



GÖTEBORGS UNIVERSITET
INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Tidigare kom familjerna till BUP - idag kommer föräldrarna med sina barn

En kvalitativ studie om behandlares tankar om och
erfarenheter av familjearbete inom BUP
öppenvårdsmottagning

SQ1562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

C-uppsats ht - 2012

Författare: Åsa Wireby

Handledare: Annica Johansson

ABSTRACT

Titel: Tidigare kom familjerna till BUP, idag kommer föräldrarna med sina barn. En kvalitativ studie om behandlares tankar om och erfarenheter av familjearbete inom BUP öppenvårdsmottagning.

Författare: Åsa Wireby

Nyckelord: BUP, familjearbete, behandlare

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) har en lång tradition av att arbeta med familjer, där kunskap om barnet i samspel med familj och omgivning har varit vägledande. Under de senaste åren har det skett en kursändring mer mot det medicinska perspektivet och det finns en ökad tendens att förklara sociala svårigheter med psykiatriska diagnoser. Familjearbetet anses vara på tillbakagång på grund av ett allt mer individualiserat samhälle. Det spekuleras om att orsakerna till minskat familjefokus kan bero på att det upplevs tidkrävande och att behandlare saknar kompetens. Den här uppsatsen handlar om behandlarnas egna tankar om och erfarenheter av familjearbetet inom Barn- och ungdomspsykiatriens öppenvårdsmottagning. Hur ser familjearbetet ut idag och vad påverkar det arbetet? Anses familjeperspektivet vara viktigt och hur blir det i så fall synligt på mottagningen? Hur tänker behandlarna om framtidens familjearbete inom BUP? Fem intervjuer med behandlare har utförts och analyserats med hjälp av meningskategorisering. I resultatet framkommer det att familjearbetet har minskat och att det nu finns under andra former. Ett ökat fokus på barnets individuella svårigheter från skolan, föräldrar och även inom BUP ses som orsaker till minskat familjearbete. Brist på tid och gemensam utgångspunkt inom organisationen ses som faktorer som påverkar mer än brist på kompetens eller att familjearbete i sig är tidskrävande. I resultatet framkommer viss oro över den utvecklingen som har varit, men också en framtidstro och ett engagemang för familjearbetet inom BUP.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
Bakgrund och problemformulering.....	1
Syfte och frågeställningar	2
Bakgrundsfakta	2
Definition av familjearbete	2
Förförståelse	3
TIDIGARE FORSKNING	4
Familjearbete inom BUP.....	4
Vad påverkar familjearbete.....	5
Samhällsförändring	5
Ingången	7
Organisation	7
Familjeperspektivets betydelse	8
Familjearbetets framtid	9
TEORETISKA PERSPEKTIV	11
Biopsykosocialt perspektiv	11
Systemteori.....	11
Kausalitet.....	12
Expertrollen.....	12
Interaktion	13
Epistemologi (kunskapsteori).....	13
Reflektion	13
Evidens.....	14
Organisationsteori	14
Teamorganisation.....	14
Regression och progression.....	15
Struktur.....	15
Kultur	15
METOD.....	17
Metodval	17
Urval och tillvägagångssätt	17
Intervjuguide	17
Analysmetod	18
Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.....	19
Litteratur och materialsökning	19

Etiska frågor	20
RESULTAT	21
Familjearbetet inom BUP.....	21
Parallell barn- och föräldrabehandling.....	21
Familjesamtal	21
Samspelsbehandling.....	22
Föräldragrupper.....	22
Vad påverkar familjearbetet.....	22
Samhällsförändringar och neuropsykiatrisk kunskap	23
Skolan.....	23
Första samtalet	23
Föräldrar	24
Profession	25
Kompetens.....	25
Ledning	26
Tiden	27
Kulturen.....	28
Familjeperspektivets betydelse	29
Familjen som resurs	29
Synen på förändring	30
Familjearbetes framtid	32
Gemensamt projekt – en förutsättning.....	32
Korttidsinsats – en möjlighet	33
Flexibilitet – en styrka.....	34
ANALYS OCH DISKUSSION	36
Familjearbetet inom BUP.....	36
Vad påverkar familjearbete.....	36
Förväntningar	37
Organisation	37
Familjeperspektivets betydelse	39
Familjearbetets framtid	42
SLUTDISKUSSION	44
REFERENSLISTA	47
BILAGOR.....	50
Bilaga 1: Intervjuguide.....	50
Bilaga 2: Problemformulering.....	51

INLEDNING

Bakgrund och problemformulering

Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) tillhör hälso- och sjukvården och är en specialiserad verksamhet med målsättning att främja psykisk hälsa hos barn, ungdomar upp till 18 år och deras familjer. Barn och ungdomar med psykisk ohälsa eller som befinner sig i riskzonen att utveckla det, skall erbjudas insatser så tidigt som möjligt. Enligt Lundqvist (2011) har Barn- och ungdomspsykiatri har en lång tradition av att arbeta med familjer, där kunskap om barnet i samspel med familj och omgivning har varit vägledande. Barn och ungdomar är på ett avgörande sätt beroende av trygga vuxna för att utvecklas. Föräldrar och barn påverkar varandra i ett ständigt samspel och familjens relationer kan både vara en resurs, men också ett hinder för fortsatt utveckling och hälsa. Oavsett ålder eller problem är föräldrarnas medverkan i behandlingen avgörande för att skapa förändring. Barnet eller ungdomen kan inte ta ansvar för den förändringen på egen hand (Lundqvist, 2011). I BUP:s egen rapport, där grunderna i barnpsykiatriskt arbete beskrivs, poängteras att:

”Genom att behandlingsinsatser inbegriper också familjen kan vi ibland undanröja risken för att barnet blir kvar i ett system som låser och som förstärker dess svårigheter. Om man undanröjer onda cirklar i familjesystemet skapas i bästa fall möjligheter för barnet att utvecklas utifrån alla sina förmågor och förutsättningar” (Lundqvist, 2011, s 14).

Under de senaste åren har det blossat upp en debatt om ett allt mer individualiserat samhälle, där det inom den psykiatriska vården har handlat om att familjebehandling är på tillbakagång. Wrangsjö (2011) menar att man numera inom BUP sällan tar reda på hur barnets symtom reglerar samspelet i ett dysfunktionellt familjesystem. Han menar vidare att orsaker till minskat familjefokus kan bero på att det anses vara tidkrävande och att behandlare ofta saknar kvalificerad kompetens. Det medicinska perspektivet får allt större utrymme och då framförallt inom det neuropsykiatriska området. Även Modigh (2006) belyser den utvecklingen och menar att det har skett en kursändring mot det medicinska perspektivet och att det finns en ökad tendens att förklara sociala svårigheter med psykiatriska diagnoser.

Ovanstående debatt om utvecklingen inom Barn- och ungdomspsykiatri har väckt mitt intresse för vad som händer med familjeperspektivet och då främst familjearbetet inom Barn- och ungdomspsykiatri. Det har inte kommit till min kännedom om någon forskning som berör behandlarnas egen uppfattning om vad som påverkar möjligheten till familjearbete idag inom Barn- och ungdomspsykiatrisk öppenvårds mottagningar. Debatten i samhället som jag hänvisade till ovan, handlar mer om en allmän debatt snarare än forskning (se vidare Wrangsjö, 2011). Det har därför varit intressant att få ta del av tankar och erfarenheter från behandlare, som arbetar med familjearbete inom BUP idag.

Syfte och frågeställningar

Syftet med den här undersökningen är att få ta del av behandlares tankar om och erfarenheter av familjearbetet inom Barn- och ungdomspsykiatriens öppenvårdsmottagning. För att uppnå mitt syfte utgår jag från följande frågeställningar:

- Hur ser familjearbetet ut idag och vad påverkar det arbetet?
- Anses familjeperspektivet vara viktigt och hur blir det i så fall synligt på mottagningen?
- Hur tänker behandlarna om framtidens familjearbete inom BUP?

Bakgrundsfakta

Den första kontakten när barn och deras familjer söker sig till BUP sker alltid på en öppenvårdsmottagning, som är basen i verksamheten. Där erbjuds insatser som bedömning, utredning och behandling för både barn, ungdomar och familjer. Förutom öppenvårdsmottagningar finns flera olika specialistenheter med specifik inriktning mot vissa psykiatriska problem. Omfattning och allvarlighetsgrad avgör om en insats blir aktuell där. Klinikerna är organiserade på lite olika sätt men i grunden finns ofta specialistenheter inom områdena ätstörning, neuropsykiatri, självskadebeteende och familjeproblematik.

Det finns flera olika professioner anställda inom Barn- och ungdomspsykiatri, då verksamheten är en tvärvetenskaplig disciplin. Inom öppenvårdsmottagningarna arbetar socionomer, psykologer, sjuksköterskor, behandlingsassistenter, sekreterare och läkare. För att arbeta inom BUP krävs en vidareutbildning, så kallad steg-I kompetens, utöver grundutbildningen. Det finns olika inriktningar på vidareutbildningarna där psykodynamisk, KBT eller familjeterapeutisk inriktning är det vanligaste. Förutom steg-I kompetens, har behandlarna ofta ytterligare kortare eller längre vidareutbildningar, där inriktning mot familj och samspel är en av dem.

Arbetet på kliniken präglas av en helhetssyn, vilket innebär att patienten skall ses i sitt livssammanhang. Man försöker alltid se barnen/ungdomarna som en del av familjesystemet. Helhetssynen blir också tydligen genom att de barnpsykiatriska utredningarna bygger på fyra delar; psykologiska, medicinska, psykosociala och pedagogiska (allsidig elevutredning som skolan gör, bestående av psykologiska tester och en psykosocial anamnes). Ofta arbetar man i team bestående av en kurator och en psykolog (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2010).

Definition av familjearbete

Då min undersökning är utförd inom öppenvårdsmottagningen, skulle jag vilja definiera familjearbetet utifrån Hanssons (2004) definition av familjebehandling. Han menar att då behandlingen riktar sig till familjer är det målgruppen (familjen) som definierar behandlingen, men också utifrån behandlarens kunskaper om hela familjesystem där man försöker förstå och påverka visst problem eller symptom.

Ringborg (2010) beskriver olika nivåer när det gäller familjearbete, där omfattning är det som skiljer de åt. Den enklaste formen kallas för kontakt. Därefter kommer informationsutbyte, planering, psykopedagogik, förändrande familjesamtal och till sist familjeterapi. Utifrån det området jag har tänkt

undersöka passar psykopedagogiknivån och förändrade familjesamtal bäst in. Psykopedagogiknivån innebär ett samarbete som till största delen består av undervisning, som t.ex. gruppverksamhet. Förändrande familjesamtal beskrivs som en serie samtal, där det finns en överenskommelse med familjen om att arbeta kring uttalade problem.

Socialstyrelsen (2010) skiljer på familjeterapi och övrig familjebehandling. Dels genom att det krävs viss utbildning och kompetens hos behandlaren och dels för att ett speciellt psykoteraeutiskt kontrakt etableras mellan terapeut och patient i behandlingen. Inom den BUP-klinik som studien är utförd, erbjuds mer omfattande behandlingen, som familjeterapi, inom specialistenheterna snarare än inom öppenvården.

I uppsatsen används begreppen familjearbete och familjebehandling växelvis och de båda betyder egentligen samma sak och passar bra för den definition som beskrivs här ovan. Båda begreppen beskriver ett arbete med familjen och på så sätt också en behandling och ett förändringsarbete.

Förförståelse

Bryman (2012) beskriver att det är viktigt att författarens egna förförståelse redovisas så att var och en som tar del av materialet kan bilda sig en egen uppfattning av dess giltighet utifrån tolkningar och kontext. Att jag själv har vidareutbildning i familjeterapi, tidigare erfarenhet av att arbeta med familjearbete och att jag gjorde min praktik inom BUP har med största sannolikhet påverkat undersökningen. Det finns en risk att jag har framställt familjebehandling som bättre framför annan behandling, att jag är allför kritisk till om den behandlingen uteblir eller att jag på något annat sätt ser det jag tror mig veta och då missar att se allt annat. Med en medvetenhet om det kan jag också se på min förförståelse så som Thomassen (2007) beskriver det, att den förståelsen som vi har med oss är en förutsättning för att förstå och få en mening i det nya vi möter. Den kunskapen kan också vara en hjälp för att till exempel att ställa relevanta frågor.

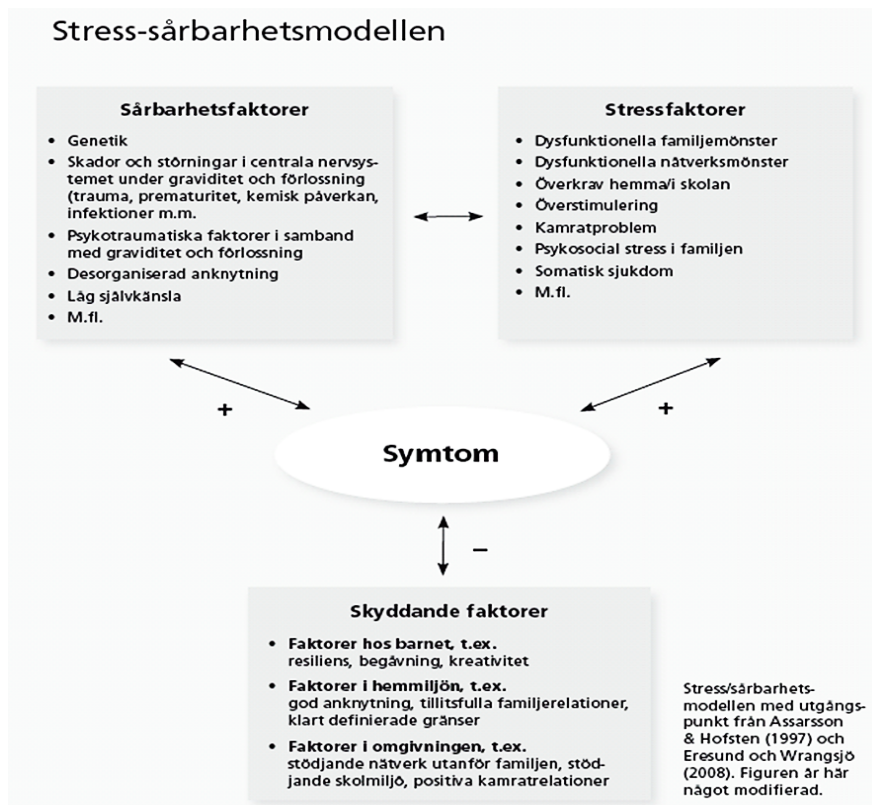
TIDIGARE FORSKNING

Nedan följer en beskrivning över BUP:s egna riktlinjer och rekommendationer när det gäller behandlingsarbete. Därefter följer en redogörelse över relevant forskning.

Familjearbete inom BUP

Lundqvist (2011) redogör i sin BUP-rapport de grundläggande värderingarna som skall ligga till grund för behandlingen inom BUP. Oavsett ålder på barnet behövs ett samarbete med föräldrarna och det är en viktig del när det gäller möjligheten till förändring. Samspelet mellan barnet och föräldern behöver bli synligt för att förstå barnets symtom. Genom att se till hela familjesystemet i behandlingen minskar risken för att barnet blir kvar i ett system som kan hämma utvecklingen. När det gäller att bemöta föräldrarnas uppfattning om behandling beskrivs att "Föräldrarnas bild i kombination med barnets bild av problemet blir utgångspunkten för behandlingen. Men behandlare får inte frånsäga sig sin kompetens om de tycker sig se ett annat behov av åtgärd än det som familjer ger uttryck för" (ibid. s. 15).

Lundqvist (2011) poängterar att genom att inleda kontakten på familjenivå, finns möjlighet att fånga upp de resurser som finns i familjen. Det ger också signaler om och förmedlar en tilltro till familjen att det är den närmaste omgivningen som är viktigast. Om förändringar i barnets sammanhang minskar symtomen, behöver inte insatser från BUP bli större än nödvändigt. När det gäller synen på hur problem uppstår menar Lundqvist (2011) att BUP utgår från det biopsykosociala synsättet. Stress- och sårbarhetsmodellen (se figur 1) som används inom barn och ungdomspsykiatri har sin grund i det biopsykosociala perspektivet.



Figur 1: Stress- och sårbarhetsmodellen (Lundqvist, 2011 s. 21)

Modellen utgår från ett salutogent och hälsofrämjande synsätt. Den tydliggör att barnet och dess individuella förutsättningar kan ses som ett perspektiv och barnet i samspel med familj och närmaste omgivning som ett annat. Båda perspektiven samverkar cirkulärt och det blir tydligt att samtliga delar måste finnas med. Inom både stress- och skyddsfaktorer finns många familjerelaterade områden uppräknade där det är lämpligt att arbeta utifrån ett familjeperspektiv.

I *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling* (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2010) presenterar BUP sina riktlinjer som stöd och vägledning i valet av metoder. Där beskrivs att symtom ska sättas in i olika sammanhang där nätverk, familj och individen själv skall ses utifrån samverkan mellan psykologiskt- socialt och biologiskt perspektiv. Evidensbaserad behandling skall användas i första hand och om inte evidensstudier finns skall bäst beprövad erfarenhet ligga till grund för val av behandling.

Varje psykiatrisk diagnos beskrivs detaljerat i symtom och problem. En översikt över tänkbara behandlingsinsatser presenteras tillsammans med varje diagnos. De behandlingsinsatser som ofta rekommenderas i första hand är psykoedukativa interventioner. Med det menas att information ges om diagnosen för att öka förståelsen av problematiken. Familjearbete finns med som en av flera behandlingsalternativ vid ADHD, autism, depression och ångest. Vid trotssyndrom och uppförandestörning är familjearbete som behandlingsmetod ett förstahands alternativ (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2010).

Utöver generellt perspektiv med en helhetssyn behöver behandlaren inom BUP särskild specialistkunskap. Under det första samtalet, då behandlarna skall göra en bedömning, är det viktigt att ”barnet själv är mer i fokus än problemets underliggande orsaker eller möjliga lösningar. Syftet är att renodla perspektivet så att barnet och dess individuella behov lyfts fram tydligt och inte döljs bakom familjerelationer och andra viktiga faktorer” (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2010 s. 10).

Vad påverkar familjearbete

Samhällsförändring

Dencik (2005) har i Danmark forskat kring hur samhällsförändringar, och då främst individualisering, har påverkat barn och familjers sociala relationer. Det individuella självbestämmandet innebär att var och en är utlämnad till att hantera situationer själv och en bra självkänsla är idag viktigare än någonsin. Knoll och Witt (2011) beskriver det globaliserade och öppna samhället som innebär minskad anställningstrygghet, hög belastning och stor konkurrens. Det gör att den viktiga gemenskapen och de sociala relationerna inom arbetslivet har minskat. Författarna menar vidare att höga krav på karriär och flexibilitet inom den obeständiga arbetsmarknaden kan vara svår att kombinera med familjelivet. Även Dencik (2005) lyfter fram de globaliserade referensramar där alla har möjlighet att jämföra sig med de mest lyckade. Psykologiska spänningar kan lätt uppstå mellan de lyckade föreställningarna och det egna upplevda självföraktet. Kihlbom (2000) bidrar med tankar om samhällets ekonomi för att förstå den ökade individualiseringen. Han menar att det är lättare för politiker att betala för

medicinska än sociala problem, vilket kan ses som en anledning till att medicinska diagnoser efterfrågas mer.

Knoll och Witt (2011) menar att med individualisering minskar också traditionell gemenskap och med den också en del av tryggheten. Den offentliga gemensamma sektorn tar idag större ansvar och barn växer upp under dubbelsocialisering, där barnomsorg, skola och fritidsverksamhet är en stor del. Knoll och Witt (2011) beskriver vidare att den individuella självständigheten kan ses i ett beroendeförhållande med staten och samhället där offentlig styrning och kontroll får ett allt större utrymme. Hertz (2011) poängterar också problematiken och menar att ökningen av neuropsykiatriska problem hos barn och ungdomar kan förstås utifrån en försvagad socialisering i samhället. Han menar vidare att möjligheten till det tidigare korrigerande umgänget och gemenskapen med andra har minskat.

Modigh (2006) beskriver den kursändring mot biomedicin som har ägt rum inom psykiatrin den senaste tiden. Författaren menar att det medicinska perspektivet gör psykiatri av människors problem i vardagen. Det finns idag en tendens att förklara sociala problem med psykiatriska diagnoser. Han menar vidare att en förklaring kan ses utifrån skolans sätt att hantera barn med skolsvårigheter där tillkortakommande beskrivs som individens egna. Utredda och diagnostiserade barn ses ofta som en förutsättning för möjligheten till extra resurser i skolan.

Modigh (2006) beskriver vidare att en del av individualiseringen innebär att vi förväntas göra egna val i livet. Föräldrar förväntas välja rätt för sina barn när det gäller allt från vård till skola. Det finns oändligt med information om hur allt skall göras, vara och fungera för att familjen skall bli lycklig. Det finns enligt Björk (2011) en prestationshets inom föräldraskapet där expertutlåtande i alla olika former tränger in i människors vardagliga liv. Föräldrarnas självförtroende och känsla av att bäst känna sina barn minskar. Även Dencik (2005) beskriver att förutom självtillit så är tillit till andra en allt viktigare del i dagens samhälle. En tillit till hela system av experter.

I det individualiserade samhället förväntas vuxna förverkliga sig själva som människor. Björk (2011) beskriver att föräldrar har svårt att hinna med och att få ork till att vara föräldrar med tanke på allt annat som de också förväntas göra. En följd av det kan bli att barn hetsas att växa upp fort och ta ett stort ansvar. Författaren menar vidare på att hetsen att snabbt bli vuxen också kommer från skola, medier och hela samhällskulturen. Många barn är inte mogna för att leverera, utföra och ta ett ansvar på den nivå som det förvänts. Hertz (2011) belyser också det och menar att barn idag växer upp i en oroskultur där ”idealiseringen av den fria, oberoende och självskapande människan som skall prestera för att bli sedd och inte är någonting i sig själv” (ibid. s. 329). Författaren beskriver vidare att alla har friheten att skapa sig själva, men om man inte lyckas med det får man skylla sig själv och känna av skammen. Sjukrollen blir på så sätt mer attraktiv att ta till och diagnossättande ger människor rätten att lida på ett mer berättigat sätt (Hertz, 2011). Även Dencik (1989) belyser problematiken med synsättet att barn behöver prestera och hur risken för att falla utanför ramarna ökar. Han menar att man pedagogiserar barnens liv och patologiserar oönskat beteende.

”Life is beginning to look like a never ending examination situation () you are what you perform, neither more nor less. Some pass, other do not make it () which children will pass all the tests they need to, one by one, to land up on the sunny side of the street in the post modern world? Some, perhaps many children will fail. Which of them? How will that be related to their present childhood?” (ibid. s. 177).

Ingången

Hartzell (2010) har forskat om det första mötets betydelse då behandlare möter familjen på BUP. Faktorer som visade sig ha betydelse var förväntningar, både från föräldrarnas och från behandlarnas sida. Behandlarna kunde hamna i ett dilemma då de hade ett uppdrag från organisationen att göra vissa saker under första samtalet, samtidigt som de ville vara flexibla och möta familjen där den var. För föräldrarna var det också viktigt hur kontakten mellan behandlaren och barnet blev. Föräldrarna kunde vara tveksamma till om de själva egentligen behövde vara med. Hartzell (2010) gjorde en uppföljande studie med samma familjer sex månader senare, återkopplat till det första mötet på BUP. Föräldrarna upplevde den största nytta av vissa teman och yttranden som hade kommit fram under det första mötet. Det påverkade deras dialog och samspel till det bättre hemma. Hartzell (2010) menar att det visar att det som var till hjälp för familjen snarare låg inom familjeterapeutsikt plan än ett psykiatriskt.

Debra och Faber (2001) har i sin forskning i Colombia tagit del av föräldrars upplevelser av mötet med barnets terapeut. Forskningsresultaten som lyfts fram visar att det är en viktig uppgift för behandlaren att motivera föräldrarna till en delaktighet i behandlingsarbetet. Redan vid första mötet bör behandlaren beskriva hur viktiga föräldrarna är för att det skall bli en positiv utveckling för barnet. Alliansen mellan behandlare och föräldrar är många gånger direkt avgörande för barnets utvecklingsmöjligheter. Debra och Faber (2001) menar att många föräldrar inte vet vad som förväntas av dem då de söker hjälp för sitt barns svårigheter. Om behandlaren då bemöter dem lite otydligt i det kan det generera en mer avvaktande inställning när det gäller engagemang från föräldrarnas sida. Därför är det viktigt att behandlaren är tydlig direkt i början då behandlingen startar. Forskarna beskriver vidare att föräldrarna kan behöva konkreta förklaringar som till exempel att behandlaren behöver hjälp för att få in deras berättelser, hur bekymren upplevs och hur samspel och mönster ser ut hemma. Föräldrarna behöver veta att det handlar om ett cirkulärt förhållningssätt där synsättet är att vi alla lever i ett sammanhang och många delar påverkar varandra. Utifrån det bör föräldrarna ges utrymme att prata om sina egna svårigheter, inte bara barnets symtom, just för att det påverkar barnets mående. Debra och Faber (2001) poängterar att det finns en gräns för hur mycket egna problem det kan handla om och här får behandlaren avgöra om det behövs en remiss till annan behandling, som exempelvis parterapi.

Organisation

Blomqvist (2012) har inom ramen av sin avhandling forskat kring samarbetet mellan professionella i och mellan tvärvetenskapliga organisationer så som BUP, skola och socialtjänst. Hon beskriver att BUP är en människobehandlande organisation som är uppbyggt utifrån tvärprofessionella team. Genom att BUP är en verksamhet som är organiserad inom hälso- och sjukvården, ges det medicinska perspektivet en dominans och förhandlingsprocesser krävs mellan de

olika professionerna. Blomqvist (2012) hänvisar till annan forskning som visar att yrkesgrupper behöver dra gränser gentemot andra för att stärka sin egen professionalitet. Vissa arbetsuppgifter knyts till en viss profession och särskilda intresseorganisationer som bevakar yrkesgruppens kunskap och intressen. Läkaren är ytterst medicinskt ansvarig inom BUP och har den högsta hierarkiska positionen. Blomqvist (2012) menar att då behandlare inte delar läkarens uppfattning ger de lätt efter med en kommenterar att det ändå är läkaren som bestämmer.

När det gäller föräldrarnas roll inom BUP beskriver Blomqvist (2012) att hennes forskning visar att många professionella har ett försiktigt förhållningssätt till föräldrar. Behandlarna har svårt att uttrycka önskan om deras delaktighet i behandlingen med rädsla för att skuldbelägga dem. Då professionella diskuterar enskilt beskrivs ofta att föräldrarna har en avgörande betydelse för barnets mående och deras delaktighet anses vara nödvändigt för att behandlingen skall ge effekt. Men då de professionella därefter träffar familjen förflyttas perspektivet till att beskriva problemen mer som barnets eget, isolerat från familjen.

Blomqvist (2012) beskriver att när föräldrar kontaktar BUP har de ofta en klar bild över vad problemet är, vilket de vill ha diagnostiserat. Föräldrarna kan känna en frustration över att professionella inte utgår från föräldrarnas problembeskrivning och att det drar ut på tiden då information skall samlas in från flera olika håll. Några föräldrar ställer inte upp på den väntan utan kräver specifika insatser.

En människobehandlande organisation har, bland annat på grund av sin otydliga målsättning, ett stort professionellt och organisatoriskt handlingsutrymme enligt Blomqvist (2012). Hon menar vidare att behandlarens kompetens och erfarenhet påverkar möjligheten att använda och göra anspråk på sitt handlingsutrymme. Mycket rutiner kan begränsa möjligheten till att använda sitt handlingsutrymme. Om den enskilda behandlaren upplever brister i sin egen kompetens kan förnekande av handlingsutrymme användas som ett försvar för att slippa ta större ansvar. Organisationer är komplexa och det finns många faktorer som påverkar handlingsutrymmet (ibid.).

Jonnergård m.fl., (2008) beskriver att professionellas upplevelse av att ha eget handlingsutrymme (professionell autonomi) är viktigt då det innebär en frihet att själv agera inom sitt kompetensområde. Att själv kunna reglera sitt arbete är eftersträvansvärt då det ger en professionell status.

Familjeperspektivets betydelse

Gustavsson (2000) beskriver att det är viktigt att behandlare ser till det interaktionella sammanhang som individen befinner sig i för att få en förståelse för problemen. Föräldrarnas förmåga till känslomässig närvaro och lyhördhet för barnens behov är helt central för att barnet skall kunna utvecklas i en positiv riktning. Även förmåga att ge trygghet och förutsägbarhet är viktigt, samt att kunna förändra sina samspelsmönster under tid då barnen successivt mognar. Om familjer av olika anledningar har svårigheter med att klara den uppgiften kan det leda till psykiatriska symtom hos barnet. Enligt Gustavsson (2000) är det då viktigt att man inom en barnpsykiatrisk verksamhet ser till barnets samspel med familjen. Han menar vidare att olika psykiatriska problem hos individen innebär

olika påfrestningar och ställer olika krav på en familj. Här blir det därför viktigt att hjälpa familjen att hitta deras egna resurser, dess förmågor till att organisera sig på ett nytt sätt.

En utvärdering av ett föräldrarbete i Texas, för barn med depressionsproblematik, visar på ett positivt behandlingsresultat då föräldrarna deltog i gruppverksamhet och barnen fick individuell behandling (Stark m.fl., 2012). Forskarna menar att en viktig faktor som påverkat behandlingsresultatet var att de barn vars föräldrar närvarade på mer än hälften av föräldragruppens sessioner visade på en betydlig förbättring när det gällde det psykiska mående. Det som gav forskarna belägg för att deltagande i föräldrabehandlingen påverkade barnen psykiska mående till det bättre var också att det visade sig att de barn som hade föräldrar med stort bortfall från föräldragruppen, utvecklade generellt ett sämre psykiskt mående än vad de hade innan behandlingen började. Stark m.fl. (2012) menar att det kan förstås utifrån att de barnen som utvecklade ett sämre mående fick en slags bekräftelse på att de inte sågs som så viktiga i familjen då föräldrarna valde bort att delta i föräldrabehandlingen.

Hansson (2004) beskriver i sin forskningsöversikt att familjebehandling visar på positiva behandlingsresultat, både vid olika åldrar på barnen och vid olika problembeskrivningar. Familjebehandling visar på bättre behandlingsresultat än vanlig eller individuell terapi när det gäller beteendestörning, ADHD, autism och anorexia. Med vanlig behandling avser Hansson (2004) behandling som inte är inriktat mot familjen. Han menar vidare att det inte är de olika familjeterapeutiska metoderna i sig som är det viktiga utan det familjeterapeutiska perspektivet. Gustavsson (2000) beskriver forskning som visar att familjerelationer har stor betydelse för hur vi upplever vår hälsa. Han beskriver att den medicinska forskningen nu börjar använda sig av familjeterapeutiska tankegångar för att formulera sina hypoteser kring hälsa och ohälsa.

Familjearbetets framtid

Jay Lebow (2005), professor i USA, har i sin forskning analyserat den nya vågens familjeterapi och beskriver utvecklingen som har skett. Han menar att utvecklingen inom familjearbetet går från generella till mer metodiska metoder som är anpassade till specifika svårigheter. Det som finns med från de tidigare mer generella inriktningarna är fokus på system och kausala samband men med en kombination av en större individkunskap. Den biopsykosociala referensramen är mer integrerad. Det tidigare begreppet identifierad patient, där till exempel ett barn i en familj upplevdes som symtombärare av familjens problem, har istället ersatts med en större acceptans för individuella svårigheter. Även Hansson (2004) beskriver en mer integrerad inriktning inom familjearbetets område där det finns en större möjlighet att blanda olika modeller. Han menar vidare att det finns en tendens till att börja se familjearbete som ett första steg i behandlingen.

Lebow (2005) beskriver att individuella diagnoser används i allt större utsträckning men att de sätts in ett större sammanhang. Man tar idag större hänsyn till familjens motivation och att det är en viktig uppgift för behandlarna att arbeta med den. Lebow (2005) lyfter fram att det postmoderna samhället påverkar familjearbetet genom att man idag tar större hänsyn till individuella uppfattningar. Det är vanligt att man varierar hur samtalen genomförs genom att ibland dela upp familjen i mindre system. Familjen ses som en resurs där salutogena,

lösningfokuserade och anknytningsbaserade metoder får ett allt större utrymme. Lebow (2005) menar att utvecklingen har lett till det blir en större samsyn inom de olika skolbildningarna, vilket har inneburit en ökad acceptans och mindre konkurrens mellan olika synsätt.

Hansson (2004) poängterar att det är viktigt att politiker och andra beslutsfattare tar till sig de aktuella forskningsresultat som faktiskt visar på en positiv effekt av familjearbete. Risken finns annars att de billigaste och mest resurssparande alternativen väljs i första hand. Kihlbom (2000) menar att det behövs ett förändrat förhållningssätt till neuropsykiatriska diagnoser där psykologiska och sociala faktorer behöver ses som en helhet. Detta för att förhindra att diagnoser sätts på barnet men inte på systemet, trots all kunskap om hur hjärnan utvecklas i samspel med omgivningen.

Kihlbom (2000) menar att sjukdomsbegreppet utgår från ett linjärt tänkande och fokuserar på den individuella patienten. Det ökar risken för att uppmärksamheten dras bort från individens sammanhang och miljö. Han menar vidare att man reducerar komplexa biologiska, psykologiska och sociala hjälpbehov till ett psykiatriskt tillstånd – en neuropsykiatrisk diagnos. Enligt Kihlbom (2000) är det olyckligt just på grund av den kunskap som finns om människan som en del i dynamiska, komplexa och icke linjära sammanhang. Till och med kunskapen om ordet symtom går förlorad eftersom ordet symtom uttrycker missförhållande mellan individens kapacitet och hans omgivning. Kihlbom (2000) lyfter även fram betydelsen av makt inom psykiatrin där den medicinska professionen och läkemedelsindustrin tar ett allt större utrymme på bekostnad av andra perspektiv.

Enligt Modigh (2006) är det idag allmänt vedertaget att det biopsykosociala perspektivet skall integreras inom psykiatrin. Men många gånger blir det bara fina ord som man inte lever upp till i det kliniska arbetet. Den psykosociala delen finns enligt Modigh (2006) med på undantaget i det starkt polariserade medicinska klimatet. Det kan anses kostsamt att starta upp med samtalsbehandling då det tar längre tid än att sätta en diagnos och behandla med medicin. Detta trots, menar Modigh (2006), att ADHD är ett funktionshinder med sociala konsekvenser för individ, familj och omgivning. Han poängterar också risken med att människor lockas in i en passiv sjukroll då diagnoser används oaktsamt.

TEORETISKA PERSPEKTIV

Biopsykosocialt perspektiv

Det biopsykosociala perspektivet består av samspel mellan biologisk, psykologisk och social disciplin. Hertz (2011) belyser att perspektivet är mer än summan av de tre delarna och bör ses som en process som sker utöver samspelet mellan de enskilda disciplinerna, vilket ger oanade möjligheter till utveckling. Det innehåller en optimism till utveckling som är något mer än arv och miljö. Hertz (2011) beskriver att hjärnans utveckling är beroende av hur samspel mellan det psykologiska och sociala utvecklas. Inom det biopsykosociala perspektivet finns moderna utvecklingsteorier som exempelvis anknytningsteorin. Hjärnan utvecklas i nära relationer och en allvarligt störd anknytning mellan barnet och anknytningspersonerna kan ge symtom som liknar ADHD och autism.

Hertz (2011) hänvisar till den ökade kunskapen om neurobiologi och menar att risken med en allt större detaljkunskap är att man glömmer bort att hjärnan bara är en del av ett större system och samspel. Risken finns att nyfikenheten om vad barnet försöker berätta för oss går förlorad om vi blir allt för upptagna att få symtomen att passa in i en viss kategori. Författaren menar att kunskapsutvecklingen istället kan ge en möjlighet till en optimistisk syn på utvecklingsmöjligheter genom mänsklig interaktion och samspel. Det biopsykosociala perspektivet hjälper oss att förhålla oss cirkulärt, där symtom inte bara är ett bristtillstånd hos barnet. Hertz (2011) menar att det biopsykosociala synsättet hjälper oss att se beteenden hos barn som deras bästa sätt att klara av sin tillvaro samtidigt som barnet signalerar vad som är svårt. Barnen och ungdomarna inviterar oss vuxna till att förstå vad det är som är svårt för dem, för att få hjälp med att utveckla gemensamma ramar kring sina liv.

Systemteori

Schjødt och Egeland (1994) beskriver att systemteori är en övergripande teori som består av flera olika teorier. Det är en förklaringsmodell som används vid analys och i arbetet med individer, familjer, grupper och samhället. Den förklarar hur system hänger ihop och ömsesidigt påverkar varandra. Det innebär att om en del i systemet förändras påverkas de övriga delarna också.

Systemteori består av ett antal grundantaganden. Ett sådant är att helheten är mer än summan av delarna. Det innebär till exempel att det inte bara är antal personer i en familj som har betydelse utan även deras inbördes relationer. Ett system består av flera olika subsystem (delsystem), där var och ett har en funktion. Mellan subsystemen finns gränser med funktion att skydda de olika funktionerna. Gränserna behöver vara lagom genomsläppliga med utbyte av information med andra system för att det skall fungera på ett tillfredsställande sätt. Systemteorin används inom familjearbetet för att försöka förstå familjers relationer, mönster och kommunikation. Förändringsarbetet anses bli kraftfullt då systemet som finns runt personen engageras i processen. Det ökar också förutsättningarna för att processen fortsätter mellan behandlingstillfällena, vilket ofta gör behandlingsinsatsen kortare (Lundsby m.fl., 2010).

Lundsbye m.fl. (2010) menar vidare att ett system alltid är i rörelse och en familj påverkas ständigt av inre och yttre faktorer. Ett öppet familjesystem har förmågan att förändra roller och relationer i takt med att behoven förändras, till exempel föräldrars anpassning till barnens utveckling och skiftande behov.

Kausalitet

Kausalitet är ett begrepp som utifrån systemteorin ger en orsaksförståelse där vi kan förklara och förstå olika samband av händelser. Inom området familjebehandling är det framförallt linjärt och cirkulärt tänkande som används Schjødt och Egeland (1994).

Hårtveit och Jensen (2004) beskriver det linjära tänkandet där en händelse ses som orsak till en annan. Att tänka linjärt är något vi alla har lärt oss tidigt i livet för att vi skall försöka förstå sammanhang och ordna våra liv. Genom att vi observerar händelser skapar vi system för oss själva där vi ser det linjära orsak – verkan förhållandet. Vi väljer ut var vi går in i den cirkulära processen och det vi lägger tonvikten på kommer att framstå som viktigare än det andra. De sekvenser vi plockar ut från sammanhangen (så kallade interpunktioner) gör att vi tycker oss förstår orsakerna. Schjødt och Egeland (1994) menar att när det gäller att förstå och arbeta professionellt med familjer är den linjära förklaringsmodellen verkningslös. Den ger en alldeles förenklad bild av det komplexa samspel som finns inom en familj. Om man däremot skiljer mellan upplevelser, beskrivningar och förklaringar i behandlingsarbetet, går de två olika tankesätten att förena. Våra upplevelser upplevs linjära och kan beskrivas så, men vid förklaringar av svårigheter är det cirkulära tankesättet nödvändigt.

Hårtveit och Jensen (2004) beskriver att den cirkulära processen förklaras genom att se händelser som sammanlänkande till varandra. Händelserna påverkar varandra cirkulärt där till exempel våra erfarenheter får oss att göra saker - och de saker vi gör - ger oss erfarenheter. För att förklara och förstå händelser måste vi ta hänsyn till det komplexa samspelet. Det finns ingen tydlig början eller tydligt slut när det gäller att förstå orsak då händelser betraktas mer som en cirkelrörelse. Hårtveit och Jensen (2004) menar att de cirkulära processerna är en viktig faktor när det gäller att lyckas med förändring och utveckling. Det är i den cirkulära processen som professionella behandlare ofta kommer in i bilden då individer och familjer upplever svårigheter. När sekvenser, interpunktioner, plockas ut under behandlingsarbetet är det viktigt att göra det från flera olika perspektiv för att få med den cirkulära förståelsen.

Expertrollen

Enligt systemteorin kan inte förändring komma utifrån, utan egna resurser behöver frigöras i systemet (familjen), som blir till ny kunskap som kan leda till en förändring (Lundsbye m.fl., 2010). Abrahamsson och Berglund (2007) lyfter fram de reflekterande processerna i förändringsarbetet och vikten av behandlaren förhållningssätt till att förstå förändring. Vid motsatsen, då behandlaren blir en diagnostiserande och tolkande expert, minskar familjens möjlighet till eget reflekterande och likaså möjlighet till förändring. Ringborg (2007) beskriver det medicinska perspektivets behov av att sätta diagnoser för att kunna bedöma *om* och *vad* patienten kan erbjudas när det gäller behandling. Författaren menar att det systemteoretiska perspektivet inte tar den omvägen, dels för att det anses vara bortkastad tid, men också för att man objektifierar människor. Istället bör man

enligt det systemiska synsättet börja med samtal där det som kommer fram är vägledande till nästa samtal. På så sätt används den riktiga betydelsen av orden diagnos, nämligen ”en undersökning som skall vara en vägledning för nästa steg” (ibid. s. 9).

Abrahamsson och Berglund (2007) menar att om behandlaren utifrån sin expertroll tittar för mycket på det som anses vara fel och som inte fungerar i en familj, finns risken att man börjar moralisera. Det blir då lätt att behandlaren får uppgiften att fixa till problemet. Om man tittar efter det som är fel måste man också veta vad som är rätt, viket är en omöjlighet enligt Abrahamsson och Berglund (2007). Här finns risken att diagnoser och andra beteckningar på vad som anses vara fel får alltför mycket fokus. Istället bör man söka det som fungerar och utforska det då behandlaren har familjen framför sig. Här finns möjligheten att försöka förstå familjen och placera händelser i sitt sammanhang och den förståelsen är grunden innan man kan försöka förändra något. Författaren belyser vidare att behandlaren inte kan vara expert på livet och andra människor. Istället kan behandlarens kunskaper möjligtvis ses som att vara expert på samtal, att kunna ställa frågor som öppnar upp för reflektioner och utvecklande processer i familjen.

Interaktion

Systemteorin ger oss redskap för att förstå förändringens möjligheter utifrån samspelet och den ömsesidiga påverkan mellan människor, istället för att bara se problemen som ett individuellt fenomen. Abrahamsson och Berglund (2007) lyfter fram hur familjemedlemmar påverkar varandra när det gäller förändring. Det sker en ömsesidig interaktion där barnet påverkar föräldrarna lika mycket som föräldrarna påverkar barnet. Författaren belyser därför vikten av att när behandlare har samtal som berör hela familjen bör hela familjen vara med. I de gemensamma mötena börjar man bygga upp en gemensam förståelse som blir grunden till en förändring. Enligt Abrahamsson och Berglund (2007) finns det en tendens idag att behandlare alltför snabbt vill få kontroll över patientens symtom via medicinering.

Epistemologi (kunskapsteori)

Epistemologin är en teori som försöker förklara hur vi vet och organiserar vårt tänkande när det gäller vår kunskap som vi använder för att förstå teorier (Payne, 2008).

Reflektion

Thomassen (2007) poängterar att syftet med alla de teoretiska kunskaperna är att de skall bidra till en kunnig och kompetent yrkesutövning som är till hjälp för patienterna. Men den teoretiska kunskapen kan inte direkt användas i praxis. Det behövs en reflektion kring praxis för att se till vad som behöver utvecklas och hur det skall göras. Det är även viktigt att känna till hur vetenskaplig kunskap blir till och vilka förutsättningar den bygger på. Det är en förutsättning för att kunna göra den teoretiska kunskapen till praxis och också för att kunna reflektera kring det praktiska arbetet. Författaren resonerar om ”reflektion över handlandet” och det framkommer att vi hela tiden pendlar mellan handlande och reflektion över handlandet. Många gånger sker det utan av vi direkt tänker på det, omedvetet, men i professionellt arbete är det viktigt att aktivt ta ett steg tillbaka och sätta sig och reflekterar över situationen och sitt handlande efteråt. Professionellt arbete

handlar om att kunna motivera för sig själv och andra vilken ståndpunkt man väljer och vilka bedömningar man gör som påverkar handlandet. Att kunna stå upp och argumentera för sina val och bedömningar påverkar om vi får gehör från andra och är helt avgörande för om vi kan genomföra det som vi tror är bäst för patienterna.

Evidens

Evidensbaserad praxis betyder att det finns vetenskapliga belägg för det arbete som utförs och kan ses som en kvalitetssäkring av kunskap (Thomassen, 2007). Abrahamsson och Berglund (2007) beskriver att det idag inte räcker med att behandlare gör ett bra kliniskt arbete, utan det anses viktigare att kunna visa att man har följt en godkänd metod. Det innebär mycket administrativt arbete för behandlarna för att dokumentera att det är evidensbaserat. Författarna menar att tanken om att hitta rätt behandlingsmodell till ett speciellt problem hör till det medicinska perspektivet. De menar vidare att behandlare bör förhålla sig klientcentrerat istället för diagnosrelaterat. Istället för att ha en inriktning mot att bota sjukdomar bör det handla om att återuppbygga funktioner i det dagliga livet.

Abrahamsson och Berglund (2007) hänvisar till Scott Millers studie där han under många år har jämfört olika forskning kring behandlingsresultat. Författarna beskriver att det är viktigare att behandlaren själv tror på sin metod än vilken metod det egentligen handlar om. Fyrtio procent av de positiva behandlingsresultaten är beroende på behandlarens egen tilltro till metoden.

Även Lindgren (2009) beskriver att forskning visar att behandlaren i sig har större betydelse för resultaten än själva metoden. Behandlarens allians med patienten och egen tilltro till den metoden som används ger bättre utfall. Därför är det olyckligt om behandlingsmetoder ensidigt implementeras inom hälso- och sjukvården och att de metoderna som har uppnått evidens får större uppmärksamhet än andra. Författaren menar att evidensdiskursen är bra om man förhåller sig rimligt till vad den faktiskt vetenskapligt visar och inget annat.

Organisationsteori

Svedberg (2003) beskriver utifrån ett socialpsykologiskt perspektiv att en organisation är ett socialt fenomen som växer fram genom relationerna mellan människor. Hur organisationen formar sig beror dels på vilken uppgift som skall lösas och dels på hur människor ordnar sitt gemensamma arbete för att lösa den uppgiften. Omvärlden och samhällsförhållanden har betydelse för hur organisationen formas. Det påverkar förväntningar på organisationen och dess anseende utifrån.

Teamorganisation

Svedberg (2003) beskriver att en teamorganisation ser arbetsgruppen och den gemensamma kompetensen som viktig. Meningsfulla helheter är viktigare än enskilda moment och befogenheter och ansvar skall ligga på hela teamet. Stabila professionella relationer, bestående under en längre tid värdesätts. Likaså kunskap om helheten och inget anses klart förrän gruppen är klar. Författaren menar vidare på att det finns en risk att någon grupp inom teamorganisationen växer sig starkare än andra och börja leva sitt eget liv. En annan svårighet kan uppstå om en viss kompetens faller bort.

Regression och progression

De flesta människor vill få nya erfarenheter, samtidigt som de vill känna behov av trygghet. Svedberg (2003) beskriver att regressiva och progressiva processer samverkar och att det ena eller andra ibland kan överväga. Regressionsprocess innebär att välja det invanda och trygga framför det nya och obekanta. Mönster formas som skapar kontinuitet och trygghet men som i längden kan bli konserverande. Regression kan bli ett försvar mot att hantera yttre och inre krav. Progressionsprocesser belyser utveckling och en vilja att anta nya utmaningar. Samtidigt finns där en rädsla att misslyckas, vilket kan skapa en ambivalens.

Struktur

Jacobsen och Thorsvik (2008) menar att organisationsstruktur beskriver organisationens uppbyggnad och är anpassad till vad som skall utföras. Syftet med strukturen är att ge bra förutsättningar för att nå målsättningarna och påverka beteende för det ändamålet. Författarna menar vidare att det är vanligt att organisationer på en gruppnivå delar upp arbetsuppgifterna i mindre specialiserande enheter, där funktion eller kunskap påverkar indelningen. På så sätt undviks dubbelarbete och möjligheten till maximal specialisering ökar. Här finns enligt författarna en risk för avdelningsegoism, där det ena anses vara bättre än det andra, eller att det blir samordningsproblem mellan de olika delarna.

För att få en samordning och styrning menar Jacobsen och Thorsvik (2008) att skriftliga rutiner och mallar kan få en betydande roll när det gäller strukturens utformning. Fördelen är att det skapar förutsägbarhet och en kontroll över att uppgifterna utförs på ett riktigt sätt. Nackdelen med för mycket standardiserade modeller är att det blir svårt att hantera oförutsägbara händelser och de anställda riskerar att bli passiva, vilket hämmar flexibilitet. Författarna beskriver att även makt har en betydande roll inom en organisation. Den formella strukturen fördelar makt i form av olika uppgifter och strukturen påverkar även vad som kommer upp på dagordningen.

Kultur

Organisationskultur kan ses som organisationens informella sidor och är en viktig faktor för att förklara hur en organisation fungerar. Både struktur och kultur påverkar ömsesidigt processerna och beteenden i en organisation (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Kultur visar sig genom hur människor utvecklar gemensamma mönster av meningar och hållning som yttrar sig i bestämda handlingssätt. Kultur bygger på lärande och utvecklas efterhand som man lär sig bemästra problem i förhållande till omvärlden, till exempel patienter och deras familjer. Kulturen utvecklas också efterhand som man lär sig bemästra interna organisationsproblem, som hur man kommunicerar och samarbetar med andra grupper i organisationen. Praxis utvecklas genom olika inställningar till vad som är bra, dåligt, rätt eller fel. Gemensamma åsikter och de vanligaste sätten att göra saker och ting på blir en enhetlig kultur.

Alla är vi i behov av att uppleva *social tillhörighet* och att bli *accepterade* av andra och alla har vi behov av *stabilitet* och *mening* i tillvaron. En organisationskultur blir därför resultatet av vår strävan efter detta. Den rådande kulturen lärs ut till nya medlemmar som ”det riktiga sättet att uppfatta, tänka och känna” i förhållande till ett visst problem. Nyanställda socialiseras in till vad som är lämpligt beteende (Jacobsen & Thorsvik, 2008).

Kulturella symboler som fysiska, verbala och beteendemässiga uttryck, förmedlar information. Funktionen är att påverkar organisationsmedlemmarnas tänkande och beteende genom att visa upp värderingar och normer (ibid.).

METOD

Metodval

Syftet med undersökningen har varit att ta del av behandlares tankar om och erfarenheter av familjearbete inom Barn- och ungdomspsykiatriens öppenvårdsmottagning. Utifrån syftet har jag valt en kvalitativ intervjustudie. Bryman (2011) beskriver att den kvalitativa forskaren mer är intresserad av värderingar och åsikter hos enstaka individer, jämfört med den kvantitativa som mer är ute efter att generalisera från en större mängd.

Urval och tillvägagångssätt

Jag har valt att intervjua fem behandlare inom Barn- och ungdomspsykiatriens öppenvårdsmottagningar. Alla mottagningarna tillhör samma klinik och jag har intervjuat behandlare på fyra av mottagningarna. Samtliga av behandlarna har erfarenhet av familjearbete, men varierad längd på sin anställningstid. Att intervjua behandlare med erfarenhet av familjearbete var ett medvetet val då det enligt min uppfattning bäst svarade upp på mitt syfte. När det gäller urval beskriver Bryman (2011) det målstyrda urvalet där det handlar om att välja ut de individerna (eller materialet) som kan svara på forskningsfrågorna. Författaren menar vidare att man bör eftersträva ett balanserat urval för att få störst variation inom den valda gruppen. Det senare skulle kunna ses som en brist i min undersökning där jag bara har valt behandlare med erfarenhet av familjearbete. Då BUP är en tvärvetenskaplig disciplin, där flera olika professioner samarbetar, skulle det bredda undersökningen att ta del av flera olika professioners berättelser. Däremot talar valet av varierad anställningstid och därutöver behandlare från fyra olika mottagningar för en ökad bredd i mitt urval. Omfattningen av det här arbetet styr den medvetna avgränsningen.

De fem behandlarna kontaktades via telefon eller mejl utifrån min egen vetskap om att de arbetade med familjearbete. Vetskapen om vilka som arbetade med familjearbete kom till min kännedom under min praktik på en av mottagningarna. Efter att intervjupersonerna hade tackat ja till att delta mejlade jag undersökningens syfte, övergripande frågeställningar och problemformulering till var och en. Det kan ses utifrån Kvale och Brinkmanns (2009) beskrivning av att intervjupersonerna kan behöva orientera sig om syftet innan intervjun. Intervjuerna hölls på respektive mottagning och samtliga intervjuer spelades in med minidisk för att så korrekt som möjligt kunna transkriberas till text efteråt. Jag valde medvetet att inte skicka intervjufrågorna till informanterna innan eftersom jag ville få mer spontana beskrivningar under själva intervjun.

Intervjuguide

Då mitt syfte var att ta del av behandlarnas tankar och erfarenheter valde jag en semistrukturerad intervju. Bryman (2011) beskriver att den semistrukturerade intervjun utgår från ett frågeschema, men att den är relativt öppen och att man kan ställa följdfrågor utifrån de svar man får. Mina övergripande frågeställningar blev underlag för teman, för att under varje tema få till fler mindre frågor som blev själva intervjufrågorna (se bilaga 1).

Innan första intervjun genomfördes gjorde jag en pilotintervju med en person som tidigare har arbetat med familjebehandling. Där fick jag möjlighet att se tidsåtgång och också testa om mina frågor verkade vara relevanta.

Eftersom jag innan hade mejlat ut undersökningens syfte, övergripande frågeställningar och problemformulering till var och en av informanterna (se bilaga 2), blev det en naturlig inledning att utgå från vad de tänkte kring problemformuleringen. Utifrån Brymans (2011) beskrivning av olika intervjufrågor, skulle den inledande frågan kunna beskrivas som en direkt fråga. Enligt Bryman (2012) kan det vara bra att vänta med den typen av frågor, då risken finns att man styr intervjupersonen för mycket. Det skulle då kunna ses som en svaghet i min undersökning.

Analysmetod

Efter transkriberingen av intervjuerna gjorde jag en meningskategorisering av materialet för att ta fram teman och kategorier. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att meningskategorisering framförallt används för att få en överblick över empirin och en möjlighet att börja koda texten genom att fånga upp nyckelord. Här fick jag möjlighet att se likheter och skillnader mellan de olika tankar och erfarenheter som behandlarna beskrev, med utgångspunkt från mitt syfte och mina frågeställningar. Rent konkret gick meningskategorisering till så att jag läste intervjuutskriften flera gånger och markerade med en överstrykningspenna huvud- och underkategorier som framkom i texten.

Här kan jag efteråt reflektera lite över valet att göra undersökningen ensam. Att transkribera fem intervjuer var tidskrävande och vid analysförfarandet hade jag ingen att reflektera tillsammans med. Det kan ses som en svaghet i min undersökning. Styrkan kan däremot ses genom att jag fick allt material ”nära mig” inför analysen. Det kan vara svårt att helt förmedla till någon annan inför en gemensam analys, då inte båda har arbetet med materialet lika intensivt.

Vid induktion utgår man från empirin för att därefter bygga upp sin teori medan man vid deduktion utgår från teorier för att analysera empirin (Bryman 2011). I min undersökning har jag valt att kombinera induktion och deduktion genom att jag har utgått från det insamlade materialet och börjat tematiseringen, samtidigt som jag har använt teoretiska begrepp för att färdigställa analysen.

De övergripande teorierna som valts ut i den här undersökningen anses vara användbara för att besvara uppsatsens syfte och frågeställningar. Systemteori och biopsykosocialt perspektiv ger verktyg för att öka förståelsen för hur familjesystemet påverkar och hindrar möjligheten för en positiv utveckling för det enskilda barnet med de individuella svårigheter som eventuellt finns. Epistemologi och Organisationsteori ger större förståelse för vad som påverkar och då främjar eller begränsar behandlarna i deras arbete med familjerna. Thomassen (2007) menar att då man väljer en specifik metod eller teoretiskt perspektiv, väljs samtidigt någonting annat bort. Den avgränsningen innebär en risk men är naturligtvis nödvändiga för att möjliggöra den kvalitativa forskningen.

Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Bryman (2011) beskriver validitet genom att man verkligen undersöker det man har för avsikt att undersöka. Genom att jag har valt att intervjua behandlare inom Barn- och ungdomspsykiatri som har erfarenhet av att arbeta med familjearbete upplever jag att validiteten har höjts. Intervjuguiden är utformad utifrån syfte och frågeställningar, vilket på så vis kan ses som att undersökningen har undersökt det den har haft för avsikt att undersöka.

Även reliabiliteten, mätningarnas tillförlitlighet, lyfts fram av Bryman (2011) som en viktig faktor att ta hänsyn till vid en undersökning. Med tanke på reliabiliteten har jag under intervjuerna försökt att förhålla mig objektiv och undvikit att ställa ledande frågor som kan påverka informanternas svar. Det har inte varit helt enkelt då mitt eget intresse för familjearbete säkert har påverkat. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att slutproduktionen av en intervju blir en social konstruktion då två personer pratar om ett delat gemensamt intresse. Med tanke på att samtliga intervjuer inleddes med en direkt fråga utifrån min problemformulering, vilket kan upplevas styrande, kan även det ses som att reliabiliteten har minskat. Ett par av de intervjuade behandlarna har jag träffat tidigare, i samband med att jag gjorde min praktik på en av BUP:s öppenvårdsmottagningar. Det kan ha påverkat resultatet och minskat reliabiliteten. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver att då det finns en tidigare etablerad relation, kan intervjuaren ha svårt att hålla sig opartisk och omedvetet bortse från vissa resultat och belysa andra.

När det gäller generaliserbarhet har syftet inte varit att generalisera en allmän uppfattning utan på grund av metodval och omfattningen har syftet snarare varit att exemplifiera behandlarnas egna tankar och erfarenheter av familjearbete inom BUP. Det stämmer bra med Brymans (2011) beskrivning av kvalitativ forskning där syftet mer handlar om att förstå beteenden, värderingar och åsikter just där undersökningen genomförs.

Litteratur och materialsökning

Materialet till den här uppsatsen har hittats via bibliotekets databaser och via Barn- och ungdomspsykiatriens hemsida. Ett urval är gjort utifrån resultaten från mina sökningar i databaserna Social Service Abstracts, Sociological Abstracts, SwePub, Psych INFO och GUNDA. Sökord som har använts i olika kombinationer är: barnpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, familjeterapi, barn, föräldrar, familj, behandlare, första mötet, effekt av, påverkar, child and adolescent psychiatry, family therapy, treatment, children, parents, effect, influence och first meeting.

En del av den tidigare forskningen som jag har använt är lite äldre men min uppfattning är att den ändå är relevant utifrån syftet med undersökningen. Referenslistor på det hittade materialet har också varit till hjälp för att komma vidare i mina sökningar. Det finns en hel del forskning kring effekten av olika familjebehandlingar, barn och föräldrars upplevelser och även behandlares erfarenheter av familjeterapeutiska verktyg (se till exempel vidare Borgengren & Campenhausen, 2010; Wennerström, 2010). Det har dock inte kommit till min kännedom om forskning som direkt utgår från behandlares egna upplevelser av vad som påverkar familjearbetet idag inom Barn- och ungdomspsykiatriens

öppenvårdsmottagning. På grund av det har jag fått söka kring närliggande områden, delvis utifrån vad som har framkommit i empirin.

Etiska frågor

Under hela arbetet med uppsatsen har jag försökt att utgå från Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer (Vetenskapsrådet, 2012). I enlighet med informationskravet informerades intervjupersonerna innan via mejl där syfte, frågeställningar och problemformulering presenterades. Därefter gav intervjupersonerna sitt samtycke. I anslutning till intervjuerna informerades intervjupersonerna muntligt om frivillighet och rätten till att avbryta. För att säkerhetsställa konfidentialitetskravet beskrivs inte intervjupersonernas utbildning, ålder, kön eller vilken mottagning de arbetar på. Under inledningen av intervjuerna informerades dessutom om att det kan vara svårt att garantera anonymitet då intervjuerna utfördes på de olika mottagningarna inom en och samma klinik. Slutligen när det gäller nyttjandekravet, informeras härmed att det insamlade materialet endast får användas för forskningsändamål (Vetenskapsrådet, 2012).

RESULTAT

Syftet med uppsatsen är att få ta del av behandlares tankar och erfarenheter av familjearbete inom BUP öppenvårdsmottagning. Hur arbetet ser ut idag, vad som påverkar det, om familjeperspektivet anses vara viktigt och vilka tankar som finns om framtida familjearbete är frågor som legat till grund för min undersökning. Här nedan presenteras resultatet, där de övergripande frågeställningarna i uppsatsen är huvudrubriker och de olika kategorierna som framkom vid tematiseringen är underrubriker.

Familjearbetet inom BUP

Den första frågeställningen handlar om hur familjearbetet ser ut på öppenvårdsmottagningarna idag.

Parallell barn- och föräldrabehandling

Samtliga behandlare beskrev att familjearbetet på mottagningen till största delen ingår i den parallella barn- och föräldrabehandlingen. En behandlare, ofta en psykolog, träffar barnet och har enskild terapi. Den andra behandlaren, ofta en kurator, träffar föräldrarna. Med jämna mellanrum sammanstrålar behandlarna, barnet och föräldrarna och har ett gemensamt samtal. Behandlaren som träffar föräldrarna arbetar ofta processinriktat och försöker bland annat få föräldrarna att börja reflektera över sina relationer, barnens behov, barnens signaler, föräldrarollerna, samarbete och vad de eventuellt skulle behöva förändra och utveckla. Behandlarna bekräftar och förstärker föräldrarna mycket i det som de gör bra. En behandlare beskrev:

”Jag försöker alltid hitta det positiva i familjernas liv. De är så tyngda av allt, så de ser ju inte detta själva. Så jag har alltid i mitt fokus det som de gör bra och så förstärker jag det.”

En annan behandlare beskrev föräldrabetet i den parallella barn- och föräldrabehandlingen på följande sätt:

”Vi har ju alltid föräldrarna med oss i arbetet, så man kan ju alltid arbeta systemiskt ändå, när man växlar mellan att arbeta individuellt med barnet eller med föräldrarna – att man har tillsammans då med jämna mellanrum, en liten reflektionsmodell. Men ren familjebehandling, om det nu går att få ”en ren”, med syskon och så... det är ju sällan.”

Familjesamtal

På flertalet av mottagningarna förekommer familjesamtal, men samtliga behandlare uttryckte att det inte är så ofta förekommande nu. De intervjuade behandlarna beskriver att utgångsläget i familjesamtal är att ha hela familjen i samtalsrummet. Det är en skillnad från föräldrasamtal där det endast föräldrarna är med. Syftet är bland annat att arbeta med familjens samspel och relationer. Upplägget kan variera under behandlingens gång, genom att behandlarna ibland träffar föräldrar, barn och eventuellt syskon enskilt eller i lite olika kombinationer. Behandlingsinsatsen är ofta kort och avgränsad, där familjen erbjuds upp till fem samtal. Familjens behov styr hur upplägget ser ut och det finns möjlighet till stor flexibilitet i det arbete. Ofta växlar de med att ha hela familjen med i rummet och ibland bara föräldrarna. En behandlare beskrev upplevelsen av att den avgränsade familjebehandlingen kan vara effektiv.

”Familjearbete behöver inte vara så långt och omfattande utan man kan få in nya tankar, väcka nya idéer och ifrågasätta lite sättet att vara tillsammans på. En vitamininjektion och så kan det bli en skjuts, att det kan vara intensivt en tid och sedan kan andra saker vara i fokus.”

Samspelsbehandling

På ett fåtal av mottagningarna använder man sig av samspelsbehandling, men det är inte speciellt vanligt förekommande. Behandlarna beskriver att samspelsbehandling innebär att behandlaren träffar en eller båda föräldrarna tillsammans med barnet och gör någonting tillsammans. Det kan handla om att rita, leka i sandlådan eller spel tillsammans. Behandlarna hjälper föräldrarna att bli lyhörd för barnens signaler, för att bättre kunna läsa av sina barns behov.

”Barnets behov är startpunkten () om man inte bråkar, står i och har sig, så kanske man inte blir sedd () Det finns en risk att barn börjar stöka bara för att bli sedda.”

Föräldragrupper

Ett par av mottagningarna erbjuder föräldragrupper som behandlingsinsats. Gruppverksamheterna vänder sig till föräldrar vars barn har fått någon slags psykiatrisk diagnos, som exempelvis ADHD, eller någon form av självskadebeteende. Två av behandlarna beskrev att gruppverksamheten har ett mer pedagogiskt upplägg, med förutbestämda teman. Föräldrarna får lära sig mer om vad diagnosen eller problematiken innebär och vad som kan vara viktigt att tänka på i förhållande till sitt barn, för att kunna ge det bästa stödet.

”Strategi är en föräldrautbildning för barn med ADHD och sen finns 'Föräldraband' och det är för föräldrar med barn som självskadar sig på något vis.”

En behandlare beskrev att det inte är alla mottagningar inom BUP som erbjuder föräldragrupper. Det beskrivs som ett område som ligger nära socialtjänsten, där de oftare erbjuder föräldrautbildningar av olika slag, eftersom utbildningarna är mer generella.

”Föräldrakurser är bra, men de är generella. Till BUP kommer man när man har svåra bekymmer () och då räcker det inte med generella föräldrakunskaper, utan man måste se vad varje barn behöver, mer specifikt.”

Sammanfattningsvis kan sägas att samtliga intervjuade behandlare beskriver att familjearbetet inom BUP öppenvårdsmottagning till största delen består av enskilda föräldrasamtal i den parallella barn- och föräldrabehandling. Någon gång emellanåt sammanstrålar behandlarna, barnet och föräldrarna i ett gemensamt samtal. Flertalet av behandlarna uttryckte att det generellt sett är mindre familjearbete idag än för några år sedan, både enskild med föräldrar och med hela familjen tillsammans.

Vad påverkar familjearbetet

Den andra frågeställningen handlar om vad behandlarna anser påverka familjearbetet och dess omfattning.

Samhällsförändringar och neuropsykiatrisk kunskap

Att det allt snabbare samhället med en ökad individualisering var något som påverkade arbetet på BUP, var en uppfattning som delades av samtliga behandlare. Även den ökade kunskapen inom neuropsykiatrin var en annan faktor som ansågs påverka. Flera av behandlare pratade om ingången och att det påverkar vilken inriktning ärendet får på BUP. Ingångar som beskrevs var *skolan, föräldrar* och *första samtalet*. Upplevelsen av att skolan och föräldrar allt oftare begärde utredning eller behandling för det enskilda barnet, beskrevs som en möjlig konsekvens av samhällets individualisering. Att föräldrar ofta är upptagna av diagnos och utredning, påverkar hur det första mötet på BUP blir.

”Ja, det speglar väl samhället överhuvudtaget () inte bara internet och allt man kan läsa där, utan det snabba samhället där det handlar om här och nu och bara göra! Där de flesta familjer, tror jag, jobbar hela dagarna, så kommer de hem och så är det en massa aktiviteter pang – pang – pang! Det resultatinriktade... och så vill de ha samma här på BUP.”

Skolan

Då ett barn uppvisar vissa svårigheter med inläring eller liknande i skolan, genomförs en allsidig elevutredning av elevhälsan där. Om det finns en misstanke om att det kan finnas neuropsykiatriska problem, skickas en remiss till BUP för en fortsatt fördjupad utredning. Redan här blir det individfokus på barnet, upplevde behandlarna. En av behandlarna beskrev en skillnad nu mot hur det har varit tidigare:

”Skolan har som uppgift att kartlägga elevens behov och då kommer man lätt in på utredningsspåret, så remitterar man till BUP med en problembeskrivning utifrån hur barnet fungerar. Då är man ju redan inne på det spåret... () det var inte så tydligt strukturerat tidigare.”

Första samtalet

Det första samtalet och själva ingången med familjen ansågs vara en viktig del. En behandlare beskrev att de alltid är två behandlare under första bedömningsamtalet. Trots att de ofta har olika profession, delar de vikten av att få med familjen i förändringsarbetet. Det sågs som en styrka för att kunna vara tydlig, då deras budskap kanske inte stämde helt överens med föräldrarnas förväntningar.

”Man måste vara jättetydlig med att vi inte kan göra något om inte de (föräldrarna) är med. Att det hänger ihop med vad de gör hemma för att kunna hjälpa sitt barn, hur de fungerar som familj och om det behövs någon förändring av något slag – vi behöver ha med dem på något sätt, det är en självklarhet, det går inte annars!”

En behandlare menade att det är viktigt att föräldrarna verkligen känner att de själva är betydelsefulla och att deras delaktighet är en förutsättning för att det skall bli en positiv utveckling. Behandlare, oavsett profession, behöver bli tydligare och förmedla budskapet att familjen är viktig.

”Startpunkten med det arbetet vi har framför oss behöver bli tydligare med att föräldrarna är inräknade och att de är en resurs i den här framtida förändringen.”

Upplevelsen beskrevs som att behandlarna behöver blir mer eniga och ännu tydligare om hur familjeperspektivet skall förmedlas inledningsvis. Att det skall finnas en uttalad tanke och idé som alla arbetar efter, där startpunkten blir i familjen.

”Även om föräldrar är skilda och en säger att ’jag har inga problem hemma hos mig’, så gills inte det. Vi måste förmedla att det är ett gemensamt projekt. Det måste i alla fall vara ett tydligt och gemensamt budskap från vår sida.”

En behandlare var inne på samma spår, där det handlar om att se familjeperspektivet mer som en utgångspunkt i behandlingsarbetet, vilket enligt behandlarna kan spara resurser:

”För kortsiktigt, när det gäller familjearbete... så är det kanske lite mer här och nu. Men om man ser det långsiktigt så kanske det innebär att det krävs mindre.”

Föräldrar

Ett annat sätt att se på betydelsen av ingång, är utifrån föräldrarnas motivation till att vara delaktiga i behandlingen. Flera av behandlarna upplevde att en hel del föräldrar var motiverade och beredda att vara där med sitt barn. De kunde se sin egen del och var villiga att arbeta tillsammans med sitt barn. Samtliga behandlare upplevde ändå många gånger en individfokusering från föräldrarnas sida. Många föräldrar som kommer med sina barn till BUP, tänker att det är något som är fel på deras barn. De har funderingar över om det kan vara något som är medfött.

”Det är mycket mer pålästa föräldrar som kommer nu, som vet vad de vill ha. Många kommer hit och säger: ”det här är problemet! och vill ha det här! ... det är en skillnad mot förut.”

Ett par av behandlarna uttryckte att skolan kan ha stor del i att föräldrarna blir påverkade av att se barnens svårigheter ur ett individperspektiv. Andra tankar handlade om att föräldrar i dagens samhälle får till sig mycket information och att de är mer pålästa. Behandlarna beskrev att både föräldrarna, men även barnet eller ungdomen själva ofta är mest upptagna av om det är en diagnos, då de söker BUP.

”Det är mycket mer begäran om utredning och medicin nu än tidigare, från föräldrarnas sida.”

Samtliga behandlare gav uttryck för att föräldrarnas förväntningar gör att det blir svårare att motivera till ett familjearbete. De är många gånger så inställda på att det är barnet som behöver stöd och hjälp. Ett par av behandlarna upplever att föräldrar kan känna sig nöjda efter en utredning och att barnen har fått en diagnos och kanske också medicinering. Det blir en slags förklaring till allt svårt som har varit. Många föräldrar är då inte så intresserade av ett fortsatt familjearbete.

”För de som inte är motiverade, som bara vill ha en fördjupad barnpsykiatrisk utredning, hur skall vi liksom kunna erbjuda dem det då? ”

Ett par av behandlarna uttryckte en oro över den utvecklingen. En behandlare menade att om individtänkandet tar för mycket utrymme och om man allt för snabbt ställer upp på föräldrarnas beställning, finns risken att det går för fort att sätta en diagnos. Behandlaren förklarade att diagnosen bara beskriver symtomen och symtomen kan se lika ut vid olika orsaker.

”Det vore ju jättesorgligt om barnet skulle få en diagnos på sina symtom och att symptomen egentligen är att man har varit utsatt för trauma! () men andra ute i samhället ser ju bara att barnet har fått en diagnos ADHD, att det är något fel på barnet... och vad gör det med barnet, att det har en ADHD diagnos. Det blir ju helt fel!”

Profession

Behandlarna beskrev den organisatoriska uppdelningen utifrån profession som finns inom BUP. Det är främst kuratorns uppgift att se till det psykosociala perspektivet och då familjearbetet. De flesta ansåg att det är en styrka i den kunskapsuppdelningen som finns, där varje profession ser till sitt perspektiv och att det tillsammans blir till en helhetssyn.

”Som kurator så har man ju lite uppgift att ha det perspektivet, att se till systemet och hur det faktiskt kan påverka barnet och hur det påverkas av varandra...() att det är det som är styrkan, att man har olika fokus och sen samtalar tillsammans.”

”Man tillför olika saker... vi kan inte samma saker.”

En behandlare upplevde inte att de olika professionerna har så stor betydelse för att se till familjeperspektivet. Det förklarades utifrån att de flesta behandlare på den mottagningen har ett eget intresse och någon slags vidareutbildning inom familjeterapi. En annan behandlare lyfte också fram betydelsen av det egna intresset, oavsett profession, som viktigt för att se till familjearbetet.

”Man måste hjälpa till att föra in det fokuset, att det är system också. För det är lätt att det försvinner om det inte är någon som pratar om det.”

Den professionella uppdelningen blev tydlig i behandlarnas tidigare beskrivning om den parallella barn- och föräldrabehandlingen, där psykologen träffar barnet och kuratorn träffar föräldrarna, med några gemensamma samtal emellan. Samtliga behandlare uttryckte att de tycker att de får med sig familjeperspektivet, trots uppdelningen. Samtidigt uttryckte de att det är bra att dela upp sig ibland, men samtliga gav också uttryck för att det skulle vara önskvärt med fler gemensamma samtal med föräldrar och barn i samma rum. Två av behandlarna reflekterade över hur behandlingsteamet är sammansatt idag, utifrån profession, jämfört med tidigare.

”När de neuropsykiatriska diagnoserna blev uppmärksammade, blev det en tydlig förändring. Dels kom sjuksköterskorna, men också fler läkare.”

”Varför behöver vi så många psykologer och sköterskor nu... det speglar ju lite vad det är för kategorier vi anställer.”

Kompetens

Olika inriktning på vidareutbildning i behandlingsgruppen ger en bredd och på så vis en kompetens och styrka, där det finns möjlighet att tillföra olika delar. Det är något som samtliga behandlare gav uttryck för. Samtliga behandlare uttryckte också att behandlarnas olika inriktningar och intressen kan försvåra familjearbete.

”Om det inte finns någon som har inriktning familjeterapi i sin vidareutbildning så kan det kanske bli en osäkerhet, man gör det som man känner sig bekväm med

istället. Man vet inte styrkan i det eller att det kan finnas en rädsla att man inte behärskar det (familjesamtal)."

Ett par av behandlarna beskrev en svårighet med omotiverade föräldrar och menar att det krävs en hel del kompetens från behandlarnas sida för att bemöta det. Det beskrevs en rädsla över att skuldbelägga föräldrarna, framförallt om man skall arbeta med hela familjen i samma rum.

"De kanske kan känna sig iakttagna i sitt samspel med barnet... då kan det kännas lättare att sitta och beskriva konflikterna de har istället (bara föräldrarna). De är kanske rädda att bli kritiserade, fast det är ju inte vårt syfte."

En annan behandlare är inne på samma sak, men tänker mer utifrån att den egna kompetensen och osäkerheten kan påverka att man undviker att ha hela familjen i samma rum. De gemensamma samtalen under den parallella barn- och föräldrabehandling beskrivs av ett par behandlare mer som kortare avstämningar, än processinriktat förändringsarbete.

"Det kan finnas ett motstånd, att man inte behärskar det med många i rummet samtidigt och att man riktar in sig på det man kan och det man tycker att man är bra på."

En behandlare beskrev att det tidigare var så att behandlare gick gemensamma vidareutbildningar, oavsett profession. Det blev ett gemensamt intresse som gjorde att det kändes naturligt att arbeta mer aktivt utifrån familjeperspektivet, oavsett vilken profession man tillhörde.

"Vi gick några kortare familjeterapeutiska utbildningar tillsammans och vi läste mycket och det fanns psykologer som var väldigt intresserade av att jobba med familjer, så det kändes naturligt."

Ledning

När det gäller kompetens och vidareutbildning, beskrev behandlarna att de inte upplever någon direkt styrning från organisationen sida. Det är upp till varje behandlare vilken utbildning man vill gå.

"Kliniken är rätt frikostig med att man får gå precis vad som helst. Det borde vara, tycker jag, ett tydligare budskap från dem som bestämmer, att det här skall alla ha, utifrån någons lags grundsyns idé. För så länge inte ledningen visar på det, så är det klart om jag vill gå en speciell utbildning och bad om att få gå den, så skulle ju jag bli själagläd om jag fick det – oavsett om jag hade så stor användning av det på BUP eller inte."

När det gäller klinikens egna internutbildningar och klinikdagar upplevde de flesta behandlarna att det var mer vanligt förekommande med familjeinriktning tidigare. Flera av behandlarna upplevde motsägelsefulla budskap från ledningen sida. Ett par av behandlarna beskrev att kompetens inom familjeterapiområdet sågs som en merit vid anställningsförfaranden. Andra upplevde att familjen beskrevs som viktig i behandlingsarbetet från ledningens sida, men när det erbjöds utbildningar eller diskuterades behandlingsstrategier, så handlar det ändå mest om individfokus.

”Ser man till familjearbetet så har det varit lite tyst kring det. Det tolkar jag som att det är annat som är viktigare, att det är annat som prioriteras... Familjearbetet är lite i skuggan av det andra.”

Samtliga behandlare upplevde att ansvaret för att familjeperspektivet finns och att familjearbete genomförs, ligger på behandlarnivå. En av behandlarna uttryckte att det bör vara så också, men övriga önskade att ledningen tog ett större ansvar för det perspektivet genom större tydlighet. Även BUP:s övergripande rekommendationer ansågs ha ett individfokus, där familjebehandling fanns med, men sällan som första alternativ.

”Ledningen tycker det är bra att vi försöker arbeta med familjer, men från det till att tydligt markera att det skall finnas som en grund... en grundutbildning... nej, det upplever jag inte.”

En annan behandlare uttryckte vikten av att känna ledningens stöd om man blir ensam om att försöka utveckla ett familjearbete.

”Om man skall orka driva... då måste man i alla fall få gehör från ledningen... och hjälp att lyfta de här frågorna under behandlingskonferenser. Men det är svårt... kollektivet är starkt.”

Tiden

Samtliga behandlare beskrev att det finns ett hårt tryck på BUP. Upplevelsen är att det blir mer och mer administrativa arbetsuppgifter och måsten som skall göras. En behandlare beskrev en önskan om att arbeta mer med familjer, men på en mottagning är det så mycket annat som skall göras också.

”Nu är belastningen för stor... det är väldigt mycket utredningar och det tar ju tid från något annat... och allt administrativt arbete... det tar ju bort tid från behandlingen... jag skulle arbetat mer med familjer om jag hade tiden.”

Flera behandlare beskrev en oro kring att det just är familjearbetet som det dras ner på vid hög belastning. Familjearbete beskrevs som ett arbete som tar lite längre tid. Framförallt för att man som behandlare behöver prata ihop sig innan och efter, men också för att man brukar boka upp lite längre besökstid.

”Det kräver ju mer gemensam planering och så... jag kan vara orolig för att vi börjar tänka i någon slags fel logik... istället för ett familjesamtal, så hinner vi med tre individuella samtalsterapier... Men vi får inte glömma vad som är vår bedömning och vad som är till bäst hjälp!”

Att få möjlighet att stanna upp och reflektera i sitt arbete beskrevs som en viktig faktor av samtliga behandlare. En behandlare upplevde att det finns tid för det idag, men övriga hade inte samma upplevelse. De beskrev istället att man som behandlare verkligen måste sätta ner foten och ta sig tid för reflektion, men att det är svårt att få till.

”Det är motstridiga känslor... att avsätta tid för att göra annat än att ta emot besök... det är svårt att säga ifrån... för det som egentligen skall tryckas in är ju någon som behöver komma hit.”

Flera av behandlarna beskrev just betydelsen av tid till reflektion när det gäller den parallella barn och föräldrabehandlingen. Styrkan i den parallella barn- och föräldrabehandlingen beskrevs genom att det kunde komma fram saker i respektive del, som gick att göra pratbart tillsammans. Här kommer tiden in som en viktig del, där möjlighet till reflektion mellan behandlarna är helt avgörande för att det inte skall bli två parallella delar i behandlingen.

”Att ha tid som behandlare, vad var det som hände, tid före och efter samtal, det är ju det som gör att man kan fundera tillsammans.”

En behandlare uttryckte att stressen inte bara påverkar själva möjligheten till att få till reflektionstiden, utan att det dessutom kan påverka själva förmågan.

”Det blir svårt att tänka alternativa tankar, att vända och vrida på saker. Man är inte riktigt där, så att man är kapabel att göra det.”

Kulturen

Flera av de intervjuade behandlarna beskrev att de tror att den rådande kulturen påverkar hur behandlarna ser på och hanterar familjeperspektivet. Två av behandlarna beskrev att brist på material till familjesamtal (kort, spel och likande) och lokalernas utformning kan ge signaler om att familjearbete inte anses som så viktigt.

”När man kommer in i ett pyttelitet rum med två vuxenstolar mitt emot varandra, så kommunicerar ju det att här skall två personer sitta och prata.”

Samtliga behandlare upplevde att alla som arbetar inom BUP tycker att familjeperspektivet är viktigt och att familjearbete måste finnas med. Samtidigt uttrycktes en upplevelse av att det finns en slags hierarki, som påverkar val av behandlingsinsatser.

”Alla är så medvetna om familjen, men när det gäller just beslut om själva behandlingsinsatsen, så kanske inte familjebehandling är det som ses som det viktiga...”

Två av behandlarna beskrev svårigheten med att det behövs tas ett beslut om en speciell behandling. Det förklarades som ett administrativt problem, där behandlingen behöver kodas in i ett system. Men här menade behandlarna att även om det tas ett beslut om en individuell behandling, så fångas familjen upp ändå. Här blir det den enskilda behandlarens ansvar och intresse som påverkar omfattningen på det familjearbetet.

De flesta behandlarna beskrev att behandlarnas eget intresse för familjearbete hade stor påverkan på hur familjearbetet planeras och genomförs. Om man som behandlare inte kände sig bekväm med att ha många i rummet samtidigt, så föredrog man att arbeta med delar av familjesystemet. Flera av behandlarna gav uttryck för att det underlättade om man delade kunskap, intresse och engagemang för familjearbete med kollegorna.

”Man måste vara med på spåret och se det som självklart, det blir för tungrott annars. Man blir ensam och då är det bättre att jobba själv (ensam behandlare).”

Flera behandlare beskrev att kulturen påverkar de nya kollegorna som introduceras in i verksamheten. Med det stora trycket som är på BUP, finns en risk att de direkt sätts in i arbetet och sen jobbar var och en med sitt. En behandlare uttryckte en önskan om att kunna arbeta mer med föräldrar och barn i samma rum även under utredning. Som en förklaring till varför det inte riktigt har blivit av beskrev behandlaren:

”Jag vet inte, men jag tror att jag liksom har fallit in i rutinerna här och hur man har gjort och så.”

En annan behandlare uttryckte en liknande uppfattning, där den höga arbetsbelastningen påverkar de nyanställda.

”När man börjar jobba på BUP, ett BUP som har jättelånga köer och en enorm press på sig att klara en massa saker som det inte finns resurser till, då sätts man ju bara in ”plopp” det här skall du göra! Det blir så resultatinkriktat () då hamnar man lätt i dem här spåren.”

En behandlare uttryckte att det kan vara svårt för nyanställda att agera, om det skulle vara så att de upplever att det individuella perspektivet tar ett för stort utrymme i förhållande till familjeperspektivet.

”Nya behandlare formas in i den kulturen som är. Jag tror att man behöver ha arbetat i många år för att kunna sätta ner foten för familjearbetet.”

Sammanfattningsvis kan sägas att samtliga intervjuade behandlare gav uttryck för att det finns många faktorer som påverkar familjearbetet inom BUP öppenvårdsmottagning. En övergripande faktor tycks vara det allt mer individualiserade och snabba samhället, i kombination av kunskapsutvecklingen inom neuropsykiatri. Det uttrycks en önskan om ett tydligare familjeperspektiv och att det skall finnas mer familjearbete inom öppenvården. Det visar sig i den här delen av resultatredovisningen, där de flesta faktorer som beskrivs till största delen handlar om faktorer som anses försvåra familjearbetet. De flesta behandlarna uttrycker att de trots allt får med familjeperspektivet på ett relativt bra sätt redan idag, även om de önskar att de kunde vara mer omfattande.

Familjeperspektivets betydelse

Den tredje frågeställningen handlar om behandlarnas tankar kring familjeperspektivets betydelse inom BUP öppenvårdsmottagning.

Familjen som resurs

Att man hela tiden måste se barnet i sitt sammanhang är något som ofta uttrycks under intervjuerna av samtliga behandlare. Familjens stöd för barnet beskrivs av behandlarna som avgörande för att barnets positiva utveckling. Två av behandlarna uttryckte sig på följande sätt när det gäller att se till familjen som en resurs:

”Man lever ju inte i sitt vakuum! Alla människor lever ju i ett sammanhang och man blir ju till i sin relation. Man lever ju nära andra”

En behandlare lyfte fram socialstyrelsens rekommendationer när det gäller behandlingsinsatser. Det finns en tendens till att det ofta är kognitiva individuella

insatser som rekommenderas i första hand, vilket behandlaren uttrycker ger fel signaler, utifrån familjen som resurs.

”Det tycker jag är en miss, för man lever ju alltid i ett sammanhang, det är ju i familjen som man lever!”

Samtliga behandlare poängterade att både familje- och individperspektiv är viktiga och att det ena perspektivet inte får utesluta det andra. Att det är kuratorns roll att få till föräldraarbete, då psykologen har enskild terapi med barnet var en beskrivning som överensstämde med allas berättelser. Lite då och då under behandlingen sammanstrålar kurator, psykologen, barnet och föräldrarna i ett gemensamt samtal. De flesta behandlare gav uttryck för att om möjlighet fanns, skulle de vilja ha gemensamma samtal oftare och mer aktivt arbeta med relationer tillsammans. Om det sker för sällan, uttryckte en behandlare:

”Det blir sällan bra... inte i det långa loppet. Om det inte hänger ihop, så haltar det i alla fall. Det blir ett avstånd mellan barnet och resten av familjen. Det blir något hemligt 'hysch psych' liksom, som inte blir begripligt.”

En annan behandlare tänkte kring familjen som resurs, efter att barnet har gjort en utredning och fått diagnos. Här beskrevs en konsekvens, ifall det skulle bli ett allt för individuellt fokus:

”Medicin kan vara bra för att hjälpa barnet att plocka fram sina bra sidor som finns där inne () men familjen måste ju finnas där och se barnet, benämna det som är bra. Det är ju inte medicinen som skall få kredit, utan barnet! Risken är stor att barn försvinner bara för att de helt plötsligt sitter stilla i bänken... () familjen och skolan tänker kanske att väck inte den björn som sover... hur blir det med självkänslan för det barnet då?”

Flera av behandlarna beskrev att BUP ibland har fått kritik, just för att de så starkt poängterar att föräldrarna ska vara med. Flera av behandlarna reflekterade kring det och menar att det kan vara så att kanske ungdomar ibland behöver enskild kontakt, där föräldrarna inte är delaktiga. Men en behandlare beskriver just synen på familjen som resurs och menar att målsättningen för behandlingen bör vara att ungdomen fortsättningsvis skall kunna gå till sina föräldrar, istället för till BUP. Därför bör ett av syftena med behandlingen vara att jobba med relationerna. Men de flesta beskrev samtidigt dilemmat och en behandlare uttryckte sig:

”Det blir ibland motsägelsefulla budskap och det är inte alltid lätt att förhålla sig... () men jag är övertygad om att vi inte skall släppa föräldrarna och inte familjeperspektivet heller! Vi jobbar ändå inom barnpsykiatri. Jag tycker att det är helt ok att ungdomsmottagningen jobbar så eller kuratorerna på skolan. Men när man jobbar inom BUP så finns det ändå en allvarlighetsgrad i det, så föräldrar måste veta vad de ansvarar för.”

Synen på förändring

En upplevelse som delades av flera behandlare var att föräldrarna sällan lyfter fram sig själva och sin egen insats som verksam och betydelsefull, när det har skett en positiv förändring. Det är istället ofta faktorer utanför familjen som lyfts fram, som till exempel professionellas insats. En förklaring till det, menar en

behandlare, kan vara att familjerna ofta är hårt belastade av allt som har varit bekymmersamt, då de söker sig till BUP:

”När de kommer hit så har de kört fast. De hittar inga vägar att komma vidare. De säger ofta att ’vi har gjort allt, vad skall vi göra nu?’ ...”

Ovanstående citat visar på att familjerna som söker sig till BUP, upplever att det finns expertkunskap där. Det var också en uppfattning som delades av samtliga behandlare.

”Ja, föräldrarna tänker nog att de kanske skall träffa experter, ja, så är det nog... och att de kanske hoppas att någon skall kunna säga att ’det här är felet och det här skall ni göra’ ...”

En behandlare uttryckte att familjen säkert kan se behandlarna på BUP som experter, men att det inte finns någon behandlare som vill ta på sig en expertroll.

”Det känns inte som om någon tänker på sin roll som expert, utan mer att man sätter igång saker och ting. Ja, på ett sätt kan man ju ses som en expert, vi kan ju och har utbildning och erfarenhet och att man kanske vet vilka frågor man kan ställa för att öppna upp.”

Flera behandlare beskrev sin syn på att föräldrarna behöver uppleva att de har kompetensen själva. Föräldrarna behöver mycket förstärkning och bekräftelse i det de redan gör som är bra. Behandlaren uppgift är att starta upp processen och föräldrarnas eget reflekterande, som sen kan fortsätta hemma.

”Att familjen får upplevelsen av att de kan själva. Det är ju inte vi behandlare som sitter med svaren, utan det är de själva och då kan de lättare fortsätta att reflektera hemma. Om de får upplevelsen av att det fungerade här, så kan de fortsätta att göra det hemma nästa gång.”

En behandlare beskrev sin syn på förändring och menar att det är viktigt att se att förändringen måste till i familjen. Behandlaren behöver bara finnas med för att möjliggöra processerna och det är familjemedlemmarna som skall göra jobbet.

”Man måste se barnets behov som startpunkten och att det är föräldrarna som är ansvariga för förändringen. Det tror jag är en hörnsten.”

En behandlare tänkte kring den individfokusering som finns nu och kunskapen om neuropsykiatri som ibland kan upplevas dominant. Behandlaren menade att det måste till något mer för att få till en förändring.

”Oavsett diagnos hit eller dit så måste man ju jobba med samspelet, så att föräldrar och barn kan mötas () hur skall man få till det annars!”

En annan behandlare tänkte kring kunskapen om system och förändring utifrån det narrativa, där familjemedlemmarna kan ges möjlighet att dela sina berättelser med varandra:

”Jag tror det är jätteviktigt att ha kunskap om familjearbete och hur system fungerar och hur man påverkar varandra och hur man pratar om sina liv och sin uppväxt. Hur beskriver vi det och att det kan vara olika beskrivningar.”

Flera av behandlarna beskrev att de ibland upplever föräldrautbildningarna som alltför generella i förhållande till de förändringar som måste till i en familj. De beskrev att innehållet i sig är bra, där tydlighet och kärleksfulla relationer ses som viktiga i föräldraskapet. Gruppverksamheten har ett pedagogiskt innehåll, där behandlarna får en mer undervisande roll, än ett processinriktat förändringsarbete.

”Man pratar om att barn behöver tydlighet. ’Jaha! och vad är det då?’ och just det här barnet, behöver det tydlighet och hur vet du det?’... och då kan jag förstå att föräldrar ibland går ifrån BUP med känslan av att de inte har fått någon hjälp.”

Flera av behandlare pratade om vikten av att föräldrarna kan ’läsa av’ sina barn. En behandlare beskrev att de allra flesta klarar av det när barnen är små, men i takt med att barnen växer och uttrycker sig allt kraftfullare, så behövs det mer. Om inte föräldrarna har förmågan att successivt förändra och utveckla sitt föräldraskap i relation med att barnet växer, kan det uppstå låsningar i familjen.

”Om inte de föräldrarna får hjälp med att lära sig att läsa av sina barn, utan istället bara får till sig de generella kunskaperna om hur de skall göra i en viss situation, så blir det ju problem senare igen när barnet har vuxit och behöver något annat.”

Sammanfattningsvis kan sägas att samtliga intervjuade behandlare gav uttryck för att det är av största vikt att ha med familjeperspektivet i arbetet inom BUP öppenvårdsmottagning. Att familjen är en resurs för barnets utveckling och att förändring måste ske i familjen, var viktiga faktorer som beskrevs. Att familjearbetet behöver förtydligas ännu mer inom öppenvårdsmottagningen var en uppfattning som också delades av samtliga intervjuade behandlare.

Familjearbetes framtid

Den fjärde frågeställningen handlade om hur behandlarna tänker om framtidens familjearbete inom BUP.

Gemensamt projekt – en förutsättning

Ett tema som kom fram under samtliga intervjuer var betydelsen av att behandlarna, oavsett profession, delade synsättet att familjen var betydelsefull när det gällde förändringsarbetet. De flesta beskrev en upplevelse att det synsättet delades bland de professionella idag, men att det kunde blir tydligare i själva arbetet.

”Att man har ett gemensamt projekt och då menar jag både de olika behandlarna som får ärendet, om man är en, två eller tre... oavsett om det är utredning eller behandling... att man har ett gemensamt projekt och då skall de omfatta barnet/ungdomen men också deras föräldrar. Att startpunkten för det arbetet vi har framför oss blir mycket tydligare.”

Den gemensamma synen blir tydlig genom att psykologerna alltid vill ha med sig en kurator i behandlingsärendena och att de inte tar ett barn eller ungdom helt enskilt i samtal. En annan behandlare beskrev också en upplevelse av att det gemensamma projektet redan finns som synsätt på sin mottagning, på ett liknande sätt:

”Jag har väl turen just nu att jobba med kollegor där det här perspektivet känns självklart, så jag behöver inte kämpa för det. Vi kan sitta på en

behandlingskonferens där en kollega tar tag i mig 'du, jag sitter med detta nu, kan inte du och jag jobba med samspelet där'. Det känns verkligen jättekul att jobba så!'"

Samtliga behandlare beskrev helheten som det bästa, där varje profession med sin specifika kunskap är en del i den större och den gemensamma helheten. Men samtidigt beskrev de flesta behandlarna under intervjuerna en oro för att det just är familjeperspektivet som får stå tillbaka, om man inte får till det gemensamma projektet. En behandlare uttryckte:

"Det blir en hierarkisk fråga på något vis.. men det kanske är min egen känsla... men att jobba med familjer, familjeterapi och samspel... det är inte så vetenskapligt på något sätt."

Att den nya och ständigt utvecklande kunskapen inom biologin och främst neuropsykiatri är en utveckling som bidrar positivt till arbetet inom BUP, var ändå något som delades av samtliga intervjuade. Kunskapen har bidragit till att upptäcka svårigheter som vissa barn har, vilket blir en hjälp:

"Som jag tänker så är det inte bara fokus på familj, eller bara fokus på neuropsykiatri eller bara fokus på individ... utan det är delar av alla de faktorer som man behöver ha med."

För att värna om det framtida familjearbetet genom känslan av 'gemensamt projekt', belyste flera av de intervjuade behandlarna att det är viktigt att det väcks nyfikenhet bland kollegor. Det kan i sin tur leda till gemensamma diskussioner och engagemang kring familjearbetet. Samtliga behandlare som intervjuades beskrev egna upplevelser av en kraft i familjearbetet, som väcker mycket energi och glädje i arbetet. En behandlare beskriver ett ärende, där de valde att starta upp med familjesamtal, istället för utredning:

"Jag brukar tänka på en familj ibland... Det var en mycket arg och utåtagerande pojke som vi träffade tillsammans med hans mamma under ett begränsat antal samtal ()... När det blev pratbart i familjen om den döda pappan (genom aktiviteter i rummet), blev det en sån tydlig förändring på pojkens mående... en livlig - men välmående pojke. Så stimulerande och så kul att få jobba så!"

En annan behandlare menade att det är viktigt att de som har mer erfarenhet tar med sig nyanställda i arbetet, för att fler skall få uppleva den förändringskraft som finns i familjearbetet. Behandlaren gav ett eget exempel på en sådan situation, där behandlaren som var ny uttryckte sig på följande sätt efter ett familjesamtal, där barn och föräldrar var med i samma rum:

"Det här var det bästa jag har varit med om! Gud vad roligt och vad mycket jag såg!"

Korttidsinsats – en möjlighet

Flertalet av de intervjuade behandlarna beskrev att det finns en allmän upplevelse av att familjearbete är omfattande och tidskrävande. Det är inte en erfarenhet som behandlarna själva delar i det praktiska arbetet, snarare tvärt om. De flesta behandlare som intervjuades beskrev de korta och avgränsade familjebehandlingarna som effektiva:

”Där har vi ju vår styrka att komma in i familjebehandlingen. Då har man verkligen fokus på familjen () under den här korttidsbehandlingen.”

Den tydligt avgränsade och tidsbestämda familjeinriktade behandlingsinsatser upplevs som ett stöd för behandlarna, då det finns en tydligt och avgränsat familjefokus:

”Jag gillar ju de här korttidsinsatserna... man kan uppnå väldigt mycket på kort tid om man har strukturen på samtalen och det systematiska... jag gillar det jättemycket!”

Ytterligare en reflektion som kom fram var att även familjen kunde se den avgränsade behandlingsinsatsen som en drivkraft, då behandlarna var tydliga i sitt budskap:

”Nu gällde det att vara lite ’på’ och få saker gjorda och vara lite mer effektiv. Det blev en annan skjuts i samtalen. Vi var tydliga med att de var de här fem samtalen som erbjöds och om familjen inte kunde, så blev det inget sjätte... Det blev mindre återbud och familjen värnade mer om sin tid.”

Flexibilitet – en styrka

Möjlighet till flexibilitet i arbetet är en viktig faktor som samtliga behandlare belyste. Barnens och familjernas behov ser olika ut och det påverkar hur upplägget blir. Kombinationen av de olika perspektiven (biologiskt, psykologiskt och socialt) lyftes också fram som betydelsefullt, då det ger möjlighet till ett flexibelt arbete.

”Att det inte är bestämt att det är på ett visst sätt... det är det som är styrkan, att det finns en levande diskussion.”

En annan behandlare beskrev det på liknande sätt och menade att möjligheten att själv styra över sitt arbete och få lägga upp det som man själv vill, blir en styrka. Möjligheten att som behandlare själv välja mellan att ibland arbeta med hela familjen och ibland delar av den, ses som en styrka.

”Om det blir beslut om familjebehandling, så är det ändå upp till mig som behandlare hur arbetet läggs upp.”

Flera av de intervjuade behandlarna beskrev att utveckling inom familjearbete går mer mot manualbaserat behandlingsarbete, som är mer strukturerat och inriktat mot specifika problemområden. En behandlare uttryckte sig utifrån de manualbaserade metoderna på följande sätt:

”Jag tycker bättre om det fria reflekterandet i rummet. Att familjerna får uppleva att de kan själva... men det arbetet som görs i rummet kanske inte dokumenteras i journal då syns det ju inte... och det är ju inte bra, för då blir det ju inte synligt och lyfts inte fram som något bra...”

En annan behandlare reflekterade över vems behov det manualbaserade behandlingsarbetet egentligen fyller. Behandlaren menade att det säkert är en förutsättning för att kunna forska om metoden, för att göra allt mätbart:

”Men man hittar ju ändå sin egen modell, man tar bort och lägger till och då är det ju inte samma sak sen när man har fått en vana.”

Ett annat sätt att se på familjearbetets framtid utifrån möjligheten att arbeta flexibelt, är att behandlarna får möjlighet att arbeta utifrån det som väcker deras engagemang. En behandlare önskar att arbeta mer narrativt, med familjens egna berättelser. Behandlaren beskriver sina tankar om att göra delar av utredningsarbetet tillsammans med familjen, på ett mer narrativt sätt:

”Jag kan tycka att det är mer spännande och roligt () att prata om det på det sättet, än att följa de här mallarna. Jag hade jätte gärna haft mer utav det under till utredningarna. Att man tillsammans med barnet och föräldrarna hade gått igenom anamnesen. Nu blir det lite snävt på något sätt, utredningar är ju ändå en del av processen det också, för läkandet.”

Sammanfattningsvis kan sägas att de intervjuade behandlarna uttrycker en positiv bild av framtidens familjearbete inom BUP öppenvårdsmottagningar. Gemensamt projekt, korta och avgränsade behandlingsinsatser och ett flexibelt arbetssätt beskrivs som förutsättningar. Motsatserna till de ovan beskrivna förutsättningarna kan då, enligt behandlarna, bli ett hinder för familjearbetets framtid.

ANALYS OCH DISKUSSION

I den här delen kommer resultatet att analyseras utifrån valda teorier och relevant forskning, vilka presenterades tidigare i uppsatsen.

Familjearbetet inom BUP

De intervjuade beskrev en samstämmig bild över att familjearbetet främst består av föräldrasamtal i den parallella barn- och föräldrabehandlingen. Kortare avstämningar med hela familjen sker lite då och då under behandlingstiden, med variationer innehållsmässigt. Ringborg (2010) beskriver olika nivåer på familjearbete, där omfattningen är det som skiljer. ”Förändrande familjesamtal” är den nivå som bäst stämmer överens med behandlarnas beskrivningar. Det innebär en serie samtal med en överenskommelse om att arbeta med uttalade problem, växelvis med hela eller delar av familjen (Ringborg, 2010). I resultaten framkom att de flesta mottagningar erbjöd korta avgränsade familjearbeten i form av familjesamtal, även om det inte var så ofta förekommande. Syftet var att arbeta med relationer och samspel med hela familjen tillsammans. Även den nivån passar in på ”förändrande familjesamtal” enligt Ringborgs (2010) beskrivning.

Resultaten visade att endast ett fåtal mottagningar hade gruppverksamhet för föräldrar. Utifrån Ringborgs (2010) nivåer på familjearbete stämmer föräldragrupper bäst in på ”psykopedagogiknivån”, vilket är nivån under den tidigare beskrivna. Nivån innebär ett samarbete som till största delen består av undervisning. Ytterligare en nivå lägre, när det gäller omfattningen av familjearbete, beskrivs av Ringborg (2010) som ”informationsutbyte”. Den beskrivs som ett formellt samarbete där information kan behövas från båda håll. Den nivån stämmer in på psykoedukativa interventioner som är den behandlingsinsats som ofta skall rekommenderas i första hand, enligt Barn- och ungdomspsykiatriens egna riktlinjer (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2010).

Flera behandlare framhöll att de under föräldrasamtalen bekräftar och förstärker föräldrarna mycket för det de redan gör bra. Det förhållningssättet stöds utifrån ett salutogent perspektiv i Stress- och sårbarhetsmodellen, som ligger till grund för förhållningssätt inom Barn- och ungdomspsykiatri (Lundqvist, 2011).

Vad påverkar familjearbete

Under intervjuerna framkom beskrivningar om att det snabba och allt mer individualiserade samhället och ökad kunskap inom neuropsykiatri påverkade familjearbetet inom BUP. Det blev en allt större fokusering på det enskilda barnets svårigheter, både från skolan och från föräldrarnas sida. Efterfrågan på utredning och diagnos för det enskilda barnet ansågs mer vanligt förekommande. Det bekräftas utifrån Björks (2011) resonemang om att den ökade individualiseringen gör att föräldrar inte hinner med. Barn hetsas till att växa upp för fort. I dagens prestationssamhälle är det då lätt att falla utanför normen. Forskning visar att minskad möjlighet till gemenskap och socialisering i samhället leder till att individuella diagnoser blir mer attraktiva att ta till som förklaring för barns svårigheter (Dencik, 1989; Hertz, 2011, Knoll & Witt, 2011).

Behandlarnas upplevelse av att skolan allt mer begär utredning och diagnos kan också förstås utifrån Modighs (2006) resonemang. Han menar att skolan har en tendens idag att förklara barns skolsvårigheter som barnens egna individuella

tillkortakommanden, eftersom utredning och diagnos ofta ses som nödvändigt för att barnet skall få tillgång till extra resurser. Skolans sätt att hantera individuella svårigheter kan också förstås utifrån att medicinska problem är billigare att åtgärda än sociala problem. Diagnoser blir då mer attraktivt att ta till (Kihlbom, 2000). Behandlarna upplever att föräldrarna blir påverkade av skolans synsätt, att se problem som svårigheter hos barnet.

Förväntningar

De intervjuade behandlarna upplevde att det ökade individtänkandet från skola och föräldrar påverkar förväntningar på BUP. Det försvårar möjligheten till att motivera föräldrar till ett familjearbete. Upplevelsen var att föräldrarna kom med sitt barn till BUP för att det var något fel på barnet. Förväntningarna kan förklaras utifrån en linjär förklaringsmodell utifrån systemteorins kausalitetsbegrepp. Det linjära ser en händelse som orsak till en annan och Kihlbom (2000) menar att det är vanlig inom det medicinska perspektivet. Det drar bort fokus från individens sammanhang och miljö. Familjearbete utgår istället från en cirkulärt tänkande, där man behöver ta hänsyn till komplexa samspel för att förklara och förstå (Hårtveit & Jensen, 2004). Behandlarnas upplevelse av svårighet att motivera föräldrarna till familjearbete kan delvis förstås utifrån krocken mellan det cirkulära och linjära tankemodellerna. Enligt Schjødt och Egeland (1994) går det linjära och cirkulära tänkandet att kombinera om man skiljer mellan upplevelser och förklaringar.

Första samtalet och själva ingången är betydelsefull för hur den fortsatta kontakten blir på BUP. En viktig uppgift som framkom under intervjuerna var att förmedla vikten av att föräldrarna ska vara delaktiga i det fortsatta behandlingsarbetet tillsammans med sitt barn. Flera av behandlarna beskrev att den ingången inte alltid var så tydlig nu, vilket påverkade möjligheten till fortsatt familjearbete. Att otydlighet från behandlarna påverkar föräldrarna bekräftas utifrån Debra och Fabers (2001) forskning. Den visar att föräldrar som kommer i kontakt med barn och ungdomspsykiatri kan uppleva att de inte vet vad som förväntas av dem, vilket kan göra att de blir avvaktande. Författaren menar att behandlare behöver vara tydliga och konkreta och förmedla det cirkulära förhållningssättet inför barnets svårigheter. Blomqvist (2012) belyser i sin forskning att många professionella inom BUP har svårt att vara tydliga i samtal med föräldrar på grund av rädslan att skuldbelägga dem. I enskilda samtal mellan professionella kan föräldrars delaktighet i behandlingen förklaras som avgörande för barnets mående, men i samtalsrummet med föräldrarna efteråt förskjuts perspektivet enligt Blomqvist (2012) mer mot att beskriva problemet som barnets eget. Det var inget som blev direkt uttalat under intervjuerna, men däremot beskrevs upplevelser av att föräldrarna troligtvis kände sig rädda för att bli kritiserade. Det kan förstås utifrån att det faktiskt fanns en viss rädsla från behandlarna att omedvetet skuldbelägga, vilket i sin tur bidrar till en otydlighet i mötet med föräldrarna.

Organisation

Då verksamheten inom BUP är en tvärvetenskaplig disciplin finns flera olika professioner anställda med ansvar över olika kunskapsområden, för att tillsammans täcka in en helhetssyn. Läkaren har det övergripande medicinska ansvaret och psykologerna har den psykologiska delen. Kuratorerna har ansvar över den psykosociala delen, där familjearbetet finns med som en del. Behandlarna beskriver de olika kunskapsområdena som en styrka så länge det

finns en gemensam helhetssyn. Det kan förstås utifrån Hertz (2011) beskrivning av det biopsykosociala perspektivet, där samspelet mellan de enskilda disciplinerna ger oanade möjligheter till utveckling. Det biopsykosociala perspektivet är ett cirkulärt förhållningssätt, där symtom hos barn ses i ett större sammanhang.

BUP är en teamorganisation och utifrån organisationsteorin förklaras styrka i den utifrån den gemensamma kompetensen och för kunskap om helheten. Svårigheter kan uppstå om en del växer sig starkare än övriga delar eller om en viss kompetens faller bort (Svedberg, 2003). Under intervjuerna beskrev behandlarna att både den egna men kanske framförallt att kollegors kompetens och kunskap inom det familjeterapeutiska området, sågs som faktorer som påverkade möjligheten till föräldrabete. Avsaknad av den kunskapen kunde leda till en osäkerhetskänsla inför visst familjearbete, framförallt inför familjesamtal där man har hela familjen i rummet samtidigt.

Familjearbetet består till största delen av enskilda samtal med föräldrar i den parallella barn- och föräldrabehandlingen. Samtal med hela familjen samtidigt var inte var speciellt vanligt förekommande, vilket de flesta behandlare gav uttryck för som en brist. De flesta behandlarna uttryckte att de önskade att arbeta mer med gemensamma samtal med föräldrar och barn i samma rum. Utifrån organisationsteorin kan svårigheter att utveckla föräldrabetet förstås utifrån den kultur som formats på mottagningen. Kulturen visar sig genom hur människor utvecklar gemensamma mönster till handlingsätt, där praxis formas till de vanligaste sätten att göra saker och ting på. Det i sin tur lärs ut till nya medlemmar som det riktiga sättet att förhålla sig på (Jacobsson & Thorsvik, 2008). Flera av behandlarna använder beskrivningen att de bara har kommit in i rutinerna på mottagningen som en förklaring till varför de inte jobbar på ett annat sätt.

Kulturen inom en organisation blir också synlig via olika fysiska uttryck som förmedlar information (Jacobsson & Thorsvik, 2008). Det kan ses som att den fysiska miljön på mottagningarna påverkar synen på familjearbete. Flera av behandlarna beskriver att de flesta samtalsrummen är små och det saknas ofta material för att arbeta aktivt i rummet med familjesamtal. Ett annat sätt att förstå behandlarnas beskrivningar på utifrån organisationsteorin är regressionsprocesser. Enligt Svedberg (2003) finns de processerna alltid inom en organisation. Det gör att vi oftare väljer det invanda och trygga framför det nya och obekanta. Kontinuitet skapar trygghet och stabilitet men i längden kan det bli konserverande. Svedberg (2003) beskriver vidare att regressions- och progressionsprocesser alltid samverkar. Progressionsprocesser gör att man vill prova nya utmaningar och utvecklas. Det skapar samtidigt en ambivalens eftersom man är rädd för att misslyckas, vilket kan förklara att man inte provar. Det kan öka förståelsen över behandlarnas motstridiga beskrivningar över att vilja arbeta mer med och utveckla familjesamtalen samtidigt som de ofta väljer att arbeta enskilt med föräldrarna.

Utifrån organisationsteorin har strukturen en viktig funktion för samordning och styrning. Skriftliga rutiner och mallar skapar en förutsägbarhet och kontroll (Jacobsen & Thorsvik, 2008). Under intervjuerna framkom det tydligt att behandlarna upplevde tiden som en viktig faktor i förhållande till familjearbete. Fler administrativa uppgifter beskrevs som en faktor som tog tid från

behandlingsarbetet. Utifrån evidensbaserade praxis är det viktigt att dokumentera för att kvalitetssäkra kunskapen (Thomassen, 2007). Behandlarnas beskrivning av ökat administrativt arbete bekräftas i forskning som visar att det administrativa arbetet tar överhand. Många behandlare upplever därför att det anses vara viktigare att visa att man har följt en viss metod än att man har gjort ett bra kliniskt arbete (Abrahamsson & Berglund, 2007). Behandlarna beskrev en oro över att det just var familjearbetet som skulle få stå tillbaka men också att möjligheten till reflektion skulle minska. Utifrån kunskapsteorin är just reflektion avgörande för att omsätta teoretisk kunskap till praktiska arbetet där vi ständigt behöver ta ställning till vad som behöver göras och på vilket sätt. Professionella i människobehandlande organisationer behöver hela tiden pendla mellan handlande och reflektion över handlandet (Thomassen, 2007).

Under intervjuerna framkom möjligheten till flexibilitet som en viktig faktor som påverkade familjearbete positivt. Här fanns möjlighet att planera arbetet utifrån familjens behov i kombination med behandlarnas kompetens och intresse. Det stämmer väl överens med Jonnergårds m.fl. (2008) beskrivning av att professionellas eget handlingsutrymme innebär möjlighet att själv agera inom sitt kompetensområde, vilket ger en professionell status. Flera behandlare beskrev ett allt mer administrativt arbete som ett hinder för det flexibla behandlingsarbetet där olika uppgifter tog tid framförallt från familjearbetet. Blomqvist (2012) poängterar också det fenomenet och menar på att ledningen har ett ansvar att avväga införandet av rutiner och administrativa uppgifter som kan begränsa det egna handlingsutrymmet. Ett förnekande av handlingsutrymme kan å andra sidan användas som ett försvar för att slippa ta större ansvar i utvecklingen av behandlingsarbetet (ibid.).

Under intervjuerna framkom att de flesta upplevde en otydlighet från ledningens sida när det gällde att lyfta fram vikten av familjeperspektivet. Flera av behandlarna upplevde att ledningen inte såg det perspektivet som lika viktigt. Blomqvist (2012) beskriver att på grund av att BUP är en verksamhet inom hälso- och sjukvården krävs en aktiv process och ett ställningstagande för familjeperspektivet, för att inte det medicinska perspektivet per automatik skall få en dominans. Ett par av de intervjuade behandlarna såg brister i hur familjeperspektivet lyftes fram inom BUP:s egna organisation. I *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling* (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting, 2010) blir fokus på individen tydlig genom formuleringar som att behandlarna vid första samtalet bör ”renodla perspektivet så att barnet och dess individuella behov lyfts fram och inte döljs bakom familjerelationer” (ibid. s 10). Det går emot det som flera av de intervjuade behandlarna uttryckte. De menade istället att det var viktigt att just se barnet i sitt sammanhang för att förstå symtomens funktion, både vid behandling men också vid utredning. Flera beskrev en önskan om att tydligare starta upp med hela familjen. Det bekräftas i senaste forskning om familjearbetets utveckling, där Lebow, (2005) beskriver att tendensen inom den nya vågens familjeterapi är att börja med behandlingsinsatsen i familjen redan från start för att se om det räcker som behandlingsinsats.

Familjeperspektivets betydelse

Samtliga intervjupersoner framhöll att familjeperspektivet är oerhört viktigt inom barn och ungdomspsykiatrins öppenvårdsmottagningar. Barn är under utveckling och är i behov av sina föräldrar för att den utvecklingen skall bli så bra som

möjligt. Att familjearbete ger bra behandlingsresultat bekräftas även i flera forskningsstudier (se vidare Gustavsson, 2000; Hansson, 2004; Stark, 2012). Att familjen ses som viktig för förändring och utveckling stämmer väl överens med systemteorins beskrivning över den ömsesidiga interaktionen inom en familj, där barn påverkar föräldrarna lika mycket som föräldrarna påverkar barnen. Den ömsesidiga påverkan och samspelet ger förståelse för förändringens möjligheter istället för att bara se det som ett individuellt problem (Abrahamsson & Berglund, 2007). Gustavsson (2000) beskriver föräldrarnas förmåga till att successivt förändra sina samspelsmönster då barnet växer som betydelsefull. Om inte föräldrarna, av olika anledningar, klarar det kan det leda till psykiatriska problem hos barnet. Det belyser vikten av att behandlare inom BUP bör arbeta med interaktion och samspel i familjen. Det bekräftas även i resultatet, där flera behandlare upplevde att många föräldrar behövde utveckla sin förmåga att läsa av sina barn.

Flera behandlare framhöll att familjeperspektivet borde bli än tydligare redan vid det första samtalet. Att det är viktigt kan bekräftas utifrån Hartzell (2010) forskning om första mötet på BUP. Föräldrar upplevde större stöd av samtalen som handlade om familjens samspel och relationer, än det som handlade om barnets psykiatriska symtom. I BUP:s egna riktlinjer för behandling, skall i första hand information om diagnos (psykoedukativa interventioner) ges för att öka förståelsen för problematiken. Andra behandlingsinsatser skall erbjudas först därefter om det är så att den första informationen inte räcker (Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting (2010). BUP:s egna rekommendationer talar på så sätt emot både behandlarnas erfarenheter och önskan om att starta upp med tydligare familjefokus och även forskning kring vad en familj behöver när de kommer till BUP.

Att de olika perspektivens (medicinsk, psykologisk och psykosocial) samverkan sågs som viktig för helhetssynen, var något som framkom under intervjuerna. De flesta behandlarna gav dock uttryck för att det fanns en tendens till att det individuella och medicinska perspektivet var något mer dominant i det praktiska behandlingsarbetet. Hertz (2011) beskriver vikten av att utifrån det biopsykosociala perspektivet se alla delar i en samverkan för att förstå barns svårigheter. Risken finns annars att behandlare blir alltför upptagna av att se svårigheter som bristtillstånd hos barn, än att se det som inviter på något som de vill utveckla i gemenskap med andra.

Samtliga behandlare beskrev att familjearbetet till största delen bestod av den parallella barn- och föräldrabehandlingen, där föräldrarna hade en egen samtalskontakt. Behandlarna menade att det ändå fanns möjlighet att arbeta med familjen som system, även om barn och föräldrar till största delen var i olika samtalsrum. Att parallell behandling påverkar barnets mående positivt bekräftas från forskning. Stark m.fl., (2012) visar genom sin forskning att barn med depressionsproblem utvecklade ett sämre psykiskt mående än innan de sökte hjälp, om det var så att deras föräldrar inte deltog på de parallella föräldrasamtalen. Förklaringen låg i att barnen fick en bekräftelse på att de inte sågs som viktiga i familjen, då föräldrarna valde att inte vara delaktiga.

De intervjuade behandlarnas beskrivning av att den parallella barn- och föräldrabehandlingen är viktig utifrån ett familjeperspektiv kan också förstås

utifrån systemteorins beskrivning av delsystem. Utifrån systemteori beskrivs föräldrar och barn tillhöra olika subsystem med funktioner för hela familjen som system, där gränserna emellan subsystemen behöver vara lagom genomsläppliga (Lundsby, 2010). Då de intervjuade behandlarna delar upp barn och föräldrar skapas en möjlighet att arbeta med respektive subsystem för sig för att förtydliga dess funktion. Det blir också en möjlighet att arbeta med gränserna mellan subsystemen, kanske framförallt då gränserna behöver stärkas (om föräldrarna är för involverade och relationerna är insnärjda). Debra och Faber (2001) belyser i sin forskning av parallell barn- och föräldrabehandling betydelsen av att föräldrar får möjlighet att enskilt prata om sina egna upplevda svårigheter och inte bara barnens symtom, just för att det i så stor grad påverkar barnens mående.

Det som talar emot att dela upp barn och föräldrar i samtal är utifrån systemteorins beskrivning av att barn och föräldrar ständigt påverkar varandra i ömsesidig interaktion. Abrahamsson och Berglund (2007) belyser vikten av att när behandlare har samtal som berör hela familjen, bör hela familjen vara med. Han menar vidare att grunden till förändring finns i gemensamma möten som skapar gemensamma upplevelser. Behandlarna gav uttryck för en önskan om att utveckla familjearbetet mer genom att ha fler samtal med hela familjen tillsammans. Även Gustavsson (2000) poängterar att föräldrarnas förmåga till känslomässig närvaro och lyhördhet för sitt barns behov är central, för att det skall bli en positiv utveckling. Det kan jämföras med behandlarnas beskrivningar om att många föräldrar behöver utveckla sin förmåga att läsa av sitt barn, vilket då bäst sker när barn och föräldrar har gemensamma samtal.

Samtliga intervjupersonerna framhöll att familjen troligtvis ser behandlarna på BUP som experter och att de förväntas lösa svårigheterna som barnet och familjen upplever. Behandlarna beskrev familjen som betydelsefull eftersom det är just familjen som har kunskapen och som måste stå för förändringen. Behandlarna såg som sin uppgift att vara med och sätta igång processer för att underlätta förändringsarbete. Det kan förstås utifrån systemteorin som beskriver att förändring inte kan ske utifrån, utan processer måste frigöras inom systemen som leder till kunskap och förändring (Abrahamsson & Berglund, 2007). De flesta intervjupersonerna framhöll också att det fanns en tendens till mer individfokusering och ökad diagnostisering inom BUP. Det kan översättas till Abrahamsson & Berglunds (2007) resonemang om expertrollen och synen på förändring. Författarna menar att om behandlaren blir en tolkande och diagnostiserande expert minskar familjens möjlighet till eget reflekterande och då också möjlighet till förändring och utveckling.

Gustavsson (2000) menar att behandlare inom barnpsykiatri bör se till barnets samspel i familjen, för att kunna hjälpa föräldrarna att hitta sina egna resurser. Flera av behandlarna gav uttryck för att de skulle vilja arbeta mer med barn och föräldrar tillsammans för att fånga familjens egna och specifika problem och resurser. Under intervjuerna framkom upplevelser av att föräldragrupperna gav en alltför generell kunskap och att många familjer inom BUP behövde hjälp utifrån sina egna svårigheter. Det kan jämföras med det som Gustavsson (2000) belyser, nämligen att psykiatriska problem hos individer innebär olika påfrestningar och ställer olika krav på olika familjer.

Samtliga behandlarna beskriver familjeperspektivet som viktigt och betydelsefullt inom öppenvårdsmottagningen. De beskriver att det behövs ett flexibelt arbetssätt där flera olika sätt att arbeta med barnen, föräldrarna eller hela familjen är betydelsefullt. Det kan jämföras med Hanssons (2004) forskningsresultat som visar att det inte är de familjeterapeutiska metoderna i sig som är viktiga för behandlingsresultatet, utan det familjeterapeutiska perspektivet.

Familjearbetets framtid

När det gäller familjearbetets framtid inom BUP öppenvårdsmottagning var det flera av behandlarna som tog upp betydelsen av en gemensam syn, att oavsett profession behöver samtliga behandlare vara tydliga med att hela familjen är viktig för barnets utveckling. Förhållningssättet inför den stundande behandlingen eller utredningen beskrevs som ett gemensamt projekt där olika professioner, barn och föräldrar var medräknade. Enligt det biopsykosociala perspektivet är det just samspelet mellan de olika disciplinerna (biologisk, psykologisk och psykosocial) som ger bästa möjlighet till utveckling. Enligt Hertz (2011) hjälper det biopsykosociala perspektivet behandlare att förhålla sig cirkulärt till psykiatriska problem, vilket kan jämföras med det som de intervjuade behandlarna eftersträvade. Det överensstämmer även med Lebows (2005) forskning om nya vågens familjeterapi där den biopsykosociala referensramen är mer integrerad, men en större acceptans för individuella svårigheter som ses i större sammanhang.

Några intervjuade beskrev att en gemensam syn lättare uppstod förr då olika professioner delade gemensam vidareutbildning inom familjeterapi. Det kan förstås utifrån Jacobsen och Thorviks (2008) beskrivning om maktaspekten inom en hierarki organisation som hälso- och sjukvård. Beroende på var i den hierarkiska ordningen man befinner sig har man olika mycket att säga till om när det till exempel gäller val av behandlingsinsats. Blomqvist (2012) presenterar i sin forskning att det är vanligt att behandlare inom BUP, som inte håller med läkaren, lätt ger med sig med en kommentar att det ändå är läkaren som bestämmer. Kopplat till de intervjuade behandlarnas önskemål om gemensamt projekt, skulle det kunna förstås utifrån att om läkare och psykologer i större utsträckning hade vidareutbildning i familjeterapi skulle den gemensamma synen på familjeperspektivet underlättas.

Under intervjuerna framkom det tydligt att korta och avgränsade familjebehandlande insatser såg som både effektivt och roligt. Familjearbete upplevdes inte som långa och omfattande insatser. Istället ansåg behandlarna att man kunde hinna med mycket under kort tid. Det kan bekräftas utifrån systemteori där förändringsarbetet anses bli kraftfullt, då systemet runt individen engageras i processen. Det i sin tur möjliggör att processen fortsätter mellan behandlingssamtalen, vilket ofta gör behandlingsinsatsen kortare (Lundsbye, 2010).

Resultaten visar att möjligheten till flexibilitet i familjearbetet värdesätts av behandlarna där de får möjlighet att lägga upp arbetet efter familjens behov och eget intresse. Det stämmer överens med Lebows (2005) forskning om familjearbetets utveckling. Han menar att större hänsyn tas till individuella uppfattningar och det blir allt vanligare att växla mellan att samtala med hela eller delar av familjen. De flesta behandlarna framhöll att de hellre arbetade utifrån det fria reflekterandet i rummet än att följa ett manualbaserat behandlingsprogram.

Det går däremot emot Lebows (2005) forskningsresultat om utvecklingstrender där familjearbete går från de mer generella till de mer manualbaserade metoderna. Det som tenderar att finnas kvar från de generella metoderna, menar Lebow (2005), är fokus på system och kausala samband. Att fokusera på familjesystem och kausala samband överensstämmer med behandlarnas beskrivning över hur de helst arbetar idag.

Att behandlarna hellre arbetade mer flexibelt än manualbaserad kan förstås utifrån deras kunskap om det komplexa samspelet mellan människor och familjers olika behov. Abrahamsson och Berglund (2007) menar att tanken om att hitta en rätt metod till ett speciellt problem, som det evidensbaserade metoderna har som avsikt att göra, mer tillhör det medicinska perspektivet. Risken finns för att det blir mer fokus på diagnos än på aktuella behov. Behandlarna värdesätter att arbeta flexibelt och beskriver med stor entusiasm om de olika möjligheter ett familjearbete kan innebära för barnet och familjen. Det kan kopplas till Scott Millers studie om behandlingsresultat där han menar att det är viktigare att behandlaren själv tror på sin metod, än vilken metod i sig som används (Abrahamsson och Berglund, 2007). Även Lindgren (2009) poängterar att det är viktigt att inte ensidigt implementera evidensbaserade metoder inom hälso- och sjukvården. Forskning idag visar att det är behandlaren i sig och då främst alliansen med patienten, som har större betydelse för resultatet än själva metoden (Lindgren, 2009).

SLUTDISKUSSION

Syftet med uppsatsen har varit att ta del av behandlares tankar om och erfarenheter av familjearbete inom barn och ungdomspsykiatrins öppenvårdsmottagning. Hur familjearbetet ser ut idag, vad som påverkar det arbetet, om familjeperspektivet anses vara viktigt och vilka tankar som finns om framtida familjearbete är frågor som har legat till grund för undersökningen.

Det framkom en enhetlig bild över att viss typ av familjearbetet hade minskat inom BUP öppenvårdsmottagning. De flesta behandlare upplevde ändå att föräldraperspektivet tillgodosågs på ett bra sätt. Det är framförallt inom den parallella barn- och föräldrabehandling som möjlighet ges till ett familjearbete idag. När det gällde gruppverksamhet för föräldrar hade behandlarna olika åsikter. Några önskade att det skulle finnas mer, andra ansåg att det var en för generell kunskap för de familjerna som kommer till BUP. Forskning stödjer de senare och kan förstås utifrån synen på förändring, där pedagogiska insatser anses vara mer expertkunskap utifrån till motsatt av ett mer processinriktat arbete i familjesystemet (Hertz, 2011).

Resultatet i undersökningen visar att det finns många faktorer som påverkar och försvårar familjearbetet. Samhällsutvecklingen med en ökad individualisering påverkar hur vi ser på individuella svårigheter. Skolans elevhälsa organiserar sig utefter det. Föräldrar blir påverkade och redan vid ingången till BUP finns det förväntningar och tydligt fokus på individen. Den utvecklingen bekräftas i flera forskningsrapporter (Dencik, 2005; Kihlbom, 2000; Björk, 2011). De behandlare med ett mer systemiskt och cirkulär förhållningssätt till förändring möter dessa motsatta förväntningar när föräldrarna kommer med sitt barn till BUP.

Behandlarna möter även fokus på individen inom den egna organisationen på BUP. Det medicinska perspektivet med ökad neuropsykiatrisk kunskap utgår mer från ett mer linjärt förhållningssätt. Här har BUP sin styrka genom att det finns olika professioner där olika kunskapsområden skall komplettera varandra. Samtidigt innebär det att behandlare med systemisk syn på förändring behöver stå upp för det i den egna organisationen.

Det gemensamma projektet beskrevs som ett synsätt där familjen mer borde ses som utgångspunkten för förändring. Barnen är i behov av sina närmaste relationer för att utvecklas och det vore önskvärt att alla oavsett profession hade det som utgångspunkt. Kunskapen om individuella svårigheter blir då en styrka i det gemensamma projektet. Det bekräftas också i det biopsykosociala synsättet (Hertz, 2011).

Ledningen behöver skapa de förutsättningar som behövs för att vara den stabila grunden i det gemensamma projektet. Gemensam fortbildning, värdesätta tiden och att vara ett tydligt stöd för familjeperspektivet var faktorer som lyftes fram. Att familjearbete i sig är något mer tidskrävande ansågs inte som ett problem utan det handlade snarare om att det inte fanns tillräckligt med tidsutrymme på grund av den ökade arbetsbelastningen på mottagningarna. Tydlighet och stöd från ledningens sida när det gäller familjeperspektivet blir extra viktigt med tanke på att BUP tillhör hälso- och sjukvården, vilket bekräftas i Blomqvists (2011) forskning, där hon beskriver att det sociala perspektivet är underordnat de medicinska.

En konsekvens av att det gemensamma projektet inte är så tydligt idag är att behandlare hittar sina egna vägar till att arbeta med familjeperspektivet. Det finns inte kraft eller tid att arbeta för helheten. Det kan bli svårigheter för nya medarbetare som socialiseras in i den kulturen där familjearbetet inte blir lika synligt. Brister i behandlarnas egen kompetens ses alltså inte som ett problem i sig utan snarare avsaknad av en gemensam kompetens när det gäller kunskap om familj och system.

En annan konsekvens som framkom i resultatet var behandlares rädsla för att skuldbelägga föräldrar. Det kan leda till ett avvaktande och otydligt förhållningssätt från behandlarnas sida i mötet med familjen. Forskning stödjer att det är svårt för behandlare att vara tydlig i samtal med föräldrar (Sands, 1994). Ett tydligt och gemensamt förhållningssätt inom organisationen kan skapa den trygghet och de förutsättningar som behandlare behöver för att lättare motivera till förändringsarbete med familjen.

Att familjeperspektivet anses vara viktigt finns det som sagt ingen tvekan om i resultaten. Men det framkommer också en beskrivning av motsägelsefulla budskap från både kollegor och ledningen. Det skulle kunna förstås utifrån att det finns en tydlighet i ord när det gäller familjearbetets betydelse, men inte lika tydligt i handling. De flesta behandlarna både saknar och efterfrågar ett tydligare gemensamt förhållningssätt inom organisationen. Även Modigh (2006) beskriver det fenomenet och menar att det idag är allmänt vedertaget att det biopsykosociala perspektivet skall integreras inom psykiatrin, men att det många gånger bara kan bli ord som man inte lever upp till i det praktiska arbetet.

De korta och avgränsade familjebehandlande insatserna sågs som en möjlighet för öppenvårdsmottagningarnas att utveckla familjearbete än mer. Det arbetet beskrevs som oerhört kraftfullt och behandlarna beskrev det med både engagemang och glädje. Det egna handlingsutrymmet är en styrka där behandlarna har möjlighet till utveckling utifrån eget intresse. Med en tydlig och gemensam grund finns större möjlighet till den flexibilitet i de enskilda behandlingsärenden, som behandlarna värdesätter.

Sammanfattningsvis kan sägas att det har varit intressant att få ta del av behandlarnas tankar om och erfarenheter av familjearbete inom Barn- och ungdomspsykiatriens öppenvårdsmottagning. Att få ta del av deras syn på vad som påverkar familjearbetet har ökat min förståelse för att det är mycket komplext och att det inte alltid finns enkla svar och lösningar. Med tanke på den debatt som har funnits, med en oro över att familjeperspektivet blir lidande i det allt mer individualiserade samhället och att barn på så vis får ta större enskilt ansvar för det egna förändringsarbete, har det känts bra att få träffa engagerade behandlare inom BUP som verkligen tror på familjearbetets möjligheter.

Min upplevelse är att jag har fått svar på mina frågeställningar och att syftet med undersökningen är uppfyllt. Jag vill än en gång belysa att de intervjuade behandlarnas berättelser är deras egna och avsikten med undersökningen inte har varit att generalisera utan snarare att exemplifiera.

Under arbetets gång och när jag har fått ta del av behandlarnas berättelser har det väckts nya frågor. Det skulle vara intressant att få ta del av skolans tankar och erfarenheter när det gäller allsidig elevutredning och då framförallt den

psykosociala delen i den. Hur mycket familjefokus har skolan när det gäller barns individuella svårigheter? Vilka insatser provas där innan en remiss skickas till BUP? Det skulle också vara intressant att titta på föräldra- familjearbete inom BUP utifrån ett genusperspektiv. Med risk för att vara normativ men finns det någon skillnad mellan mammor och pappors inställning, behov och då också motivation till att arbeta med familjerelationerna? Hur påverkar det i sin tur mötet med behandlarna på BUP? Med stor sannolikhet finns det redan forskning kring de här områdena också men det är inget som jag har hunnit tagit del av ännu.

Tack till alla informanter som avsatt tid för att bidra med tankar och erfarenheter!

REFERENSLISTA

Abrahamsson, Erik & Berglund, Gustaf (2007). *Psykoterapins förnyare. Samtal om systemiskt förändringsarbetet*. Falun: Mareld.

Barn och ungdomspsykiatrins hemsida: www.bup.se

Barn- och ungdomspsykiatri Stockholms läns landsting (2010). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling*. Karlskrona: Printerfabriken.

Björk, Peter (2011). I 'det infantila samhällets' labyrint. Om familjen, uppfostran och relationer mellan barn och vuxna. I Thomas Knoll & Ann-Katrin Witt, (red.): *Tillbaka till framtiden. Familjens betydelse för individens livsval*. Lund: Studentlitteratur AB.

Blomqvist, C. (2012) *Samarbete med förhinder – om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete.

Borgengren M & Von Campenhausen M (2010). Vad vet vi om effekten att ta med familjen i behandlingen? *Fokus på familjen*, 2, 135-157.

Bryman, Alan (2011): *Samhällsvetenskapliga metoder* (upplaga 2). Malmö: Liber.

Debra B Nevas, & Barry A Faber (2001). Parents' Attitudes Toward Their Child's Therapist and Therapy. *Teachers College, Columbia University Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 32, No. 2, 165-170.

Dencik, L. (1989). Growing Up in the Post-Modern Age: On the Child's Situation in the Modern Family, and on the Position of the Family in the Modern Welfare State. *Acta Sociologica* (Taylor & Francis Ltd), 32(2), 155-180.

Dencik, Lars (2005). *Mennesket i postmoderniseringen – om barndom, familie og identiteter i opbrud*. Danmark: Billesö & Baltzer.

Gustafsson, Per (2000). Familjen den viktigaste resursen inom familjeterapi. Felfinneri och skuldbeläggning av anhöriga bör motverkas. *Läkartidningen*. 0023-7205; 97, s. 804-806.

Hansson, Kjell (2004): *Familjebehandling på goda grunder: en forskningsbaserad översikt*. Stockholm: Gothia

Hartzell, Monica (2010). *The First Meeting at Child and Adolescent Psychiatry* [Elektronisk resurs]. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis
Tillgänglig på Internet: <http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:346165/FULLTEXT01>

Hertz, Sören (2011): *Barn- och ungdomspsykiatri; nya perspektiv och oanade möjligheter*. Lund: Studentlitteratur AB.

- Hårtveit, Håkon & Jensen, Per (2004). *Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer*. Lund: Mareld.
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2008). *Hur moderna organisationer fungera*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Jonnergård, Karin, Funck, K Elin & Wolmesjö, Maria (2008). Professionell autonomi som risk och möjlighet. I Karin Jonnergård, Elin K Funck & Maria Wolmesjö (red.). *När den professionella autonomin blir till ett problem*. Växjö University Press, Växjö.
- Kihlblom, Magnus (2000). Ensidigt tänkande inom barnpsykiatri. Helhetsbilden av barnet i familjen riskerar att förloras. *Läkartidningen*. 97:4704-10.
- Knoll, Thomas & Witt, Ann-Katrin (red.) (2011) *Tillbaka till framtiden. Familjens betydelse för individens livsval*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lebow Jay (2005). *Handbook of clinical family therapy*. Wiley.com
- Lindgren, Ola (2009). Psykoterapins g-faktor: Sammanfattning av aktuell forskning. *Läkartidning*. 0023-72005.;106:37,s.
- Lundsby, Maths m.fl. (2010): *Familjeterapins grunder: ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori* (upplaga 4). Stockholm: Natur och Kultur.
- Lundqvist, Sten (2011). Grunder i barn- och ungdomspsykiatriskt arbete. Om värderingar, möten, förhållningssätt och bedömningar. *BUP rapport 2011/1*.
- Modigh (2006). Sociologers kritiska syn på psykiatri. *Socialvetenskaplig tidsskrift*. 4:2006.
- Payne, Malcom (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ringborg, Magnus (2007). Förord. I Erik Abrahamsson & Gustaf Berglund (red.), *Psykoterapins förnyare. Samtal om systemiskt förändringsarbetet*. Falun: Mareld.
- Ringborg, Magnus (2010). *Förändrade familjesamtal*. Lund: Studentlitteratur.
- Sands, R (1994) "A comparison of interprofessional and team-parent talk of an interdisciplinary team" *Social Work*, Vol 16, Issue 4, sid. 207-220.
- Schjødt, Borrik & Egeland, Thor Aage (1994): *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depressioner och ångestsyndrom 2010 - stöd för styrning och ledning*.

Stark, Kevin D & Kelly N. Banneyer, Leah A. Wang, and Prerna Arora 2012
University of Texas. Child and adolescent depression in the family. *Couple and Family. Psychology: Research and Practice*. 2012. Vol. 1, No. 3, 161–184.

Svedberg, Lars (2003). *Gruppsykologi – om grupper, organisationer och ledarskap* (tredje upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Thomassen, Magdalene (2007). *Vetenskap, kunskap och praxis: introduktion till vetenskapsfilosofi*. Malmö: Gleerups Utbildning.

Vetenskapsrådet (2012). Forskningsetiska principer ISBN:91-7307-008-4.
Utgivare: Vetenskapsrådet. Copyright © Vetenskapsrådet. Tryck: Elanders Gotab.
Hämtat 22 september, 2012 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Westerström, L. (2010). Hur kan en BUP-anställd använda systemteori för att hjälpa sina patienter/klienter? *Fokus på familjen*. 3,190-211. Maturanas domäner.

Wrangsjö, Björn (2011). Familjebehandling – Vart tog familjen vägen inom BUP? *Glimtar från forskningsfronten. Stockholms läns landsting Barn- och ungdomspsykiatri*. nr 32.

BILAGOR

Bilaga 1: Intervjuguide

När föreslås familjebehandling och vad påverkar det:

Är det vid vissa svårigheter hos *barnet/ungdomen* eller *familjen*? (diagnoser, samspel eller uttryckta önskemål)

På vilket sätt påverkar *behandlarens* egen kompetens, intresse eller profession val den insatsen? (medicinsk – psykologisk – psykosocial och /eller vidareutbildningar).

Påverkar *organisationens* riktlinjer, resurser, prioriteringar och i så fall hur? (centralt, klinikens, mottagningens?)

Familjebehandling viktigt och hur blir det i så fall synligt i arbetet:

Känns debatten (problemformuleringen) igen och hur syns det på mottagningen?

Vad beror den eventuella förändringen på, tror du? (diagnoser, motivation hos *föräldrar*, *barnens/ungdom* eller *behandlare*, kompetens, *organisation*, resurser, forskning eller annat)

Finns det motsättningar mellan de olika perspektiven (familjeperspektiv – och t.ex. neuropsykiatri?)

Hur märker föräldrarna att de anses viktiga? Att de ses som viktiga i barnet/familjens förändringsarbete?

Vad behöver barnet/föräldrarna för stöd för att klara av förändringen?

Framtiden:

Är familjeperspektivet inom BUP viktigt? Varför? Hur syns det i verksamheten?

Vad är bra familjebehandling, vilka komponenter bör vara med?

Vad skulle behövas för att du skall känna att ni har ett (fortsatt) bra familjeperspektiv? (kompetens, vidareutbildningar eller annat..)

Finns det andra infallsvinklar på familjeperspektivet idag? Nya utvecklingsmöjligheter?

Är det något du tycker att jag har missat, eller annat som du vill tillägga?

Bilaga 2: Problemformulering

Det här dokumentet mejlades ut till informanterna, som ett komplement till den muntliga information som gavs i samband med att de tackade ja till att delta.

Problemformulering:

När det gäller den barn och ungdomspsykiatriska vården har det under de senaste åren funnits en debatt om att familjebehandling är på tillbakagång. Wrangsjö (2011) menar att man numera inom BUP sällan tar reda på hur barnets symtom reglerar samspelet i ett dysfunktionellt familjesystem. Han menar vidare att orsaker till minskat familjefokus kan bero på att det anses vara tidkrävande och att det medicinska perspektivet istället får allt större utrymme och då framförallt inom det neuropsykiatriska området.

Ytterligare ett exempel från debatten kommer från Hertz (2011) som lyfter fram den bio-psyko-sociala förståelsemodellen. Författaren menar att det i dagens individualiserade samhälle finns en tendens att diagnoser kan upplevas som attraktiva att ta till. Han menar vidare att det istället är viktigt att se barnet/ungdomens symtom som invitationer att få hjälp att gå vidare i livet och då framförallt med uppmärksamhet på samspelets betydelse.

Syfte : Att få ta del av behandlares tankar om och erfarenheter av familjearbetet inom Barn- och ungdomspsykiatrins öppenvårdsmottagning.

Frågeställningar: När föreslås familjebehandling idag och vad påverkar det? Anses familjebehandling vara viktigt och hur blir det i så fall synligt i arbetet på mottagningen? Hur tänker behandlarna om framtidens familjearbete inom BUP?

Definition av begreppet familjebehandling:

Mer än stöd- och informationssamtal med föräldrarna (enskilt eller tillsammans med barnen). Det är en behandlande insats med ett syfte att förändra samspel och interaktionsmönster inom familjesystemet. Hansson (2004) definierar familjebehandling på så sätt att det är en behandling som riktar sig till familjer, alltså målgruppen (familjen) definierar behandlingen. Men också utifrån kunskaper om hela familjesystem, där man försöker förstå och påverka visst problem eller symtom. En behandling i syfte att förändra allt från samarbete mellan föräldrar, med eller utan barn i samtalen, till mer omfattande förändringar i interaktionsmönster och samspel.