Folkhälsoinstitut och Sveriges kommuner och landsting, leda, samordna och stimulera till ett nationellt utvecklingsarbete för bland annat de barn som omfattas av lagen ”barn som anhöriga”. I en genomförandeplan presenteras deras tänkta aktiviteter för perioden 2011–2014. Socialstyrelsen har inom detta uppdrag utfört en inventering kring verksamheternas behov av stöd i samband med implementering av aktuell lagstiftning. Inventeringen visade att olika verksamheter och olika regioner har kommit olika långt. Implementeringen verkar generellt sett ha kommit längst inom psykiatrin. Inom den somatiska vården verkar lagstiftningen hittills inte ha blivit förankrad vare sig som kunskap eller som utarbetade arbetsrutiner. Att just primärvården verkar vara svåra att få med i utvecklingsarbetet visar både Socialstyrelsens inventering och erfarenheter från projektarbeten inom psykiatrin (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Utifrån dessa kunskaper blev det intressant att undersöka hur primärvården i Värmland lyckats med implementering och tillämpning av aktuell lagstiftning.

Syfte

Studiens syfte var att undersöka om personal inom primärvården i Värmland 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 distriktssköterskors i detta arbete?
- Finns det behov av mer kunskaper, stöd och riktlinjer för att arbetet ska utvecklas?

Centrala begrepp

Med **Barn** menas individer under 18 år.

Med **Barn som anhöriga** menas de barn som innefattas av lagen som går att finna i patientsäkerhetslagens 6 kap. 5§ (2010:659).

Teoretisk referensram och bakomliggande riktlinjer

Den teoretiska referensramen och de bakomliggande riktlinjerna i detta arbete utgår framförallt ifrån:

- Den utvecklingsekologiska modellen som Uri Bronfenbrenner formulerat och som beskriver samspelet mellan barnet och de olika miljöer, samhällen och den tid där barnet lever bildar ett teoretiskt ramverk, som är särskilt användbart i ett folkhälsovetenskapligt perspektiv (Svensson, 2013).
- Den lagtext som delger hälso- och sjukvården ett ansvar att särskilt uppmärksamma barns rätt som anhöriga.
- FN:s konvention om barns rättigheter där tyngdpunkten för detta arbete framförallt är riktade till huvudprinciperna (artikel 2,3,6 och 12).

Metod

Design

Den valda metoden för studien är enkätstudie med tvärsnittsdesign. En tvärsnittsdesign innebär att data samlas in från flera fall vid en viss tidpunkt i syfte att komma fram till en uppsättning av kvantitativa och kvantifierbara data, med koppling till två eller fler variabler som sedan granskas för att hitta mönster vad gäller olika slags samband (Bryman, 2011). I en tvärsnittsstudie tar man exempelvis reda på människors förhållanden och attityder vid ett visst tillfälle utan att ha någon relation framåt eller bakåt i tiden (Ejlertsson, 2012). En enkätundersökning är ett bra sätt för att erhålla en större mängd data och ansågs vara den bästa metoden för att uppnå studiens syfte. Vid litteratursökning visade det sig att litteratur direkt kopplad till syftet i stort sett inte var möjligt att få fram. Det som fanns skrivet nationellt var boken "Mod och mandat" som Socialstyrelsen och Stiftelsen Allmänna Barnhuset gett ut samt den genomförandeplan som Socialstyrelsen och Statens Folkhälsoinstitut utarbetat. Huvudparten av bakgrundslitteraturen är således relaterad till

tidigare forskning om konsekvenser för barn att växa upp med en förälder med aktuella svårigheter samt fakta och teori som professionella i sitt yrke kan ha nytta av i sitt arbete för att identifiera och stödja barn som anhöriga.

Enkäten

Vid enkätkonstruktionen fick frågorna främst influeras av innehållet från boken "Mod och mandat" samt författarens egna kliniska erfarenhet från primärvården. Enkäten konstruerades 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 lite mer information kring olika individers önskemål och behov kring aktuellt ämne och frågeställning. Frågorna i enkäten grupperades i fyra rubriker (1)"Att identifiera och stödja barn som anhöriga", (2)"Barnperspektivet på din arbetsplats", (3)"Utbildning/kompetens" och (4)"Om dig som svarat på enkäten". Vid en enkätkonstruktion är det av värde att anpassa språkbruket till respondenterna och undvika värdeladdade ord, att ha en tydlighet i hur svaren ska fyllas i och att enkäten ser inbjudande ut. Detta görs för att öka svarsdeltagandet och underlätta bearbetningen (Trost, 2012). Svarsfrekvensen kan bland annat relateras till enkätens storlek och hur förtroendeingivande den ser ut (Ejvegård, 2003). Till denna studies enkätkonstruktion har rekommendationer från Jan Trosts bok "Enkätboken" fått ligga som grund. Missivbrevet fick i enkäten utgöra första sidan på enkäten. Stor vikt lades på att få den att se inbjudande ut och samtidigt ge ett tydligt budskap om studiens syfte samt de etiska aspekterna kring frivillighet och samtycke. Istället för webbenkät konstruerades enkäten i pappersformat för att uppnå bästa möjliga svarsfrekvens. Webbenkäter uppnår generellt sett en lägre svarsfrekvens då de lättare "försvinner" i informationsflödet (Trost, 2007).

Två veckor innan enkätutskick förankrades studien i division Allmänmedicins ledning som också beslutade att stödja studien och uppmuntra deltagande hos sina anställda. Samtidigt informerade forskaren alla verksamhetschefer och enhetschefer via e-post om studien och dess syfte med förhoppning om att de också skulle uppmuntra deltagandet.

Urval

Urvalet till studien var ett totalurval där alla anställda distriktsläkare och distriktsköterskor som arbetar på någon Vårdcentral i Värmland inkluderades. Urvalsgruppen begränsades till

anställda inom Landstinget i Värmland. Listor på anställda på de respektive vårdcentralerna togs fram av personalsekreteraren inom divisionen.

Genomförandet av datainsamlingen

Alla distriktssköterskor (162 st) och distriktsläkare (120 st) som arbetade på en landstingsdriven vårdcentral inom länet erhöll en enkät. Totalt skickades alltså 282 enkäter ut. Enkäten skickades i förslutet kuvert till respektive anställd via internposten. Två och en halv veckas svarstid gavs och svaren ombads att skickas tillbaka i bifogat svarskuvert till vårdadministratören på författarens arbetsplats. När svarstiden gått ut hade endast 86 respondenter svarat varför svarstiden förlängdes med en vecka och en påminnelse via e-post skickades till hela urvalsgruppen. Två dagar innan den nya svarstiden gått ut skickades ytterligare en påminnelse via e-post till hela urvalsgruppen. Vid svarstidens slut hade sammanlagt 126 enkäter inkommit. Detta gav en svarsfrekvens på 45 %. Två av respondenterna skickade in en icke ifylld enkät och angav att de inte längre arbetade kliniskt. Dessa exkluderades således från undersökningen och det totala undersökningsmaterialet resulterade i 124 besvarade enkäter.

Databearbetning

För bearbetning av datamaterialet har statistikprogrammet SPSS används. SPSS är en programvara för statistisk analys. Samtliga metoder i SPSS är validerade, vilket undanröjer felräkningar om man exempelvis som användare skulle skriva in en felaktig formel i en cell (Wahlgren, 2008). Det första steget inför databearbetningen var att koda in enkäten i programmets variable wiew. Därefter lades de 124 enkäterna in i programmet för vidare data-analys. Som ett första steg att ta ut data och för att få en överblick och kännedom av resultaten gjordes en frekvenstabell och samtliga data studerades. För bearbetning av bakgrundsvariabler över studiepopulationen gjordes en enkel frekvenstabell. Populationen redovisas dels som total dels inom respektive yrkesgrupp. Detta för att få en så tydlig bild som möjligt över de respondenter som besvarat enkäten. För bearbetning av övriga data och för att besvara studiens syfte gjordes analys med hjälp av frekvens- och korstabeller samt Chi2-test. Chi2-test används för att se om det finns samband eller skillnader mellan olika faktorer (Ejlertsson, 2012). Chi2- analys gjordes i denna studie för att se skillnader mellan hur barn som anhöriga identifieras och stöttas beroende på om den professionella var distriktsläkare eller distriktssköterska. Vid Chi2-analyserna användes en signifikansnivå på 5

procent ($p=0,05$). Signifikansnivån som sätts innan en hypotesprövning görs innebär den risk man högst är villiga att ta för att förkasta en sann nollhypotes (Ejlertsson, 2012). Vårdcentral och barnavårdscentral var de två störst representerade verksamheterna i studiepopulationen. En jämförelse av dessa två arbetsfält gjordes för att upptäcka eventuella skillnader över identifiering och erbjudet stöd beroende på om personalen arbetade på barnavårdscentral eller inte. Tabeller och diagram konstruerades i Word respektive Excel. Dessa redovisas i resultatet tillsammans med förklarande text. Vissa delar av resultatet redovisas endast i löpande text då detta ansågs vara det mest överskådliga i sammanhanget.

Svaren på enkätens öppna frågor bearbetades enligt kvalitativ innehållsanalys. En sådan analys inbegriper ett sökande efter bakomliggande teman i det materiel som analyseras. De teman som framkommer illustreras ofta i form av korta citat (Bryman, 2008). Av alla respondenter hade en tredjedel svarat på den öppna frågan som gav förslag på utvecklingsområden för primärvården med syfte att stödja barn som anhöriga. Utifrån denna fråga framträdde i analysen sex kategorier. Två av dessa slogs samman, vilket resulterade i fyra kategorier. Dessa kategorier var *Samverkan, Utbildning, Styrning och Resurser*. Även på enkätens andra öppna svarsalternativ "övriga synpunkter och kommentarer" gjordes en innehållsanalys. Vissa kommentarer kunde flyttas till ovanstående kategorier då de visade sig passa in där. Resterande bildade kategorin *Prioritera och uppmärksamma barnen*. Därmed framträdde totalt fem kategorier i den kvalitativa resultatdelen. Kategorierna redovisas i löpande text och efterföljs av citat ur svaren på de två öppna frågorna.

Bortfall

Det interna bortfallet var i denna studie lågt då så gott som alla besvarat alla frågorna i enkäten. Endast fyra respondenter hade ej svarat på två frågor i enkäten, vilket gällde samma frågor och var frågor kring barnperspektivet på arbetsplatsen. Det externa bortfallet bestod av två respondenter som valt att skicka in en blank enkät med anledning av att de inte längre arbetade kliniskt. 282 enkäter skickades ut och 126 skickades tillbaka, vilket innebar att 156 (55 %) deltagare avböjde deltagande i studien.

Etiska överväganden

Forskningens övergripande mål är att erhålla ny kunskap för att öka förståelsen för den värld vi lever i och om det är möjligt skapa positiva förändringar. Godhetsprincipen som beskrivs som en av de etiska principerna. Utgångspunkten är att så långt det är möjligt försöka göra

gott genom att så effektivt och tillförlitligt som det går komma fram till ny och väsentlig kunskap som kan förbättra exempelvis preventivt arbete (Olsson & Sörensen, 2008). Denna studie syftade till att ta reda på den kliniska verkligheten till aktuellt ämne för att kunna synliggöra förbättrings- och utvecklingsområden som kan komma barn, unga och familjers hälsa till gagn. Studien har bidragit till att information kring aktuell frågeställning nått ut till många och förhoppningsvis sått ett frö hos de flesta, att detta är en högaktuell och viktig fråga att belysa samt arbeta vidare med. Studien kan därför anses vara etiskt försvarbar och gagna något gott. Genom hela forskningsprocessen följer författaren de etiska principer som gäller för svensk forskning. Dessa innefattar bland annat informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2002). Informationskravet innebär att deltagarna i en studie ska få tydlig information om studiens syfte samt att det är frivilligt att delta. Missivbrevet som utgjorde enkätens första sida innehöll tydlig information om studiens syfte samt att deltagandet var frivilligt. Samtyckeskravet innebär att deltagarna har rätt att själv bestämma om de vill delta eller inte och att de när som helst kan avbryta om så önskas (Ejlertsson, 2005). Deltagarna fick i missivbrevet information om att deltagandet var frivilligt och att samtycke gavs genom att besvara enkäten. Med konfidentialitetskravet menas att deltagarna ges största möjliga anonymitet så att deras svar inte ska kunna identifieras av utomstående (Ejlertsson, 2005). Författaren bedömde att studien inte innehöll känslig information eller påverkan på någon svarande. De fick information om att inga obehöriga kommer att kunna ta del av svaren och att enkäten var anonym. I missivbrevet framgick också att det inte kommer att vara möjligt att identifiera enskilda personers svar. Nyttjandekravet innebär att insamlat material om enskilda personer bara får användas i avsett syfte (Ejlertsson, 2005). Det insamlade svarsenkäterna användes enbart med syfte att besvara de forskningsfrågor som låg till grund i denna studie. De besvarade enkäterna förvaras sedan inlåst där endast författaren har tillträde.

Resultat

Studiepopulationen

I studien deltog 124 respondenter (se diagram 1). Av dessa arbetar majoriteten (80 %) på en vårdcentral där 42 av dem var distriktsläkare och 57 var distriktsköterskor. Vidare arbetade 31 % på en barnvårdscentral, helt eller delvis, varav 11 var distriktsläkare och 27 distriktsköterskor. Detta gör att 25,6 % av den totala andelen av distriktsläkare och 33,8 % av den

totala andelen av distriktssköterskor helt eller delvis arbetade på barnvårdscentral. Tre distriktsläkare arbetade även på en barnmorskemottagning och två inom skolhälsovård. Tre distriktssköterskor arbetade också inom skolhälsovård.

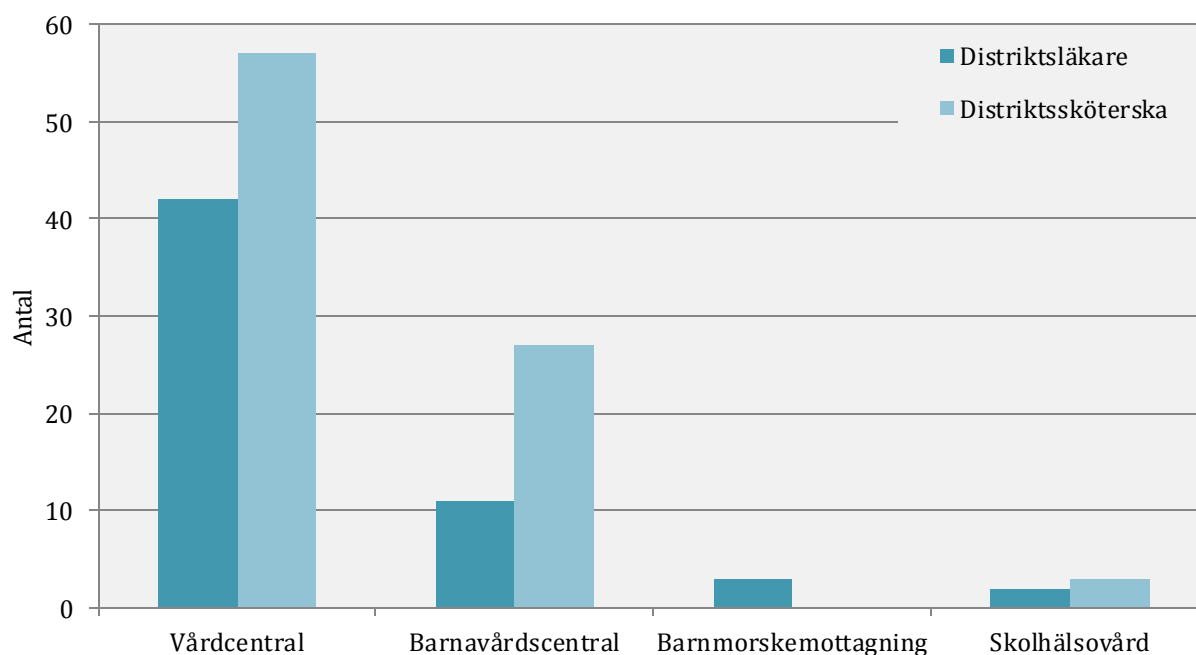


Diagram 1. Studiepopulationens fördelning i antal mellan de olika arbetsområdena.

Studiepopulationen bestod av 83 % kvinnor (se tabell 1). Totalt var fyra av fem av populationen äldre än 45 år och 63 % hade arbetat i nuvarande profession mer än 11 år. Bland distriktsläkarna var mer än hälften kvinnor, tre fjärdedelar var äldre än 45 år och 70 % hade varit yrkesverksamma i nuvarande profession i mer än 11 år. Bland distriktssköterskorna var alla av kvinnligt kön, 81,5 % hade en ålder som var mer än 45 år och nästan två tredjedelar hade varit yrkesverksamma i nuvarande profession i mer än 11 år.

Tabell 1. Beskrivning av studiepopulationen.

	Totalt		Distriktsläkare		Distriktsköterska	
	n	%	n	%	n	%
Kön:						
Kvinna	103	83,1	22	51,2	81	100
Man	21	16,9	21	48,8	0	0
Totalt	124	100	43	100	81	100
Ålder:						
< 45 år	26	21,0	11	25,6	15	18,5
> 45 år	98	79,0	32	74,4	66	81,5
Totalt	124	100	43	100	81	100
Yrkesår:						
< 11 år	46	37,1	13	30,2	33	40,7
> 11 år	78	62,9	30	69,8	48	59,3
Totalt	124	100	43	100	81	100

Barn som anhöriga inom primärvården

Nästan 40 % av den totala populationen har rapporterat att de den senaste månaden haft en patient med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller med missbruksproblematik och som kan ha varit i åldern för att kunna ha minderåriga barn hemma (se tabell 2). Övervägande andelen har angivit att de haft en till två patienter och endast sex respondenter har angivit att de har 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. Ytterligare åtgärder för barnet utfördes i 16 % av fallen.

Tabell 2 visar en jämförelse mellan distriktsläkare och distriktsköterskor i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga. Tabellen visar ett det finns en skillnad mellan dessa yrkesgrupper, där distriktsläkarna i högre grad har uppmärksammat aktuell patientgrupp ($p < 0,001$). De har även i något högre grad frågat om patientens aktuella familjesituation och även diskuterat barnets eventuella behov av stöd i högre utsträckning (ej signifikant skillnad). Om diskussionen däremot medförde ytterligare åtgärder för barnet visar det sig att detta i något högre grad representerades av distriktsköterskan (ej signifikant).

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

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

*p-värde <0.05 är signifikant

Ytterligare åtgärder som diskussionen medfört var att personalen hade kontaktat andra i barnets närområde eller uppmuntrat föräldern att själv kontakta barn- eller skolhälsovården. Några enstaka uppgav att de skickat remiss till annan vårdinstans eller bokat in samtal med barnet enskilt eller tillsammans med förälder.

Resultatet visar ett det finns en skillnad i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga beroende på om personalen arbetar enbart på vårdcentral eller om de arbetar helt eller delvis på barnvårdscentral (se diagram 2). Personal som arbetar på barnvårdscentral har i högre utsträckning uppmärksammat aktuell patientgrupp och frågar om patientens

aktuella familjesituation. Även när det gäller att diskutera barnets situation och eventuella behov av stöd samt om diskussionen medförde ytterligare åtgärder för barnet visar det sig att detta också görs något oftare av personal som också arbetar på barnvårdscentral (dock ej signifikant).

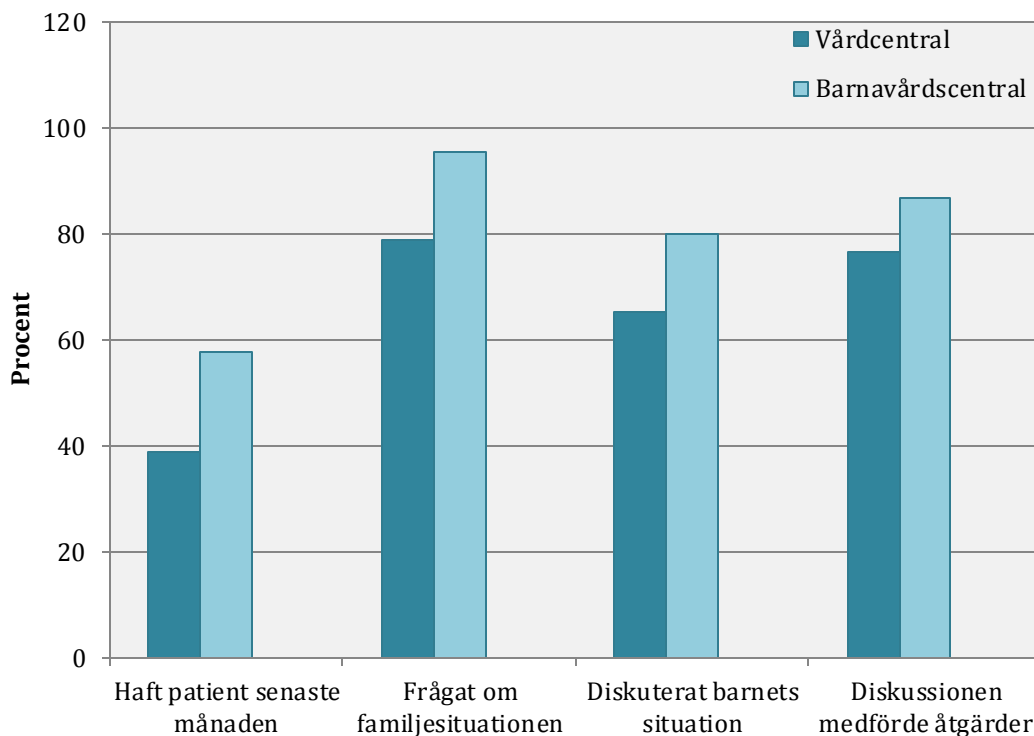


Diagram 2. Jämförelse mellan personal som arbetar på Vårdcentral och Barnvårdscentral i relation till att identifiera och stödja barn som anhöriga

Av de 98 som angivit att de enbart arbetar på distriktsläkar-/distriktssköterskemottagning på vårdcentral hade 38,8% angivit att de haft en eller flera patienter den senaste månaden som har en psykisk sjukdom/ funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller missbruksproblematik och som kan ha haft minderåriga barn hemma. Av dem som helt eller delvis arbetar på barnvårdscentral angav drygt hälften att de haft en eller flera patienter enligt ovanstående. Av de som arbetar på barnvårdscentral och som uppmärksammat dessa patienter hade de i 95,5 % av fallen frågat om den aktuella familjesituationen, jämfört med 78,9 % av dem som enbart 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 detta finns inom primärvården i Värmland hade en fjärdedel av respondenterna svarat att möjligheten saknas i aktuellt journalsystem, 16,1 % att möjligheten finns men inte används. 4,8 % har svarat att en sådan funktion finns och används. Att de inte visste om funktionen fanns angavs av hälften av respondenterna.

Information, råd och stöd till barn

Av alla respondenter angav 9,7 % att de någon gång givit information, råd eller stöd till barn med anledning av föräldrarnas sjukdom/funktionsnedsättning. Av dessa var åtta distriktsläkare, sex av dem hade gjort detta flera gånger och två att dem hade gjort det en gång. Av de fyra distriktssköterskor som träffat barn för information, råd och stöd hade tre gjort detta vid flera tillfällen. Anledningen till att de träffat barn för information råd och stöd angavs vara att de tyckte det var rimligt, att situationen var så allvarlig att det krävdes eller att patienten ville ha vårdpersonalens hjälp till det. Endast ett fåtal angav att de gav information, råd och stöd därför att de följer vårdcentralens riktlinjer eller hälso- och sjukvårdslagen.

Utbildning och kompetens samt utvecklingsområden

Det senaste året hade 10,5 % fått utbildning i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga. Övervägande andelen (89,5 %) ansåg att de inte fått någon passande utbildning. Drygt hälften av respondenterna svarade att de inte visste om det finns riktlinjer om hur man bemöter barn inom primärvården svarade. En sjättedel uppgav att det saknas riktlinjer och lika många svarade att diskussioner förts men riktlinjer saknades i skriftlig form. Endast 11 % angav att riktlinjer fanns och till övervägande del angavs att de efterföljs så långt det är möjligt. Lagtexten om att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som anhöriga kände totalt 43,1 % av personalen till. 56,1 % svarade att de inte visste och en person svarade att det inte finns någon lagtext om detta. Drygt hälften av distriktsläkarna och drygt en tredjedel av distriktssköterskorna kände till denna lagtext.

Stödjande faktorer för arbetet

Diagram 2 visar sådana faktorer som personalen ansåg vara viktiga i arbetet för att kunna identifiera och stödja barn som anhöriga. Övervägande andelen ansåg att kunskap kring risk- och skyddsfaktorer, erfarenhet och kunskap om barns hälsa och utveckling samt en tydlig handlingsplan att följa var viktiga för arbetet. Ungefär hälften ansåg att stöd från chef och ledning samt bra samarbete med kolleger var viktigt.

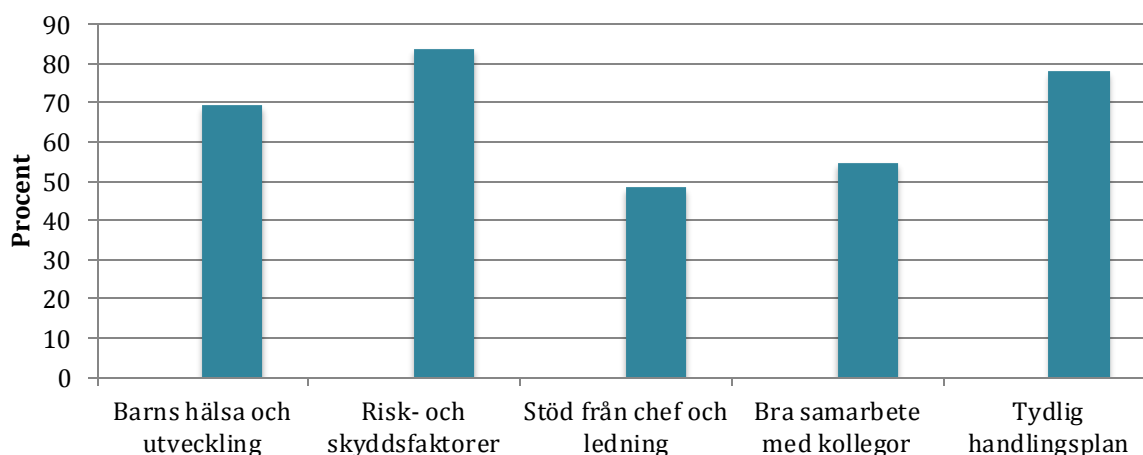


Diagram 2. Faktorer som anses viktiga i arbetet för att identifiera och stödja barn som anhöriga

Kvalitativt resultat

En tredjedel av respondenterna hade i enkäten svarat på den öppna frågan kring vad de anser att primärvården behöver ytterligare för att arbetet ska utvecklas. De kategorier som framkom var: *Samverkan, Utbildning, Styrning* och *Resurser*

Samverkan och utbildning

Respondenterna 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 efterfrågas 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. Personal beskrev att modet sviktade för att våga ta

initiativ till och öppna upp för det svåra samtalet med barnet. Även ett svagt självförtroende kring 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 men innebar också enligt dem att en handlingsplan bör utvecklas som skapar trygghet för att veta vad man ska göra med svaret som kommer när frågan ställts. *”Börja med att fråga om patienten har barn...”*

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

Styrning och resurser

Stöd från ledning och chefer ansågs vara en framgångsfaktor för arbetet samt förankring på ledningsnivå 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 framträdde och de ansåg detta som viktigt. 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, att utföra både 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”*

Cirka en tredjedel av respondenterna hade svarat på den öppna frågan där övriga synpunkter kunde lämnas. Dessa synpunkter bildade kategorin: ”*Prioritera och uppmärksamma barnen*”

Prioritera och uppmärksamma barnen

Arbetet att uppmärksamma och stödja barnen ansågs viktigt ur flera perspektiv och personalen menade att detta arbete skulle kunna ge positiva effekter inom flera områden. De ansåg att barnen behöver synliggöras och arbetsområdet utvecklas. Personalen visade här i sin fritext att de har ett engagemang och en 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 samhälleligt och personligt*”. Personal menade att det är ett värdefullt preventivt arbete som utan uppmärksamhet 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

Syftet och frågeställningarna med studien var att undersöka om personal inom primärvården i Värmland arbetar på ett sådant sätt att barn som anhöriga identifieras och erbjuds information, råd och stöd. Vidare skulle undersökas om detta arbete skiljer sig mellan distriktsläkare och distriktssköterskor och ta reda på om det råder behov av mer kunskaper, stöd och riktlinjer för att arbetet ska utvecklas. Resultatet påvisade utvecklingsområden inom flera områden vilket diskuteras nedan.

Metoddiskussion

Studien var en enkät-undersökning med ett totalurval och hade till syfte att nå alla distriktssköterskor och distriktsläkare inom landstingets primärvård i Värmland. Metoden och urvalet valdes med hänsyn till att dessa torde svara bäst upp mot syftet och kunna ge svar på de forskningsfrågor som låg till grund för studien. En kvantitativ metod är att föredra då man

vill beskriva förhållanden och attityder i stora grupper, samtidigt som man har små resurser till förfogande (Eliasson, 2010). I och med att instrumentet även innefattade öppna frågor medförde resultatanalysen av dessa, att studien fick ett inslag av kvalitativ metodbearbetning. De öppna frågorna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Bryman, 2011). 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 medfört att alla distriktsläkare och distriktssköterskor inom landstingets primärvård i Värmland haft möjligheten att vara delaktiga i studien.

Enkäten

Mycket tid och förberedelse lades på att konstruera en enkät som skulle täcka in forskningsfrågorna och samtidigt vara så enkel, tilltalande och kortfattad som möjligt. Eftersom det så vitt jag vet inte finns någon likande undersökning tidigare vare sig i Sverige eller i andra länder fanns inte möjligheten att ta del av tidigare konstruerade och validerade instrument för ändamålet. Ett frågeformulär, framtaget för att undersöka barnperspektiv (Jansson, et al., 2011) studerades i relation till den egna enkätkonstruktionen men ansågs, förutom för två frågor, att överlag inte passa för att besvara syftet med studien. De två frågor som inkluderades därifrån omformulerades något och placerades i enkäten under rubriken barnperspektivet på arbetsplatsen. Dessa två frågor skulle sedan visa sig vara de enda som hade bortfall i enkätsvaren och som i resultatanalysen gav ett spretigt och otydligt svar. Frågeformuläret konstruerades i sin helhet under handledning av Staffan Janson. Objektiva och konkreta frågor med fasta svarsalternativ relaterade till den kliniska vardagen blev det slutgiltiga resultatet. Enkäten får, med anledning av det innehållsrika materialet som den samlade in, anses vara ett bra instrument. Både kvantitativa och kvalitativa data som samlades in var tydliga och lätta att bearbeta. Enkäten verkar således ha tilltalat respondenterna och för dem ha varit lätt att besvara.

Bortfallet

Trots all förberedelse och hänsynstagande i enkätkonstruktion, det inbjudande missivbrevet, stöd och support från allmänmedicins ledning samt påminnelser uppnådde studien en svarsfrekvens på endast 45 %. Den förhållandevis låga svarsfrekvensen kan tänkas spegla den svårighet som även tidigare visat sig kring att få med primärvården i arbetet kring barn som n anhöriga (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). En bortfallsanalys hade varit att föredra men har av resursskäl inte utförts i denna studie.

Det interna bortfallet var lågt, endast fyra respondenter hade avstått från att svara på två specifika frågor. Förutom de 17 slutna sakfrågorna innehöll enkäten två öppna frågor, en av dessa frågor gällde de förbättringsområden som primärvården står inför gällande arbetet kring barn som anhöriga. Den tredjedel av studiepopulationen som valt att skriva fritt på de öppna frågorna var överlag ambitiösa och ett innehållsrikt material samlades in.

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Validitet handlar om huruvida forskaren observerar, identifierar eller mäter det som forskaren säger sig mäta och går ut på att bedöma om de slutsatser som genereras från en undersökning hänger ihop eller inte (Bryman, 2010). Att forskningsfrågorna och begreppen är noggrant behandlade ökar möjligheten att uppnå en god validitet (Eliasson, 2010). Som bakgrund till detta arbete återfinns hos författaren en lång klinisk erfarenhet samt en god teoretisk kunskap kring området. Detta har fått genomsyra och binda samman det väl genomarbetade bakgrundsarbetet tillsammans med de tydliga forskningsfrågorna. Allt detta syftar till att få arbetet att hänga samman och skapa en god validitet. Då inget validerat instrument från tidigare studier fanns att tillgå får detta anses som en begränsning av studien.

Intern validitet, eller reliabilitet som det också kallas, innebär i vilken grad en iakttagelse är rätt och riktig för den speciella grupp som studeras (Beaglehole et al, 2010). Med det vill sägas att om undersökningen skulle upprepas på samma sätt så skulle den ge samma resultat (Eliasson, 2010). I denna studie lades stor vikt vid att skapa ett tydligt och enkelt instrument med tydliga instruktioner för att öka validiteten. Då det interna bortfallet varit lågt kan tänkas att instrumentet varit tydligt och lätt för respondenterna att besvara och på så vis har enkätsvaren genererat ett tillförlitligt resultat. En pilotundersökning hade varit att föredra för att kunna göra justeringar i enkäten innan undersökningen. I ett sådant fall hade exempelvis de två frågorna kring barnperspektivet på arbetsplatsen omformulerats och instrumentet hade då stärkts ytterligare. En tydlig metodbeskrivning gör att undersökningen skulle kunna upprepas på samma sätt och ambitionen i studien har varit att göra metodbeskrivningen så klar och tydlig som möjligt. All bearbetning av insamlade data har därtill noggrant behandlats vid registrering i analysprogrammet. Detta sammantaget skulle kunna innebära att reliabiliteten är hög. Samtidigt tillkommer svårigheten att värdera då studien är unik och inte går att jämföra med andra studier. Att resultatet inte går att jämföra med andra studier sänker reliabiliteten och får ses som en begränsning i studien. Beaglehole et al. (2010) menar, att även om en studie är helt internt valid kan den vara utan värde om det inte går att jämföra

resultatet med andra studier.

Extern validitet, även kallat generaliserbarhet innebär i vilken utsträckning ett studieresultat kan tillämpas på individer som inte är med i studien (Beaglehole et al, 2010). Då studien endast uppnådde en svarsfrekvens på 45 % begränsas generaliserbarheten. Studiepopulationen kan dock 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 Landstingets primärvård i Värmland.

I studiepopulationen framkom att en tredjedel av distriktssköterskorna och en fjärdedel av distriktsläkarna även arbetade på barnvårdcentral 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 än hur den kliniska verkligheten ser ut.

Etik

Godhetsprincipen med utgångspunkten att så effektivt och tillförlitligt som det går komma fram till ny och väsentlig kunskap har eftersträvat i denna studie. Genom att ta reda på hur den kliniska verkligheten ser ut för barn som anhöriga inom primärvården har förbättrings- och utvecklingsområden synliggjorts. Utvecklingsområden som kan få ligga till grund för fortsatt arbete inom primärvården med syfte att barns rättigheter beaktas och respekteras med hänsyn till gällande lagstiftning och FN:s barnkonvention. De etiska principer som gäller för svensk forskning har för varje steg i forskningsprocessen tagits i beaktande och efterföljts.

Resultatdiskussion

Identifiering av barn som anhöriga inom primärvården i Värmland

Det framkom att drygt hälften av respondenterna 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 sig i någon högre grad ha uppmärksammat aktuell patientgrupp. Att en minoritet av studiepopulationen haft en patient enligt ovanstående kriterier kan ses som en låg andel och kan jämföras med LIVs registrering av diagnoskoder. Enligt Värmlands landstings

registrering innefattade psykisk störning/ funktionsnedsättning, allvarlig fysisk sjukdom eller missbruksproblematik och där patienterna varit födda från 1960-1990, var 2210 patienter med en eller flera av diagnoserna registrerade som besök inom primärvården under studietiden januari-mars 2013 (Bilaga 2). I relation till dessa siffror verkar det här finnas en viss underskattning. Detta skulle kunna bero på att personalen inte tänker kring ovanstående patientgrupp i relation till att de kan vara föräldrar till minderåriga barn. En annan anledning som till mindre del kan ha bidragit till det låga resultatet var att en tredjedel av studiepopulationens distriktssköterskor bestod av arbetande på barnavårdscentral och dessa hade kanske inte den senaste månaden haft någon vuxen patient enligt ovanstående kriterier.

Huruvida personalen har ett journalsystem 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 används vanligtvis inom primärvården (Profdoc) finns möjligheten för behörig personal att manuellt notera uppgifter kring anhöriga i journalen. Någon gemensam strategi för att detta ska göras inom primärvården saknas och görs sannolikt inte, mer än i undantagsfall, för minderåriga barn i dagsläget. Här finns möjligheter att göra förbättringar genom att skapa en gemensam strategi för primärvården som underlättar identifiering med hjälp av journalsystemet. Att i den vuxne patientens journal fylla i "anhörigrutan" med minderåriga barn som patienten har vårdnaden om skulle påminna personalen om att se patienten i sitt sociala sammanhang. En sådan påminnelse gör att identifieringen av aktuell målgrupp blir enklare, tydligare och svårare att förbise.

Att stödja barn som anhöriga

Av de 40 % som rapporterat att de haft en patient enligt 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. Distriktsläkarna hade i högre grad än distriktssköterskorna identifierat aktuell patientgrupp ($p < 0,001$), frågat om familjesituationen och diskuterats barnets situation (ej signifikant). Om diskussionen medfört ytterligare åtgärder för barnet visade det sig däremot att detta i något högre utsträckning utförts av distriktssköterskor (ej signifikant). Orsaken till att distriktsläkarna i högre grad identifierar barnen kan sannolikt härledas till att de har det yttersta medicinska ansvaret för patienten. Att sedan distriktssköterskorna i högre grad verkställer åtgärder stämmer bra

överens med distriktssköterskans yrkesroll generellt, som ofta åtar sig uppdraget att vara ”spindeln i nätet” gällande sociala frågor.

I resultatet framkom också att de som helt eller delvis arbetade på barnvårdscentral i högre utsträckning uppmärksammade aktuell patientgrupp och såg barnet samt diskuterade dennes behov av stöd. Detta kan troligen härledas till att personal som också arbetar på barnvårdscentral 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 ifrån Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut (2011) visar att lagstiftningen framförallt haft svårt att få genomslag inom den somatiska vården. Detta visas även i denna studie då mer än hälften av personalen inte ens kände till lagen att hälso- och sjukvårdspersonal särskilt bör uppmärksamma barn som anhöriga, samt att endast en knapp tiondel av personalen 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 skulle kunna stärkas av Landstinget i Värmlands intention (2009) att implementera barnkonventionen i sina verksamheter. Som ett led i denna intention har barnrättsombud utbildats. För närvarande finns endast sex barnrättsombud inom allmänmedicin i Värmland och arbetet har därmed ännu inte fått fullt genomslag. Rekrytering av barnrättsombud pågår årligen och förhoppningsvis kommer primärvården i Värmland tydliggöra uppdraget och utöka nätverket framöver.

Den ekologiska modellen i relation till barns rätt som anhöriga

De professionellas arbete för att identifiera och stödja barn som anhöriga kan enligt den ekologiska modellen beskrivas enligt följande. I *makrosystemet* befinner sig lagen om barns rätt till information, råd och stöd. Även FN:s konvention om barns rättigheter finns i detta yttersta system. Förutom dessa lagar och rekommendationer kan i makrosystemet finnas andra faktorer som kan ha en påverkan på arbetet i detta sammanhang. Det kan exempelvis vara

professionellas och andras attityder, normer och värderingar kring psykisk sjukdom och missbruk. Även tabu kring detta ämne kan influera och försvåra arbetet. I *exosystemet* befinner sig Hälso- och sjukvården tillsammans med andra myndigheter och verksamheter som kan vara aktuella för arbetet att stödja barn som anhöriga. I detta system får strategier för implementering och förankring av både lagen och konventionen om barns rättigheter betydelse för hur väl dessa ska kunna ge stöd till *mikro- och mesosystemet*. Mikro- och mesosystemet är de innersta systemen och har den direkta påverkan på barns hälsa och utveckling. Om de yttre och övergripande systemen skapar förutsättningar för att uppmärksamma och stödja de sårbara barnen och deras nära relationer kan de övergripande systemen i samverkan med de andra ge positiva effekter på barns hälsa.

Styrning och utbildningsbehov

Endast en tiondel av respondenterna ansåg att de fått en passande utbildning för att identifiera och stödja barn som anhöriga. Även 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 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 verksamhetsledningen och från politiker för att kunna anta denna arbetsuppgift (Jansson et al, 2011). Utbildningsområden som personalen framhöll som viktiga var framförallt utbildning i barns hälsa och utveckling samt risk- och skyddsfaktorer gällande utsatta barn. För kompetensutveckling inom detta område skulle den utvecklingsekologiska modellen med fördel kunna ligga som grund vid utbildningstillfället med tanke på att den tar hänsyn till barns utveckling både på individ-, grupp- och samhällsnivå. Svensson (2013) menar att ”denna modell kan ses som ett teoretiskt ramverk som öppnar upp för en bred förståelse av ett fenomen” (s.18).

Att stödja barn som anhöriga, ett folkhälsoarbete

Studiens kvalitativa del visar att det inom primärvården i Värmland arbetar personal som har en vilja att arbeta för de utsatta barnen. De uttrycker att det preventiva arbetet är viktigt och

önskar att de hade mer resurser och stöd för att kunna göra de prioriteringar som krävs. De beskriver en önskan om att folkhälsoarbetet för barn och unga inom primärvården borde delges mer uppmärksamhet från chef och ledning.

Enligt folkhälsorapporten (2013) framgår att förutsättningarna för hälsan bland barn och unga har förbättras över tid men att skillnaderna mellan olika grupper har ökat. Exempelvis är dagens unga och unga vuxna (15-24 år) en grupp som fått en allt sämre självupplevd psykisk ohälsa och är enligt statistiken den grupp som i dagens Sverige mår allra sämst. Barn som anhöriga är troligtvis en stor grupp barn i vårt samhälle och sannolikt utgör barn som anhöriga en majoritet i gruppen av unga och unga vuxna drabbade av psykisk ohälsa. Anknypningsteorin skulle här kunna ses som en förklaringsmodell. Barn som utvecklar en otrygg eller desorganiserad anknytning har en ökad risk för framtida ohälsa (Killén, 2011). Studier visar att så mycket som 80 % av de barn som utvecklar en otrygg eller desorganiserad anknytning, framförallt tillhör barn till psykiskt sjuka eller missbrukande föräldrar (Hagström & Ingvarsdotter, 2012).

Att tidigt identifiera och erbjuda barn som anhöriga deras rättigheter skulle vara ett bidrag i arbetet för att vända den ökande trenden av psykisk ohälsa hos framtidens unga. Genom att erbjuda barn, som är anhöriga, information, råd och stöd skulle både begriplighet, hanterbarhet och kanske också meningsfullhet utvecklas i linje med Aron Antonovskys (2001) teori. Att erbjuda förutsättningar att få växa upp i en tillvaro där möjligheterna finns för att utveckla resiliens och en känsla av sammanhang gör arbetet att stödja barn som anhöriga till ett viktigt folkhälsoarbete. Ett folkhälsoarbete med positiva effekter för både den enskilde individen och för samhället, det vill säga på både mikro- och makro nivå.

Utvecklings- och forskningsområde

Resultatet visar att majoriteten av personal inom primärvården har ett svalt intresse för att delta i studier gällande barn som anhöriga. Detta har även framkommit tidigare (Socialstyrelsen & Statens Folkhälsoinstitut, 2011). Med anledning av detta finns anledning att fundera på hur utvecklingsarbetet på bästa sätt ska drivas vidare. Utveckling är nödvändig både inom de kliniska verksamheterna och inom forskningen kring implementering och tillämpning av lagen och barns rättigheter. En bra design på forskning i detta sammanhang skulle kunna vara deltagarbaserad forskning då denna typ av forskning överbryggar klyftan mellan teori och praktik (Furenbäck, 2012). Deltagarorienterad forskning är en

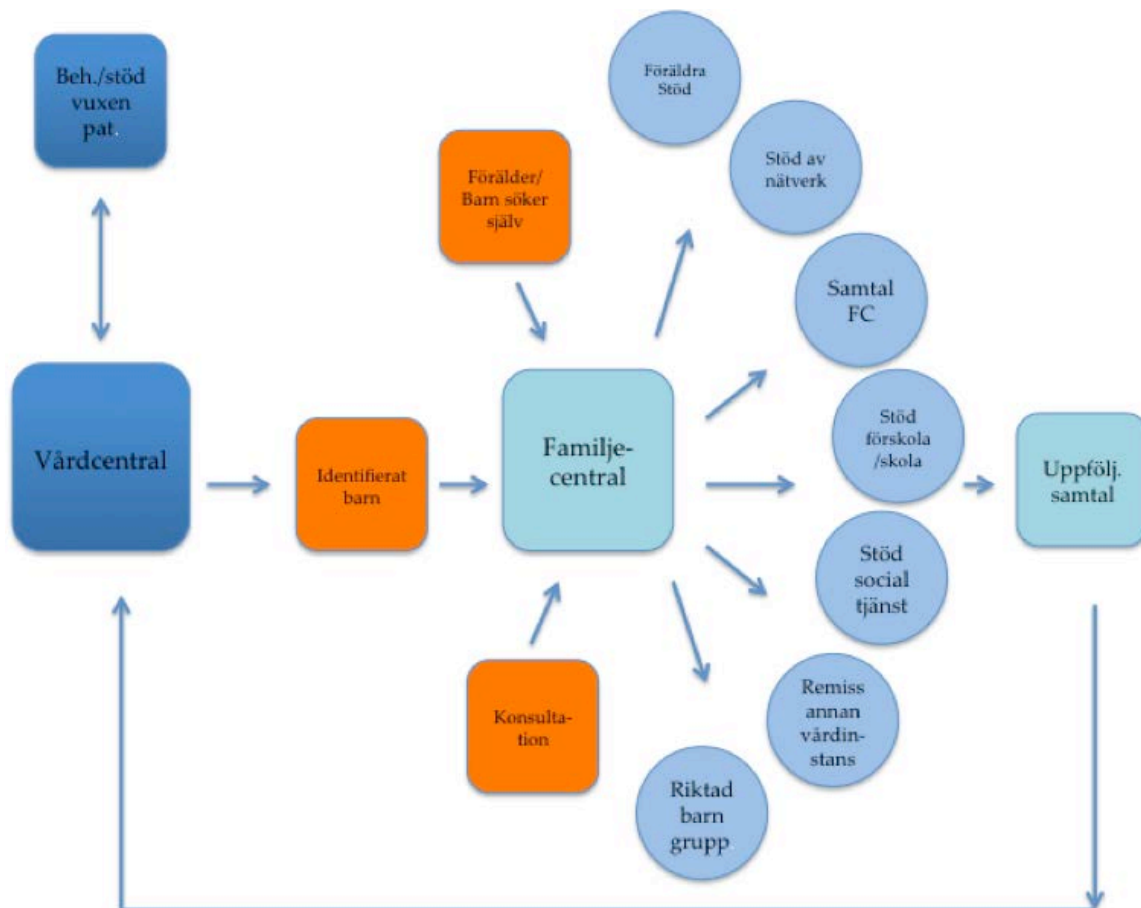
forskningsstrategi som syftar till att stärka människor och bidrar till att öka deras handlingskompetens och motivation till förändringsarbete (Askheim & Starrin, 2007). Det är en forskningsdesign som tillsammans med utbildningsinsatser skulle kunna stärka och bygga självförtroende hos dem som inom primärvården känner sig osäkra och saknar modet att möta barnen. Denna typ av forskning skulle sannolikt vara ett bra val för att öka engagemanget hos primärvårdens personal och på så sätt effektivisera förändringsarbetet. Ett sådant förslag kan vidarebefordras till Statens Folkhälsoinstitut och Sveriges Kommuner och Landsting vilka har uppdraget att driva implementeringen av lagen för barn som anhöriga inom de olika verksamheterna.

Konklusion

Huvudresultatet i studien är att en stor del av primärvårdspersonalen i Värmland inte har kännedom om lagen från den 1 januari 2010 att hälso- och sjukvårds personal särskilt bör uppmärksamma barn som är anhöriga och erbjuda dem information, råd och stöd. Detta medför att en stor del av barn som är anhöriga sannolikt vare sig blir identifierade eller erbjudna information, råd och stöd inom dagens primärvård i Värmland. Resultatet påvisar brister och personalen anser att primärvården behöver mer resurser, bättre styrning, mer utbildning och samverkansstrukturer för att arbetet ska utvecklas. Enligt litteraturen är samverkan många gånger svårt att få till och kräver strukturella förutsättningar för att bli framgångsrikt (Jakobsson & Lundgren, 2013). I arbetet kring barn som anhöriga kan insatserna komma att innefatta flera samhällssektorer och aktivera flera av systemen i den ekologiska modellen. Detta ställer ytterligare krav på att en tydlig samverkans/handlingsplan bör finnas för att arbetet skall bli möjligt att genomföra på ett bra sätt.

I en nyligen publicerad studie om familjecentraler påvisades att familjecentral som organisationsform skapar bättre förutsättningar för både samverkan, preventiva insatser och föräldrastöd (Fabian et al, 2013). Familjecentraler finns idag inom flertalet kommuner i Värmland 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. Utifrån de resultat som framkommit har författaren konstruerat en samverkans/handlingsplan som innefattar ett fördjupat samarbete mellan vårdcentral och familjecentral kring fortsatt stöd för aktuell målgrupp (figur 2). Denna samverkansplan kan ses som 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 arena kan goda förutsättningar för framgång i detta viktiga folkhälsoarbete skapas.



Figur 2. Samverkans/handlingsplan: 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 barnvårdscentral 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, anhöriggrupp, 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.

Fortsatt forskning

Studien är unik i sitt slag då så vitt jag vet, inga studier om hur implementeringen av lagen som tillägnas barn som anhöriga finns publicerade nationellt eller internationellt. Detta ger således studien ett extra högt värde och kan ses som en början på ett högaktuellt forskningsområde. Med tanke på den minimala tillgången på litteratur och forskning kan all fortsatt forskning inom aktuellt området uppmuntras. Speciellt värdefullt vore att utforska lämpliga samverkansstrukturer som möjliggör att barn som anhöriga får sina rättigheter tillgodosedda inom hälso- och sjukvården framöver.

Referenser

- Antonovsky, A. (2001). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och kultur
- Askheim, O. & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups
- Axelsson, R. & Axelsson-Bihari, S. (2007). *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Poland: Studentlitteratur
- Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjällström, T. (2010). *Grundläggande epidemiologi*. Lund: Studentlitteratur
- Berger, L.M. (2005). Income, family characteristics and physical violence toward children. *Child abuse & Neglect*, Volume 29, Issue 2, 107-133
- Bergman, D., Piiva, K., Sandahl, C. & Widmark, C. (2011). Barriers to collaboration between health care, social services and schools. *International journal of integrated care*. Volume 11. 1-9
- 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
- Boydell, K., Gladstone, B. & McKeever P. (2005). Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. *Social Science & Medicine* 62, 2540-2550
- Borge Helmen, A. (2005). *Resiliens, risk och sund utveckling*. Lund: Studentlitteratur
- Brooks, R. & Goldstein, S. (2006). *Resilience in children*. USA: Springer
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB
- Ejlersson, G. (2012). *Statistik för hälsovetarna*. Lund: Studentlitteratur
- Ejlertsson, G. (2005). *Enkätboken i praktiken, en handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur
- Ejvegård, R. (2003). *Vetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Eliasson, A. (2010). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International*, volym 23 No 2, 190-199
- Fabian, H., Sarkadi, A. & Wallby, T. (2013). Bättre stöd till föräldrar vid familjecentraler. *Läkartidningen*. 2013:110: CADY

- Foster, K., McAllister, M. & O'Brien, L (2005). Addressing the needs of children of parents with a mental illness: current approaches. *Contemporary Nurse*, 18, 67-80
- Furenbäck, I. (2012). *Utveckling av samverkan, ett deltagarorienterat aktionsforskningsprojekt inom hälso- och sjukvård*. Göteborg: Nordic school of public health
- Graaf, W., Hoekstra, H., Hoekstra-Weebers, J., Huizinga, W. & Visser, A (2004). The impact of parental cancer on children and the family: a review of the literature. *Cancer treatment reviews*, 30, 683-694
- 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 ojämlik hälsa*. Malmö: Kommission för ett hållbart Malmö
- Hindberg, B. (2011). *Sårbara barn*. Mölnlycke: Gothia förlag
- 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). *Sårbara barn, barn, forældre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Akademisk förlag
- Korhonen, T, Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2006). Implementing child-focused 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
- 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
- Macmillan, RN., Mc Caughan, E & Semple, C. (2013). Family life when a parent is diagnosed with cancer: impact of a psychosocial intervention for young children. *European journal of cancer care*. 22, issue 2, 219-231

- Moore, C.& Waltré, E. (2001). *Råd till föräldrar när den psykiska hälsan vacklar. Rädda barnen*. Värnamo: Fälth & Hässler
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2008). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber
- Regeringskansliet.(2006). *Mänskliga rättigheter. Konventionen om barns rättigheter*. Stockholm: Edita Norstedts Tryckeri AB
- 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 (2012). *Beskrivning av vårdutnyttjande för patienter med psykisk ohälsa en rapport baserad på patientregistret och dödsorsaksregistret vid Socialstyrelsen*. Hämtad från internet 2013-04-12. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-14>
- 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
- Socialstyrelsen(2009). *Folkhälsorapport 2009*. Västerås: Edita Västra Aros
- 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
- 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 (2011). *Handlingsplan för att stärka implementeringen av FN:s konvention om barns rättigheter i kommuner, landsting och regioner*. Stockholm:
- Söderbäck, M. (2010). *Barns och ungas rätt i vården*. Stockholm: Edita Västra Aros
- Söderblom, B. & Inkinen, M. (2009). *Skapa förståelse tillsammans*. Västra Frölunda: Intellecta Infolog

Trondsen, M. (2011). Living with a mental ill parent: exploring adolescents experiences and perspectives. *Qualitative health research* 22 (2), 174-188

Trost, J. (2007). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur

Wahlgren, L. (2008). *SPSS steg för steg*. Poland: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Överlien, C. (2012). *Våld i hemmet, barns strategier*. Polen: Demograf

Internetadresser

<http://kunskaptillpraktik.skf.se/utvecklingsomraden/foraldrastod> 130208

Bilagor

Bilaga 1. Missivbrev och enkät

Att identifiera och stödja barn som anhöriga inom primärvården i Värmland

Härmed tillfrågas du som arbetar som distriktsläkare eller distriktsköterska inom primärvården i Värmland om medverka i en enkätundersökning. Studie syftar till att ta reda på hur personal inom primärvården i Värmland 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, Karlstads Universitet.

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
Distriktsköterska BVC
Familjecentralen Mörmo Gård, Skoghall
054-618435, 070 2802621
E-post: asa.karlsson@liv.se



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
- Barnmorskemottagning
- 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!

Bilaga 2. Statistik gällande besök i Primärvården i Värmland

Patientbesök till primärvården i Värmland för patienter födda mellan 1960-1990 under tiden januari - mars 2013. Under denna tid hade **2210 besökare** en eller flera av diagnoserna nedan. Motsvarande siffra för hela 2012 var **4894**. Detta enligt Hans Carlsson, Hälso- och sjukvårdstaben.

Nedanstående diagnoser med diagnoskoder har använts för inhämtande av statistik.

Alkoholberoende	F102
Alkoholproblem	F109P
Autism	F89-P
Depressiv episod /depression	F32-
Depression recidiverande	F32-
Drogberoende	F19-P
Förstämningssyndrom	F39-P
Generaliserat ångestsyndrom	F411
Manodepressiv sjukdom	F31-
Neuros, Neurasteni	F48-
Paniksyndrom	F410
Personlighetsstörning hos vuxen	F69-P
Psykisk utvecklingsstörning	F79-P
Schizofreni	F20-
Symtom avseende känsloläge, Dysföri Nervositet	R45-P
Utmattningsyndrom	F438A
Ångestsyndrom	F411-
Ångestillstånd	F419P
ALS	G122
Epilepsi	G40-P
MS	G35-
Parkinsons sjukdom	G20-
Bröstcancer	C50-
Hjärntumör	C71-P
Koloncancer	C18-P
Livmodercancer	C55-P
Livmoderhalscancer	C53-
Lungcancer	C34-P
Prostatacancer	C61-
Rektalcancer	C20-P
Ventrikelcancer	C16-
Äggstockscancer	C56-