

# Med andra ögon

- brukarens syn på familjebehandling

Christina Löwenborg  
Kari Kamsvåg



# Forskningsrapport 2006:1



## **Forsknings- & utvecklingsenheten För socialtjänstens individ- och familjeomsorg i nordvästra Stockholm:**

*Ekerö, Järfälla, Sigtuna, Sollentuna,  
Solna, Sundbyberg  
Upplands-Bro, Upplands Väsby*

**Med andra ögon**  
Brukarens syn på familjebehandling

**Christina Löwenborg och Kari Kamsvåg**

*Christina Löwenborg och Kari Kamsvåg*

**Med andra ögon**

Brukarens syn på familjebehandling

**Forskningsrapport 2006:1**

FoU-Nordväst – Forsknings- & utvecklingsenheten för  
socialtjänstens individ- och familjeomsorg i nordvästra

Stockholm. Beställningen görs från FoU-Nordväst,

Tingsvägen 17B, 191 86 Sollentuna

Fax 08-625 17 69 eller via

email: [fou-nordvast@sollentuna.se](mailto:fou-nordvast@sollentuna.se)

© Alla rättigheter förbehållna Forsknings- och  
utvecklingsenheten samt författarna.

Grafisk form: Cristina Josefsson

Tryck: Tryckpaketet, Ockelbo

ISBN 91-89681-11-8

ISSN 1651-7830

## ABSTRACT

Studien har namnet: *Med andra ögon – brukarens syn på familjebehandling*. Fokus för studien är behandling av familjer inom socialtjänsten, och brukarnas syn är utgångspunkten för resultatet. Titeln ”med andra ögon” antyder ett perspektivskifte.

Studien innehåller två delstudier. Delstudie 1, kartläggningen, handlar om vad som karaktäriserar de familjer som fått insatsen familjebehandling, i socialtjänstens regi. Data har insamlats via ett strukturerat frågeformulär utifrån dataregister. Registerstudien bygger på 268 observationer. Denna del utmynnar i en beskrivning av det karakteristiska i familjebilden.

I delstudie 2, fördjupningsstudien, intervjuas ett slumpmässigt urval av populationen i delstudie 1. Fördjupningsstudien är en kvalitativ undersökning som syftar till att beskriva brukarnas syn på familjebehandling. Studien bygger på grupp- och enskilda intervjuer med olika familjemedlemmar. Undersökningstiden är en tvåårsperiod, 2000 samt 2001, i Sollentuna och Sundbyberg, två nordvästkommuner i Storstockholm.

Syftet med kartläggningen är att undersöka vad som karaktäriserar familjen som tar del av familjebehandling. Fördjupningsstudiens syfte är att ge brukarnas syn på familjebehandling, och har operationaliserat i följande frågeställningar:

1. Har du upplevt någon förändring, som du sammankopplar med familjebehandlingen?
2. Hur har problemen påverkats? Har de förbättrats/ upplösts eller försämrats eller har andra tillkommit?
3. Vilken är den viktigaste erfarenheten?
4. Vad fungerade som hjälp?
5. Vad har du saknat?

Resultatet av kartläggningen visar att den största enskilda gruppen av familjesammansättning består av en ensamstående förälder, företrädesvis en moder, med barn i skolåldern. Generellt kan sägas

att problemen är dels av relationskaraktär och dels i form av skolproblem. Profilen på det yngre barnet består av en pojke i åldern 8-12 år med skolproblem. Profilen på det äldre barnet består av en flicka i åldern 13-17 år med relationsproblem samt oro för skolsituationen. Närmare hälften av barnen har minst en utlandsfödd förälder, och när så är fallet så saknar barnet i typfamiljen ofta kontakt med en förälder, företrädevis fadern. Familjen bor i hyreslägenhet och har på initiativ av sin socialsekreterare fått remiss till familjebehandlingsenheten. Insatsen ges av kommunens interna resurser, pågår under ett år och avslutas därefter på familjens initiativ. Familjen har, förutom aktuell familjebehandling, erfarenhet av tidigare behandlingsinsatser samt andra pågående parallella stödinsatser.

Resultatet i fördjupningsstudien har tematiserats och analyserats. De analytiska dimensionerna handlar om bemötande, återhämtning och handling. Resultatet har huvudsakligen analyserats utifrån teorier och teser av Anderson (2002), Bernler och Johnsson (2001), Börjeson (2001), Carlsson (2003) samt Bäck-Wiklund och Bergsten (2001).

De huvudsakliga slutsatserna i fördjupningsstudien visar att problembestämningsprocessen är en viktig faktor för utfallet, som i sin tur påverkas av hjälparens förstruktur (erfarenheter och kunskaper som fungerar som ett raster), som riskerar bli en dominerande diskurs i processen. Hjälpprocessen påverkas gynnsamt av samverkande, samforskande ingredienser i mötet mellan parterna. Ett annat viktigt resultat handlar om mödrarnas uppvisade stressrelaterade symtom, som kan kopplas till könsspecifika skillnader avseende synen på det egna ansvaret för barnet. Detta resultat kan sammankopplas till brukarens ambivalens till hjälporganisationen, som riskerar att resultera i asymmetri mellan parterna, när hjälpprocessen börjar. I återhämtningsprocessen är avlastning en verksam ingrediens. Ett tredje viktigt område handlar om den konkreta, handfasta hjälpen som en verksam del i familjebehandlingen.

Nyckelord: *Familjebehandling, brukarundersökning.*

## FÖRORD

*Att förändra sättet att tänka om världen är ett sätt att förändra världen, eftersom världen delvis består av människors föreställningar om den och om sig själva*

Ferguson 1984

För några år sedan såg jag en fotoutställning, som gjorde starkt intryck. En fransman vid namn Arthus Bernard hade fotograferat jorden från en helikopter. Bilderna var i mitt tycke fullständigt häpnadsväckande med dess färg och formspråk. Det bildades, på ett förvånande sätt, mönster som bara gick att se uppifrån, med distans. Nere på jorden fanns inte en möjlighet att förstå Bernards perspektiv, där han satt i helikoptern. Linjer, former och färger verkade ha en tendens att upprepa sig så att de bildade ett mönster. Perspektivförändringen var den avgörande faktorn eftersom verkligheten var densamma. Synliga mönster bildades, som tidigare varit ”osynliga” för ögat. Jag fylldes av tanken att jag under en hel livstid på jorden kanske saknar detta perspektiv.

För mig blev denna händelse en metafor för den forskningsprocess jag och min kollega just gett oss i kast med. Att genomföra perspektivskiftet från att vara praktiker till att med forskarlinsen framför ögonen undersöka det som tillhört vardagslivet, nämligen familjearbetet, har varit en spännande resa. Frågorna, undringarna och möjligheten att upptäcka något nytt, om så bara för egen del har varit en viktig drivkraft i denna process. Dessutom har jag lärt mig mer och annat än förväntat. Den allra viktigaste lärdomen handlar om en nyfiken attityd till skeenden och fenomen i livet.

Det finns flera jag skulle vilja rikta ett stort tack till, som på olika sätt bidragit till att studien till slut manifesterat sig i fast form. Först vill jag rikta ett tack till Ann Palm, FoU-chef på Nordväst, som möjliggjorde studien överhuvudtaget, från inledning till dess avslutning. Yvonne Sjöblom, Stockholms Universitet, har utifrån sitt handledarskap bidragit med inspiration, uppmuntran och tålmod. Tack! Referensgruppen, i nordvästra Stockholm, har under lång tid

med sin entusiasm följt studien, och diskuterat dess resultat. Hugo Stranz, FoU-Nordväst, har generöst bidragit med sin kunskap och hjälp vid den kvantitativa databearbetningen och Lars Persson som korrekturläst, och med stilkänsla och kunskap förbättrat rapportens läsbarhet. Till sist vill jag rikta ett stort tack till våra intervjupersoner, som vågat och velat dela så viktiga erfarenheter till forskningsändamål. Jag hoppas innerligt att vi gjort era upplevelser och erfarenheter rättvisa i studien.

Christina Löwenborg i Juni 2004



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>FÖRORD</b>	5
<b>1. INLEDNING</b>	10
1.1.1 <i>Kort historik om familjebehandling</i>	10
1.1.2 <i>Det studerade objektet</i>	11
1.1.3 <i>Resursteamet i Sundbyberg</i>	12
1.1.4 <i>Familje- och nätverksenheten i Sollentuna</i>	13
1.1.5 <i>Rapportens disposition</i>	13
1.2 <b>Bakgrund</b>	14
1.2.1 <i>Kort historik om familjen</i>	14
1.2.2 <i>Nusituation</i>	15
1.2.3 <i>Framtid</i>	16
<b>2. SYFTE, METOD OCH GENOMFÖRANDE</b>	17
2.1.1 <i>Problemformulering</i>	17
2.1.2 <i>Syfte</i>	17
2.1.3 <i>Frågeställningar</i>	17
2.2 <b>Inledning</b>	18
2.3 <b>Kartläggningen</b>	18
2.3.1 <i>Genomförande av kartläggningen</i>	18
2.3.2 <i>Metoddiskussion</i>	19
2.4 <b>Kvalitativ intervjuundersökning</b>	20
2.4.1 <i>Intervjumetoden</i>	21
2.4.2 <i>Genomförande av intervjuundersökningen</i>	21
2.4.3 <i>Inbjudan</i>	22
2.4.4 <i>Intervjuerna</i>	24
2.4.5 <i>Gruppen med mödrar</i>	24
2.4.6 <i>Gruppen med fäder</i>	25
2.4.7 <i>Ungdomsgruppen</i>	25
2.4.8 <i>Vilka är intervjupersonerna?</i>	26
2.4.9 <i>Transkribering</i>	28
2.4.10 <i>Tematisering</i>	29
2.4.11 <i>Metoddiskussion avseende intervjustudien</i>	31
2.5 <b>Forskningsetiska principer</b>	34
2.6 <b>Referensgrupp</b>	35

<b>3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER</b>	36
3.1 Olika perspektiv på socialt arbete	36
3.2:1 <i>Handlingsinriktad teori</i>	37
3.2:2 <i>Samspelsmönster</i>	40
3.2:3 <i>En etisk utgångspunkt</i>	42
3.2:4 <i>Ett samverkande synsätt</i>	43
<b>4. KARTLÄGGNINGEN</b>	47
4.1:1 <i>Ett övergripande perspektiv</i>	47
4.1:2 <i>Barnen i studien</i>	47
4.1:3 <i>Barnets familjesituation</i>	48
4.1:4 <i>Etniskt ursprung</i>	49
4.1:5 <i>Avsaknad av föräldrakontakt</i>	50
4.1:6 <i>Familjens boende</i>	52
4.1:7 <i>Föräldrars sysselsättning</i>	53
4.1:8 <i>Barnens problembild</i>	56
4.1:9 <i>Föräldrarnas problembild</i>	59
4.2:1 <i>Externa och interna insatser</i>	60
4.2:2 <i>Frivillighet och tvång</i>	60
4.2:3 <i>Behandlingstid</i>	61
4.2:4 <i>Aktualisering av familjebehandling</i>	64
4.2:5 <i>Avslutet</i>	65
4.2:6 <i>Tidigare behandlingar och parallella insatser</i>	66
4.3 <i>Familjens profil</i>	67
<b>5. INTERVJUSTUDIEN</b>	69
5.1 <i>Presentation av intervjupersonerna</i>	69
5.2:1 <i>Att bli lyssnad till och få utrymme för sin berättelse</i>	70
5.2:2 <i>Upplevelsen att inte få hjälp</i>	74
5.2:3 <i>Känslor i mötet med socialtjänsten</i>	78
5.2:4 <i>Känna sig utmattad</i>	81
5.2:5 <i>Rop på hjälp</i>	83
5.2:6 <i>Mödrars syn på utmattning</i>	84
5.2:7 <i>Fäders syn på utmattning</i>	85
5.3:1 <i>Samtalets roll</i>	86
5.3:2 <i>Ungdomars behov av trygghet i samtalet</i>	88
5.3:3 <i>Konkret och praktisk hjälp</i>	90

<b>6. ANALYS</b>	93
6.1 Konstruktion av de analytiska dimensionerna	93
6.2 Analytiska dimensioner	93
6.3 Bemötande	94
6.3:1 Perspektivisering	95
6.3:2 Att känna sig förstådd och lyssnad på	100
6.3:3 Skuld och skam	105
6.3:4 Sammanfattning av analysen av dimensionen bemötande	111
6.4 Återhämtning	112
6.4:1 Avlastning	113
6.4:2 Asymmetri	114
6.4:3 Könsspecifika skillnader	116
6.4:4 Sammanfattning av dimensionen återhämtning	119
6.5 Handling	120
6.5:1 Ett rum för dialog	121
6.5:2 Få handfast hjälp	125
6.5:3 Sammanfattning av dimensionen handling	128
<b>7. DISKUSSION</b>	130
<b>LITTERATURLISTA</b>	139
<b>BILAGOR</b>	141
Bilaga 1. Frågeformulär för datajournal	141
Bilaga 2. Inbjudan till intervju	144
Bilaga 3. Uppföljningsbrev	146
Bilaga 4. Enkät till intervjudeltagare	147

## 1. INLEDNING

När Socialstyrelsen undersökt vilka insatser som använts inom socialtjänstens arbete med barn och ungdom, ingår familjebehandling i det vidare begreppet "behovsprövat personligt stöd". Begreppet definieras som behandling som ges till barnet, den unge eller familjen och som kan utföras av till exempel socialsekreterare, behandlingsassistent eller så kallad hemma-hosare. De vanligaste insatserna inom den sociala barnvården är familjeterapi, familjebehandling och hemma-hosbehandling (Tengvall 2000).

Vad är då familjearbete? Hansson (2001) gör en tydlig åtskillnad mellan begreppen familjearbete och familjeterapi, och menar att begreppet familjeterapi bör användas endast för det arbete som utförs av legitimerade psykoterapeuter med familjeinriktning och som är ansvariga inför ansvarsnämnd. Begreppet familjebehandling kan användas i ett vidare perspektiv;

*Familjebehandling skulle kunna definieras av att det är en behandling som riktas mot familjer, dvs det är målgruppen som definierar behandlingen. Det skulle också kunna definieras av ett specifikt synsätt som innebär att då man ska förstå eller påverka ett visst problem så gör man det utifrån kunskaper om hela det existerande familjesystemet. Sist men inte minst kan familjebehandlingen definieras av den teori som ligger till grund för behandlingen, en teori som tar upp interaktioner och relationer mellan människor som en grund för behandling i motsats till teorier som endast talar om emotioner och tankar hos en enskild individ.*

(sid. 12)

### **1.1:1 Kort historik om familjebehandling**

Familjebehandlingsfältet uppstod när arbetssättet förändrades från att arbeta med en person till att ta in flera medlemmar ur familjen in i rummet. Anledningen till förändringen handlade dels om att behandling av den enskilde klienten inte uppfattades vara tillräckligt effektivt. Dels handlade det om influenser från nya teoretiska inriktningar, som kommunikationsteori samt systemteori. Det finns

idag flera olika inriktningar inom fältet familjebehandling, men den gemensamma nämnaren är att teorierna och metoderna har ett familjeperspektiv, det vill säga att individuella problem och svårigheter betraktas ur en familjekontext. Med Hanssons lins kan ett familjeperspektiv definieras som att man försöker förstå de problem som en individ har ur ett systemiskt perspektiv. Detta innebär att det finns en föreställning om att individens problem behöver betraktas ur flera olika perspektiv. Det kan dels hänga ihop med individen själv dels med de olika system, den miljö, som individen rör sig i (a.a.). Den familjeinriktade behandlingen började ta form i Sverige under 1970-talet och influenserna har huvudsakligen hämtats från USA och England genom åren. De första influenserna inom fältet byggde på kommunikationsteoretisk teori. Andra skolor som haft stor betydelse för utvecklingen i Sverige är den strukturella familjeterapin liksom den strategiska skolan. Likaså har den korttidsinriktade familjeterapin och de italienska influenserna med den systemiska skolan haft stor betydelse. De senare influenserna har dels bestått av den lösningsfokuserade familjeterapin och dels den socialkonstruktionistiska skolan. Likaså har den narrativa inriktningen influerat området de senaste åren. Det här är några av de 250 olika inriktningar som uppskattats inom fältet. Dagens utveckling verkar gå mot en mer integrerad inriktning där modeller blandas i en eklektisk och pragmatisk anda (a.a.).

Familjebehandling är idag en vanligt förekommande insats inom Socialtjänsten. Många kommuner har valt att inrätta en särskild behandlingsgrupp för att kunna erbjuda familjer stöd på hemmaplan. Syftet är dels att mobilisera familjens och nätverkets egna resurser för att handskas med den uppkomna situationen, dels för att förebygga och helst undvika kostsamma placeringar av barn- och ungdomar utanför familjen.

### ***1.1:2 Det studerade objektet***

Familjebehandling definieras i studien som alla uppdrag som givits till Familj- och nätverksenheten i Sollentuna och Resursteamet i Sundbyberg, vilka är behandlingsenheter som är familjeinriktade. Till familjeuppdragen hör, förutom familjesamtal, även samspelsbehandling föräldrar - barn, individuellt stöd till barn och ungdom,

stöd i kontakten med skola och barnomsorg, nätverksarbete, barngrupps- och föräldragrupsarbete, handledning till familjehem och kontaktpersoner mm. Sammanfattningsvis kan sägas att behandlingsenheterna arbetar med de system som finns omkring det aktuella barnet. När det gäller de undersökta kommunerna så finns stora skillnader dem emellan. Sollentuna är till ytan sex gånger större än Sundbyberg och har nästan dubbelt så många invånare. I Sollentuna fanns den 31 december 2001 58 266 invånare, medan motsvarande siffra i Sundbyberg var 33 967 boende. Även boendestrukturen skiljer sig, nästan hälften av hushållen i Sollentuna är familjer boende i småhus, medan hushållen i Sundbyberg till övervägande del, 95%, bor i flerbostadshus.

Sollentuna var 31% hushåll familjer med barn, vilket motsvarade 19% i Sundbyberg (FoB -90). Sundbyberg har en bakgrund som "arbetarkommun" och har haft socialdemokratiskt styre. Sollentuna, som har invånare med högre utbildningsnivå och därmed högre medelinkomst, har en tradition av borgerligt styre.

Sundbyberg har en något högre andel utlandsfödda boende i kommunen, 18-19%, jämfört med Sollentunas 16-17%. I Områdesdata 2003 kan konstateras att ohälsotalen\* ökar i alla kategorier (kön och födelseland) i båda kommunerna. Kvinnor som är inflyttade till Sverige mår sämst och har de högsta ohälsotalen i jämförelsen.

### ***1.1:3 Resursteamet i Sundbyberg***

Familjebehandlingsteamet i Sundbyberg startade som ett tvåårigt projekt i oktober 1999. Syftet var att mobilisera familjers och nätverks egna resurser samt att förebygga och undvika placeringar utom hemmet. Behandlingsteamet, som fick namnet Resursteamet, bestod till en början av 2,5 tjänster, men utökades under 2001 till 2,75 tjänster i samband med att projektet blev en permanent verksamhet inom socialtjänsten. Familjebehandlarna är socionomer med vidareutbildning inom systemiskt familjearbete. Teamets organisering har varierat under projektiden, men ingår nu i Re-

\* Ohälsotalen beräknas genom att man summerar antalet sjukpenningdagar, dagar med förtidspension/sjukbidrag, rehabiliteringsersättning eller förebyggande sjukpenning och jämför detta med antal sjukförsäkrade och förtidspensionärer.

sursteamet tillsammans med en socionom, som arbetar med preventivt arbete. Teamet har haft i uppdrag att i första hand arbeta med ärenden där placering övervägs och där en intensiv insats krävs. I Resursteamet arbetar vanligtvis två behandlare i en familj. Teamet har periodvis även arbetat med samarbetsamtal och förebyggande familjestöd. Dessa behandlingsinsatser ingår inte i studien, då de ej registreras som ärenden.

### ***1.1:4 Familj- och nätverksenheten i Sollentuna***

Familj- och nätverksenheten (tidigare Resursenheten) har funnits i drygt tio år vid undersökningstillfället. Enheten består av nio behandlare, varav fem heltidsanställda och fyra deltidanställda. Personalen består av socionomer, socialpedagoger och förskollärare med vidareutbildning inom familjearbete. Utöver behandlingsarbete i familjer hade Familje- och nätverksenheten även uppdrag som nätverksmöten, familjerådslag, handledning till familjehem och kontaktpersoner, barngruppsverksamheter, förebyggande arbete i öppna förskolor samt mamma-barnkollo under sommaren. Vissa uppdrag har skett i samarbete med andra, såsom personal inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och handläggare på familjeenhetens barn- och ungdomsenheter. Det är vanligt att behandlarna i Sollentuna arbetar ensamma i en familj och vid behov arbetar med kollega, men det förekommer även att man inleder med två behandlare.

### ***1.1:5 Rapportens disposition***

Rapporten omfattar en kvantitativ och en kvalitativ del. Närmast följer en bakgrund till studien. Bakgrunden fokuserar på familjen i ett historiskt perspektiv, nusituation och tankar om dess framtid. Rapporten fortsätter med studiens problemformulering, syfte och frågeställningar. Kapitel 2 består av en beskrivning av metoden, dels med fokus på den kvantitativa delen och dels med fokus på den kvalitativa delen i studien. Här beskrivs val av datainsamlingsmetod, urval, etiska överväganden, tillvägagångssätt, diskussion utifrån validitet, reliabilitet och generaliserbarhet samt val av analytisk ansats. Kapitel 3 består av en teoridel. Här redogörs för definitioner av centrala begrepp samt olika teoretiska utgångspunkter, som ligger till grund för analysen. Kapitel 4 innehåller empiriredovisning och analys av kartläggningen. Kapitel 5 innehåller redovisningen av den kvalitativa studien, som utgår från intervjuer av ett urval av populationen

i kartläggningen. Kapitel 6 innehåller en analys samt slutsatser av den kvalitativa studien. Kapitel 7 består av en diskussion utifrån det samlade materialet.

## 1.2 Bakgrund

### 1.2:1 Kort historik om familjen

Det finns forskning som visar på familjelivets utveckling (Stone, enligt Giddens 1998). Familjelivet beskrivs under tre olika faser. Den första fasen kallas för *den öppna familjen*. Familjen under 1500-talet var en liten familj med täta relationer. I den öppna familjen låg inget fokus på emotionellt engagemang eller beroende. Familjen som enhet var relativt kortlivad och upplöstes ofta när föräldrarna eller barnen dog eller flyttade hemifrån. Familjen var kort sagt en icke-emotionell auktoritär institution utan privatliv.

Den andra fasen av familjelivet var kortlivad och skedde enbart i de högre skikten under 1600-1700-talet. Tonvikten på kärlek ökade mellan man och hustru i relationen, likaså mellan vuxna och barn (a.a.).

Den tredje fasen ägde rum under 1800-talet, även här i de högre skikten. Hemmet har blivit ett privat område med starka emotionella band och dess huvuduppgift är att fostra barn. Fokus är riktat på hemmet och äktenskapet och grundar sig på personliga val utifrån normer om romantisk kärlek. Familjen inriktar sig på konsumtion istället för produktion allteftersom arbete och fritid särskiljs (a.a.). Vid senmodernismens början, i slutet av 1950-talet och början av 60-talet, skedde en kvalitativ förändring på grund av att kapitalet koncentrerades och små arbetsplatser försvann. Arbetets karaktär förändrades och rationaliserades. Den offentliga sektorn växte, och kvinnor började arbeta. Färre barn föddes och skilsmässorna ökade. Människorna bosatte sig i städerna och utbildning var till för endast ett fåtal (Bäck-Wiklund & Bergsten 2001).

Moderniseringsprocessen som påverkat familjelivets utformning kan indelas i olika faktorer (Dencik 1995). Den första är *rationaliseringen*, som avser både produktionssfär och reproduktionssfär. Samhället har inrättat utomfamiljära omsorgsinstitutioner för barnen (a.a.).



Den andra faktorn är *sekularisering*, vilket är en pågående process gällande värderingar och trosföreställningar när det gäller barn, deras rättigheter, behov och förmågor.

Den tredje viktiga faktorn i moderniseringsprocessen är *individuering*. Individerna lösgörs från sin bakgrund; hon frisätts i förhållande till sin sociala och kulturella kontext. Rationalisering, sekularisering och individuering är starka krafter som sammanvävts och i hög grad påverkat familjelivets utveckling och utformning (a.a.).

### **1.2:2 Nusituation**

Familjen idag kan karakteriseras som en starkt privatiserad, serviceberoende, individualiserad och sårbar enhet (Dahlström, enligt Bäck-Wiklund och Bergsten (2001)). Familjesfären kan också ses som en plats för förhandling – en arena där familjemedlemmars olika värderingar, föreställningar och intressen måste jämkas samman samtidigt som olika behov och intressen behöver tillgodoses (Bäck-Wiklund & Bergsten 2001).

Denna bild av familjen som privatiserad, individualiserad och sårbar ska ställas mot den samtida bilden av familjen som en institution, som beskrivs som starkare än tidigare, trots att föräldrarna arbetar och barnen går på dagis (a.a.). Familjen, som bygger på frivillighet och kärlek, är en plats där medlemmarna tankar tillhörighet. (Dencik 1995, Giddens 1998).

Förändringen inom familjen kan ses som en demokratisering av den intima sfären (Giddens 1998). Den ökande individualiseringen samt kvinnan som autonom individ har undergrävt föreställningen att kärlek måste höras ihop med äktenskap och barn. Kvinnors inriktning mot arbetslivet ökar, medan mäns orientering mot familjelivet ökar. Parallellt kvarstår könsbundna, traditionella mönster avseende arbets- och ansvarsfördelning i hemmet (Bäck-Wiklund & Bergsten 2001). Idag försörjer man och kvinna familjen gemensamt i merparten av familjerna. I Sverige är det en självklarhet att kvinnor förvärvsarbetar (Axelsson enligt Bäck-Wiklund & Bergsten 2001).

Välfärdsstatens intentioner har, å ena sidan, individualiserat ansvaret för barnen och skapat förutsättningar för jämställdhet och autonomi för fäder och mödrar. Å andra sidan har intentionerna utformats som ett ansvar för barnen som är delat mellan stat och föräldrar. Barnen är inte föräldrarnas privata angelägenhet längre, utan det ställs stora krav på föräldrar om kompetens, uthållighet och samarbetsförmåga med det övriga samhället (a.a.).

Barnets individualitet är en viktig faktor i det postmoderna samhället. Barnet ska inte vara någon i mängden, utan vara självständigt, stå upp för sin egenart och ha självkontroll. Familjepolitikens betoning på de vuxna motsvaras av betoningen på barnet som individ. Barnperspektivet framhålls. Bidrag och stöd riktas till barnen och det är för barnens bästa som barnomsorg, barnhälsovård, föräldraförsäkring och pappamånad byggs ut.

### ***1.2:3 Framtid***

Den tilltagande sociala differentieringen, den snabba utvecklingen av informationsteknologin och den ekonomiska och kulturella globaliseringen kan beskrivas som en ultradynamisk samhällsutveckling och minskar möjligheterna att förutsäga livsvillkoren för människan och familjen (a.a.). Framtida tendenser, ur ett globalt perspektiv, handlar om att utvidgade familjer och släktgrupper kommer att minska i betydelse och kvinnors rättigheter i högre grad erkänns vad gäller val av partner och familjeliv. Detsamma gäller barns rättigheter (Giddens 1998).

För den postmoderna människan är kompetensen att kommunicera avgörande. Det blir viktigt i framtiden att fungera adekvat på olika sociala arenor, att ha ett socialt gehör och kunna klassificera och göra distinktioner i ett informationssamhälle i ett högt tempo (Dencik 1995). Man kan fundera över vad detta kan betyda för den postmoderna människan och för socialtjänstens klienter?

## **2. SYFTE, METOD OCH GENOMFÖRANDE**

### **2.1:1 Problemformulering**

Den forskning som redovisas i studien visar på att familjebehandling i många fall är en fungerande metod, men det finns mindre kunskap om brukarnas perspektiv. Vilka familjer får insatsen och hur ser deras erfarenheter ut? Hur ser familjemedlemmar på aktuella interventioner och arbetsmetoder och vad har varit hjälpsamt?

### **2.1:2 Syfte**

Syftet med undersökningen är:

1. att göra en kartläggning av familjerna, som erhåller familjebehandling.
2. att ge en beskrivning av brukarens syn på familjebehandling, inom socialtjänsten i Sollentuna och Sundbyberg 2000 och 2001.

### **2.1:3 Frågeställningar**

I kartläggningen har frågeformulär operationaliserats i följande frågeområden:

1. Barnets ålder, kön, etnicitet och symtom ur socialtjänstens perspektiv.
2. Familjekonstellation, barnets boende och föräldrarnas sysselsättning. Om Etnicitet och brutna kontakter mellan barn och förälder.
3. Relationen familj – socialtjänst. Om erfarenheter av tidigare behandling och parallella insatser. Om socialtjänstens problemdefinition och avslutning.
4. Ramarna för insatsen. Om interna respektive externa resurser samt behandlingstiden.

Beskrivningen av brukarens syn har operationaliserats i följande intervjufrågor:

1. Har du upplevt någon förändring, som du sammankopplar med familjebehandlingen?
2. Hur har problemen påverkats? Har de förbättrats/ upplösts/ försämrats eller har nya tillkommit?
3. Vilken är den viktigaste erfarenheten?
4. Vad fungerade som hjälp?
5. Vad har du saknat?

## 2.2 Inledning

Undersökningen har indelats i en kartläggning och fördjupning, men vi vill understryka den tankemässiga helheten av studien. Avsikten med kartläggningen är att ge en översiktlig bild av populationen. Vidare är syftet att undersöka hur olika bakgrundsvariabler inverkar och få fram en profil för en "typisk familj" med erfarenhet av familjebehandling. Fördjupningsstudien är av kvalitativ karaktär och består av intervjuer utifrån ett urval av populationen. Syftet är att gå på djupet och söka mönster, som kan beskriva brukarens bild av familjebehandlingens betydelse som en hjälpintervention.

## 2.3 Kartläggningen

I denna delstudie undersöks olika bakgrundsfaktorer och deras inbördes samverkan. Studien utgör en total undersökning. Bakgrundsfaktorerna resulterar i en profil av familjen, som innehåller de faktorer som utmärker "typfamiljen" i studien. En kartläggning har gjorts över de familjer som varit aktuella för familjebehandling i socialtjänstens regi i Sollentuna och Sundbyberg. Det handlar om en totalundersökning utifrån journaler tillhörande de 268 barn, vars familjer varit aktuella för insatsen familjebehandling under åren 2000 och 2001.

Som datainsamlingsmetod valdes ett strukturerat frågeformulär innehållande 22 frågor med öppna och slutna svarsalternativ (bilaga 1), där data insamlades via socialtjänstens dataregister för personjournaler. Därefter bearbetades materialet statistiskt för att testa samband med  $\chi^2$ -test och göra populationsbeskrivningar. Undersökningsformen för kartläggningen är deskriptiv, vilket betyder att den syftar till att beskriva förekomsten och omfattningen av olika bakgrundsvariabler.

### *2.3:1 Genomförande av kartläggningen*

Data inhämtades via kommunernas datasystem Procapita. Därefter kodades och bearbetades materialet i SPSS (Statistic Program for Social Science). Efter den första bearbetningen kategoriserades delar av materialet inför ytterligare bearbetning i SPSS. Vid genomförandet lades särskild vikt att gemensamt kategorisera materialet.

### **2.3:2 Metoddiskussion**

I kartläggningen, som är av kvantitativ art, är mätprocessen central. Det väsentliga är att kunna överföra observation till numeriska värden. Undersökningsfrågan är operationaliserad i frågeformuläret (bilaga 1).

Registerdata i form av journaler är sekundärdata, vilket i det här fallet innebär att en handläggare inom socialtjänsten har journalfört utsagorna från klienten. Detta betyder att uppgifterna är tolkade i betydelsen att de inte kommer direkt från personen som uttalat sig. När det gäller frågorna om sakförhållandena (bostadssituation, föräldrars sysselsättning med mera) i undersökningen är tolkningsutrymmet relativt litet. Däremot är det viktigt att poängtera att tolkningsutrymmet för handläggaren är förhållandevis stort vad gäller frågor som rör barnets symtom samt den problemställning, som är upphov till insatsen, samt valet av vad som skrivits ned i akten.

Reliabiliteten, det vill säga tillförlitligheten hos mätinstrumentet (frågeformuläret), är en central aspekt i sammanhanget. Skulle någon annan forskare få samma svar som vi? Det är viktigt att avgöra instrumentets reliabilitet för att kunna hävda att uppmätta variationer är verkliga mått, och inte beroende av vem som genomfört mätningen. Insamlingen av data har gjorts av två personer. Kontrollkodning har gjorts vid tveksamheter. Reliabilitet hade kunnat höjas utifrån en systematisk ekvivalensprövning, vilket hade inneburit en jämförelse mellan observatörerna. Vid tveksamheter har samråd skett, men ingen systematisk ekvivalensprövning har gjorts. Däremot är internbedömarreliabiliteten högre vad gäller kategoriseringen eftersom den gjorts systematiskt av två bedömare (dePoy & Gitlin 1999). Vad gäller reliabiliteten så har samma frågor systematiskt besvarats med hjälp av ett strukturerat frågeformulär. Validiteten i kartläggningen avser sambandet mellan begreppet och mätningen av det; om det som mäts verkligen speglar begreppet. Validiteten är ett mått på systematiska, icke-slumpmässiga fel. Åtgärder som vidtogs var några pilottestningar för att testa konstruktionen i formuläret, vilket resulterade i ett tillägg av frågan om barns avsaknad av föräldrakontakt. En kritisk iakttagelse när det gäller face validity, det vill säga med vilken grad instrumentet speglar det huvudsakliga innehållet i det aktuella fenomenet, är att det varit önskvärt att låta

en expertpanel, till exempel referensgruppen, granska konstruerade frågeställningar. Det hade kunna ge en någorlunda grad av förvisning om frågeformuläret tillhandahållit ett mått på vad det var avsett att mäta.

Syftet med kombinationen av ett kvantitativt och ett kvalitativt angreppssätt är att skapa starkare möjlighet till representativitet av resultaten. Den kvalitativa intervjuundersökningen i kombination med den kvantitativa kartläggningen syftar till att öka möjligheten till generaliserbarhet samt stärka den inre validiteten i studien. Ett kombinerat angreppssätt har lett till ett stort och komplext material att hantera.

## **2.4 Kvalitativ intervjuundersökning**

Populationen var utifrån den kvantitativa studien identifierad och en bild av den typiska familjen hade framträtt. Syftet med fördjupningsstudien var att ta reda på hur familjerna själva ser på betydelsen av stödfunktionen familjebehandling. En kvalitativ metod valdes eftersom avsikten var att nå en djupare förståelse av hur familjerna uppfattat sina erfarenheter. Det handlade om mjukdata, icke-kvantifierbara data, att få respondenternas beskrivningar av sina erfarenheter och följaktligen intervjua dem för att nå fram till ett inifrånperspektiv. Det handlade om att intervjua ett fåtal individer, att "gå på djupet", söka sammanfallande och särskiljande erfarenheter och ta del av brukarnas subjektiva upplevelser. Syftet var att finna kvaliteter i familjernas beskrivningar. Hur har familjebehandlingen påverkat familjemedlemmarna, har det förändrat deras livssituation och i så fall på vilket sätt? Utifrån subjektiva erfarenheter syftade undersökningen till att gå vidare och undersöka om det fanns mönster att bygga en tankekonstruktion på (dePoy & Gitlin 1999).

Intentionen var att samtliga deltagare skulle intervjuas i grupp, men i praktiken genomfördes även en del enskilda intervjuer med de personer som av olika skäl avböjde deltagande i gruppintervju, vilket i sin tur påverkat hur materialet redovisats.

### **2.4:1 Intervjumetoden**

Fokusgruppmetoden är en form av gruppintervju där deltagarna utifrån en diskussionsguide diskuterar ett givet ämne. Metoden är en socialt och kommunikativt orienterad undersökningsmetod, som ger svar som är lätta att förstå. Gruppintervjun sker med hjälp av samtalsledare och assistent. Intervjun spelas in på band alternativt videofilmas för att sedan transkriberas och bearbetas.

Fokusgruppmetoden valdes som intervjuform för att nå familjemedlemmarnas subjektiva upplevelser om det de varit med om. *"Fokusgrupp är en forskningsteknik där data samlas in genom gruppinteraktion runt ett ämne som är bestämt av forskaren"* (Wibeck 2000, sid. 23). En grundläggande idé är att interaktionen i grupp genererar nya tankar, och att summan av gruppens erfarenheter och tankar därmed är något annat än enskilda gruppmedlemmars.

Fokusgruppmetoden anses lämplig om man vill ta reda på hur människor tänker kring ett visst fenomen. Vidare lämpar den sig vid komplexa frågeställningar och när det finns ett egenvärde av att målgruppen fritt får formulera sig kring ett visst tema. Wibeck menar att metoden är användbar då det finns stora olikheter mellan människor och när handlande eller motivation ska undersökas. Intervjuarens påverkan är mindre då denne inte ingår i diskussionen utan vakar över att frågeställningarna tas upp i gruppen och att alla deltagare ges möjlighet att yttra sig. Optimalt fungerar metoden som ett drivhus för skapelseprocessen i diskussionen, så att deltagarna bygger vidare på vad andra sagt. Avsikten är inte att gruppen ska komma fram till gemensamma uppfattningar, utan att samspelet ska inspirera till nya tankar och därmed en ökad mångfald (Wibeck 2000).

### **2.4:2 Genomförande av intervjuundersökningen**

Eftersom det är en fördel att gruppdeltagarna är okända för varandra, gjordes inte intervjuerna familjevis. I stället planerades tre intervjugrupper bestående av mödrar, fäder och ungdomar i separata grupper. Syftet med detta angreppssätt var att gruppens interna maktstruktur skulle minskas och ett aktivt deltagande hos var och en främjas. Deltagarna fick möjlighet att diskutera med deltagare ur andra familjer med liknande erfarenheter. Studien är retrospektiv eftersom deltagarna intervjuas efter avslutad kontakt.

Ett slumpmässigt urval gjordes utifrån kartläggningen. Var tionde familj från studien valdes ut, vilket ledde fram till ett underlag på 26 familjer. Dessa familjer indelades i tre grupper, där urvalsgrupp 1 och 2 bestod av tio familjer och urvalsgrupp 3 av sex familjer. Vid kontroll av hur urvalsfamiljerna överrensstämde med den ursprungliga populationen, befanns urvalsgruppen mycket väl representera den "typiska familjen" avseende familje- och problembild. Av dessa familjer kunde utläsas att fyra familjer blivit erbjudna familjebehandling, men aldrig påbörjat kontakten med familjebehandlarna trots registrering av pågående insats. Dessa familjer inbjöds inte till intervjuer. I efterhand kompletterades ungdomsgruppen med ett nytt slumpmässigt urval, då första omgångens urval inte räckte till för att få till stånd en gruppintervju. Flera ungdomar hade inte besvarat brev och telefonkontakt eller tackade nej till intervjun.

#### **2.4:3 Inbjudan**

Wibecks (2000) idéer om tillvägagångssätt för rekrytering till fokusgrupp har använts inför de första kontakterna med respondenter. Först gjordes en skriftlig inbjudan tillsammans med information om studien och intervjumetoden (bilaga 2). En vecka efter första utskicket togs en telefonkontakt med familjen, där detaljerad information delgavs enligt en i förväg upprättad mall. Därefter överläts till familjerna att ta ställning. Veckan innan intervjun skickades en påminnelse med vägbeskrivning och telefonhänvisning (bilaga 3). Dessutom kompletterades den med en telefonkontakt dagen innan intervjun. Vikten av att lämna återbud i tid poängterades särskilt.

Målet var att samla ihop till fokusgrupper med ungefär sex deltagare vid varje intervjutillfälle. Wibeck (2000) menar att ett deltagarantal mellan 4-6 personer är optimalt för en gruppintervju. En inbjudan skickades till familjerna i urvalsgrupp 1 och 2, totalt sjutton familjer. Via journalanteckningar och nummerupplysningen inhämtades telefonnummer till alla familjer utom tre. Alternativet att inhämta telefonnummer från socialsekreterarna valdes bort, till förmån för en friare position. Följande vecka kontaktades familjerna per telefon. Tre familjer tackade ja till intervju, medan andra be-



hövde betänketid. Tre familjer tackade nej till intervjun. Fyra familjer kontaktades ett flertal gånger per telefon via telefonmeddelanden, men utan resultat.

Till de familjer, som inte kunnat nås per telefon, postades ett nytt brev med uppmaning att kontakta ansvariga för studien. Ingen av dessa hörde av sig. Att samla till gruppintervjuer visade sig svårare än förväntat. I och med att flera familjer i de första urvalsgrupperna inte kunnat nås, gjordes en ny bedömning och ett nytt utskick, nu till familjerna i den tredje urvalsgruppen, vilket resulterade i fyra nya inbjudningar. Två av dessa familjer kunde nås och ingår i intervjumaterialet.

I telefonkontakten uttryckte några intervjupersoner rädsla för att prata i grupp, medan andra inte hade möjlighet att delta på planerade tid. Dessa personer erbjöds enskilda intervjuer.

En erfarenhet som gjordes i samband med telefonkontakterna var att det för många var svårt att urskilja vad, i kontakten med socialtjänsten, som var familjebehandling. Då familjerna bjöds in till gruppdiskussioner om hur de upplevt familjebehandlingen, visade det sig att många inte kunnat skilja på behandling och utredningsförfarande. En annan svårighet var att familjebehandling innehåller ett spektrum av insatser, som familjesamtal, familjepedagogiska insatser, nätverksarbete, familjerådslag med mera. Det hände att intervjupersonen fick berätta om vem de hade mött i organisationen för att det skulle vara möjligt att urskilja behandlingsinsatsen från utredningsarbetet. Med andra ord behövde intervjupersonerna ibland hjälp med att identifiera vad som varit insatsen familjebehandling.

Inbjudningar till intervju skickades till personer som var 13 år eller äldre. Utifrån de forskningsetiska principerna inbjöds inte yngre barn, då frågorna rörde känsliga, personliga områden. Vid alla intervjuer med ungdomar under 18 år har föräldrarna lämnat tillstånd att intervjua barnet, efter att de fått information om studien och intervjus upplägg.

#### **2.4:4 Intervjuerna**

Totalt har 18 personer intervjuats i studien: fem mödrar, fem fäder och åtta ungdomar. För intervjuernas genomförande valdes FoU-lokalen i Sollentuna; dels för dess centrala läge och lättillgänglighet, dels för att lokalen är fristående från socialtjänsten och dess behandlingsverksamheter. Gruppintervjuerna förlades på kvällstid och några enskilda intervjuer har genomförts på annan plats för att underlätta deltagandet.

Fokusgruppintervjuerna organiserades på följande sätt: en var diskussionsledare och en annan ansvarig för bandupptagning och diskussionsanteckningar. För att respondenterna skulle känna sig mer otvungna bjöds på fika medan de ännu en gång informerades om studiens syfte, upplägget av intervjun, sekretessfrågorna, bandupptagningen samt gavs möjlighet att ställa frågor och reservera sig mot deltagande. Efter informationen fick varje deltagare ett frågeformulär att fylla i på egen hand (bilaga 4). Frågeformuläret utgjorde sedan underlag för den fortsatta diskussionen i fokusgruppen. Tiden för varje fokusgrupp bestämdes till två timmar, informationen inräknad. Den effektiva diskussionen i fokusgruppen har varit cirka 90 minuter vid varje tillfälle.

De enskilda intervjuerna har genomförts med en intervjuare. Samma information som vid fokusgruppintervjuerna har lämnats och alla intervjuer har spelats in på band med de intervjuades tillstånd. De enskilda intervjuerna har anpassats tids- och platsmässigt efter respondentens önskan. De enskilda intervjuerna har för det mesta kunnat genomföras på en timme. Alla respondenter har erbjudits en sammanfattning av studien. Några har uttryckt en önskan att delta i sammanhang då rapporten redovisas och diskuteras bland professionella och chefer.

#### **2.4:5 Gruppen med mödrar**

Gruppen bestod av sex mammor. En mamma ringde återbud och erbjöds tid för enskild intervju, men avbokade även denna. De övriga fem mammorna deltog i fokusgruppintervjun. Av dessa mammor var endast en förälder till små barn, medan övriga hade tonårsflickor. Bland mödrarna var tre gifta/sammanboende med barnets/barnens fader och två var ensamstående. De två ensamstående mam-

morna var utlandsfödda. Två av mammorna kände igen varandra då de hade barn i samma ålder. Deltagarna ansåg inte att det var ett hinder för dem i den fortsatta diskussionen.

Gruppen med mödrar som helhet uttryckte en önskan att underlätta för andra föräldrar i svårigheter genom att delta i intervjun. Ett tema som kom upp i diskussionen, som samtliga kände igen sig i, var mödrars utsatta position och erfarenheter av utmattningssymtom, som sammankopplades med familjens problem. Utöver gruppintervjun bokades två enskilda intervjuer, vilka avbokades. Sammantaget intervjuades fem mödrar i grupp.

#### ***2.4:6 Gruppen med fäder***

Gruppen med fäder var svårare att samla. Många av papporna hade svårt att avsätta tid för deltagande i intervjun. Efter de inledande kontakterna fanns totalt sex pappor, som var intresserade av att delge sina tankar och erfarenheter, men trots anpassning av dag och tid för gruppintervjun, blev den planerade gruppen endast en tvågrupp efter sena återbud. Denna grupp intervjuades enligt fokusgruppmetoden. Studien kompletterades i efterhand med tre enskilda intervjuer.

Gruppen bestod av fem män, varav fyra var sammanboende eller gifta med barnens mamma. Av dessa hade två mindre barn och två var tonårsföräldrar. En pappa var ensamstående med tonåringar. En pappa i gruppen var utlandsfödd. De separerade fädernas perspektiv saknas i studien. Kartläggningen visade på att närmare hälften av familjerna i studien bestod av ensamstående mödrar med barn. I en familj hade pappan varit delaktig i familjebehandlingen, men flyttat utomlands och var inte nåbar för intervju. I de andra familjerna hade inte papporna medverkat i behandlingen.

#### ***2.4:7 Ungdomsgruppen***

Urvalet bestod av nio flickor och två pojkar. Av dessa tackade sex flickor ja till gruppintervju och övriga tackade nej per telefon. Alla i gruppen var 13 år eller äldre. Vid intervjutillfället var tre ungdomar intresserade, varav två lämnade återbud, och erbjöds ny tid. Intervjun blev i stället en enskild intervju. Den kompletterades sedan med ytterligare två enskilda intervjuer.

Ett nytt urval och en ny inbjudan gjordes till fokusgruppintervju. Den andra urvalsomgången bestod av sju flickor och fyra pojkar i tonåren. Av de sju flickorna erbjöd sig fyra att delta, medan pojkarna avböjde. Två av pojkarna var placerade utanför kommunerna och hade svårt att närvara. I en av dessa familjer kunde inte pojkens mamma erinra sig vad den registrerade familjebehandlingen skulle ha varit. En i urvalsgruppen nåddes inte per telefon trots ett flertal försök, och en annan avböjde intervjun med hänvisning till missnöje med socialtjänsten. Därmed kom de intervjuade ungdomarna att bestå enbart av flickor. I likhet med mammorna uttryckte flickorna i studien en önskan om att medverka till att förbättra hjälpinsatserna och därmed skapa bättre stöd för kommande hjälpsökanden.

Fem flickor var aktuella för intervju. Av dessa hade tre möjligheter att delta i den planerade gruppintervjun. En av flickorna arbetade på kvällstid och intervjuades i stället enskilt. Den femte respondenten uttryckte rädsla för att ta upp sina erfarenheter i närvaron av andra, och erbjöds en enskild intervju.

Ett tekniskt fel med bandupptagningen ledde till att intervjun behövde göras om, vilket endast blev möjligt med två av ungdomarna. Denna gång uppmanades de själva hålla i frågorna och diskussionen. Syftet var att minska intervjuledarens styrning i diskussionen, då intervjun upprepades.

Totalt kom åtta ungdomar, alla flickor, att intervjuas. Tre ungdomar intervjuades i grupp och fem enskilt. Av dessa hade tre flickor vuxit upp med gifta eller sammanboende föräldrar. De övrigas föräldrar hade separerat och flickorna hade mindre frekvent kontakt med fäderna. En av flickornas föräldrar var avliden.

#### ***2.4:8 Vilka är intervjupersonerna?***

Vid jämförelse med profilen av den typiska familjen kan konstateras att intervjudeltagargruppen i stort är representativ, men också att vissa aspekter inte kunnat fångas i den slutgiltiga intervjugruppen. Särskilt kan noteras att tonårspojkarnas och de separerade fädernas erfarenheter inte kommit med.

Ett problem som tidigt kunde konstateras var svårigheten att samla till gruppintervjuer. Dels var det svårt att hitta en tid som passade

flera och dels uttryckte några tillfrågade rädsla för att öppet prata om sina problem i grupp. Flera av dem uttryckte att de hade erfarenheter och tankar, som de gärna skulle vilja dela med sig av. Vi valde då att anpassa oss efter intervjudeltagarna och erbjuda enskilda intervjuer. Önskan att få ta del av deras erfarenheter bedömdes viktigare än den ökade styrning som en enskild intervju innebär jämfört med en gruppintervju.

Gruppen med mödrar är till största del tonårsföräldrar, medan papporna mestadels har yngre barn. Att tonårsgruppen representeras av flickor kan sägas överensstämma med profilen hos typfamiljen. Tonårsgruppens diskussion och tankar representerar flickornas syn på den hjälp de fått. De inbjudna pojkarna var svåra att nå eller tackade nej till deltagande i gruppen. Därmed har inte pojkarna, som fått insatsen familjebehandling, kommit till tals i denna studie. Bortfallet innebär en brist, då intentionen var att få ta del av hela ungdomsgruppens, både pojkar och flickors, erfarenheter av behandling. En frågeställning är hur intervjuarnas kön (två kvinnliga intervjuare) påverkat pojkarnas deltagande. Kanske hade en manlig intervjuare kunnat motivera pojkarna till deltagande i fokusgrupp. Att kvinnorna/flickorna var lättare att motivera skulle också kunna ses som ett uttryck för könstänkande. Mödrarna och flickorna har uttryckt en stark drivkraft i att påverka behandlingens form och innehåll för andra hjälpsökanden.

Typfamiljen hade en hög andel ensamstående föräldrar och bland barnen, särskilt hos tonåringarna, var det vanligt att kontakten med den andre föräldern var bruten på grund av dödsfall eller familjekonflikter. Bland de intervjuade överensstämmer den bilden i mödra- och ungdomsgruppen, där ungefär hälften av familjerna har en ensamstående förälder. I gruppen med fäder är alla gifta eller sammanboende, förutom en pappa som är ensamstående efter moderns bortgång. Att de separerade fädernas röster inte kommer till tals i undersökningen kan ses som ett led i att de är mindre delaktiga i barnens livssituation, vilket skulle kunna tydas som att tidigare konflikter mellan föräldrarna hindrar tonåringens kontakt med sin far. Bland de intervjuade tonåringarna saknar två ungdomar helt kontakt med den andre föräldern. Flera uttrycker att avståndet till pappan har ökat i samband med separation.

De intervjuade grupperna består av en något lägre andel föräldrar födda i utlandet jämfört med resultatet från kartläggningen. I gruppen med fäder är en av de intervjuade utlandsfödd och bland mamorna är två personer utlandsfödda, medan tre av de åtta ungdomarna har en eller två utlandsfödda föräldrar.

Gruppen med mödrar och fäder representerar typfamiljen, avseende föräldrarnas sysselsättning. I kartläggningen var en stor del av mödrarna sjukskrivna. I intervjustudien visade det sig att fyra av fem mammor är eller har varit långtidssjukskrivna medan samtliga pappor arbetar.

Problembilden hos respondenterna visar att en majoritet har relationsproblem i familjen. Det vanligaste är att bekymren är störst i relationen föräldrar-barn. I intervjugruppen är kombinationen av relationsproblem i familjen och egna svårigheter hos barnet vanligt förekommande. Flera av barnen i intervjugrupperna har en neuropsykiatrisk diagnos. Det finns föräldrar med psykiska problem representerade och i något fall relationsproblem mellan föräldrarna, vilket överensstämmer med profilen. En av ungdomarna har varit utsatt för sexuella övergrepp. Två av arton intervjuade har haft insatsen familjebehandling av externa familjebehandlare. Därmed är externa familjebehandlare något underrepresenterade bland de intervjuade. Intervjuns fokus, som var brukarnas erfarenhet av insatsen familjebehandling, har i fokusgruppdiskussionerna vidgats. De intervjuade har beskrivit vad kontakten med olika hjälpare, både inom och utanför socialtjänsten, har betytt för dem. Studiens fokus är familjebehandling, men när det bedömts vara relevant har även andra erfarenheter tillvaratagits.

#### **2.4:9 Transkribering**

Intervjuerna har transkriberats i sin helhet, förutom två av de senare enskilda intervjuerna, där enbart de delar som anknyter till temat behandling och bedömts relevanta skrivits ut. Tre gruppintervjuer och åtta enskilda intervjuer har genomförts i studien. Ljudupptagningen har vid något tillfälle varit dålig med den följd att det varit svårt att höra vad som sägs på bandet. Vid några tillfällen då gruppmedlemmarna pratade i mun på varandra har det inte gått att tyda allt som sades. Beträffande gruppintervjuerna har assistentens

anteckningar från intervjutillfället funnits att tillgå för att kunna gå tillbaka till och härleda svårtydd kommunikation. En erfarenhet i sammanhanget är att det är viktigt med någon form av back-up om problem ned tekniken uppstår. I detta fall bestod denna i en assistent, som förde anteckningar.

Det finns ingen sann, objektiv omvandling från muntlig till skriftlig form. Att transkribera innebär att transformera. Den som transkriberar texten samspelar med materialet utifrån sin person. För att talspråket ska kunna möta skriftspråket behöver det anpassas till en mer litterär stil. En konstruktiv fråga att ställa sig är, vilken form av utskrift som lämpar sig för just den här studien (Kvale 1997). Vid den första utskriften av materialet från intervjuerna var ambitionen att följa talspråket och uttrycken i diskussionerna. Bland annat noterades då diskussionen blev livlig och många deltog, liksom då det uppstod pauser i samtalet. De citat som använts i rapporten har till viss del modifierats för att anpassas till det skrivna ordet. Vi har strävat efter att få fram budskapet i det sagda. Talspråket har utvecklats för att lättare kunna förstås av läsaren och ord såsom "lik-som", "va" och svordomar har strukits.

#### ***2.4:10 Tematisering***

Att välja en kvalitativ metod som datainsamlingsmetod innebär en oerhörd stor mängd data att förhålla sig till. För att nå fram till verifierbara resultat med återkommande, övergripande teman krävs en systematisk bearbetning av materialet och en analyskontroll, där materialet prövas av en kontrollgrupp.

Då utskrifterna av alla intervjuer var gjorda tog arbetet med det skrivna materialet vid. Alla utskrifter granskades med fokus på att ringa in ord, meningar och teman, som berörde fältet familjebehandling, samt hjälpinterventioner i stort. Utskrifterna bearbetades med överstrykningspennor i olika färger tillsammans med anteckningar i marginalen, för att hitta de uttryck som intervjudeltagarna använt för att beskriva det hjälpsamma i behandlingen och vad de saknat i hjälpen. Därefter jämfördes insamlat resultatet och en indelning i kategorier med likvärdiga åsikter och resonemang påbörjades. Arbetet att koda och kategorisera materialet ledde till nya

diskussioner Samma uttalande från en deltagare kunde placeras in under flera kategorier utifrån hur det tolkades. Tolkningarna prövades sedan mot varandra. Även om forskarbias inte kan elimineras så kan den identifieras och studeras i termer av vilket inflytande den har på datainsamlingsprocessen och tolkningarna (dePoy & Gitlin 1999). Det egna reflekterandet gjordes i ett försök till självgranskning i syfte att öka undersökningens trovärdighet. Under kategoriseringen av materialet blev det uppenbart att det inte genomgående var möjligt att i studien särskilja familjebehandlingen från familjens totala hjälpkontext. Många hade svårt att urskilja insatsen familjebehandling från utredningsförfarandet eller andra parallella pågående behandlingsinsatser, som sammanhängde i en vårdkedja. De som tydligt kunde urskilja insatsen familjebehandling delgav likaledes sin bild av sin process med hela hjälpparaten. Familjerna beskrev en process som startade långt innan socialtjänsten kom in i deras liv och som i många fall fortfarande pågick i någon form. Utifrån egna erfarenheter som familjebehandlare och handläggare kunde ibland, men inte alltid, urskiljas när de intervjuade pratade om familjebehandling, men det är viktigt att poängtera att det är familjernas syn på hjälpprocessen som är i fokus.

Kategorierna som växte fram delades in under större teman. Den processen var tidskrävande och innebar flera omarbetningar. Kategorier växte fram ur interaktionen forskaren och fältsammanhanget och ur den initiala information, som samlades och syntetiserades. Dessa preliminära kategorier blev till verktyg för sortering och kategorisering av ny information varefter den blev tillgänglig (a.a.). Därefter gjordes en granskning utförd av kolleger i syfte att öka undersökningens trovärdighet. Efter tematiseringen lämnades två utskrivna intervjuer, gruppen med mödrar och ungdomsgruppen, till referensgruppens deltagare för att diskutera materialet och pröva andra möjliga tolkningar. Syftet har varit att få andra familjebehandlares förståelse av innehållet i intervjumaterialet. Vilka kategorier och teman kunde referensgruppen urskilja? Överensstämde de med studiens resultat? Kunde familjebehandlarna från de olika kommunernas behandlingsenheter känna igen familjernas beskrivningar från sin egen vardag? Referensgruppens diskussioner har både utvidgat och bekräftat de resultat som studien nått.



Till en början indelades materialet i teman utifrån brukarnas syn på familjebehandlingen. Utifrån dessa sammanfattades och klassificerades empirin. Dessa omarbetades sedan till sin slutgiltiga form bestående av tre större dimensioner: bemötande, återhämtning och handling. Varje dimension innehåller flera olika delar. Dessa dimensioner har varit utgångspunkten för analys av materialet. Analysen av materialet har skett kontinuerligt och utifrån idéer och teoretiska utgångspunkter i litteraturen har den successivt byggts upp. Materialet har analyserats och jämförts med tidigare forskning inom fältet. Processen är av induktiv karaktär och teorierna har tjänat till att tydliggöra det vi har studerat. Ett flertal teoretiska utgångspunkter har valts i analysen för att förklara innebörderna i det studerade materialet.

#### ***2.4:11 Metoddiskussion avseende intervjustudien***

När det gäller fördjupningen, som är kvalitativ till sin form, så är det andra aspekter kring begränsningar, problem och brister, som behöver diskuteras. I kvalitativa studier anses validiteten och reliabiliteten lägre. Detsamma gäller möjligheter att generalisera. I den kvalitativa studien är forskarens påverkan det som främst behöver diskuteras (dePoy & Gitlin 1999). Under upplägget av intervjuerna har diskussioner pågått med referensgruppen om hur respondenterna påverkas av att delta i forskningsssammanhang; dels att reflektera över problematiska skeenden i livet och dels över vilka känslouttryck som kan väckas till liv. Skulle respondenterna avböja medverkan utifrån en ovilja att prata med okända människor om känsliga ämnen? Vad skulle hända om någon av respondenterna kände varandra; skulle de avbryta intervjun? Hur skulle kontakten och informationen till respondenterna läggas upp för att möjliggöra deltagandet?

Vad gäller forskarens påverkan, så har vi som genomfört studien en bakgrund som familjebehandlare i undersökta kommuner. Denna bakgrund har haft inverkan på förståelsen. Det har troligtvis varit både en fördel och en nackdel att beforska det egna fältet. Fördelen har varit stora kunskaper om fältet, kännedom om aktuella influenser och förtrogenhet med teorier och praktik inom fältet familjebehandling. Svårigheten har varit den uppenbara risken att vara hemmablind, att okritiskt hantera företeelser och att inte ha

tillräcklig distans till det som studeras. En viss kvalitetssäkring har den kontinuerliga handledningen utgjort. På grund av att undersökningen avser att omfatta både kvantitativa och kvalitativa delar, så har den professionella insynen varit relativt stor. Förutom handledning har vi haft tillgång till statistisk kompetens samt regelmässig insyn från referensgruppens deltagare, alla med kompetens inom familjebehandling.

Reliabiliteten i kvalitativa undersökningar är problematiskt, men inte heller i fokus. Forskaren själv är det huvudsakliga mätinstrumentet. Det är viktigt att vara medveten om att vi som genomför undersökningen påverkar utgången. Likaså blir det viktigt att använda rätt metod för att besvara frågeställningarna. I intervjuer inhämtas primärdata i mötet mellan forskaren och respondenten. Närhet, empati och vänskap kan uppstå och påverka och förändra respondentens svar (de Poy & Gitlin 1999).

Vid upplägget av den kvalitativa studien planerades för fokusgruppintervjuer. På grund av att flera av deltagarna avböjde gruppintervjun erbjöds även enskilda intervjuer. Detta var ett övervägande för att åstadkomma ett fylligt material. I fokusgruppintervjun blir intervjuarens påverkan mindre, jämfört med de individuella intervjuerna och andra gruppintervjuer, eftersom intervjuaren inte är med i diskussionen (Westlund 1999).

Kombinationen av gruppintervjuer och enskilda intervjuer har resulterat i att tolkningen gjorts utifrån enskilda familjemedlemmar i analysen. Det finns en kulturell aspekt i sammanhanget. En del av respondenterna var utlandsfödda. Vi som genomförde undersökningen har svenskt ursprung och frågar oss hur detta faktum avspeglar sig i undersökningen. Om vi haft samma kulturella ursprung hade detta troligtvis ökat matchningen och eventuellt bidragit till fylligare beskrivningar.

Bandspelare användes vid intervjuerna. Att använda bandspelare kan ha en hämmande inverkan, men bedömdes som nödvändigt utifrån att det inte var möjligt att föra anteckningar i den omfattning som skulle krävas. För att minska eventuell negativ inverkan hade information om bandspelare och transkribering omnämnts i inbjudningsbrevet.

Det är viktigt att vara noga med hur frågorna ställs under intervjun och inte ställa ledande frågor. Reliabiliteten höjs om samma fråga ställs till samtliga respondenter. I undersökningen hade vi fem grundläggande frågeställningar, som gruppen diskuterade utifrån. Gruppintervjun inleddes med en enkät innehållande samma frågor som besvarades skriftligt av var och en. På detta vis får den enskilda möjlighet att skriva ner sina synpunkter initialt utan att påverkas av de andra respondenterna. En åtgärd som vidtogs för att höja validiteten var att fråga respondenterna vid varje övergång till nästa fråga om deras svar uppfattats korrekt.

Validiteten ökar om det man vill studera, själva frågeställningen, faktiskt har studerats. Definitionen av validiteten handlar om relevansen i datan (Ruth 1991) eller om man undersökt det man avsett att undersöka (Kvale 1997). Det är viktigt att man använt rätt metod för att besvara frågeställningarna. Valideringen blir beroende av om man under undersökningens gång kontrollerar, ifrågasätter och teoretiskt tolkar det man upptäckt.

Frågan om generaliserbarhet är problematisk eftersom man i kvalitativa studier söker det särskiljande, det partikulära och då kan man aldrig i kvantitativ mening tala om att kunna generalisera resultaten. Däremot finns det forskare som menar att det finns möjlighet att dra generella slutsatser om den teoretiska förankringen är god, om det går att nå fram till en balans mellan de teman som återfinns i materialet och de tematiska fält som ligger bakom (Ruth 1991). Urvalet i den kvalitativa delen består av en mindre population, vilket i sig medför en begränsning, men som tidigare påpekats ökar möjligheten till generalisering i och med kombinationen av en kvalitativ och en kvantitativ studie.

Forskning kan aldrig bli värderingsfri enligt vår åsikt. Vilka vi är påverkar vårt sätt att göra urval, bearbeta material, tolka och analysera. Vi är båda svenska kvinnor i medelåldern med en professionell bakgrund från fältet, vilket påverkat oss dels på ett sätt som vi förstått och försökt hantera, dels kanske också på ett sätt som vi inte förstått.

## 2.5 Forskningsetiska principer

Vi utgår från de forskningsetiska principer som antogs av Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) i mars 1990 och reviderades 1999. Forskningskravet innebär att tillgängliga kunskaper ska utvecklas, fördjupas och metoder ska förbättras. Mot detta krav finns kravet på skydd för den enskilde.

Uppgifter har inhämtats ur myndighetsregister samt via intervjuer. Deltagarna har innan intervjuerna informerats om studiens syfte och fått en beskrivning av undersökningen. Intervjupersonerna är informerade om att deltagandet var frivilligt, studiens finansiering och var resultaten publiceras. Var och en av deltagarna har tillfrågats om de vill få en sammanfattning av resultaten. När det gäller registerdata från socialtjänsten har skriftligt beslut inhämtats från myndigheten om tillgång till registerdata. Avseende intervjuerna så har samtycke hämtats personligen från deltagarna innan intervjun. Därutöver har särskilt samtycke inhämtats rörande de intervjupersoner som varit under 18 år. Samtliga intervjupersoner är upplysta om sin rättighet att närhelst avbryta sin medverkan utan att det innebär negativa konsekvenser för dem.

Vi har undertecknat en förbindelse om tystnadsplikt för socialtjänsten. Alla uppgifter om identifierbara personer har förvarats i myndighetens arkiv för journaler. Övriga handlingar har antecknats och lagrats på ett sådant sätt att enskilda personer inte kan identifieras. Intervjuerna har spelats in på band. Banden sparades så länge som de behövdes; därefter har de spelats över. Deltagarna har informerats om detta. Uppgifterna i undersökningen har endast använts för föreliggande studie.

Ingen enskild identitet kommer att redovisas i resultatet. I kartläggningen bearbetas och sammanställs bakgrundsdata och redovisas på gruppnivå i tabellanalys. Resultatet från intervjuerna kategoriseras, tematiseras och redovisas på gruppnivå, vilket innebär att ingen enskild person går att identifiera.

## 2.6 Referensgrupp

Familjebehandlare från de sju FoU-Nordväst kommunerna inbjöds till en referensgrupp, som fungerat som diskussionspartner under förarbetet, genomförandet och efterarbetet i studien. Arbetet inleddes med litteraturstudier (Hansson 2001). Referensgruppen har medverkat i utformningen av frågeformuläret till kartläggningen och senare diskuterat resultat.

Referensgruppen har informerats fortlöpande om studiens process och resultat. Gruppen har haft en viktig funktion i att vidga förståelsen av intervjumaterialet. Efter transkriberingen läste referensgruppen materialet i två av gruppintervjuerna och diskuterade innehållet. Kommentarer och idéer noterades och sparades till tematiseringen. I efterarbetet av intervjuerna har referensgruppen medverkat i analysen för att pröva tematisering av materialet och verifiera mönster och slutsatser. Gruppen har läst rapportens råmaterial och lämnat synpunkter.

Referensgruppen har följt studien under hela arbetet från projektidé till rapport, och har haft en viktig funktion som erfarenhetsbank, diskussionspartner, inspiratör och länk till praktiken.

### **3. TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER**

Utgångspunkterna för denna studie består av teorier, teser och förklaringsmodeller av Anderson (2002), Bernler och Johnsson (2001), Börjeson (2001) samt Carlsson (2003). De teoretiska antagandena har olika valörer. Dels handlar det om teorier, där ett antal begrepp relateras till varandra så att det kan påstås att vissa aspekter eller utsnitt av verkligheten kan förklaras. Dels används teser och modeller från ett flertal författare. Teori har i det här sammanhanget använts som ett instrument att förstå empirin.

De teoretiska utgångspunkterna har valts utifrån dess användbarhet för att kunna analysera empirin. Teoriavsnittet inleds med ett övergripande perspektiv på socialt arbete för att så småningom redovisa teorier, teser och modeller för att placera in det psykosociala behandlingsarbetet och familjebehandlingen.

#### **3.1 Olika perspektiv på socialt arbete**

Payne (2002) talar om tre olika perspektiv på socialt arbete, vilka är klart åtskilda och tillhör olika idéhistoriska traditioner. De tre perspektiven är de som dominerat socialt arbete under snart hundra år.

Det första perspektivet är det individualistiskt-reformistiska, som handlar om att reformera och förbättra den sociala servicen i största allmänhet. Detta internationella perspektiv återfinns inom socialt arbete över hela världen.

Det andra perspektivet, det reflexivt-terapeutiska, betonar frigörelse och välbefinnande för individer, grupper och samhällen. Hjälparens uppgift är att understödja, skapa möjligheter till utveckling och självförverkligande.

Det tredje perspektivet, det socialistiska-kollektiva, fokuserar på samarbete, kollektivitet och ömsesidigt stöd för att förtryckta och missgynnade människor ska få makt över sina liv. Ett "empowermentperspektiv".

Familjebehandling hör hemma i det reflexiva-terapeutiska perspektivet, som dominerat under senare årtiondena. Både det andra och tredje perspektivet syftar till empowerment, i det första fallet på individuell nivå och i det senare på en strukturell nivå. Empowerment på en individuell nivå syftar till att göra det möjligt för människor att tro på sig själva och se sina möjligheter i en förändring. På en strukturell nivå handlar det om att förändra sociala strukturer så att de möjliggör personlig empowerment.

I det reflexiva-terapeutiska perspektivet har inte det kontrollerande ansvaret hos hjälparen uteslutits. Det finns en dubbelhet i hjälparens roll, som inte kan förnekas. Payne menar att när kontrollfunktionen utövas måste det ske öppet. Hjälparen i psykosocialt arbete arbetar med dubbla kontrakt, varav det ena riktar sig till samhället och det andra till klienten.

Hjälparens ”dubbla kontrakt” för in betydelsen av organisation i kontexten. Det finns en ständigt öppen fråga om behandlingsarbete överhuvudtaget kan bedrivas inom en byråkratisk organisation. Är det inte så att organisationen tvingar in det psykosociala arbetet i andra förhållningssätt än det reflexiva-terapeutiska? Enligt Payne (a.a.) så finns det ett starkt tryck att driva det psykosociala arbetet in i det individualistiskt-reformistiska perspektivet, men samtidigt så menar han att det finns en möjlighet att tämja organisationen så att det reflexiva-terapeutiska synsättet får ett ökat utrymme. I andra empiriska studier (Billquist 1999) diskuteras en dold disciplinering och en inbyggd konflikt i behandlingsprocessen mellan frivillighet och ett outtalat hot om tvångsåtgärder.

### ***3.2:1 Handlingsinriktad teori***

En annan utgångspunkt för analysen är Bernler & Johnssons teori för psykosocialt arbete, som utgår från generell systemteori och psykodynamisk teori. Det innebär att det finns utrymme för både förklarings- och förståelseaspekter såväl som för ett terapeutiskt handlande. I denna kontext ligger tyngdpunkten på de systemteoretiska aspekterna.

Systemteorin är ett sätt att se på världen. Begreppet systemtänkande markerar ett synsätt där globala, relationella och interaktionsas-

pekter framhävs. Teorin fokuserar på interaktioner, transaktioner och det ömsesidiga beroendet mellan de olika delarna i helheten.

Systemteorin, har utvecklats ytterligare och införlivat konstruktivistiska och konstruktionistiska tankegångar i teorin. Det handlar om hur människan får kunskap om och hur hon konstruerar världen. Härifrån har sedan socialkonstruktionismen utvecklats, som betonar att den personliga verkligheten skapas i samspel med omgivningen, särskilt genom den sociala interaktionen. Verkligheten är den kunskap som konstrueras och genereras i interaktionen med andra i sociala sammanhang (Bernler och Johnsson (2001).

I det här sammanhanget är den handlingsinriktade teorin (a.a.) av intresse. Betoningen ligger på de dubbla verkligheter som finns i människors liv, det vill säga både inre och yttre verklighet, som inordnas i en begreppsmässig helhet. Tanken bakom en handlingsinriktad teori utgår från att det inte är tillräckligt att förstå eller förklara. En teori behöver fungera som ett arbetsinstrument, som säger vad, hur och varför vi arbetar på ett visst sätt. Endast förståelse för klienten räcker inte för att förändra hans upplevelse och livssituation. Ett ansvar på den professionelle att vara handlingsinriktad läggs till (a.a.). Handlingsmodellen utgår från tre olika förhållningssätt:

- Direkt aktion. Hjälparen åstadkommer förändringar i klientens/ klienternas livssituation utifrån sin egen aktion (det "övertagande" handlings sättet).
- Direkt styrning. Hjälparen åstadkommer förändringar i klientens/klienternas livssituation genom direkt styrning (det "rådgivande" handlings sättet").
- Indirekt styrning. Hjälparen åstadkommer förändringar i klientens/klienternas livssituation genom indirekt styrning (det "terapeutiska" handlings sättet).

Det första förhållningssättet, direkt aktion, avser direkta förändringar genom effekter på basal nivå. Här avses resursförmedlande åtgärder, till exempel att bidra med ett avlastningshem eller anskaffande av bostad.



Den indirekta styrningen avser handlingar, som direkt påverkar klienten att förändra sina basala handlingar. Indirekt styrning innefattas när hjälparen "beordrar" klienten att vidta vissa åtgärder, medan klienten ansvarar för aktionen. Hit hör förebyggande psykosocialt arbete samt råd och stödsamtal. Hit hör också till exempel råd om barns uppfostran, men att det är upp till föräldern själv att handla.

Den tredje nivån handlar om indirekt styrning. Här avses handlingar som syftar till en inre systemförändring, som senare kan leda till handlingsförändringar hos klienten. Att åstadkomma förändringar genom indirekt styrning är detsamma som att arbeta med insikts- och medvetandeskapande tekniker. Syftet är att låta den hjälpsökande själv ta ansvar för förändringen. Hjälparen tar inte ansvar för vilka slags beslut som fattas, men att de fattas. Med andra ord kan man säga att hjälparen ansvarar för processen, medan den hjälpsökande ansvarar för aktionen.

Samtliga nivåer ingår i det psykosociala arbetet. Det är vanligt att en och samma hjälpare använder sig av alla nivåerna på grund av att livssituationen ofta är komplex och rymmer många olika problem. Ofta behövs direkta åtgärder kombineras med indirekta åtgärder. Det är sällan möjligt att enbart arbeta med indirekt styrning i psykosocialt arbete, vilket skulle innebära att hjälparen endast arbetade med insiktsskapande metoder och överlät alla yttre förändringar till den hjälpsökande själv. Hjälparens kunskaper och tillgång till samhällsliga resurser behöver utnyttjas (a.a.).

I den tredelade handlingsmodellen kan handlingssätten relateras till vilken sorts kunskap hjälparen behöver för att arbeta på respektive nivå. För arbete på den första handlingsnivån behövs generell kunskap om den hjälpsökande. På den andra handlingsnivån, det rådgivande handlingssättet, behövs mer kunskap om klienten, till exempel den hjälpsökandes sociala, etniska och kulturella grupptillhörighet. När det gäller tredje handlingsnivån krävs specifik kunskap om och förståelse för den hjälpsökande. Modellen ska uppfattas så att hjälparens ansvar betonas för förändringsprocessen (a.a.).

### 3.2:2 *Samspelsmönster*

Carlsson (2003) har utvecklat en begreppsstruktur utifrån egna och andras processbegrepp med fokus på handlings- och samspelsmönster. Begreppen beskriver följande mönster i samspel mellan hjälpare och hjälpsökande:

1. Homogena och heterogena processer
2. Kontinuitet och diskontinuitet
3. Konkordanta och diskordanta processer
4. "Inskjutna" förhandlingar (omförhandlingar om riktningen)
5. Unilateralt och bilateralt styrda processer
6. Dekret och förhandling (parternas påverkan på processen)
7. Delaktighet och självbestämmande
8. Ömsesidighet och ensidig påverkan

*Homogena och heterogena processer* är processbegrepp som beskriver hjälpprocessen mellan aktörerna. Begreppet homogena processer används när hjälpprocessen i huvudsak ägt rum inom en och samma organisatorisk enhet och inom en avgränsad tidsram. Heterogena processer avser två eller flera delprocesser, där den första delprocessen följs av ett skifte av aktörer på hjälpsidan, i samma eller i annan del av organisationen. Heterogena processer kan vara ett tecken på specialisering inom organisationen. Specialisering bygger på att komplexa problem kräver komplexa förändringsstrategier, oavsett om den hjälpsökande kommer av egen vilja eller blir hänvisad till hjälp. Specialiseringen innebär att den hjälpsökandes problematik snävas av för att passa ihop med hjälparens kunskapsområde, arbetsmetoder och hjälpresurser. Den hjälpsökande måste möta flera hjälpare, vilket betyder att skapandet av den bärande relationen mellan aktörerna försvåras.

Det andra processbegreppet, *kontinuitet och diskontinuitet*, beskriver inriktning över en tidsperiod. Kontinuitet i processen avses när aktörerna beskriver skeenden med likartad inriktning från tillfälle till tillfälle. Diskontinuitet avses när processen ändrar riktning eller inriktning. De brott som leder till diskontinuitet kan handla om kvantitativa förändringar, som leder till förändring i processens riktning. De kan vara antingen positiva eller negativa till sin karaktär och får konsekvenser för hjälpprocessens fortskridande.

Det tredje processbegreppet, *konkordanta och diskordanta processer*, används för att beskriva graden av samstämmighet. Konkordanta processer innebär en samstämmighet mellan aktörerna i processen. När två aktörer upplever samma händelser som signifikanta kan man tala om konkordanta processer. Diskordanta processer (diskordans = urfasad, icke-synkroniserad) å andra sidan äger rum när två aktörer upplever helt olika tillfällen i processen som signifikanta. Synen på vad som är viktigt i processen kan leda till att aktörerna drar åt samma håll. Parterna kan dock uppleva samma tillfällen som signifikanta utan att detta innebär en fullständig samsyn på arbetssättet, målen eller hjälpen.

Det fjärde processbegreppet, *"inskjutna" förhandlingar*, handlar om förhandlingar när en av aktörerna reagerar på "skevheter" i kontakten. Inskjutna förhandlingar avses när nya handlingar introduceras eller när ny inriktning tas för den fortsatta processen.

Det femte processbegreppet, *unilateralt styrda processer och bilateralt styrda processer*, syftar till styrningen i hjälpprocessen. När en av parterna påverkar skeendet ensidigt avses unilateralt styrda processer. Bilateralt styrda processer innebär att båda aktörerna påverkar processen. I fall om bilateralt styrda processer är också förhandlingsinslag vanligare. Carlsson har fört fram tankar om att hjälpsökande, som själva tagit initiativ till kontakten, är mer aktiva än andra och i högre grad påverkar processens inriktning.

Det sjätte processbegreppet, *dekret kontra förhandling*, rör parternas påverkan på processen. Dekret avses när en aktör tillåts diktera vilken sorts hjälp som ska ges och hur den ska ges. Förhandling å andra sidan innebär en ömsesidig process.

Det sjunde processbegreppet, *delaktighet och självbestämmande*, berör vilka möjligheter den hjälpsökande har att påverka och känna sig delaktig. Ytterst handlar det om en demokratisk aspekt utifrån den hjälpsökandes handlingsutrymme.

Det åttonde processbegreppet, *ömsesidighet och ensidighet*, avses när kontakten är ömsesidig och klienten upplever emotionellt stöd

och bekräftelse. Å andra sidan när det finns en ensidighet i processen så känner sig klienten styrd eller pressad i kontakten (Carlsson 2003). Processbegreppen delaktighet, självbestämmande och ömsesidighet handlar alla om faktorer som har med konkordans att göra, det vill säga att båda parterna upplever samma skeenden och händelser som viktiga för processen. Carlsson för fram tesen att konkordans, bilateralitet, delaktighet, självbestämmande och ömsesidighet är processaspekter som främjar hjälpprocessen. Däremot har dekret med diskordanta processer att göra vilket hindrar hjälpprocessens effekt.

Om man tänker sig att processbegreppen svarar på frågan *hur* hjälpen har förmedlats, så svarar den innehållsliga aspekten på *vilken* hjälp som förmedlats. Carlson har konstruerat ett antal innehållsliga hjälpvariabler, som i den här kontexten används som ett bollplank till empirin. De innehållsliga hjälpvariablerna är: *emotionellt stöd, råd och information, medvetandegörande interventioner* samt *resursförmedling*.

Emotionellt stöd, som är den enskilt viktigaste kategorin, består av empati, förståelse, engagemang, uppmuntran och bekräftelse. Råd och information har förutom en informativ aspekt även en styrande sida, så till vida att den påverkar den hjälpsökandes ställningstagande. Råd och information är en kategori som uppfattas väldigt olika av de hjälpsökande. Vissa uppfattar råd som positivt medan andra uppfattar det negativt (a.a.). Carlsson menar att i bästa fall kan råd och information aktivera det egna ansvaret, väcka reflektioner och ge svar på viktiga frågor. Med begreppet medvetandegörande interventioner avses en intervention, som syftar till självreflektion och som är djupare än bara ett råd. Det kan handla om en reflektion, tolkning eller konfrontation, som syftar till att påverka den hjälpsökandes bild. Den sista innehållsliga kategorin är resursförmedling och består av både praktiska och materiella resurser. Det kan handla om resurstillskott i form av stödinsatser, ekonomiskt bistånd eller plats på ett behandlingshem (a.a.).

### **3.2:3 En etisk utgångspunkt**

En annan utgångspunkt är Börjesons (2001) modell om hur det sociala arbetet är strukturerat utifrån en etisk synvinkel. Börjeson

talar om relationen mellan hjälparen och klienten. Han menar att klientens grundhållning till hjälparen är ambivalent. Klienten kan känna både lust och olust inför mötet med hjälparen, men är samtidigt hjälpsökande. Dessutom blir varje möte med hjälparen en bekräftelse på klientens sociala position som klient. Börjeson menar att denna ambivalenta hållning är den viktigaste utgångspunkten för negativa projektioner riktade mot hjälparen.

Denna aspekt kan ställas mot den ambivalens som hjälparen inom socialtjänstens ram är behäftad med. Ambivalensen utifrån hjälparen är kopplad till socialtjänstens dubbla uppdrag – att kontrollera och hjälpa (jmf Payne 2002).

Börjeson talar dessutom om att det har skett en förskjutning inom socialtjänsten avseende det ”dubbla uppdraget”. Det har skett en accentuering av de kontrollerande insatserna med en inskränkning av möjligheterna att ställa upp på klientens sida. Denna förskjutning, som skett de senaste åren, har sin grund i den låga prioritering av det sociala arbetet som ett politiskt tema.

Det tredje inslaget i Börjesons modell innebär ett metaperspektiv. Det handlar om socialtjänstens yttersta syfte. Det finns flera samhälleliga institutioner som bevakar processer av införlivande och uteslutning och Börjeson menar att socialtjänstens uppdrag har det svåraste av dessa samhälleliga institutioner. Svårigheten handlar om det dubbla kontrakt, som innebär att hjälparen både ska kontrollera och stödja. Dessutom tillkommer frågan om vilka klienter socialtjänsten ska satsa på och vilka som ska lämnas därhän. Socialtjänsten som institution är en aktör i det komplicerade sociala spelet som handlar om exkludering och införlivande.

### ***3.2:4 Ett samverkande synsätt***

En annan utgångspunkt, som kommer att användas i analysen, är det socialkonstruktivistiska synsättet. Synsättet ses som en vidareutveckling av konstruktivismen. Anderson (2002) tar avstånd från det modernistiska synsättet och har utvecklat ett antal teser utifrån vad hon benämner som ett postmodernt samverkande synsätt. Teserna i det samverkande synsättet belyses utifrån tre olika aspekter.

Den första aspekten handlar om terapeutens position och intensio-  
ner. Anderson betonar att det samverkande synsättet inte är en me-  
tod utan ett filosofisk förhållningssätt, som ska prägla terapeutens  
sätt att vara. Den andra aspekten handlar om den terapeutiska pro-  
cessen och villkoren för förändring. Den tredje aspekten berör det  
terapeutiska systemet, kontexten, vem och vad som ska behandlas.

Anderson utgår från följande filosofiska antaganden:

1. Mänskliga system är språk- och meningsskapande system.
2. Deras verklighetskonstruktioner är former av mellanmännsk-  
ligt handlande snarare än oberoende individuella mentala tan-  
keprocesser.
3. Ett individuellt sinne är en social komposition, och därför blir  
självet en social, relationell komposition.
4. Den verklighet och dess betydelse vi tillskriver oss själva och  
andra och erfarenheterna i våra liv, är växelverkande feno-  
men, som skapas och upplevs av individer i samtal och hand-  
ling (genom språk) med varandra och inom sig själva.
5. Språk är skapande, ger våra liv och vår värld ordning och me-  
ning, och fungerar som en form för social delaktighet.
6. Kunskap är relationell och förkroppsligas och skapas i språket  
och våra dagliga handlingar.

Anderson menar att dessa antaganden får djupgående konsekvenser  
för hjälparens strävanden och påverkar själva hjälpprocessen. An-  
derson har konstruerat utifrån ovanstående filosofiska antaganden  
ett antal teser med fokus på hjälpare och hjälparens syn på hjälpsö-  
kande, relationen dem emellan och hjälpprocessen:

- Ett system grundas på en kontext och är en produkt av social  
kommunikation. Ett system består av individer som är i rela-  
tion genom språket.
- Hjälparen intar en filosofisk hållning och inbjuder till en sam-  
verkande relation och process.
- Relationen är av samverkande art mellan olika människor  
med olika perspektiv och expertis.
- Hjälparen har en ”icke-vetande hållning” och är i position av  
att låta sig informeras.

- Hjälparen är expert på att skapa utrymme för dialog och underlätta dialogprocessen.
- Samtalet har fokus på att skapa möjligheter som är beroende av allas bidrag och kreativitet.
- En icke-vetande hjälpare som är osäker och ser kunskap som något i utveckling.
- Hjälparen är öppen, delar med sig av och reflekterar över sin kunskap, sina uppfattningar, tankar, frågor och åsikter.
- Samtalet bygger på ett gemensamt undersökande utifrån kunskapen hos alla deltagare.
- Förändring eller förvandling ses som utveckling genom, och som naturlig konsekvens av en generativ och samverkande relation.
- Ett samtal är en kontext med individer som multipla, språkligt konstruerade, relationella jag.
- Hjälparen och klienten samforskar, och båda deltar i att skapa vad de "finner" (a.a.).

Anderson talar om att hjälparen ska ha en "icke-vetande" hållning. Hon tar avstånd från att kunskap ses som sanning och att sanningar som gäller den mänskliga naturen är pyramidformade, som en hierarkisk konstruktion. Ur ett modernistiskt perspektiv ses hjälparen som en representant för en dominant social och kulturell diskurs, där hon är den som känner människans berättelse och vad den berättelsen borde vara. Anderson menar att detta att hjälparen vet utifrån sina professionella och personliga teorier, förutfattade meningar och erfarenheter, fungerar som en förstruktur, som i förväg fastställer kunskap som den professionelle har med sig in i samtalsrummet och som tränger undan klientens vetande. Som en polarisering från det modernistiska synsättet med att terapeuten vet sanningen om klienten har Anderson konstruerat begreppet "icke-vetande". Anderson skriver vidare att den "icke-vetande" hjälparen är osäker och ser kunskap som något i utveckling. Även här handlar det om att ta avstånd från att det går att upptäcka universella metaforer som beskriver människan och dogmatiska sanningar. Anderson talar om vikten av att hjälparen inte har en cementerad förstruktur om vad klientens dilemma handlar om, utan riskerar att befinna sig i en osäkerhetszon tillsammans med klienten och gemensamt förstå situationen. Den verklighet och betydelse vi tillskriver oss själva, an-

dra, erfarenheterna och händelserna i våra liv, är växelverkande fenomen, som skapas och upplevs av individer i samtal och handling genom språk med varandra och med sig själv. Detta innebär i sin förlängning att verkligheten består av subjektiva sanningar. Anderson (2002) menar att ovissheten, oförutsägbarheten och det okända inte behöver vara liktydigt med relativism. Hon menar att avvisandet av begreppet sanning inte medför att "ingenting existerar". Antagandet av en pluralistisk hållning betyder inte att vad som helst går an. Snarare, skriver Anderson, är det så att postmodernismen främjar att allt går att utmana, även postmodernismen själv.



## 4. KARTLÄGGNINGEN

Syftet med den kvantitativa delen av studien är att undersöka hur familjen, som aktualiseras för familjebehandling, "ser ut" och beskriva *den typiska behandlingsfamiljen* inom socialtjänsten. Kartläggningen är en registerstudie och data har inhämtats från journaler utifrån frågeformulär (bilaga 1). Kartläggningen är en totalundersökning.

### 4.1:1 Ett övergripande perspektiv

268 barn och ungdomar var föremål för familjebehandling inom Sollentuna och Sundbyberg under 2000 och 2001. Närmare fyra femtedelar av dessa barn, var boende i Sollentuna. Merparterna av insatserna genomfördes av kommunens egna behandlingsenheter och resterande femtedel behandlades av externa familjebehandlare. Fyra femtedelar av observationerna i studien är hämtade från Sollentuna. Sollentuna har nästan dubbelt så många invånare och har en högre andel hushåll med barn jämfört med Sundbyberg. Familj- och nätverksenheten i Sollentuna har haft högre bemanning och längre historia som behandlingsenhet.

### 4.1:2 Barnen i studien

De barn som ingick i studien var mellan 0-20 år och aktuella inom socialtjänstens Barn- eller Ungdomsenhet. Barnen indelades i åldersgrupperna: småbarn 0-3 år, förskole- och mindre skolbarn 4-7 år, barn i skolans tidigare del 8-12 år, tonårsbarn 13-17 år samt unga vuxna 18-20 år.

**Tabell 1.** Barnets ålder samt könsfördelning i olika åldersgrupper.

*N* = 268

Ålder \ Kön	0-3	4-7	8-12	13-17	18-20	Totalt antal
Kön	n= 24	n=44	n=82	n=91	n=27	
<i>Pojkar</i>	61	54	53	47	33	129
<i>Flickor</i>	39	46	47	53	67	139
<i>Totalt</i>	7 %	13 %	28 %	35 %	17 %	268

*P* < 0,133

De flesta barn som deltog i familjebehandlingen under aktuella perioden, var skolbarn. Ungefär en tredjedel var tonåringar, knappt 30 % var 8-12 år. Jämför man de båda kommunerna kan man konstatera att Sollentuna i mycket större utsträckning arbetar med de mindre barnen i studien. Avseende barngruppen 0-7 år var Sollentunas andel av uppdragen ca 95 %. I Sundbyberg är det vanligast att familjebehandling rör barn 13-17 år (54 %), medan det i Sollentuna är lika vanligt med arbete i gruppen barn 8-12 år (30 %) som arbete med barn 13-17 år (30 %). Vid undersökningens tidpunkt fanns, parallellt med Familj- och nätverksenheten i Sollentuna, en annan öppenvårdsenhet som riktade sig enbart till ungdomar och dess familjer. Detta kan vara förklaringen till att uppdragen i denna studie gällande ungdomar är färre i Sollentuna. I Sundell och Karlssons (1999) studie om barnvårdsutredningar visas att de vanligaste grupperna aktuella för sociala utredningar, är barn i yngre skolåldern och tonåringar.

Det finns skillnader mellan åldersfördelningen bland flickor och pojkar. Även om könsfördelningen är relativt jämn totalt sett, dominerar pojkarna i åldern 0-12 år och flickor bland de äldre. Speciellt gäller att flickorna dominerar bland de allra äldsta, 18-20 år, där de utgör två tredjedelar. Detta överensstämmer med resultatet att det är vanligare att flickors problem dominerar i tonårsfamiljerna. Pojkar dominerar i uppdragen som gäller mindre barn. Pojkarnas utagerande beteende i skola och på fritiden uppmärksammas tidigare, medan flickors problematik ofta uppmärksammas först i tonåren. I tonårsgruppen, där insatserna till flickor dominerar, ökar andelen dokumenterade relationsproblem i familjen kraftigt. Sammanfattningsvis dominerar pojkarna bland de yngsta barnen och successivt blir pojkarna färre och flickorna fler, med stigande ålder.

#### ***4:1:3 Barnets familjesituation***

Studien visade att i närmare hälften av uppdragen lever barnet tillsammans med en ensamstående förälder. En fjärdedel av barnen lever tillsammans med båda sina föräldrar, medan knappt 10 % av barnen lever med en av sina biologiska föräldrar och dennes nya partner. En lika stor andel, 10 %, växlar hos sina föräldrar. Endast 5 % av barnen bor i familjehem eller på institution och ytterligare 5 % lever i någon annan form som exempelvis boende hos släkting, eget boende eller hos adoptivfamilj.

**Tabell 2.** Barnets familjesituation efter ålder. Andel (%) (N=268)#

Ålder	Två förälder	Förälder + ny partner	Ensamstående	Växelboende	Inst./Familjehem	Annat	Antal
0-3	61	6	33	-	-	-	24
4-7	38	-	38	9	3	12	44
8-12	22	12	47	13	1	5	82
13-17	18	13	48	13	4	4	91
18-20	15	12	51	2	15	5	27
T: %	24 %	10 %	45 %	9 %	5 %	5 %	268

# I två procent av fallen saknas uppgift om familjesituation. Sambandet mellan familjesituation och ålder har testats med  $\chi^2$ -test,  $p < 0,01$ .

Andelen barn som bor med bägge föräldrarna minskar med ökad ålder, medan andelen som bor med en ensamstående förälder ökar. Växelvis boende är vanligast bland i gruppen 8-12 år och institutionsboende bland de äldsta (18-20 år).

I Sverige bor 77 % av barnen med sina båda föräldrar, 15 % med ensamstående förälder och 7 % med en förälder och en styvförälder. (SOU 2001:55) I vårt material bodde 32 % av barnen tillsammans med båda föräldrarna eller omväxlande hos sina båda föräldrar, 44 % bodde med en ensamstående förälder, medan nästan 10 % bodde med en biologisk förälder med ny partner. I jämförelse med normalpopulationen lever därmed en väsentligt större andel barn och ungdomar, som är aktuella för insatsen familjebehandling, med en förälder.

Oavsett om ett eller flera barn omfattas av familjebehandlingen så har de flesta, 65 %, av barnen ett eller två syskon. 19 % av barnen är ensam barn och 16 % av barnen har tre syskon eller fler. Behandlingsinsatserna var jämt fördelade mellan att gälla ett barn eller att gälla två eller flera barn i familjen.

#### **4.1:4 Etniskt ursprung**

Vi fann även en högre andel barn till en eller två utlandsfödda föräldrar bland de familjer som behandlingsteamet jobbade med. I ri-

ket (SOU 2001:55) beräknas drygt en femtedel av barn ha en eller två utlandsfödda föräldrar mot nästan hälften av barnen i denna undersökning. I Sundbyberg var andelen barn med minst en utlandsfödd förälder 53 %, medan den i Sollentuna var 47 %.

Den största gruppen, en tredjedel av de utlandsfödda föräldrarna, kommer från Mellanöstern. Den största gruppen var föräldrar inflyttade från Iran, följt av Irak. Drygt 20 % av de utlandsfödda föräldrarna kom från Europa, där Turkiet låg högst som nation. Bland de nordiska länderna hade 10 % av föräldrarna finskt ursprung. 18 % av de utlandsfödda föräldrarna kom från Sydamerika, med en övervägande majoritet från Chile. De afrikanska föräldrarna representerar 11 %, och där var den stora gruppen utflyttade från Gambia. Föräldrar med asiatiskt ursprung var den minsta gruppen med endast 5 %. Ungefär lika många barn med utlandsfödda föräldrar som svenskfödda, bor med båda föräldrarna. Däremot är andelen barn till ensamstående, utlandsfödda föräldrar fler i studien. Färre av de med annan etnisk bakgrund har växelboende.

**Tabell 3.** *Etniskt ursprung i relation till familjesituation.*

*Andel (%) (N = 268).#*

Familjesituation	Barn till utlandsfödd n= 140	Barn till svenskfödd n= 128	Totalt antal	Andel (%)
<i>Två föräldrar</i>	50	50	64	24
<i>Förälder + ny partner</i>	44	56	27	10
<i>Ensamstående</i>	56	44	120	45
<i>Växelboende</i>	12	88	25	9
<i>Institution./familjehem</i>	58	42	12	5
<i>Annat</i>	57	43	14	5

# För sex barn saknas uppgift. Sambandet testat med  $\chi^2$ -test,  $p < 0,01$

#### **4.1:5 Avsaknad av föräldrakontakt**

Närmare en tredjedel av barnen i studien saknade kontakt med någon av sina föräldrar, och av dessa var närmare två tredjedelar barn

till en eller två utlands födda föräldrar. I Levnadsundersökningen för barn och ungdom (SOU 2001:55) fann man en stor skillnad mellan mindre och större barn. Knappt en tiondel av barnen mellan 0-9 år saknade kontakt med en förälder, medan andelen i gruppen 10-18 år var en tredjedel. För många barn i studien bestod avsaknaden av kontakt i att föräldern är avliden, men för andra saknas kontakt med en förälder som finns i livet. Oftast handlar det om en pappa, som efter skilsmässa förlorat kontakten med sina barn. Det kan finnas långvariga konflikter mellan föräldrarna, upprepade vårdnads- och umgängestvister eller geografiska avstånd som försvårar kontakten. Andra orsaker, som framgår i journalerna, var att föräldern bildat ny familj. I undantagsfall har föräldrakontakt bedömts vara skadlig och därmed olämplig, exempelvis utifrån tidigare övergrepp på barnet.

**Tabell 4.** *Avsaknad av föräldrakontakt i relation till etniskt ursprung. Andel % #*

Förälder	Avsaknad		Totalt antal	Andel %
	Ja n = 77	av kontakt Nej n = 187		
<i>Utlandsfödd</i>	62	43	129	48
<i>Svenskfödd</i>	38	57	135	50
<i>Totalt</i>	29 %	71 %	268	

# För fyra barn saknas uppgifter. Sambandet testat med  $\chi^2$ -test. Ej signifikant.

Studien visar att 62 % av barn till utlandsfödda föräldrar och 38 % av barn till svenskfödda föräldrar saknar kontakt med minst en förälder. Av de barn som helt saknar kontakt med en av sina föräldrar fann vi att 2/3 av dessa levde med en ensamstående förälder. Detta kan jämföras med 14 % av barn som lever med en förälder med ny partner och 8 % av barn som är placerade på institution eller familjehem. Ytterligare 5 % är barn, som registrerats med två föräldrar, men som saknar kontakt med en av dem. Det kan då handla om avbruten kontakt på grund av fängelsevistelse eller allvarlig sjukdom.

Sammanfattningsvis lever närmare hälften av barnen i studien med en ensamstående förälder, vanligtvis en mamma, och ett till två syskon. Andelen ensamstående är högre bland utlandsfödda föräldrar. Många av barnen till ensamstående, utlandsfödda föräldrar saknar kontakt med en förälder.

Att leva med en ensamstående förälder betyder ofta ett minskat socialt nätverk för barnets del. De barn, som upplever sig ha mest konflikter med föräldrarna, återfinns i gruppen barn som sammanbor med en ensamstående förälder. Relationsproblemen är ofta riktade mot både den förälder barnet bor med och den "frånvarande" föräldern. Vi kan konstatera att problembelastningen ökar i hushåll med en förälder. Barnen har en mer problem- och konfliktfylld vardag och belastningen på den hemmavarande föräldern blir större. Sundell & Karlsson (1999) visar på riskfaktorer i familjen, som kan inverka negativt på barns och ungdomars utveckling. Man har funnit att det i barnavårdsutredningar finns en övertikt av enföräldershushåll, föräldrar med annan etnisk bakgrund och personer från socialgrupp III. Resultatet i denna studie följer samma mönster. Däremot har inte begreppet socialgruppstillhörighet undersökts.

Separation mellan föräldrarna kan medföra vissa positiva effekter för barnet. Barn som växlar hos sina båda föräldrar har uttryckt att separationen lett till trygghet i ett större nätverk samt en bredare social kompetens genom att de levt i olika sammanhang (SOU 2001:55).

#### ***4.1:6 Familjens boende***

De flesta barnen, 65 %, som kommer i kontakt med familjebehandlare, bor i hyresrätter, medan en fjärdedel av barnen bor i villa eller bostadsrätt. Sex % av barnens föräldrar har ett socialt kontrakt med kommunen och 4 % av barnen bor på annat sätt, t ex hos föräldrars vänner, i båt eller husvagn.

Boendesituationen skiljer sig mellan kommunerna. I Sollentuna äger en tredjedel av familjerna sin bostad. I Sundbyberg bor övervägande del i hyresrättslägenheter medan bara 4 % av familjerna äger sin bostad. Sundbyberg har en större andel familjer med sociala kontrakt, 16 % jämfört med Sollentunas 3 %.

**Tabell 5.** Familjens boende i relation till kommun. Andel (%)#

Kommun	Villa/ bostadsrätt	Hyresrätt	Socialt kontrakt	Annat	Antal
	n=68	n= 173	n = 16	n= 10	n=268
<i>Sollentuna</i>	31	61	3	4	210
<i>Sundbyberg</i>	4	77	16	4	57
<i>Totalt %</i>	25	65	6	4	

# I ett fall saknas uppgift om boendet Sambandet testat med  $\chi^2$ -test.  $p < 0,001$ .

I gruppen barn till utlandsfödda föräldrar äger 11 % sin bostad, vilket kan jämföras med 39 % i gruppen barn till svenskfödda föräldrar. Vad gäller boende med socialt kontrakt så handlar det om 10 % i gruppen barn till utlandsfödda föräldrar, vilket kan jämföras med 2 % i gruppen barn till svenskfödda föräldrar.

Sammanfattningsvis kan sägas att det vanligaste i både Sollentuna och Sundbyberg är att familjerna bor i hyresrätt. I Sollentuna är det jämförelsevis vanligare att familjerna äger sin bostad medan sociala kontrakt förekommer oftare i Sundbyberg. I gruppen barn till svenskfödda föräldrar är det vanligare att familjen äger sin bostad medan betydligt flera i gruppen barn till utlandsfödda föräldrar, har ett boende med socialt kontrakt, vilket innebär en ökad sårbarhet.

#### **4.1:7 Föräldrarnas sysselsättning**

Studien visar att en tredjedel av kvinnorna har anställning eller är egna företagare. Det kan jämföras med hälften av männen. Av kvinnorna är 7 % arbetslösa vilket motsvaras av 5 % av männen. Noteras bör att i en fjärdedel av registerdata saknas uppgifter om männens sysselsättning. Betydligt fler kvinnor än män är sjukskrivna. I det här avseendet avses längre sjukskrivning av läkare. Drygt en femtedel, 23 %, av kvinnorna hade en längre sjukskrivning under pågående familjebehandling, vilket kan jämföras med 3 % hos männen. Fler kvinnor än män var studerande under pågående insats. 12 % av kvinnorna studerade och 3 % av männen. Andelen sjukpensionärer och pensionärer skilde sig mindre mellan könen.

Mellan 3-4 % av kvinnorna och männen var pensionärer. Andelen arbetslösa utlandsfödda mödrar var större, 12 %, jämfört med 3 % bland de svenskfödda mödrarna. Däremot dominerade de svenskfödda kvinnorna i gruppen sjukskrivna med 28 % mot de utlandsfödda 19 %.

**Tabell 6.** Föräldrars sysselsättning - etcitet. Andel (%).

Sysselsättning	Modern utlandsfödd	Modern svenskfödd	Fader utlandsfödd	Fader svenskfödd	Totalt
n=527	n= 127	n=137	n=129	n=134	
Anställd/ Företagare	33	38	40	61	227
Arbetslös	12	3	5	5	33
Pensionär	3	2	6	3	19
Studerande	14	10	5	2	40
Sjukskriven	19	28	5	2	71
Annat	9	8	8	4	39
Bortfall	10	12	30	22	98
Totalt 100 %	24 %	26 %	25 %	25 %	527

De höga sjukskrivningstalen bland mödrarna har satts i relation till familjekonstellation. Studien visade att höga sjukskrivningstal fanns i tre grupper, ensamstående mödrar med eller utan växelboende samt mödrar med ny partner. I alla dessa grupper låg andelen sjukskrivna runt 30 %.

Av de svenskfödda fäderna hade 61 % arbete mot 40 % i invandrargruppen. Andelen arbetslösa skiljde sig inte mellan grupperna. Däremot var en högre andel pensionärer, studerande, eller sjukskrivna i invandrargruppen. Noteras bör att för 30 % av de utlandsfödda fäderna saknades uppgift om sysselsättning. Detta motsvarades i den svenskfödda gruppen av 22 %.

Sammanfattningsvis kan konstateras ytterligare en belastning för socialtjänstens familjer. En hög andel av kvinnorna i studien är



långtidssjukskrivna. Bland mödrarna hade bara drygt en tredjedel arbete. De långtidssjukskrivna mödrarna återfanns i alla familjekonstellationer, men i mindre omfattning i gruppen två sammanboende biologiska föräldrar. Undersökningar visar på att ohälsotalen ökar under perioden i alla kategorier i landet. Allra sämst anses kvinnor må, som är inflyttade till Sverige (Områdesdata 2003). I studien återfanns dock den högsta andelen sjukskrivna mödrar i den svenskfödda gruppen.

En aspekt av det ensamma föräldraskapet handlar om ekonomiska villkor. Majoriteten av ensamstående föräldrar med barnen boende hos sig är kvinnor. Kvinnornas dominans i lågbetalda omsorgsyrken är fortfarande ett faktum. Den ökade arbetslösheten under 1990-talet slog hårdare mot de ensamstående mödrarna, vilket visade sig i högre andel arbetslösa, undersysselsatta, osäkra anställningsförhållanden och högre sjukskrivningstal. De ensamstående mödrarnas disponibla inkomster sjönk med 11 procent och har där efter stagnerat, medan andra grupper i befolkningen haft ett ekonomiskt uppsving. De ensamstående kvinnorna har vanligen heltidsysselsättning, medan gifta/sammanboende oftare arbetar deltid (Bäck-Wiklund m.fl 2003; SOU 2000:40; SOU 2001:54). De knappa ekonomiska resurserna inom familjen återverkar i sin tur på barnen och deras möjligheter. Den politiska viljan att satsa ökade resurser på barnen i samhället har inte riktats till barn som växer upp i enföräldershushåll, vilket bland annat avspeglas i ett underhållsstöd som legat kvar på samma nivå i tio år.

Dagens kvinnor väljer i högre utsträckning bort tvåsamheten. Bak (Bäck-Wiklund m.fl. 2003) har visat på kvinnors förväntningar om personlig autonomi och självbestämmande, som en av senmodernitetens mest radikala förändringar. Kvinnorna är inte längre ekonomiskt beroende av en man och många ser en fördel i att vara ensamstående förälder och därmed bestämma över sin egen tid tillsammans med barnen och uppfostra dem på det sätt de själva önskar. Fler väljer den tyngre försörjningsbördan som ensamstående för att få mer autonomi i sitt och barnens liv. Medan kvinnorna numera delar försörjningsansvaret med mannen, har inte männen i samma utsträckning delat omsorgsansvaret för barnen i familjen (a.a.).

Både i riket i stort (SOU 2001:55) och i studien framgår av data att en stor andel av fäder är frånvarande i sina barns liv. Likaledes är de i hög grad frånvarande i de sociala utredningarna som granskats i studien. Information saknas om faderns sysselsättning i en fjärdedel av observationerna. I vissa fall rör det sig om frånvarande fäder, som barnen saknar kontakt med. De journaluppgifter som fanns, visar att fäderna i mycket högre utsträckning har arbete och att endast ett fåtal har fysiska eller psykiska åkommor, som lett till sjukskrivning.

Sammanfattningsvis visar studien att familjebehandlarna har många uppdrag bland de ensamstående, långtidssjukskrivna mödrarna. Det betyder för barnens del att de ofta bor med en förälder med personliga bekymmer och som kanske inte orkar delta i barnens liv i den omfattning som motsvarar deras behov.

#### ***4.1:8 Barnens problembild***

Hur ser de dokumenterade problemen ut hos barnen och föräldrarna i studien? Frågan delades upp i ett antal beteendefaktorer, avseende barnet och ett antal miljöfaktorer, för att belysa föräldrarnas problematik och svårigheter i den miljö barnet befinner sig. Det vanligaste problemet, utifrån vad som angivits i akterna, var svårigheter som visade sig i skolan. Drygt en tredjedel av barnen hade skolproblem. Studien visar vidare att drygt vart tionde barn hade dokumenterade psykiska problem, som var styrkta av läkare. Ytterligare 11 % av barnen hade en neuropsykiatrisk diagnos.

Knappt en tiondel av barnen hade utagerande beteenden i form av kriminalitet, följt av 7 % med missbruksproblem. Närmare 6 % av dem uppvisade ett våldsbeteende och 3 % av barnen i studien prostituerade sig.

Nästan 40 % av barnen rapporterades uppvisa problem i relation till föräldrar och syskon och 13 % av barnen bedömdes ha relationsproblem med andra barn eller vuxna i skola och på sin fritid. 22 % av barnen var utagerande hemma eller i skolan. Fysisk sjukdom hos föräldrar och barn, som av socialsekreterare bedöms påverka familjens sociala situation, förekommer i 7 %.

**Tabell 7.** Barnens problembild. Andel (%). #.

Barnets problembild	Andel %
Relationsproblem i hemmet	39
Skolproblem	35
Utagerande beteende i skolan, hemma och fritid	22
Relationsproblem i skola& fritids	13
Psykiska problem (intyg av läkare)	13
Neuropsykiatrisk diagnos	12
Kriminalitet	9
Missbruk	7
Fysisk sjukdom & handikapp	7
Våld	6
Sexuellt utagerande/prostitution	3

# Obs! att barnet kan ha flera problem

De vanligaste förekommande beteendeproblemen gällande barnet, som är involverade i familjebehandling, är relationsproblem i familjen och skolproblem. Relationen mellan barnens ålder och relationsproblem i familjen, visade att andelen relationsproblem var låg i gruppen barn 0-7 år, men ökade till en fjärdedel av barnen i gruppen 8-12. För ungdomarna mellan 13-20 år var andelen som beskrevs ha problem i familjerelationerna nästan 60 %.

**Tabell 8.** Andel (%) med relationsproblem i hemmet i förhållande till barnets ålder.

Relationsproblem i hemmet	0-3 n=24	4-7 n= 44	Ålder 8-12 n= 82	13-17 n= 91	18-20 n= 27	Totalt n= 268
Ja	11	6	25	60	59	36

Sambandet testat med  $\chi^2$ -test.  $p < :0,001$

Barns problem är kopplade till den vardag de lever i. De har problem i skolan, i relation till kompisar och i relationerna i hemmet. De faktorer som verkar skyddande och ger ett ökat välbefinnande

i tillvaron är att ha ett antal kamrater, goda familjerelationer, att ha tillgång till båda föräldrarna och ett socialt nätverk (SOU 201:55). Levnadsundersökningen för barn och ungdomar visar att upplevelsen av minskat välbefinnande är tämligen vanlig hos barn.(a.a.).

Många barn har svårt i skolan. I studien var skolrelaterade problem en av de största problemen för barnen. Skolrelaterade problem varierar från inlärningssvårigheter, dyslexi, uppmärksamhetsbrister, svårigheter med motorik, relationer till kompisar och skolk till neuropsykiatriska handikapp, aggressionsutbrott och våldsamt beteende. Skolan är den arena som barnen befinner sig på dagligen och där vuxna har ett stort ansvar för att se hur barn mår. En hel del uppdrag till familjebehandlarna tycks handla om att hjälpa skolpersonal och föräldrar till ett mer fruktbart samarbete runt barnet. Bland de barn och ungdomar som ingick i studien fann vi att en stor andel ungdomar, nästan 60 %, ansågs ha relationsproblem hemma. Bland barn och ungdomar i allmänhet upplever drygt var tionde barn att deras relation med mamma eller pappa inte var bra. Allmänt kan sägas att flickor i större utsträckning upplever sig ha för lite tid tillsammans med föräldrarna eller att de har svårt att komma överens med föräldrarna (SOU 2001:55). I studien syns en markant ökning av insatser riktade till flickor från tonåren och uppåt.

Studien visar att socialsekreterarna uppmärksammar relationsproblemen och föreslår insatsen familjebehandling utifrån den höga andelen relationsproblem i utredningarna. Noteras bör att socialsekreterarna gör problemformuleringen och att det finns en risk att problemformuleringen påverkas av vilka insatser som finns i kommunerna. Det kan även förekomma direktiv från beslutsfattarna i förvaltningen att de egna öppenvårdsinsatserna måste övervägas innan andra insatser kan bli aktuella.

Kriminalitet och missbruk hos barnen förekommer i begränsad omfattning. En förklaring till detta kan vara att insatser som rörde kriminalitet, asocialitet och missbruk handhas av annan öppenvårdsenhet i Sollentuna. Allvarlig kriminalitet och/eller missbruk leder ofta till mer omfattande insatser för ungdomen, som LVU-place-

ringar. En liten andel i studien, 3 %, prostituerar sig. Det gäller åtta kända ungdomar som säljer sexuella tjänster.

#### **4.1:9 Föräldrarnas problembild**

Närmare en femtedel av barnen har minst en missbrukande förälder. Siffrorna är liknande vad gäller andelen barn som har förälder med psykiatrisk diagnos, vilket motsvarar närmare en femtedel.

En femtedel av barnen har minst en förälder, som bedömts ha bristande omsorgsförmåga och 17 % av barnen, som är involverade i familjebehandling, har blivit utsatta för övergrepp i sitt föräldrahem eller i annan vårdmiljö. I detta sammanhang avses både sexuella övergrepp och misshandel av barnet. Studien visar också att 5 % av föräldrarna har en fysisk sjukdom som påverkar familjens sociala situation. Mer än hälften, 54 % av föräldrarna, har problem i parrelationen. I 16 % av familjerna förekommer våld och misshandel mellan vuxna.

**Tabell 9.** *Föräldrarnas problembild. Andel (%). #*

<i>Problem i barnet miljö</i>	<i>Andel (%)</i>
<i>Relationsproblem mellan föräldrar</i>	<i>54</i>
<i>Omsorgsbrist</i>	<i>20</i>
<i>Psykisk sjukdom hos förälder/ annan vuxen i hemmet</i>	<i>19</i>
<i>Missbrukande förälder/ annan vuxen i hemmet</i>	<i>19</i>
<i>Övergrepp i hemmet/ vårdmiljö</i>	<i>17</i>
<i>Våld och misshandel mellan de vuxna i hemmet</i>	<i>16</i>
<i>Fysisk sjukdom</i>	<i>5</i>

# Flera problem kan förekomma i samma familj.

En stor del av problemen i barnens liv i studien handlar om föräldrarnas problematik. I drygt hälften av familjerna i studien förekom det relationsproblem mellan de vuxna. Flera familjer har kunnat följas, via journalerna, bakåt i tiden och ofta framgår att proble-

men uppstått i samband med skilsmässa. I en del fall handlar det om våld och misshandel i familjen, men i flertalet fall tycks det röra sig om konflikter och kränkningar under separationen, som hindrat samarbete runt barnen och följs av vårdnadsutredningar och omgångsproblem.

En femtedel av barnen har en förälder som missbrukar alkohol eller narkotika, och en lika stor andel har en psykiskt sjuk förälder. Ofta följs detta av omsorgsbrist om barnet. Ibland kompenseras detta, enligt journalerna, av annan vuxen i barnets nätverk.

I jämförelse med Sundell (1999) fann vi att de sociala utredningarna, som leder fram till insatsen familjebehandling, har en högre grad av relationsproblem mellan föräldrarna, medan Sundell fann att i barnavårdsutredningar bedömdes föräldrars missbruk, relationsproblem och behov av avlastning ligga på ungefär samma nivå.

I familjer där våld förekom mellan föräldrarna, var andelen något högre i familjer med minst en utlandsfödd förälder. Bland utlandsfödda föräldrar förekom våld i knappt 20 % av familjerna, jämfört med 14 % bland svenskfödda föräldrar.

#### ***4.2:1 Externa och interna insatser***

Kartläggningen är en totalundersökning av de familjebehandlingsinsatser, som beviljats inom barn och ungdomsenheterna i de undersökta kommunerna. Detta innebär att både interna och externa behandlingsuppdrag ingår i studien. De interna uppdragen handläggs av särskilda behandlingseenheter inom kommunen, medan de externa uppdragen upphandlas för varje familj utifrån omfattning och syfte. 80 % av uppdragen genomfördes av interna resurser.

#### ***4.2:2 Frivillighet och tvång***

En fråga rörde huruvida ett omhändertagande av barnet varit aktuellt. I några familjer var eller hade barnet varit omhändertaget och/eller placerad. Vissa utredningar visade tydligt att omhändertagande var aktuellt om familjebehandlingsinsatsen uteblev. I flertalet utredningar gick inte frågan att besvara.

### 4.2:3 Behandlingstid

Det vanligaste intervallet är att behandlingstiden pågår upp till ett år, och att inom två års tid är nio av tio uppdrag avslutade. Behandlingstiden har varit möjlig att utläsa utifrån akterna. Däremot har insatsens omfattning inte varit möjligt att utläsa. Studien visar att efter ett halvår har 40 % av familjebehandlingsuppdragen avslutats. Efter ett år är 62 % av uppdragen avslutade. Efter två år är 90 % av uppdragen avslutade. De längsta uppdragen, som motsvaras av 2 %, pågår upp till sju år.

Majoriteten, 85 %, av avslutade uppdrag inom sex månader återfanns bland de interna uppdragen. De externa uppdragen tenderar att vara över längre tid. Bland de uppdrag som pågått 3-4 år eller längre återfanns 86 % av uppdragen bland de externa uppdragen. Ett antagande är att flera uppdrag, som löper under flera år, är insatser i form av kvalificerade kontaktpersoner eller familjepedagogiska insatser, s.k. "hemma-hosare". Akterna visar på att familjer med en psykiskt sjuk förälder med bristande omsorgsförmåga, är i ett långvarigt behov av stöd. En stödperson, som kan stå för omsorgen och kontinuiteten för barnet i perioder då förälderns egen förmåga sviktar behövs. Studien visar att barn till en psykiskt sjuk förälder kräver en längre behandlingstid, ofta ett flerårigt stöd.

**Tabell 10.** *Fördelning av behandlingstid samt fördelning mellan interna och externa uppdrag för olika behandlingstider. Andel (%).#*

Uppdrag n=268	0 -1år n=107	1-2 år n=58	Tid 2-3 år n=73	3-4 år n=8	4-5 år n=14	5-7 år n=5	Totalt n= 265
<i>Interna</i>	85	79	86	87	14	60	212
<i>Externa</i>	15	21	14	13	86	40	53
<i>Totalt %</i>	40	22	28	3	5	2	265

# I tre fall saknas uppgifter. Sambandet testat med  $\chi^2$ -test,  $p < 0,000$

Det förekommer inga signifikanta skillnader mellan kommunerna gällande behandlingstidens längd. Under det första året avslutas mellan 62 respektive 63 % av samtliga uppdrag i de båda kommu-

nerna. Även för de längre familjebehandlingsuppgifterna följer de båda kommunerna samma mönster.

Vilka aspekter påverkar behandlingstiden? I studien undersöktes sambandet mellan behandlingstiden i relation till familjekonstellation, barnets ålder, tidigare erfarenhet av behandling och förekomst av psykisk sjukdom hos föräldrarna. Ungefär hälften av barnen levde med en ensamstående förälder och en fjärdedel levde med båda föräldrar, vilket med andra ord är den vanligaste familjekonstellationen.

I gruppen barn som lever med en ensamstående förälder så avslutas 39 % av uppgifterna inom ett halvår och ytterligare 23 % inom ett år. Detta innebär att knappt två tredjedelar i gruppen barn med en ensamstående förälder avslutar sin familjebehandling inom ett år. Bland de barn som lever med båda sina biologiska föräldrar så avslutas 42 % av uppgifterna inom ett halvår och ytterligare 23 % inom ett år. Mönstret fortsätter och efter två års familjebehandling avslutas ytterligare 24 % i gruppen barn till ensamstående förälder och 31 % i gruppen barn som bor med båda biologiska föräldrarna.

Sammanfattningsvis kan sägas att det framkommer inte någon markant skillnad utifrån behandlingstid i relation till familjekonstellation. Noteras kan att familjer, där barnen växer upp, tenderar familjerna ha kortare behandlingstid.

Hur ser behandlingstiden ut i förhållande till barnets ålder? Det finns en tendens som pekar på att familjebehandling som rör yngre barn varar längre jämfört med familjebehandling som involverar äldre barn. De största åldersgrupperna i studien var dels de yngre skolbarnen, 8-12 år, och dels tonårsgruppen 13-17 år. I tonårsgruppen avslutades mer än hälften av uppgifterna inom ett halvår, medan behandlingstiden bland de yngre barnen pågår längre.



**Tabell 11.** *Behandlingstid i relation till barnens ålder. Andel (%).*

Barnens åldrar	0-6 mån n=107	7-12 mån n=58	Tiden 12-24 mån n=73	3-4 år n=22	5-7 år n=5	Antal n=268	Andel (%)
0-3	22	39	33	6	-	24	7
4-7	26	20	38	12	3	44	13
8-12	29	20	40	8	3	82	28
13-17	56	18	17	5	2	91	35
18-20	43	26	17	13	-	27	17
<b>Totalt</b>	<b>40</b>	<b>22</b>	<b>28</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>268</b>	<b>100 %</b>

# För tre barn saknas uppgifter. Sambandet testat med  $\chi^2$ -test,  $p < 0,028$

När familjebehandlingen är riktad till tonårsfamiljer är oftast tonåringen direkt involverad i arbetet. Tonårstiden är en turbulent tid och konflikter i familjen är vanligt förekommande. Att behandlingstiden är kortare för tonåringar kan förstås utifrån olika aspekter. I akterna framgår att familjen behöver forum för att komma till tals med varandra. I andra fall är behandlingstiden kortare på grund av brist på uthållighet hos ungdomen eller att familjebehandlingen inte är en adekvat insats utifrån problematiken. Tonåringen kan behöva placeras utanför hemmet eller få hjälp för missbruk och/eller kriminellt beteende. Akterna visar att bland yngre barn är insatserna i högre grad riktade till familjen utifrån brister i barnets miljö, och ofta handlar det om bristande omsorgsförmåga hos föräldern och därmed om ett längre tidsperspektiv.

Sambandet mellan behandlingstid och föräldrar med psykiatrisk diagnos har undersökts. För de flesta barn gäller att 40 % av uppdraget avslutas inom ett halvår och ytterligare drygt 20 % inom ett år. Det kan jämföras med gruppen barn till förälder med psykiatrisk diagnos, där 15 % avslutas inom ett halvår och ytterligare 23 % inom ett år. Studien visar ett tydligt samband mellan längre behandlingstid och förekomst av psykiatrisk diagnos hos föräldern.

**Tabell 12.** Behandlingstid i relation till förekomst av psykiatrisk diagnos hos förälder. Andel %. #

Förälder	0-6 mån n= 107	7-12 mån n= 58	Tid 12-24 mån n=73	3-4 år n=22	5-7 år n=5	Antal n=268
<i>Med psykiatrisk diagnos</i>	15	23	42	17	6	52
<i>Utan psykiatrisk diagnos</i>	46	22	24	7	1	213
<i>Totalt %</i>	40	22	28	8	2	

# För tre saknas uppgifter. Sambandet testat med  $\chi^2$ -test.  $p < 0,000$ .

Studien visar också att förekomst av tidigare behandlingsinsatser inte påverkar aktuell behandlingstid. Inget samband kunde påvisas mellan tidigare insats och aktuell behandlingstid.

#### **4.2:4 Aktualisering av familjebehandling**

I studien ingår frågan om vem som aktualiserar familjebehandling. Studien visar att närmare hälften, 49 % av familjerna, får insatsen familjebehandling via remiss från handläggande socialsekreterare och 36 % av familjerna ansöker själva om insatsen. Bland familjer som äger sitt boende ansöker hälften själva om familjebehandling, vilket kan jämföras med en tredjedel i gruppen familjer som hyr sin bostad. Bland familjer som har socialt kontrakt via socialtjänsten remitteras en högre andel till familjebehandling på socialsekreterarens initiativ.

Studien visar ett samband mellan att familjer som äger sitt boende i högre grad initierar hjälpen själva.

**Tabell 13.** Aktualisering av insats i relation till familjens boende.  
Andel (%).#

Initiativtagare	Villa/br	Hyresrätt	Boende Socialt kontrakt	Annat	Andel (%)
	n= 68	n= 169	n= 16	n= 10	n= 263
<i>Familj</i> <i>n=95</i>	52	31	25	30	36
<i>Socialsekreterare</i> <i>n=129</i>	37	52	75	50	49
<i>Annan #</i> <i>n=39</i>	12	17	-	20	15
<b>Total: %</b>	25	63	6	4	

# För fem saknas uppgift. Sambandet testat med  $\chi^2$ -test,  $p < 0,027$ . Med "annan" avses lärare, kuratorer, barnomsorgs- och sjukvårdspersonal

#### 4.2:5 Avslutet

Av de 268 uppdrag som ingick i studien var två tredjedelar (66 %) av familjebehandlingsuppdragen avslutade vid undersökningsperiodens start. En tydlig majoritet av uppdragen avslutas på familjens önskan. Andelen utgör 59 % av hela populationen, och 72 % av de avslutade ärendena. I gruppen familjer som själva tagit initiativ till familjebehandling så har 40 % bedömt att målen för familjebehandlingen har uppnåtts vid avslutet. Detta kan jämföras med 37 % i gruppen familjer som kommer till familjebehandling via remiss från socialsekreterare. I gruppen som ansökt om familjebehandling har 30 % avbrutit behandlingen, vilket är detsamma i gruppen som fått remiss. En fjärdedel av gruppen, som själva ansökt om behandling, fortsätter med annan insats efter avslutad familjebehandling. En relativt hög andel uppdrag avslutas med att familjen uteblir eller tackar nej till fortsatt familjebehandling, även bland familjer som själva ansökt om behandling. Det saknas ofta dokumentation om utvärdering av insatsen. Sammanfattningsvis finns inga markanta samband mellan initiativtagare till insatsen och dess avslutning. Oberoende av vem som aktualiserat familjebehandlingen så är fördelningen mellan fullföljda och avbrutna insatser likartad.

#### **4.2:6 Tidigare behandlingserfarenhet och parallella insatser.**

Frågan om tidigare insatser liksom parallella insatser belyser barnets hela livssituation. Utöver direkt stöd riktat till barnet, ingår även stöd till föräldrar (samarbetssamtal, familjerådgivning och missbruksbehandling). Bland insatser riktade till barn, var kontakt med Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och någon form av stöd i skolan vanligast förekommande. Studien visar att mer än hälften, drygt 60 % av barnen, varit föremål för tidigare behandlingsinsatser. För närmare en tredjedel av barnen var det första gången de kom i kontakt med någon slags behandling. I 12 % av fallen saknades uppgifter i journalen.

Parallella insatser tycks vara vanligt förekommande i kombination med familjebehandling. Studien visar att i mer än hälften av insatserna till barnen, drygt 60 % , pågick parallella insatser. I insatserna inräknas både insatser som är riktade till barn och/eller föräldrar, och handlade om skolinsatser (skolplaceringar, särskilt skolstöd), utredningar riktade till barn (LSS-utredningar, neuropsykiatriska-, intensiv-, somatiska-, BUP-utredningar) samt utredningar riktade till föräldrar (vårdnads- och umgängesutredningar). Här återfanns öppenvårdsinsatser till barn och/eller föräldrar. Vidare ingick polikliniska insatser riktade till barn (BUP, stödkontakter med socialsekreterare och kvalificerad kontaktperson) och insatser riktade till föräldrar (psykologstöd, missbruksbehandling, kvalificerade stödkontakter). Andra insatser i materialet var heldygnsplaceringar och tillfälliga placeringar. Den största gruppen av parallella insatser är polikliniska insatser riktade till barn, det vill säga terapi, kvalificerad kontaktperson och olika gruppverksamheter. Studien visar att i två tredjedelar av gruppen med tidigare behandlingserfarenhet så pågår parallella insatser. Det tyder på att det finns en grupp som har behov av ett mer omfattande stöd en längre period. Undersökning av familjekonstellation i relation till förekomst av parallella insatser visar att hälften av de parallella insatserna riktades till barn med ensamstående förälder.

Hur ser sambandet ut mellan tidigare erfarenhet av behandling och hur sker avslutningen av insatsen? I gruppen familjer med tidiga-

re erfarenhet av behandling så bedömdes i akterna en tredjedel ha uppnått målen med familjebehandlingen vid avslutet. Ytterligare en tredjedel har avbrutit behandlingen i förtid och för drygt en tredjedel avslutas behandlingen med annan insats. I gruppen utan tidigare erfarenhet av behandling, så avslutas närmare 40 % av uppdragen efter att målet bedömts uppnått i akterna. Nästan hälften i gruppen utan tidigare erfarenhet har avbrutit familjebehandlingen och i 12 % har familjebehandlingen avslutats med annan insats.

**Tabell 14.** Behandlingens avslut i relation till tidigare behandlingserfarenhet. Andel %. N=218 #

Tidigare erfarenhet	Nöjd. Målen uppnådda n=81	Uteblir/ avböjer n=72	Annan insats aktuell n= 55	Dokumentation saknas n =10	Antal n=218
<i>Ja</i>	32	31	35	3	127
<i>Nej</i>	39	46	12	3	61
<i>Vet ej</i>	57	17	13	13	30
<b>Totalt %</b>	30	27	20	4	

*Bortfallet omfattar 50 personer (19 %).*

Sammanfattningsvis kan sägas att den stora skillnaden mellan de som haft erfarenhet av behandling och de som saknar det är, att drygt en tredjedel av de med tidigare behandlingserfarenhet avslutade familjebehandlingen i samband med beslut om annan insats. Detta bekräftar de tidigare resultaten att denna grupp familjer bedöms behöva ett omfattande stöd över tid och därmed tar en betydande andel resurser inom samhällsvård i anspråk.

### 4.3 Familjens profil

Familjens profil i studien består av utmärkande faktorer utifrån data. Denna profil är en representation av verkligheten och får inte förväxlas med en faktisk familj. Den enskilt största gruppen avseende familjekonstellationer, närmare hälften av populationen, är en ensamstående förälder, vanligtvis en mamma med barn. Om barnet

har minst en utlandsfödd förälder lever barnet i mer än hälften av fallen med en ensamstående moder. Barnet har en eller två syskon. Barnet, som är i fokus för insatsen, är i skolåldern. Barnets ålder och kön varierar beroende av vilken kommun barnet bor i. Detsamma gäller om modern är svensk eller utlandsfödd. Generellt kan sägas att problemen är dels av relationskaraktär och dels av skolproblem. Avseende profilen så varierar barnets kön med dess ålder. Om det handlar om ett yngre barn, är det en pojke, 8-12 år med skolproblem. Om det rör ett äldre barn, är det en flicka i åldern 13-17 år. Problemet familjen söker hjälp för är relationsproblem i hemmet, ofta i kombination med oro för skolgången. Om barnet har minst en utlandsfödd förälder är kontakten med en av dem, vanligtvis fadern, bruten.

Någon form av omsorgsbrist förekommer i hemmet, oftast missbruk, psykisk sjukdom hos en förälder eller någon form av övergrepp riktat mot barnet. Föräldrarna har separerat och det finns uttalade relationsproblem mellan de vuxna. Fadern arbetar, företrädesvis den svenskfödda fadern. Den enskilt största gruppen av mödrar arbetar, men det är också vanligt att modern är långtidssjukskriven. En vanligt förekommande anledning till sjukskrivningen är utmattningssymtom. Om modern är svenskfödd är det större sannolikhet att hon är sjukskriven.

Familjen har, förutom aktuell familjebehandling, tidigare erfarenhet av behandling. Det handlar vanligtvis om kontakt med BUP och sedan en tid tillbaka pågår en parallell insats, vanligtvis i form av kontaktfamilj för barnen. Föräldrarna bor i hyreslägenhet och har på initiativ av sin socialsekreterare fått en remiss till familjebehandlingen. Insatsen ges av kommunens interna resurser och pågår under ett år. Därefter avslutas kontakten på familjens begäran. Familjen är då antingen nöjd med hjälpen och anser att målen är uppnådda, eller så har nya svårigheter uppmärksammats under behandlingstiden, vilka medfört behov av andra insatser.

## 5. INTERVJUSTUDIEN

Resultaten från de intervjuer som gjorts med brukarna har tematiserats och redovisas i detta kapitel. Syftet är beskriva brukarnas upplevelser av den familjebehandling de varit med om. Den ursprungliga intensionen var att intervjua deltagarna utifrån metoden fokusgruppintervjuer, men då detta inte var möjligt fullt ut, kompletterades studien med enskilda intervjuer. Med anledning av detta presenteras resultatet i form av citat av enskilda individer.

### 5.1 Presentation av intervjupersonerna

Gruppen män och tillika fäder, består av Mario, Adam, Pelle, Magnus och Philip. Gruppen män består av fem män i åldern 35-50 år. De flesta män är gifta eller sammanboende med barnets mamma. Fyra av fem i gruppen är svenskfödda och en person är utlandsfödd. Övervägande del av dem har arbete. Några har haft tidigare bekymmer i livet, som gjort att de har erfarenhet av kontakt med myndighet och behandling för egen eller för partnerns del. Det kan då ha handlat om psykiska besvär, alkohol eller relationsbekymmer, medan för andra är det första gången som de kommer i kontakt med socialtjänsten. Ungefär hälften har sökt hjälp själva, medan de andra har blivit erbjudna hjälp i form familjebehandling. De flesta har erfarenhet av relationsproblem i familjen. Flertalet i gruppen har mer än ett barn, och några är föräldrar till barn med så kallade bokstavsdiagnoser.

Gruppen kvinnor och tillika mödrar består av Karin, Elna, Monika, Harriet och Lydia. Gruppen kvinnor består av fem personer, samtliga i åldern 35-55 år. De flesta i gruppen är svenskfödda, medan några är utlandsfödda. De flesta lever ihop med barnets fader, och några är ensamstående. I stort sett alla har arbete. De flesta är mödrar till ungdomar, medan någon har mindre barn. De flesta har flera barn, vilket bidrar till att de kan jämföra det aktuella barnets situation och tillstånd med syskonens. Flera är mödrar till barn med så kallade bokstavsdiagnoser. De flesta har också erfarenhet av att ha haft sitt barn placerat på ett HVB-hem under en period i livet. Samtliga har erfarenheten av att ha varit sjukskriven på grund av utmattningssymtom i samband med de aktuella bekymren, och de

sammankopplar själva sin egen utmattning med de bekymmer de handskats med under den perioden. Detta är en grupp driftiga kvinnor som samtliga har erfarenhet av att kämpat för att de och deras barn ska få rätt slags hjälp. Några i gruppen har tidigare erfarenhet av någon slags hjälpinsats för egen del i form av behandling.

Gruppen ungdomar består av Veronika, Sarah, Ellen, Sandra, Anne, Mikaela, Emma och Julia, samtliga flickor i åldern 15-21 år. I ungdomarnas berättelser finns både likheter och skillnader. Samtliga har erfarenhet av relationsproblem inom familjen och flera har haft problem som på något sätt är förbundna till skolsituationen. De flesta av ungdomarna har levt med en ensamstående förälder eller i en ny familjebildning. Flera av dem har sällan kontakt med fadern. En mindre del har egna svårigheter i form av någon så kallade bokstavsdiagnoser. Några har erfarenhet av missbruk och några få har varit utsatta för sexuella övergrepp och misshandel. Några i gruppen har skurit sig, andra har varit på rymmen hemifrån av olika anledningar. Det finns också erfarenhet av ätstörningar i gruppen. Längre än så kan beskrivningen inte göras för att inte utelämna någon av intervjupersonerna. Samtliga namn är fingerade för att skydda intervjupersonerna.

### ***5.2:1 Att bli lyssnad till och få utrymme för sin berättelse***

Flera av de intervjuade beskriver sin upplevelse i mötet med socialtjänsten. Ett tema handlar om att *bli lyssnad till och få utrymme för sin berättelse*. Intervjupersonerna berättar om betydelsen av att känna sig respekterad i mötet med den professionelle och vikten av att få det utrymme som behövs i samtalet. Det finns utsagor om att det är problematiskt att erbjudas eller påbjudas hjälp. De intervjuade berättar om att helst hantera problem på egen hand och undvika inblandning av myndighetspersoner. Mario beskriver första mötet i familjens hem:

*Det var det första intrycket jag hade fått av behandlarna, jag ville inte samarbeta, jag ville inte prata med dem ens. Jag har ingenting att diskutera mer. De upplevde mig väl som väldigt otrevlig då vid den första situationen och kanske även vid flera andra tillfällen (Mario, pappa)*



Det första mötet upplevs som betydelsefullt. Utfallet kan bli både positivt och negativt:

*Jag fick två personer som kom mig jättenära och som från första stunden så kände jag att de här kan jag lita på...vi (min man och jag) fick respekt för situationen (Karin, mamma).*

De intervjuade talar om vikten av kontinuitet och ett samarbete med hjälparen. Relationen är viktig. Att inte få träffa samma hjälpare varje gång försvårar grunden för samarbete:

*Jag fick aldrig träffa samma person två gånger och de (hjälparna) var helt olika // Jag tänkte; jag går inte dit mer om jag ska träffa en person mer. Så jag bara reste mig och gick hem. Jag tänkte, jag kommer aldrig att få den hjälp som jag behöver (Elna, mamma).*

Det finns fler berättelser som handlar om behovet av kontinuitet:

*Det är så mycket människor som kommer in och som jag inte har en aning om vilka det är jag träffar... Nej, det känns lite rörigt (Sarah, ungdom).*

Ett annan aspekt handlar om den egna inställningen till hjälpen och dess betydelse. Flera av de intervjuade ungdomarna uttrycker att de vid tidpunkten för familjebehandlingen inte var mottagliga för hjälp. De menar att det inte spelat någon roll vad de blivit erbjudna, eftersom de inte uppfattade att de behövde hjälp. Andra talar om vad den egna motivationen har betytt:

*Jag gjorde det för att jag ville det. Jag vet att jag vill bli bättre. Jag vill känna mig bättre. Jag vill inte gå omkring och vara arg, ledsen, deprimerad, irriterad (Mikaela, ungdom).*

Det finns ytterligare illustrationer på detta tema. Veronica och Mikaela som båda är ungdomar bekräftar att den egna inställningen till mötet med hjälparen är viktig:

*... Jag kunde se att de ville hjälpa och jag kunde själv säga mycket. Ja, jag hade mycket att säga till om. Men jag tror*

*inte att det (samtalet) skulle hjälpt någon som inte vill prata alls. Jag satt där och ville få det ur världen (Veronica, ungdom).*

Den egna inställningen kan förändras under hjälpprocessens gång. Nästa exempel visar på detta:

*Det var det första intrycket jag hade fått av de här behandlarna. Jag ville inte samarbeta. Jag ville inte prata med de ens... men sedan var det en annan fråga som fick mig att tänka om. Det är ju så att om vi fortsätter så här så kommer vi ingenstans ...//Då först då bestämde jag att jag skulle samarbeta...(Mario, pappa).*

Det talas om erfarenheter av att inte ses som kompetent nog för det egna livet:

*Att inte bli lyssnad på, det var ju många tillfällen - om ni gör så och så, så kommer det att hända, sa jag. Jag vet, jag känner henne.// De (hjälparna) lyssnade alldeles för mycket på henne och gjorde henne till viljes. Inte på mig och (hennes) pappa Andreas.// Vi vet hur hon fungerar och ändå lyssnar de mer på henne.// Så får man ingen hjälp av soc. Det är bara hon (dottern) som får hjälp, och lallar vidare och hamnar på nåt fosterhem där hon bodde ett kort tag (Monika, mamma).*

*När jag accepterade av socialkontoret att de skulle skicka min dotter till familjehem, trodde jag att familjehemmet som hon bodde i skulle träffa mig och vi kunde göra någonting tillsammans. Men det var inte så (Elna, mamma).*

Det finns andra erfarenheter som vittnar om upplevelsen att känna sig respekterad och kompetent:

*Hon bodde i ett familjehem ... Den familjen, hon eller hela familjen, de var väldigt samarbetsvilliga. Vi hade jättebra samarbete. Vi kunde prata med varandra, men dottern ville inte prata så mycket då. Hon (familjehemsmamman) försökte sy ihop oss (Monika, mamma).*

Att känna sig förstådd och lyssnad på är centralt i berättelserna. Det finns utsagor som vittnar om brist på förståelse:

*Hon (dottern) åkte till utlandet. Till Turkiet. Ingen visste någonting. Och det var ... som jag ville dö. Ingen kontakt – och ingen som brydde sig om (mig) som mamma, vad man känner.// Vem hjälper oss? Vem tänker på oss, mammor? Som mamma måste du vara stark. Men din sjuuttonåring är inte ens klar. Vem hjälper henne? Hon flyttar och flyttar. Åtta olika familjer! Det är inte bra (Elna, mamma).*

Andra berättelser handlar om tilliten och dess betydelse:

*... de här behandlarna som jag hade, de verkligen ville ge hjälp och de hade förståelse, vilket de andra inte hade. Utan det var mer att vi gör det nödvändiga, inte det där lilla extra. Vi hade turen att vi hade två behandlare som vi hade förtroende båda två för och som intresserade sig för fallet (Mario, pappa).*

*Det kändes inte som att de hade så jättelust att vilja hjälpa till, de lyssnade bara på pappa. Han och jag hade inte alls samma syn på problemen (Emma, ungdom).*

Att få utrymme för sin berättelse är också kopplat till tid. Det tar tid att skapa tillit och trygghet i relationen. Framför allt i intervjuerna med ungdomarna framkommer behovet av att hjälparen tar sig tid att skapa en trygg relation och därmed en öppnare dialog:

*... det handlade om att skrapa liksom på ytan bara. De hade inte tid att gå in på vad det var, vad som egentligen var problemet och hur jag kände (Emma, ungdom).*

*... att känna trygghet är bland det viktigaste om man sitter på ett sånt samtal, eller var som helst. För man ska kunna känna sig bekväm och våga öppna sig.// ... bara fråga tre frågor på en timme och sen prata om annat, bara så att man får en vänskapsrelation. Det är jätteviktigt. Man kan inte komma dit första dagen och förvänta sig att man ska berätta allt om hur det egentligen är. Det är helt omöjligt (Veronica, ungdom).*

Här kommer tidsperspektivet i relation till processen in. De intervjuade talar om intervallet mellan samtalstillfällena som en viktig faktor i sammanhanget:

*Ofta när man går på samtal så kommer man ju på saker, i alla fall jag, ett par dagar efter. När man diskuterar saker och sen brukar alltid jag tänka och så får man nya insikter. Man glömmer ju bort det på tre veckor(Veronica, ungdom).*

*Det hände för mycket mellan gångerna... det var inte bara i relationen med min pappa, det funkade inte med min mamma eller ordentligt med mina kompisar heller.//... när det är dåligt så strular det till sig på många olika sätt. Då är det väldigt lång tid med två och en halv vecka mellan ett samtal. Då har det hänt väldigt mycket saker(Emma, ungdom).*

Att få tillräckligt utrymme att få ge sitt eget perspektiv återkommer som något viktigt i berättelserna:

*Man lyssnar på ungdomen så mycket och så kanske man inte lyssnar lika mycket på föräldrarna. Det blir en känsla (Andreas, pappa).*

*Man behöver rikta hjälpen inte bara till barnet, föräldrarna också (Monika, mamma).*

Att få ett bra bemötande, att känna sin position som värdig i relationen till hjälparen återkommer i materialet:

*Jag såg inte dem som behandlare längre, utan han (behandlaren) var mer som en kär vän som vi alla behöver här i livet. Sådana som man kan gå till när det behövs, när det krisar. De kommer alltid att förstå (Mario, pappa).*

### **5.2:2 Upplevelsen att inte få hjälp**

Det finns berättelser som visar besvikelse över att inte fått rätt slags hjälp och därmed inte känt sig hjälpt. Intervjupersonerna har många gånger varit med om en längre tid av egna lösningsförsök. Hjälpen har uppfattats som otillräcklig eller inte motsvarat behoven:

*Nu sitter jag här och känner mig besviken för att jag fick berättat om hur det var och att jag löst problemet på mitt sätt. Då sa de: "Åh, vad du är duktig. Du är stark". Men det hjälper inte att säga att jag är duktig. Om man vänder sig till de som kan mer, de som är professionella, är det för att komma vidare (Lydia, mamma).*

De intervjuade talar om att det har tagit tid att få den hjälp de behövt och att de saknat ett helhetsperspektiv, där man granskar barnets svårigheter utifrån olika aspekter. Adam är pappa till en flicka, som idag har fått hjälp som familjen är nöjd med. Han har erfarenhet av att under lång tid söka efter hjälp:

*Cirkusen drog igång när hon var femton, och så ska hon hinna bli nästan tjugo år innan hon får diagnosen. Det tycker jag är tokigt. Att man inte kan få den här utredningshjälpen via socialen eller någon annan. Att kompetensen saknas för att kunna undersöka och uppdaga om det faktiskt är en sjukdom hon lider av (Adam, pappa).*

Några av de intervjuade upplever att hjälpen inte fungerat. I efterhand har man förstått att den hjälp man fått inte motsvarat behoven som fanns och att behoven inte utretts tillräckligt. Ibland betyder kontakten med kompetenta hjälpare att familjen får hjälp på olika nivåer. Några av de intervjuade beskriver att de fått stöd genom att hjälparna kunnat agera som kunniga påtryckare i kontakten med andra vårdgivare för att få kompletterande hjälp, som barnet och familjen behövt:

*Vi har haft jättemycket hjälp av en barnpsykiater vi haft kontakt med. Vi fick en remiss till ett tvångsteam inne på Söder, där vi föräldrar fick hjälp av psykolog och psykiater. Och sen fick vi alla möjliga insatser. Dom stötte på mot "soc" för att vi skulle få det där avlastningshemmet. Det kändes som att den här doktors kunskap var det som avgjorde (Harriet, mamma).*

Det finns en önskan att mötas av kompetenta hjälpare, som kan avlasta den utmattade föräldern och inge nytt hopp. Bland de interv-

juade är många utmattade efter att, ibland under flera år, försökt komma tillrätta med svårigheterna, och de förväntar sig att hjälparna förstår att de redan gjort flera olika lösningsförsök:

*De har kommit hem till mig och sagt; "Vad vill du prata om idag?" Men gud, det är inte jag som ska behöva tala om vad vi ska prata om. Det är de som är kunniga. Jag behöver hjälp (Elna, mamma).*

Ungdomarna i intervjuerna har förväntningar på att hjälparna ska kunna möta vars och ens behov. De talar om behovet av att hitta rätt nivå i samtalskontakten:

*Man talar inte samma språk. Ska man jobba som familjebehandlare så måste man vara väldigt professionell, tror jag. Kunna använda sig av olika metoder, köra stenhårt med någon, kanske dra ur alla ord på någon och med en annan bara sitta och lyssna när den pratar.// Det måste finnas olika metoder och kanske att man har specialister inom olika områden. Alltså inom vården, skilsmässa eller dödsfall, att man dricker för mycket eller har tappat kontrollen (Veronika, ungdom).*

Flera av de intervjuade deltagarna har diskuterat diagnosens betydelse för deras egen, deras barns och omgivningens förståelse av svårigheterna. De talar om diagnosen som en ingång till specialinriktade insatser, vilka varit hjälpsamma för familjen. Föräldrarna talar om att kontakten med specialisterna inneburit påtryckningshjälp till insatser via socialtjänsten eller barnpsykiatrin.

Flera utsagor handlar om sorg över att lång tid förflutit och mycket kraft krävts för att till slut nå fram till rätt slags hjälp. Tidsåtgången beskrivs som en destruktiv process för familjen. Föräldrarna säger att de under en längre tid burit kunskapen om att deras barn är speciellt. De ser diagnosen som en bekräftelse av deras egen tysta kunskap. Lydia, som är mamma till ett barn med en så kallad bokstavsdiagnos, illustrerar detta:

*Jag har tänkt på varför det tagit fem år innan jag fick komma till habiliteringscenter för att få hjälp. Det hände när jag*

*sa: "Nu är jag utbränd och jag vill inte ha mer med min dotter att göra". Då reagerade de. Jag upptäckte när min dotter var liten att det var någonting som var annorlunda. När jag kom till läkare sa de: "Nej, det är på grund av att du pratar spanska hemma. Det är därför hon inte kan svenska" Jag sa att "Nej, det är något annat". "Du är (en) kycklingmamma", svarade de (Elna, mamma).*

Flera utsagor visar att diagnosen kan innebära att man ser barnet med nya ögon och förstår dess behov. Förväntningarna på barnet kan ändras och föräldrarna uttrycker att man äntligen fått hjälp och ett större hopp för barnet. Adam, som är pappa till en flicka med bokstavsdiagnos, beskriver diagnosens betydelse så här:

*Det är en befrielse. Hon är inte dum i huvudet. Hon har de här handikappen och får försöka jobba efter sin förmåga och med de hjälpmedel hon lär få. Hon kan utveckla de andra områdena som hon är jätteduktig på (Adam, pappa).*

De intervjuade föräldrarna beskriver hur de upplevt situationen när hjälparnas kunskap matchas eller inte matchas mot deras egen tysta kunskap om barnets svårigheter. När Harriets dotter fick en diagnos och en annan skolform, kände föräldrarna först att hjälpen trots detta inte var den typ av hjälp som de behövde:

*Ingenting funkade. Efter ett tag så fick hon den här diagnosen på PBU, men det tog nog ett år. Skolan var väldigt snabba med att acceptera det här med begåvningshandikapp, att det var grejen. Men vi kände att det stämde inte riktigt. Okey, hon hade svårt med skolan och så, men ett klassiskt begåvningshandikapp tyckte vi inte att det var, men på något sätt försöker man ändå acceptera.// Hon bytte skola, men det hjälpte inte. Hon behövde lika mycket hjälp som de andra, men en annan hjälp. När hon till slut kom till det här behandlingshemmet fick hon duktiga lärare och kunniga terapeuter, som förstod sig på den här problematiken (Harriet, mamma).*

Flera av de hjälpsökande tycker att svårigheterna snävas in när de kommer till myndigheten. De beskriver att inom socialtjänsten ser

man på problemet utifrån ett relationsperspektiv. Monika, som är mamma till en flicka som senare fick en bokstavsdiagnos, beskriver, att hon uppfattade att hjälparna bara fokuserade på samspelet mellan familjemedlemmarna och inte uppmärksammade barnets egna inneboende svårigheter:

*När de utreder så kollar de upp att föräldern eller familjen funkade. Så när man tagit reda på att det inte är familjen och föräldrarna det är fel på, då tycker jag att man ska ta reda på varför det här barnet reagerar på det här viset? Varför har det här uppstått? Varför är det som det är? Det tycker inte jag att de gjorde utan de lyssnade bara på henne (Monika, mamma).*

### **5.2:3 Känslor i mötet med socialtjänsten**

Det förekommer berättelser om känslor av underlägsenhet, skuld eller skam i samband med mötet med socialtjänsten. Känslorna är kopplade till situationen att vara hjälpsökande samt till myndighetsorganisationen, som ska hjälpa dem. En förälder beskriver sina känslor i mötet med hjälparna:

*Jag var så pass upprörd när jag såg dem att jag hade lust att kasta ut dem ifrån lägenheten. Jag tyckte inte att de hade någonting där att göra. Det är mitt problem. Jag ser inte mig själv som någon (klient). Jag hade den uppfattningen (om socialen - det är för alkoholister, det är för narkomaner. Det här är familjeproblem och jag litar inte så mycket på (dem) för just det (Mario, pappa).*

Påfallande ofta tar intervjupersonerna på sig en känsla av skuld över att deras situation ser ut som den gör, och tvivlar på den egna dugligheten:

*Vad har jag gjort för fel? Vad är jag för människa? Det är ett stort frågetecken: Är det jag som är problemet? Varför vill hon inte bo med mig (Lydia, mamma)?*

*Jag som ensamstående, jag tänkte (att) det var jag som hade förstört henne...// Varför får jag inte hjälp? Min första tolk-*



*ning var; jag är invandrare. Ingen vill lyssna på mig. Jag hade skuldkänslor. Jag fungerade inte som människa (Elna, mamma).*

Det kan också kännas svårt att söka hjälpen:

*Man är i ett sånt utsatt läge när man söker hjälp också, tänker jag. Det är ett motstånd innan man ... det går väldigt långt innan man söker hjälp (Karin, mamma).*

*Man ber inte om det (hjälp) i första taget. Man kämpar ju och man kämpar och kämpar. Man har ju kämpat länge innan man hamnar på soc (Monika, mamma).*

En mamma berättar om hur hon bara blev betraktad som en sjuk person som behövde sjukhusvård och hur hon önskat att hjälparna hade suttit ned, druckit en kopp kaffe och pratat med henne:

*De kunde insett att jag mådde jättedåligt. Att jag inte hade ätit, att jag hade gått ner i vikt. De kunde haft en person, som tagit mig ut ur lägenheten. Det skulle varit en stor hjälp. Men det enda som de gjorde ... de körde mig till psykiatriavdelningen och de ville bara låsa in mig där. Men att bara komma till tals, att gå och ta en kopp kaffe ute, byta miljö. Det skulle betytt ganska mycket.//Men då när du mår dåligt, de körde mig till psykiatriavdelningen. Man mår dubbelt så dåligt. Och sen tänker man; Nej. Varför gör de så mot mig? Jag kände mig nertryckt. Någon som trampade på mig (Elna, mamma).*

I intervjuerna framkommer en önskan om att finna andra orsaksförklaringar, som inte är skuldbeläggande:

*De skulle ha tagit tag i vad det var för fel, inte vad mina föräldrar gjorde mot mig. De skulle mer ha inriktat sig på "varför skär den här flickan sig i armarna och varför dricker hon och tar droger?" Det måste finnas en anledning och det kanske inte bara är föräldrarna, utan att det finns en anledning inombords (Ellen, ungdom).*

Antagandet om att det handlade om relationen mellan Ellen och hennes föräldrar väckte skuldkänslor. Idag har Ellen fått en diagnos, som ger en annan förklaring.

Det finns fler illustrationer på situationer som väckt skuld hos de intervjuade:

*Problemet var bara jag. De (föräldrarna och behandlarna) verkade aldrig ha pratat om något annat.// Som att de (föräldrarna) skulle skiljas, att det skulle berott på att jag hade problem, inte för att de (föräldrarna) hade det (problem)(Anne, ungdom).*

Hjälpare med ett förhållningssätt, som avlastar i skuldkänslan, poängteras av ungdomarna. Veronika uttrycker att hjälparen inte får skuldbelägga barnet:

*De (behandlarna) måste se att det aldrig är barnens fel. Att det nästan alltid finns en bakgrund till det.// Jag har växt upp under tre år och trodde att min mamma lämnade mig. Sådana känslor får man aldrig bort. Jag menar ... de kunde bara ... det är ingen långsökt tanke att den här flickan kan känna sig sviken. Att bara fråga dig den frågan (Veronica, ungdom).*

Föräldrar med mer än ett barn berättar att syskonens existens varit skuldavlastande:

*Vi har ju två andra barn som är äldre, så det var speciellt med henne. Annars hade vi nog känt totalt misslyckande (Harriet, mamma).*

*Det är tur att man har syskon till det andra barnet, det har jag också tänkt. // Hon har två syskon Elsa, en storasyster och en lillasyster. Jag säger att jag hade nog inte suttit här om jag bara haft henne. Då tror jag att jag hade tagit livet av mig, faktiskt (Monika, mamma).*

Att mötas respektfullt är skuldavlastande. En pappa berättar att samtalen hade en katharsisliknande effekt på honom:

*De ville lyssna på vår skit som jag hade att säga, som var väldigt viktigt. Varje gång när vi träffades så varje gång när jag gick därifrån så kände jag mig ... ren, alltså tvättad. Lättad på något vis (Mario, pappa).*

De intervjuade talar om den befriande känslan när man i mötet känner sig fri från skuld. Så här säger en man:

*Det är det som jag gillar hos dem. De har inga sympatier. Om de hade det så vet jag inte, de behåller det för sig själva (Mario, pappa).*

### **5.2:4 Känna sig utmattad**

Intervjupersonerna berättar om att de känt sig fysiskt och/eller psykiskt utmattade i samband med familjebehandlingen. Ibland har praktisk hjälp varit avgörande i ett inledningsskede, t ex ett kollo eller avlastningsfamilj.

*För oss var det bara helt nödvändigt. Det var helt kaotiskt hemma hos oss. Så när vi fick sånt där avlastningshem, var tredje helg först och sen var det lite oftare, så fick vi möjlighet att existera. Tänka själva, reflektera, få distans på de bekymmer som vi hade då. Stanna upp för att överhuvudtaget orka med. Komma till tals med vår dotter. Att överhuvudtaget komma till tals (Harriet, mamma).*

En annan aspekt av behovet av avlastning är att ha ork för omsorg om de andra barnen i familjen. En av de intervjuade föräldrarna säger:

*Det här andrummet som vi fick, det var det som var (hjälp-samt). Att Sara fick vara någon annanstans. Konkret. Vi fick liksom vara för oss själva och med våra andra barn (Harriet, mamma).*

I en del beskrivningar har mamma och barn fått konkret hjälp i hemmiljö på dagtid, medan pappan varit på jobbet:

*Om jag var på jobbet då visste jag, eller kunde veta, att Karolina var ensam hemma. Men om de (familjebehandlarna)*

*var där behövde jag inte vara orolig för att hon tyckte det var jobbigt. Det var det egentligen.// Det hjälpte mig väldigt mycket. Nu sitter jag och jobbar, men nu kanske, nu börjar de med middagen, nu börjar det vara jobbigt hemma. Det var ingen vidare skön sits. Om man vet att det är någon där kan man slappna av på ett annat sätt. Då mår man bättre själv(Pelle, pappa).*

De intervjuade beskriver att de länge försökt att lösa situationen på egen hand och redan vid inledningsskedet av hjälpprocessen har förbrukat mycket kraft. Det kan vara så att sjukskrivning för utmattningssymtom redan är ett faktum. En småbarnspappa berättar om familjens situation i hjälpprocessens initialskede:

*Det var ju att vi hade väldigt jobbigt med barnen då. I synnerhet först – ja det var ju bägge barnen då, men ett hade vi ännu mer besvär med. Och de hade i sin tur haft mer än ett halvårs kolik. Så vi var rätt nerkörda i botten. Och så hade Karolina väldigt jobbigt på jobbet. Ja, hon blev ganska utbränd då.(Pelle, pappa).*

Långvariga problem kan resultera i orken tar slut, vilket försvårar hjälpsökandet:

*Jag tror att det blir så att man blir så pass slut, så man orkar bara inte söka hjälp. Man bara sätter sig ner och tittar rakt ut. Att jag själv ibland var så pass trött, att jag orkade inte. Tänk om man är en sån förälder som helt enkelt inte orkar söka hjälp (Philip, pappa).*

Tidsfaktorn är en viktig del i sammanhanget. Genomgående är att de intervjuade talar om att det tagit för lång tid innan de känner sig hörsammade, förstådda och fått, vad de uppfattar som, rätt slags hjälp. När det dröjer allt för länge innan familjen får hjälp så kan familjemedlemmar bli slutkörda, ”utbrända” och sjukskrivna för utmattningsdepressioner.

### 5.2:5 Rop på hjälp

Flera av de intervjuade berättar om upplevelsen av att kampen om att få hjälp har pågått länge innan hjälp kommer till. Så här säger en pappa om tiden, då problemen var som störst:

*Hon är 19 år nu. När det började här var hon 16. Hon hade jättesvårt i skolan och hamnade snett, hon rymde, vi polisanmälde henne försvunnen och vi gick till ”soc” och krävde att hon skulle ... LVU:as.// Hon var alltså inte i skolan ... hon hade det lite jobbigt med kompisar. Hon var alltså borta ett halvår // ... sedan fick vi hjälp med folkhögskola i Norrland. Så flyttade hon till Norrland och plugga och kämpade med det. Men sedan hennes sjukdom ... vägde 37 kilo. Anorexi. Sedan hamnade hon på sjukhus, gick in i väggen då, hamnade på sjukhus i tre månader ... det är ju under så lång tid det här. Men vi har ju alltså fått driva allting ... själva på något vis. Det gäller att skrika högt och ha friska och starka föräldrar som kan tala om att hon är sjuk (Adam, pappa).*

De intervjuade talar om att det krävs en kraftansträngning för att få hjälp, att man måste vara driftig och kämpa. Så här säger en annan pappa:

*Det har man väl fått lära sig, det här att om du vill ha någon hjälp så får du fasa se till att ordna det själv. Här kommer inga stekta sparvar flygande in i din mun. Utan vill du ha någonting, får du ta mig tusan gräva fram det själv om du får jobba för det. Och det kan vara rätt jobbigt om man då tycker att allt annat är jobbigt. Och det var väldigt jobbigt för oss (Pelle, pappa).*

Många av de intervjuade beskriver att det krävdes en kraftansträngning i inledningsskedet av hjälpprocessen för att hjälp skulle bli av. Flera kvinnors utsagor visar att de har axlat rollen som ”spindeln i nätet” och att det varit både tids- och energikrävande:

*... sedan måste man vara ju vara samordnare, alltså man får ju vara teamledare för att få ihop alla trådar känner jag. Alltså, landstinget och kommunen och alla man har kontakt*

*med, och skola. En period hade jag sex, sju samtal varenda dag att ringa. Och så fick jag ringa till den och säga att nu måste ni träffas och prata och så måste ni ... för att inte tiden skulle dra iväg (Harriet, mamma).*

Det finns beskrivningar som visar att det egna problemlösandet till slut urartar i våldsamheter, vilket blir inledningen till hjälpprocessen:

*Så var det liksom så här, alltså när de verkligen insåg, det var liksom de fick, då hände någonting jättestort, exempel polisen kom och då hade vi slagits. Polisen kom hem till mig ... och då förstod de att det var allvar (Sandra, ungdom).*

Det har tagit lång tid innan hjälp har kunnat fås och ges. Flertalet talar om att de hunnit bli slutkörda innan de fått rätt slags hjälp och att genombrottet till hjälpprocessen har inneburit en kraftansträngning.

### **5.2:6 Mödrars syn på utmattning**

Det finns en skillnad mellan de intervjuade mödrarnas och fädernas koppling till beskrivningen av utmattning. Kvinnorna talar om att de blivit "utbrända" och att de bär på en skuld för den problematiska situationen. Monika som är förälder gör en tydlig koppling mellan dotterns problematik och sin egen sjukskrivning för utmattningsdepression:

*Alltså det är ju på grund av allt det här jobbiga med min dotter som gör att jag är utbränd. Jag tog slut helt enkelt, det gjorde jag. // Jag har ju varit sjukskriven i ett och ett halvt år. I april tror jag det var 2001 eller 2002 ja, jag vet inte. Alltså jag har tappat minnet, jag har tappat minnet på grund av det här också.// Alla tänker väl det först, att det är mitt fel. Speciellt mammor, tror jag faktiskt (Monika, mamma).*

Kvinnorna i studien talar om konsekvenser av långvariga problem och hur det påverkat den egna hälsan. Elna säger att hon inte hittade någon utväg i sitt hjälpsökande. Till slut fick hon fysiska symtom:

*Jag har blivit sjuk. Och det är inte bara dotterns problem. Det blir som ... vi blir sjuka och vi kan inte prestera som människor. Jag har fått fibromyalgi. Jag har fått depression, och det kommer efter alla problem därför att man orkar inte. Man hittar inte någon utväg (Elna, mamma).*

Kvinnorna talar om skuld. Skuld kan ses som en konsekvens av en problemtyngd situation. Skulden är kopplad till det egna ansvaret för barnet. En av de intervjuade kvinnorna säger:

*... jag tror det är typiskt kvinnligt det här med att man har ju så dåligt samvete. Alltså man inte får vara sjuk. Att man ska göra rätt för sig. Att man är dålig, att man är oduglig, att man ... Det gör ju liksom att det känns. Det är meningslöst, alltså att man bara är en belastning för samhället (Monika, mamma).*

Kvinnans känsla av skuld för barnets problematik har till slut fått konsekvensen sjukskrivning för utmattningsdepression. Frånvaron från arbetslivet har bidragit till det dåliga samvetet och synen på sig själv som en samhällelig belastning. Om skillnaderna mellan mäns och kvinnors syn på barnens problematik säger en annan kvinna:

*Jag har känt så här att jag har varit övertygad om att jag är psykiskt sjuk och att jag kommer att sitta på mentalsjukhus resten av mitt liv medan Lasse hela tiden har sagt att "Vilka jobbiga barn vi har" (Karin, mamma).*

### **5.2:7 Fäders syn på utmattning**

Männen, papporna som blivit intervjuade, menar att det är framför allt mödrarna som blivit utbrända och att de kan se att kvinnorna tagit ett personligt ansvar för situationen som de bär på sina axlar. Själva säger männen att de har lättare för att skaka av sig problemen. Arbetet och fritidsintresset har fungerat som en fristad från problemen. Däremot poängterar de konsekvenserna av att kvinnorna blivit utbrända. Männerna säger att det ekonomiska ansvaret vilar tungt på deras axlar, vilket i vissa fall inneburit att männen arbetat mer under kvinnans sjukskrivningsperiod. Adam, som är flerbarnspappa, ger sin beskrivning av situationen:

*Vi har det lättare tror jag. Man kommer till jobbet och då slår vi av så där (knäpper med fingrarna) på något vis och kör fokus på något annat. Vi är duktiga på jobb eller vi tror oss vara och på det viset står vi kvar med fötterna kanske på jorden. Medan kvinnan liksom mer självpåtaget liksom ... det här med föräldrarollen "vad har jag gjort för fel?" och kanske grunnar lite för mycket tror jag.// ... i vårt fall så var det så att Mona, min fru gick in i väggen ... så hon var ju sjukskriven heltid och då blir det ju bara jag som ska knega då. // Uppe vid halv sex och komma hem och peppa och så har man två unga till ... och man ska ju räcka till, till alla och en var. Det har varit tuffa år (Adam, pappa).*

*Hon har varit sjukskriven i tio år. Det känns om man säger. Man är ju ensam både ekonomiskt ... hon jobbade bara halvtid innan. Jag har jobbat väldigt mycket... Man orkar inte i längden. Jag jobbade sju dagar i veckan (Magnus, pappa).*

Avsaknad av att återhämta krafter får konsekvenser för hela familjen både ekonomiskt och hälsomässigt på sikt:

*Fram till ett och ett halvt år, nästan två (år) sedan, så var vi två förvärvsarbetare med normal inkomsttagare så att säga, när Mona är sjuk då, det märks ju. Det är svårt att göra något extra, sticka iväg på semester. Glöm det.// ... att kunna ta semester eller att ha råd att ta semester överhuvudtaget, kanske. Det är ju rekreation för familjen. Att vila. Inte jobba sju dagar i veckan (Adam, pappa).*

Männen talar om den ekonomiska belastningen och dess följder, som en konsekvens av sjukskrivningen medan kvinnorna talar om ett personligt ansvar kopplat till barnets problematik och följande utmattningssymtom.

### **5.3:1 Samtalets roll**

Bland mödrarna och fäderna efterfrågar många hjälp från socialtjänsten för att sätta gränser för sina ungdomar, medan det finns ut-sagor bland ungdomarna som pekar på att konflikterna i familjerna ökade i och med samtalen.



Bland de intervjuade mödrarna, fäderna och ungdomarna beskriver många familjebehandlingen som ett viktigt forum för att komma till tals med varandra i familjen, där hjälparen har en viktig funktion som neutral part. För ensamstående föräldrar har familjebehandlaren varit ett viktigt bollplank i föräldrarollen, medan ungdomarna önskar behandlarnas stöd för att våga uttrycka sina tankar och känslor inför föräldrarna. Mödrarna och fäderna uttrycker en önskan att träffa andra föräldrar i liknande situation som deras egen.

I alla intervjugrupper ses mötena med hjälparen som ett forum där man får stöd att uttrycka sina tankar och känslor och i att lyssna på de andra i familjen. Att hjälparna är neutrala ses som centralt.

*De pratar mer, låter oss säga vad vi själva tycker om problemet och vi får komma med olika förslag på lösning. Och sedan är det så skönt, för de dömer oss inte för det, utan alla får säga sitt och sedan så pratar vi om det och så får vi komma fram till någon lösning (Julia, ungdom).*

*Familjebehandlaren roll tror jag var rätt viktig för Elin, eftersom vi bara var "tokiga föräldrar". Så att det finns en annan person att samlas runt, som kan dra lite i trådarna och belysa från olika vinklar (Adam, pappa).*

De intervjuade beskriver den professionelles roll, som samtalsledaren som orkar lyssna och för samtalsprocessen vidare, som något hjälpsamt:

*Att man fick prata vad man tänkte och kände. Man fick någon slags kanal och häva ur sig lite. Någon som är opartisk och någon som lyssnar. Der kändes som det var någon slags överlocksventil, så att man i alla fall fick ut lite av det här övertrycket (Monika, mamma).*

*... att det finns en annan person att samlas runt, som kan dra lite i trådarna och belysa från olika vinklar (Adam, pappa).*

Både fäder och mödrar tycker att de kunnat använda hjälparen som "bollplank" i sin föräldraroll. Särskilt de ensamstående föräldrarna poängterar vikten av att få dela sina funderingar kring barnen med någon annan vuxen.

*Det är hjälp för mig också, i och med att det bara finns jag. Hade det funnits en mamma så hade man ju haft en person att diskutera med. // Så det är väl lite det som supportar mig här. Att man har någon att prata med (Philip, pappa).*

Föräldrarna önskar föräldrautbildning eller föräldragrupper, dels för att få mer kunskap om sitt barns svårigheter och dels för att kunna stödja varandra i den svåra situation de lever i. Att kunna dela sina erfarenheter med andra och bli varse att andra har samma problem är viktigt.

*Jag känner att jag vill träffa andra i samma situation. Det skulle ge väldigt mycket. Ja, det skulle ge fantastiskt mycket (Karin, mamma).*

*Man känner det, som du sa, att det är väldigt viktigt att träffa några andra. Att känna att det inte bara är jag. Jag känner hela tiden att det är mitt fel. Att jag inte duger som mamma, att det är något som fattas. Och inte hör att det finns andra som kanske har det mycket värre än jag (Lydia, mamma).*

*Alla föräldrar skulle få gå en utbildning hur man ska försöka hantera (situationer med barnen). Det är alltid nyttigt. Ja, det skulle säkert vara till hjälp för många föräldrar, när man får den här diagnosen (Magnus, pappa).*

Det finns tankar om att barnen behöver detsamma:

*Hon tycker att det är kul att komma ut med andra som har samma problem som henne. Hon har ganska lätt att få kontakt med personer, men sedan om hon får sitt lilla utbrott då, så ... Ja, (det är) svårt för den personen att förstå på samma sätt som vi andra som vet vad hon har (för diagnos) (Magnus, pappa).*

### **5.3:2 Ungdomarnas behov av trygghet i samtalet**

De intervjuade ungdomarna talar om vikten att känna trygghet i samtalen, att få möjlighet att uttrycka sina egna bekymmer och att erbjudas egen tid med hjälparen för att få hjälp att formulera sig inför sig själv:

*Jag hade ju massa andra problem med honom. För det första så skyllde jag honom för hela skilsmässan eftersom han hade en ny och så. Alltså, det var ju kaos på andra sätt i mitt liv också, som säkert påverkade hur jag var i familjen.// Man har ingen trygghet när man sitter och pratar med folk som bara lyssnat på en (av oss) för de ju bara hört pappas synvinkel. Så det kändes så där lite småjobbigt (Emma, ungdom).*

Att ha någon som står ”utanför” att prata med är viktigt ibland:

*Jag visste inte hur jag skulle berätta det. Då skulle vi prova att jag skulle berätta det för behandlaren först själv, utan att mamma var med. Skillnaden var att jag förberedde mig inför att få mammas reaktion och utifrån hur jag berättade det. Vad kan jag säga? Vad kan jag inte säga? När jag var själv så kändes det som att jag kunde säga mer än när jag var med mamma, för jag tyckte väl inte att det var så nödvändigt att hon skulle höra allt, men i alla fall grunden (Mikaela, ungdom).*

Många berättar om att det är en trygghet att ha med en neutral utomstående professionell person i samtalen, någon som håller i strukturen, låter var och en prata till punkt och kan sätta stopp om samtalet håller på att gå över styr och konflikten trappas upp. I hemmet har det varit omöjligt att prata om vissa saker utan att avbryta varandra eller hamna i konflikt. Familjebehandlingen har varit ett viktigt forum att få tala till punkt, lyssna på varandra och samtidigt känna tryggheten i att någon kan sätta stopp om en konfliktfylld situation skulle uppstå.

*Vad som betydde något för mig var att mamma var där och lyssnade på mig och att jag fick prata utan att avbrytas. Att jag fick säga det jag ville ha sagt och samtidigt var behandlaren där och skulle stoppa om det skulle hända något, om det skulle bli bråk (Mikaela, ungdom).*

*De kommer med nya idéer om hur man kan stoppa de stora bråken vi har hemma. Och när vi väl kommer i ett sådant bråk, hur man ska ta sig ur det. Och sedan är det så skönt, för de dömer inte en för det, utan... Alla får säga sitt och sedan pratar vi om det och så får vi komma fram till någon lösning (Julia, ungdom).*

Sandras upplevelse av familjebehandling är att konflikterna ökade och att det blev värre i relationen till föräldern:

*Det försämrade allting, alla de där mötena. Det var liksom större och större bråk. Vi skulle prata om det som hänt och det är inget bra för oss.// När de förstod att jag inte kunde bo hemma längre på det sättet har de (socialtjänsten) hjälpt mig. Att jag fick flytta hemifrån (Sandra, ungdom).*

Anne, som också är ungdom, har liknande erfarenheter:

*Det kändes som de trängde in mig i ett hörn, socialen, mamma och pappa. Alla. Det blev ännu värre när de skulle tvinga oss att närma oss varandra (Anne, ungdom).*

### **5.3:3 Konkret och praktisk hjälp**

Konkret hjälp för att klara av svåra situationer har beskrivits av många av de intervjuade. Behandlarna har funnits i vardagen för att träna de situationer som varit besvärliga. Ibland har man genomfört träningen tillsammans och ibland har familjen fått uppgifter att steg för steg träna svårigheterna. Bland de intervjuade syns en skillnad; föräldragrupperna poängterar vikten av att få konkret hjälp i vardagssituationer av kunniga människor med ett gott bemötande, medan ungdomarna mer har talat om vikten av att få hjälp att formulera och förstå sina bekymmer.

*Det var Karolina de träffade för att hjälpa henne klara situationer som vi tyckte var besvärliga. Så det huvudsakliga jobbet var hos oss eller att följa Karolina ut, eller göra någonting som hon tyckte var jobbigt. Och när hon hade den hjälpen så behövde hon inte vara orolig för att det skulle stjälpa ur, vilket gjorde att det var lättare att prova på saker.// Och då kom de, observerade hur saker gjordes, vad som var bra och.... hur man kunde göra små förändringar som skulle göra det man gjorde lättare (Pelle, pappa).*

För Karin, som var inne i en djup depression, var familjebehandlarnas stöd avgörande för att orka med vardagarna:

*Jag kunde inte alls organisera mig. Så de hjälpte mig att laga mat, duka, ta mig ut från lägenheten. Det var bara positivt för*

*mig. Hela tiden som jag hade dem (familjebehandlarna) var jag inne i en djup depression. Jag ville bara dö. Varje dag. De var räddningen för mig.// Det var handgripliga, handfasta saker som jag fick hjälp med (Karin, mamma).*

Samspelet mellan föräldrar och barn videofilmades:

*De filmade oss också. Det tyckte jag var jättebra. Att få se det. När vi satt och åt. Hur man var med barnen. Det var väldigt lärorikt.//*

*Det var ganska hemskt också... Jag såg, när vi filmat en matsituation, när jag var djupt deprimerad. Jag tänkte inte att det syntes så mycket i familjen, men jag satt så här (lutar sig fram och tittar ner i bordet) (Karin, mamma).*

*För vi skulle lära oss att hantera (situationer i hemmet), så hon hade videofilmat Eva. Så har vi fått hjälp. Nu är hon tillbaka och ska försöka hjälpa till med Eva. Ska följa med till skolan (Magnus, pappa).*

Harriet beskriver annan slags konkret hjälp:

*Och där kom det några personer hem till oss, faktiskt, och satt i vardagsrummet så att vi kunde föra ett samtal. Blädderblock hade de med sig, och vi satte upp, försökte sätta upp en plan för hur (vi) skulle göra.// Då (när planen skulle genomföras) kom en av de här killarna (hjälparna) och bara satt i bilen för att vi skulle komma iväg. Bara det var ju en jättegrej, att få in henne i bilen (Harriet, mamma).*

Sara, en av ungdomarna, berättar om samtalen som hjälpte henne till nya sätt att förhålla sig i svåra situationer. På frågan om vad som hjälper henne i vardagen nu, svarar hon:

*Det är i och för sig verktyg. När jag blir arg så vet jag hur jag ska bete mig, göra. Jag har gått ilskekontroll också.// Jag har lärt mig att förr så gjorde jag saker och så blev det konsekvenser.//Nu ser jag det så här; om jag gör det, så kanske det blir så. Jag har börjat tänka framåt. Det är bra, det är ett stort steg (Sara, ungdom).*

Framför allt mammorna beskriver vikten av att bli respektfullt bemött, som mamma och människa, att professionella inser att bakom hjälpsökandet ligger många ansträngningar av att försökt hjälpa sitt barn på egen hand. Då kan konkret hjälp att sätta gränser för sitt barn och stödjande insatser till föräldrarna leda till nya krafter och nytt hopp.

Lydia hade önskat stöd av andra i sin föräldraroll för att kunna hjälpa sin dotter:

*Jag behöver hjälp. Hur skulle jag kunna lösa (det)? Hur skulle man kunna? Jag ville att de skulle sätta gränser. Att de skulle säga: "Du får inte slå. Du får inte göra så eller du kan inte gå och komma när du vill" De skulle säga: "Nej, du måste faktiskt lyssna på din mamma" (Lydia, mamma).*

Harriet kopplar ihop den konkreta hjälpen, som de fick av behandlarna med ett ökat hopp för egen del:

*Jag tycker också att sådana här konkreta handfasta (hjälpinsatser), det är det som hjälpt mig. För det ger ofta hopp om att det finns en strategi. Att man får verktyg och att man ska kunna åtgärda någonting. Det är liksom hjälp till självhjälp. Både för oss och vår dotter (Harriet, mamma).*

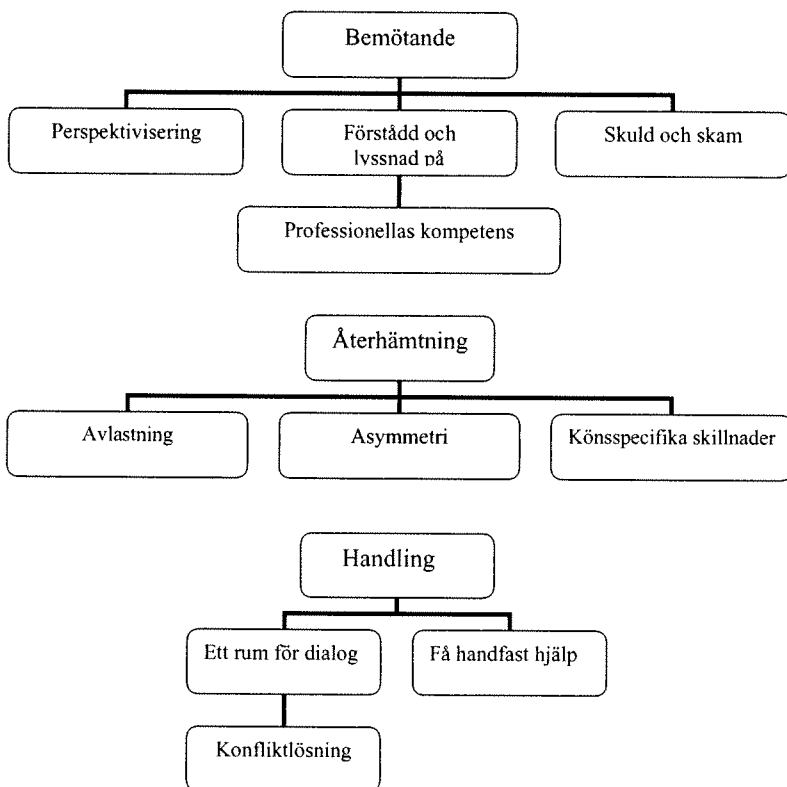
En pappa uttrycker en önskan om att konkret få frågan om hjälp, då samhället känner till att det hänt något allvarligt i en familj. Att ensam vara ansvarig för att söka hjälp i ett skede, då man själv kanske inte orkar eller förmår, kan vara problematiskt:

*Vad jag har funderat på är att man skulle vilja ha lite mera hjälp från början. Där de (hjälparna) kontaktade en. Att de frågar: "Skulle du vilja ha hjälp med det här och det här? De här möjligheterna finns." // Tänk om man är så pass slut att man inte orkar söka hjälp. Då har det ju redan gått för långt...(Philip, pappa).*

Redovisade teman kommer att knytas ihop med frågeställningarna i kapitel 6.

## 6. ANALYS

### 6.1 Konstruktion av de analytiska dimensionerna



### 6.2 Analytiska dimensioner

Analysen utgår från dimensionerna (se figur 6.1). De följande avsnitten har delats in efter dessa och presenteras under rubrikerna *bemötande*, *återhämtning* och *handling*. Dessa dimensioner har mejslats fram utifrån presenterade teman (kap.5), som i sin tur bygger på de ursprungliga frågeställningarna (2.1:3).

Följande nyckelbegrepp används kontinuerligt i analysen; begreppet *process* används i betydelsen "a frequently occurring sequence

of events” (Payne 2002). Begreppet *hjälp* används synonymt för bistånd, insats och åtgärd. Med *hjälpprocess* avses ett interpersonellt skeende som konstitueras genom de olika parternas handlingar. Relationen och hjälphandlingarna bildar basen i processen och utgör förutsättningarna för att den ska vidmakthållas och utvecklas (Carlsson 2003). Med begreppet *problem* avses subjektivt upplevda problem, ett icke-önskvärt tillstånd, en brist, ett underskott, svikt eller lidande (a.a.). Ordet *empati* kommer från grekiskans *empathia* (en=in, pathos=känsla, lidande) och används i texten med innebörden att ”känna in” i klienten, att sätta sig in i hans situation, men också att ”känna med” honom. Förutom ovanstående begrepp används *hjälp-  
pare* synonymt med professionell hjälpare, familjebehandlare och *hjälp  
sökande* används parallellt med klient. Även begreppet brukare och klient används synonymt med begreppet hjälpsökande.

### 6.3 Bemötande

I intervjuerna framträder ett större stråk av utsagor, som rör mötet mellan den hjälpsökande och hjälparen. Det handlar om hur den hjälpsökande har uppfattat relationen med hjälparen och egna känslor inför hjälprelationen. De mönster som fångats upp i materialet handlar om hur hjälpsökande ser på mötet med hjälparen, en dimension som fått namnet *perspektivering*. Begreppet perspektivering har sina rötter i ordet perspektiv, som kommer från latinets *perspicio* vilket betyder granska. Ordet perspektiv kan ges betydelsen noggrann varseblivningsakt (Hessle 1997). Varseblivning syftar på efter vilka principer människan organiserar det kaos av intryck hon i varje ögonblick måste hantera (a.a.). Perspektiv kan sägas vara en avgränsning av verkligheten, ett ramverk för att tolka det vi människor ser.

Ett annat mönster handlar om den hjälpsökandes upplevelse av huruvida hon känt att hon nått fram med budskapet i samtalet med hjälparen. Denna dimension har fått namnet att känna sig *förstådd och lyssnad på*. I ovanstående dimension finns ett särskilt område, som rör de intervjuades syn på förekomst av adekvat hjälp. Denna aspekt, som tillhör området att känna sig förstådd och lyssnad på, har fått ett eget utrymme och namnet *de professionellas kompetens*.



De intervjuade har berättat om hur de uppfattat sig själva, sin självbild under hjälpprocessen och inför den initiala kontakten med hjälpsystemet. Utifrån detta material framkommer ett mönster som handlar om känslor av *skuld och skam*. I sin helhet handlar det om bemötande ur klientens synvinkel och dess betydelse för den fortsatta hjälpprocessen. Det sammanhållande begreppet för dessa fenomen är *bemötande*.

### **6.3:1 Perspektivisering**

Perspektivisering syftar på de båda aktörernas perspektiv på verkligheten. De olika perspektiven är en avgränsning av verkligheten, en ram aktörerna använder sig av för att tolka det som pågår i hjälpprocessen.

Anderson (2002) har konstruerat ett antal teser utifrån det socialkonstruktionistiska perspektivet med fokus på relationen mellan hjälpsökande och hjälpare, som analysen tar sin utgångspunkt från. Dessa teser går under namnet det postmoderna samverkande synsättet, som utgår från att mänskliga system är relationella system baserade på språklig interaktion. Ur denna synvinkel är ett hjälparsystem ett relationellt system där människor skapar mening tillsammans (se 3.2:4).

Carlsson (2003) har konstruerat ett kluster av olika handlingsmöjligheter ur den hjälpsökandes perspektiv att använda sig av i relation med hjälparen. Klustret består av fyra handlingsmönster. Det första handlar om samsyn. Den hjälpsökande som själv begär hjälp kan presentera en bild utan påtryckning och uppnår i högre grad en samsyn med hjälparen om vad som är problemet. Den andra handlar om förkastande. Handlingsmöjligheten innebär ett förkastande av den andre aktörens problembild. Detta defensiva handlingsmönster uppstår när parternas definitioner blir alltför olika. Den tredje handlingsmöjligheten är pseudoanpassning. Den hjälpsökande pseudoanpassar sig till situationen på så vis att han spelar med i den professionelles definition. Den hjälpsökande döljer vissa problem och visar upp andra och väljer att skenanpassa sig av rädsla för att bli utsatt för tvång eller andra repressalier. Den hjälpsökande får en "gisslanroll" i processen och följer med i svängarna, men är

passiv i sitt agerande. Den fjärde möjligheten att handla är genom förnekelse och undvikande.

Klustret av handlingsmöjligheter (Carlsson 2003) kommer tillsammans med teserna om det samverkande förhållningssättet (Anderson 2002) att vara utgångspunkterna för det följande resonemanget.

De intervjuade talar om betydelsen av ett gemensamt intresserat undersökande av perspektiven utifrån fokus för hjälpprocessen. Ur ett samverkande synsätt kan man tolka utsagorna utifrån huruvida det förekommer någon form av *samverkande*, *samforskan* *ingredienser* i dialogen mellan hjälpsökande och hjälpare. Utsagorna visar att när det förekommer samverkande aspekter i hjälprelationen så upplevs detta som verksamt i hjälpprocessen.

Nedanstående exempel illustrerar fenomenet samverkande relation mellan hjälpsökande och hjälpare. Veronica, som är ungdom, har erfarenhet av samtal som upplevdes som en samverkande relation:

*Jag kunde se att de ville hjälpa och jag kunde själv säga mycket. Jag hade mycket att säga till om. Men jag tror inte att samtalen skulle hjälpt någon som inte ville prata alls. Jag satt där och ville få det ur världen.*

I Veronicas fall fanns det en uttrycklig viljeinriktning från båda parter. Veronica sätter fingret på betydelsen av ömsesidigheten i processen.

Språket är centralt i det samverkande synsättet eftersom språket ses som skapande. Språket innebär social delaktighet och ger liv och världen ordning och mening.

När det gäller perspektivering så förekommer olika utfall i mötet mellan hjälpsökande och hjälpare. En vanlig förekommande orsak till havererande samtal ur ett samverkande synsätt, utgår från begreppet *duellerande verkligheter* (Anderson 2002). Duellerande verkligheter grundar sig på antagandet att det bara finns ett sätt att betrakta världen, bara en objektiv sanning att uppdaga.

Sarah, som är ungdom, deltog i samtal tillsammans med sin mamma. Hon beskriver konsekvenserna för henne utifrån att hjälpprocessen fick ett alltför ensidigt perspektiv:

*Det var mest att de höll med mig och mamma blev arg och så gick hon därifrån och så fick jag sitta och prata med dem (familjebehandlarna). Så slutade det mest, att hon blev arg.*

Det finns sällan enighet om vad ett problem verkligen är (Anderson 2002). Enligt det samverkande synsättet är konsensus vid närmare betraktande variationer av en och samma situation. Stora mängder energi kan gå åt till att skydda var och ens uppfattningar. De olika uppfattningarna kan sägas agera som duellerande verkligheter. Det samverkande synsättet tar i stället utgångspunkt i att varje problem kan ses ur ett perspektiv med mångfald av verkligheter. Det är enligt detta synsätt hjälparens uppgift och expertis att skapa utrymme för dialog och underlätta dialogprocessen.

När "fenomenet" duellerande verkligheter uppstår i hjälpprocessen finns inte längre någon korsbefruktning av idéer eller några mötesplatser för olika perspektiv. Istället verkar duellerande verkligheter för parallella inre och yttre monologiska samtal, där ingen känner sig respekterad, hörd eller tagen på allvar. Anderson säger att "det är som en tegelmur byggts upp", all energi hos både hjälparen och de hjälpsökande inriktas på att värna om det egna synsättet och övertyga andra om riktigheten. Detta ska ställas mot det samverkande synsättet som främjar pluralism och mångfald och utgår från att olikheterna kan bli en språngbräda för nyfikenhet, lärande och öppenhet. Det handlar ofta om vilket perspektiv som ska dominera över det andra, när det gäller skilda verklighetsuppfattningar mellan klient och professionell (Hessle 1997). Inom socialt arbete får detta stora konsekvenser eftersom skilda perspektivval ger den aktuella problematiken skilda framtoningar och medför olika lösningsförslag.

När den hjälpsökande och hjälparen inte kan nå fram till en gemensam syn, en samsyn om vad som är problemet, får det konsekvenser för den fortsatta hjälpprocessen (Carlsson 2003). I de fall när det är möjligt att nå fram till en gemensam syn så påverkar det både pla-

neringen och samspelet i positiv riktning. Och tvärtom, när parternas syn går kraftigt isär, uppstår initiala hinder, vilka blockerar eller destruerar samarbetet och försvårar senare hjälpförsök.

Ett annat utfall av havererade samtal är *pseudoanpassning*. Om motsättningarna avseende synen på problemet inte löses, så kan hända att klienten underkastar sig hjälparens problemdefinition och skenbart anpassar sig till situationen. Ofta handlar det om att klienten försöker undvika tvång i något hänseende.

Nästa exempel illustrerar hur en hjälpsökande förälder pseudoanpassar sig i situationen med hjälparen och organisationen, när hon känner sig trängd. Lydia fick en "gisslanroll" när hon till slut lämnade sitt medgivande till att dottern skulle placeras i ett familjehem:

*När jag accepterade av socialkontoret att de skulle skicka min dotter till familjehem, trodde jag att familjehemmet som hon bodde i skulle träffa mig och vi kunde göra någonting tillsammans, men det var inte så.*

Lydia beskriver att hon slutligen motvilligt gick med på att dottern skulle placeras i familjehem, utifrån rädsla att tappa inflytande i hjälpprocessen. Lydia hade hopp om att hon i nästa skede skulle kunna agera tillsammans med familjehemmet. Lydia säger att hon lämnade sitt medgivande utifrån sin maktlöshet och att hon förblev maktlös även senare i hjälpprocessen.

Förekomst av stöd, bemötande och gehör för klientens önskemål påverkar om klienten upplever sin situation som värdig eller ovärdig. Klienter som upplever att de fått ett dåligt bemötande avstår från att lämna ut känsligt material och undviker att lyfta fram problemet (a.a.).

En av de avgörande faktorerna för om hjälp ska kunna ges och tas emot enligt Carlssons perspektiv är i vad mån aktörerna har en gemensam syn på problemet och hjälpbehovet. Det följande exemplet visar på fenomenet samsyn. Karin och hennes man sökte hjälp på egen hand och hade möjligheter att presentera sin problembild utan några påtryckningar:

*Jag fick två personer som kom mig jättenära. Från första stund så kände jag att de här kan jag lita på ... Vi fick respekt för situationen.*

Carlsson använder sig av begreppet *samklang*, som är hämtat från engelskans "to be attuned". Samklang kan beskrivas som ett fenomen som uppstår när människor möts på samma våglängd. Att vara i en god eller acceptabel position i ett samspel skulle kunna vara liktydigt med att vara i samklang med någon.

Pelles beskrivning kan ses som ett uttryck för att vara i samklang med hjälparna:

*Jag måste säga att när man får den här typen av hjälp, det är ju otroligt. Det handlar om personkemin. Personkemin tror jag stämde för både mig och Karolina.*

Anderson (2002) skriver att varje slags problem kan betraktas ur ett mångfald olika perspektiv. Problemet är inte en separat verklighet utan en mångfald av verkligheter.

Målet enligt ett postmodernt samverkande perspektiv är att uppmuntra en mångfald av versioner för att ny mening, ny betydelse ska kunna uppbringas, istället för att sträva efter konsensus eller syntes. *Supplementation* (Gergen refererad i Anderson 2002) är ett uttryck för hur koordinationen av uttryck och handlingar alstrar meningen. *Supplementationsprocessen* är en ömsesidig process, vilket innebär att betydelser inte är permanent fixerade utan ständigt i samverkan, under konstruktion eller omkonstruktion över tid.

Mikaelas utsaga om hur samtalen med mamman förändrade synen på henne, relationen och svårigheterna, är ett exempel på *supplementeringsprocessen*:

*Jag hade en bild av hur mamma var när jag var liten, men när jag fick höra henne prata så blev bilden annorlunda. Jag märkte på en gång att det fanns många pusselbitar som fattades. När mamma berättade så kändes det som att pusselbitarna föll på plats. När de sattes på plats där så fick jag en annan mer positiv bild av mamma än jag hade innan.*

En annan aspekt av det postmoderna samverkande synsättet handlar om kunskap. Kunskap i det här sammanhanget betraktas som relationell och generativ till sin karaktär.

Betoningen på kunskapens relationella och generativa karaktär får stor betydelse i hjälpprocessen mellan hjälpare och hjälpsökande. Det betyder i förlängningen att kunskaper är i ständig utveckling och att hjälparen inte har monopol på "sanningen", eftersom sanning inte har ett absolut värde. Det postmoderna synsättet tar avstånd från att ge hjälparen företräde i *problembestämningsprocessen* och menar att ett sådant synsätt skulle vara att cementera en institutionell ojämlikhet mellan hjälpare och hjälpsökande. Istället framförs en tes om ett icke-vetande förhållningssätt hos hjälparen, vilket inte betyder icke-vetande i någon absolut mening, utan i betydelsen att hjälparens förkunskaper bör betraktas som möjliga hypoteser att reflektera om och utmana, eftersom kunskap ses som något som ständigt är i utveckling. Öppenheten i förhållningssättet innebär att hjälparen behöver vara beredd att tvivla på det som hon tror sig veta.

### ***6.3:2 Att känna sig förstådd och lyssnad på***

Utifrån det samverkande synsättet är hjälparens uppgift och expertis att skapa dialog och underlätta dialogprocessen, medan den hjälpsökandes expertis är de egna erfarenheterna och upplevelserna. Detta synsätt innebär ett gemensamt undersökande som bygger på olikheten i expertisen hos alla involverade i hjälpprocessen. Ur ett samverkande synsätt betraktas varje slags problem med en mångfald av verkligheter istället för att definiera problemet som en enda separat verklighet.

Nästa illustration handlar om en situation där Monika, som är förälder, visar på en situation där inte hennes expertis togs tillvara:

*Att inte bli lyssnad på, det var så många tillfällen "Om ni gör så och så, så kommer det att hända" sa jag. Jag vet, jag känner henne. Det blev så, hon (dottern) lyssnade inte på mig. De (hjälparna) lyssnade alldeles för mycket på henne och gjorde henne till viljes.*

Ett förhållningssätt som innebär ett gemensamt undersökande, som bygger på expertisen hos alla deltagare i hjälpprocessen, påverkar synen på hjälparen. Hjälparen låter sig informeras av den hjälpsökande och ser sina egna kunskaper och erfarenheter som påverkings- och utvecklingsbara. Den professionella förståelsen kan beskrivas som möjliga, tänkbara hypoteser. Detta innebär ett förhållningssätt, där hjälparen i hög grad delar med sig av och reflekterar över sin kunskap, sina uppfattningar, tankar, frågor och åsikter. Den ömsesidiga dialogen är i fokus i hjälpprocessen, där både hjälpare och hjälpsökande påverkar och påverkas. Tesen bygger på att kunskap är relationell och generativ. Genom att underlätta dialogen skapas optimala möjligheter för att ny betydelse ska uppstå i berättelser, handlingar, sinnesrörelser och känslor. Det samverkande synsättet menar att när dialogen utvecklas då inträffar förändringen.

Det postmoderna perspektivet tar avstånd från den dualistiska och hierarkiska föreställningen om klienten som föremål för analys och observation, och fokuserar istället på en samarbetande hjälpare-och-hjälpsökande-relation. Perspektivet innehåller mindre av hierarkiska, auktoritära, dualistiska relationer och mer inslag av horisontella, demokratiska och jämlika relationer mellan hjälpare och hjälpsökande utifrån olika sorters expertis, för att en fruktbar process ska äga rum.

Det finns flera utsagor från de intervjuade, som handlar om upplevelsen att en jämlik relation varit hjälpsamt. Marios inställning till hjälparna vände, när han upplevde en värdig och jämlik relation:

*Jag såg inte dem som behandlare längre, utan han (behandlaren) var mer som en kär vän som vi alla behöver här i livet.*

*Sådana som man kan gå till när det behövs, när det krisar. De kommer alltid att förstå.*

Det samverkande synsättet tar avstånd från att ge hjälparen företräde i benämning och tolkningar, för att undvika att cementera en institutionell ojämlikhet. Det samverkande synsättet utgår istäl-

let från tankarna om en jämlik relation mellan hjälpare och hjälpsökande, där de olika rollernas expertis understryks. I förlängningen innebär det att den hjälpsökandes kunskap och erfarenhet av det egna familjelivet tillvaratas och används i hjälpprocessen.

Nedanstående citat illustrerar hur Monika inte upplevde att hennes kunskaper som förälder tillvaratogs på adekvat sätt:

*De (hjälparna) lyssnade alldeles för mycket på henne och gjorde henne till viljes. Inte på mig och pappa Andreas. Vi visste hur hon funkade. Vi har fött upp henne sedan hon var i magen. Jag vet ju hur hon reagerar och ändå lyssnar de mer på henne.*

Det finns ett mönster i utsagorna som handlar om att de hjälpsökandes upplevelser av det egna vetandet inte togs i beaktande. Både föräldrar och ungdomar talar om att hjälpprocessen ägde rum utifrån ett alltför ensidigt perspektiv, på så vis att endast en sida av saken kom i ljuset. Med andra ord så har mening inte skapats tillsammans. Schön (refererad i Anderson 2002) talar om *problembestämningsprocessen*, vilket är den process där hjälparen och de hjälpsökande interaktivt benämner det som ska uppmärksammas i hjälpprocessen och ramar in sammanhanget. Om problembestämningsprocessen blir skev riskerar hjälpprocessen att haverera.

Att problembestämningsprocessen är en viktig brännpunkt i hjälpprocessen illustreras även i de nästkommande exemplen. Andreas, som är förälder, berättar om familjesamtalen han deltog i tillsammans med sin fru och deras dåvarande tonåring:

*Man lyssnar på ungdomen så mycket och så kanske man inte lyssnar lika mycket på föräldrarna. Det blir en känsla.*

Monika, också förälder, har en liknande erfarenhet:

*Man behöver rikta hjälpen inte bara till barnet. Föräldrar (behöver) också.*



Ett alltför ensidigt perspektiv på svårigheterna innebär en begränsning i problembestämningsprocessen. Emma är ungdom, som deltagit i familjebehandlingssamtal tillsammans med sina föräldrar som separerat. Hon upplevde det alltför snäva perspektivet som ett hinder i hjälpprocessen:

*Jag hade ingen person (hjälpare) där som jag pratade med, utan det var pappa som hade kontakt med dem (hjälparna) och vi, jag var bara där med familjen.*

Det snäva perspektivet som nämns som ett hinder i hjälpprocessen får en särskild betydelse, när det kopplas till underkategorin *de professionellas kompetens*. Ett alltför snävt perspektiv stänger ute andra möjliga perspektiv, förståelser och förklaringar av problematiken. Adam, som är förälder till en flicka, berättar om en lång tid av "härjande" efter rätt slags hjälp. I dag har Adam genom diagnosen fått bekräftat att dotterns tillstånd är allvarligt:

*Cirkusen drog igång när hon var femton, och så ska hon hinna bli nästan tjugo år innan hon får diagnosen. Det tycker jag är tokigt. Att man inte kan få den här utredningshjälpen via socialen eller någon annan. Att kompetensen saknas för att kunna undersöka och uppdaga om det faktiskt är en sjukdom hon lider av.*

*Så efter fem års härjande så hamnade hon på akuten och då råkade vi träffa en psykiater som kände på sig att hon hade de här problemen och remitterade till rätt person. Så jag vet inte, ni kanske saknar den hos er, den här kompetensen.*

Andersons tankar om problembestämningsprocessen som en viktig fas för att hjälpprocessen inte ska haverera, stämmer väl överens med Carlssons tankar om *problemdefinitionen* som en viktig skärningspunkt för den fortsatta processen. Carlsson menar att de som väljer att samarbeta har ett bättre utgångsläge och större handlingsfrihet och de som förnekar problemen mister möjligheterna att påverka det skede där problemdefinitionen sker. Definitionen av problemen är viktig för om fortsatt samarbete indirekt eller direkt kommer att leda till hjälp eller inte. De förhandlingar, som sker om

definitionen av problemet och hur hjälpen ska utformas, får avgörande konsekvenser för det fortsatta förloppet.

Ellen, som är ungdom, berättar om den hjälp hon fick. I efterhand med en diagnos i handen, tycker Ellen att valet av hjälp skulle ha föregåtts av mer utredande:

*Och sedan blev det Målet (öppenvård). Det blev ju ingen behandling eller terapi. De forskade inte bakåt, och jag gav dem inte mycket hjälp kanske. Men de skulle ha utrett mig mer.*

Om parterna lyckas komma fram till en gemensam syn, finns goda förutsättningar för ett fruktbart samarbete. Det postmoderna samverkande synsättet implicerar ett gemensamt frågande i metodiken, som bygger på expertisen hos alla deltagare i samtalet. Synsättet utgår från tesen om subjektiva multipla sanningar och mångfald ses som en möjlighet att finna ny mening, som kan bidra till förändring. Förändring eller förvandling kan ses som utveckling genom, och som en naturlig konsekvens av, en generativ dialog och samverkande relation.

Det ensidiga perspektivet i problembestämningsprocessen kan medföra att hjälpprocessen till slut havererar. Monika, som är förälder, berättar om att hon uppfattade det ensidiga perspektivet i hjälpprocessen som ett hinder för att nå fram till hjälpsamma åtgärder. Ensidigheten i perspektivvalet bestod av alltför starkt fokus på föräldraskapet tycker Monika. Idag har Monikas dotter fått en diagnos, som öppnat nya möjligheter för annan slags hjälp:

*När de utreder så kollar de upp att föräldern eller familjen funkar. Så när man tagit reda på att det, att det inte är familjen och föräldrarna det är fel på, då tycker jag att man kan ta reda på varför det här barnet reagerar på det här viset. Varför har det här uppstått? Varför är det som det är? Det tycker inte jag att de gjorde, utan de lyssnade bara på henne.*

Anderson för in begreppet dialogisk rymd i betydelsen ett metaforiskt rum mellan och inom samtalets deltagare; ett utrymme i tan-

ken för många idéer, övertygelser och uppfattningar samtidigt. Enligt det samverkande perspektivet är fenomenet dialogrymd avgörande för utvecklingen av en skapande process, som gynnar ett flöde av skiftande idéer och handlingar.

*Dialogisk rymd* innefattar ett antal ömsesidigt relaterande komponenter. Det handlar om att hjälparen upprätthåller en inre dialogrymd inom sig själv och en yttre sådan med de hjälpsökande. Det tolkande perspektivet betonar mening som är konstruerad och inte pålagd. De betydelser som människan ger skeenden och upplevelser i livet skapas av henne själv i samtal och handling med andra och inom henne själv och dess betydelser är öppna för en mängd tolkningar. Dialogisk rymd handlar om processen och att skapa utrymme och underlätta en process där ohanterliga problematiska situationer kan förvandlas till hanterliga situationer med inneboende möjligheter.

### **6.3:3 Skuld och skam**

Det tredje området handlar om skuld och skam. Det finns ett mönster i utsagorna där de intervjuade berättar om svårigheterna att inta klientrollen. Det kan finnas en känsla av underlägsenhet, skuld och skam inför och under hjälpprocessens gång.

Analysen fortsätter med Börjesons teser (2001) om klientrollen utifrån området, som rör begreppen skuld och skam. Därefter kommer åter Andersons (2002), Carlssons (2003), Bernler och Johnssons (2001) teser att vävas ihop. Skuld och skam är inte ovanliga upplevelser utifrån den hjälpsökandes vy i hjälpprocessen. Det är den hjälpsökandes svårigheter som är ingången till kontakten med hjälpsystemet. Många hjälpsökande har tidigare erfarenheter och är påverkade av dessa. Kanske känner man till de föreställningar och myter som finns om socialtjänsten och som cirkulerar i samhället. Att inleda kontakt med socialtjänsten är förenat med risker. Den hjälpsökande riskerar att förlora makt i kontakten med organisationen. Detta medför att många hjälpsökande är ambivalenta till att behöva vända sig till "det sociala", vilket gör närmandet och kontakten problematisk från början (Börjeson 2001).

Ambivalensen består i att det kan finnas både olust och motvilja inför hjälpprocessens påbörjande samtidigt som det kan finnas en önskan om hjälp. Motviljan kan vara en effekt av tidigare erfarenhet, men kan också ses som en bekräftelse på *klientskapet som social position* (a.a.).

Klientskapet kan uppfattas som ett misslyckande, förknippat med skuld och skamkänslor. Vem som tar initiativet till hjälpprocessen har betydelse för hjälpprocessens utveckling. Hjälpsökande, som kommer av egen kraft utan påtryckningar, är ofta mer motiverade och har uttalade idéer om vad de behöver hjälp med (Carlsson 2003). När makt används i processens inledningsfas är detta ett hinder för hjälpprocessen, vilket måste hanteras. I annat fall riskerar den fortsatta processen att haverera och senare hjälpförsök försvåras. Studier visar att klienter ofta upplever rädsla inför kontakten med socialtjänsten (a.a.).

Nedanstående exempel är en illustration av upplevelsen av klientskapet som en social position. Kontakten skedde här på hjälpsystemets initiativ. Mario beskriver sitt första möte med hjälparna:

*Jag var så pass upprörd när jag såg dem att jag hade lust att kasta ut dem från lägenheten. Jag tyckte inte att de hade någonting där att göra. Det är mitt problem. Jag ser inte mig själv som någon (klient).*

*Jag hade den uppfattningen (om) socialen – det är för alkoholister, det är för narkomaner. Det här är familjeproblem och jag litar inte så mycket på (dem) för just det.*

En inledning, som är resultat av en anmälan till socialtjänsten, är en smärtsam upplevelse och klienten kan känna skam och skuld. Aktualiseringen har föregåtts av utlösande händelser som gjort att antingen omgivningen eller klienten själv reagerar. De utlösande händelserna hänger vanligtvis ihop med någon form av kontrollförlust hos klienten och svårigheter att styra och påverka den egna livssituationen. Det finns risk för att klienten uppfattar aktualiseringen till socialtjänsten som en social diskvalificering och att klientens sociala fasad naggas i kanten (Börjeson 2001).

När parternas perspektiv blir alltför olika kan klienten handla med *förnekelse och undvikande* (Carlsson 2003), vilket är en passiv variant på tolkningskriget mellan de två aktörerna. I ovanstående exempel skiljer sig Marios syn på sig själv som klient i jämförelse med socialtjänstens bild av honom. Han förnekar inför sig själv och hjälpsystemet att han är klient.

Relationsskapande är en viktig komponent för att kompensera klientens underläge och reducera skam- och skuld känslor från den känslomässiga belastningen, som klientskapet innebär. Relationen mellan hjälpare och hjälpsökande startar asymmetriskt och ojämnt, men har en intension, en inriktning mot ökande symmetri och jämlikhet. Att kunna skapa och vidmakthålla en behandlingsrelation är det mest centrala och grundläggande i det psykosociala arbetet. Utan hjälprelation blir det ingen hjälp (Bernler och Johnsson 2001).

Egentligen börjar det innan hjälpprocessen startat. Förväntningar och föreställningar har betydelse i sammanhanget (a.a.). De menar att de båda aktörerna i en hjälpprocess redan innan de möts har föreställningar och fantasier, som kommer att påverka relationerna i mötet. Föreställningarna kan handla om problemet, om den andre aktören och om själva hjälpen. Den hjälpsökande har i regel en klar föreställning om vad som är problemet och hur detta ser ut. Det samma gäller hjälparen, vars föreställningar influeras av kunskaper och erfarenheter. Bådas problemdefinitioner kommer indirekt att styra synen på vilken hjälp som är adekvat. Föreställningarna påverkar parternas förväntningar på hjälpen (a.a.). Den hjälp den hjälpsökande förväntar sig kunna få när han kommer till hjälparen grundar sig på en sammanvägning av vad han medvetet vill ha och vad han tror att hjälparen kan ge.

Även hjälparen har föreställningar om vad hjälpen ska innehålla och har gjort en sammanvägning av vad hon kan ge och vad hon tror att den hjälpsökande vill ha. Denna sammanvägning är utgångspunkten för agerandet. Utifrån en rad systematiserade föreställningar, som dels handlar om professionella erfarenheter (teori, erfarenhet, gängse arbetsmetoder) och dels personliga erfarenheter

(fördomar, åsikter), har hjälparen en föreställning om vad klienten behöver. Ofta överensstämmer dessa föreställningar med vad som anses adekvat på hjälparens arbetsplats (a.a.).

Anderson talar om hjälparens *förstruktur*. Att hjälparen utifrån sina professionella och personliga teorier, förutfattade meningar och erfarenheter har en förstruktur, som i förväg fastställer kunskaper, som hjälparen har med sig i mötet med den hjälpsökande. Denna förstruktur riskerar bli en *dominerande diskurs* i samtalet och den hjälpsökandes vetande får en mer undanskymd plats. Det postmoderna synsättet tar avstånd från att det går att upptäcka generella, entydiga och ensidigt bestämda sanningar om den mänskliga naturen, vilket i förlängningen ger hjälparen företräde i problembestämningens processen.

Andersons tankar är att förstrukturen hos hjälparen kan bli en dominerande diskurs får stöd (Carlsson 2003). Både Börjeson (2001) och Bernler och Johnsson (2001) pekar dessutom på den asymmetriska relationen och maktstrukturen i relationen mellan hjälparen och den hjälpsökande.

*Oftan there are variances between what the client sees and that the worker sees. The original definition, however, must be based on what the client sees, as this is what appears relevant to him in his need at the time. Defining the initial problem differently often results in losing the client (Brill refererad i Carlsson 2003).*

Exemplet nedan illustrerar olikheterna mellan bilderna ur hjälparens och den hjälpsökandes horisont. Lydia, som är förälder och född utomlands, hade under utredningsprocessen av dottern en bild som skilde sig från hjälparens:

*Jag upptäckte när min dotter var liten att det var någonting som var annorlunda. När jag kom till läkare sa de "Nej, det är på grund av att du pratar spanska hemma. Det är därför hon inte kan svenska". Jag sa "Nej, det är något annat". Det tog ett år innan läkaren upptäckte vad det var. Då var det en bekräftelse.*

Lydia förkastade hjälparens bild. Samtidigt uppfattar Lydia att hon är i underläge. Lydia talade om sina skuldkänslor inför dotterns bekymmer. Skulle dotterns problem bero på att hon själv talade sitt modersmål hemma?

Det finns två konsekvenser av ovanstående illustration. Den första handlar om temat skuld och skam. Lydia har kopplat hjälparens utsaga om flickans problem till sin egen påverkan som förälder. Skulle hon ha påverkat sin dotter i negativ riktning? Lydia har berättat att hon kände skuld inför hjälparen. Den andra konsekvensen handlar om hjälpprocessens haveri när bilderna av svårigheterna blir alltför olika. I fallet Lydia så *förkastar* den hjälpsökande hjälparens problembild.

En annan illustration är Annes, en ungdoms berättelse om familjesamtalen, som resulterade i att hon valde bort att delta i samtalen, då hennes eget perspektiv på problembestämningsprocessen blev alltför olik föräldrarnas och hjälparens:

*Problemet var bara jag. De (föräldrarna och behandlaren) verkade aldrig ha talat om något annat. Att de (föräldrarna) skulle skiljas, att det skulle berott på att jag hade problem, inte för att de hade det.*

Även i denna illustration finns skuldtemat med. Annes bild är att de andra aktörerna uppfattade henne som orsaken till föräldrarnas skilsmässa. Anne handlade genom att förkasta föräldrarnas och hjälparens bild och tog avstånd från fortsatta familjesamtal.

Anderson talar om det skede i hjälpprocessen när hjälparens förstruktur blivit alltför dominerande och skymmer sikten för andra möjliga versioner av förståelse av situationen. Carlsson talar om hjälparens *tolkningsföreträdare*. Han pekar på makten att definiera problem som en viktig aspekt i mötet mellan hjälparen och den hjälpsökande.

I intervjumaterialet finns exempel på när den hjälpsökande upplevt att hjälparens förstruktur blivit alltför dominerande för den fortsatta processen. Elna, en hjälpsökande mamma, lyckades inte förmedla

sin version av sina svårigheter, hur hon upplevde situationen och vilken slags hjälp hon ville ha:

*De kunde insett att jag mådde jättedåligt. Att jag inte hade ätit, att jag hade gått ner i vikt. De kunde haft en person som tagit mig ut ur lägenheten. Det skulle ha varit till stor hjälp. Med det enda som de gjorde ... de körde mig till psykiatriavdelningen och de ville bara låsa in mig där. Men att bara komma till tals, att gå och ta en kopp kaffe ute, byta miljö. Det skulle betytt ganska mycket.// Men då när du mår dåligt, de körde mig till psykiatriavdelningen. Man mår dubbelt så dåligt. Och sen tänker man; Nej, varför gör de så mot mig? Jag kände mig nedtryckt. Någon som trampade på mig.*

I ovanstående illustration kan hjälparnas förstruktur tolkas som den dominerande diskursen för hjälpprocessens utveckling. Frågan, om dominansen av hjälparens förstruktur medför att hjälpprocessens fortskridande snävas av och viktiga aspekter går förlorade, är viktig att ställa.

I nästa exempel beskriver Ellen, som är ungdom, hur hjälpprocessens inriktning påverkades av hjälparens förstruktur. Hjälparen fokuserade på relationerna mellan barn och föräldrarna som orsak till Ellens problematik, vilket medförde en känsla av skuld och skam i familjen:

*De skulle ha tagit tag i vad det var för fel, inte vad mina föräldrar gjorde mot mig. De skulle mer ha inriktat sig på "varför skär den här flickan sig i armarna och varför dricker hon och tar droger?". Det måste finnas en anledning och det kanske inte bara är föräldrarna, utan att det finns en anledning inombords.*

Ellen säger "det kanske inte bara är föräldrarna, utan att det finns en anledning inombords" och pekar på hur problembestämningsprocessen hade snävats av och blivit ett hinder för den fortsatta processen.

I intervjumaterialet finns också exempel på det motsatta scenariot. Mikaela, som är ungdom, illustrerar med sitt exempel en situation där man skulle kunna tala om dialogisk rymd:



*Familjebehandlaren har inte dragit förhastade slutsatser eller haft förutbestämda meningar eller åsikter, "det här är orsaken". Hon har aldrig sagt konkret rakt av att "jag tror att det här är orsaken", utan hon har alltid lyssnat ... det är inte svart eller vitt för henne.*

#### **6.3:4 Sammanfattning av dimensionen bemötande**

Analysen visar på olika utfall av problembestämningsprocessen ur ett klientperspektiv. När den hjälpsökande känner sig förstörd och lyssnad på kan detta utfall ur ett samverkande perspektiv ses som *samforskande, samverkande processer* mellan hjälpare och hjälpsökande. Begreppet *samsyn* (Carlsson 2003) definierar när hjälparens syn på problemet överensstämmer med den hjälpsökandes. Även om begreppet *samforskning* (Anderson 2002) och begreppet *samsyn* (Carlsson 2003) har likheter så finns det skillnader. Begreppet *samverkande processer* syftar inte till att nå fram till samma syn eftersom socialkonstruktionismen utgår från att verkligheten består av subjektiva sanningar. Den multiversa synen på verkligheten främjar möjligheterna för förändring. Förändringsmöjligheterna ligger i att de olika parternas bilder av verkligheten befruktar varandra och nya öppningar kan finnas. Begreppet *samsyn* (Carlsson 2003) handlar om att hjälpare och den hjälpsökande kan och ska sträva efter att nå fram till samma syn på problemet. Däremot talar båda om vikten av att den hjälpsökandes bild blir bekräftad av hjälparen.

Utifrån dessa perspektiv finns olika utfallsmöjligheter för samtalet. En orsak ur ett samverkande perspektiv till att samtal havererar utgår från begreppet *duellerande verkligheter*. Duellerande verkligheter har sitt ursprung i ett modernistiskt synsätt, vilket innebär att det bara finns ett sätt att betrakta världen, bara en sanning att uppdaga. Enligt Carlssons begreppsapparat finns flera olika utfallsmöjligheter, som kan hänföras under rubriken tolkningskrig mellan hjälparen och den hjälpsökande. *Pseudoanpassning* är ett handlingsalternativ för den hjälpsökande när bilderna skiljer sig åt, men den hjälpsökande på grund av rädsla för tvång eller andra repressalier ändå väljer att spela med i hjälparens bild. Detta passiva handlingsalternativ innebär att den hjälpsökande undanhåller andra viktiga aspekter av problemet och på så vis skenanpassar sig till situ-

ationen på bekostnad av sitt eget vetande. *Förkastande och förnekande* är andra passiva handlingsalternativ, som den hjälpsökande kan använda sig av som strategi, när synen på problemen blir alltför olika, vilka också leder till haveri.

En av de aspekter som påverkar utfallet är *förstruktur*. Med begreppet avses hjälparens erfarenhet och kunskaper som fungerar som ett raster som påverkar mötet med den hjälpsökande. Hjälparens förstruktur riskerar bli en *dominerande diskurs* på grund av hjälparens och den hjälpsökandes ojämlika relation. Medan Anderson talar om förstruktur och dominerande diskurs så använder Carlsson sig av begreppet *tolkningsföreträde*. Om förstrukturen dominerar i problembestämningsprocessen (Anderson)/ problemdefinitionen (Carlsson) påverkar det utfallet av samtalet.

Till detta sociala landskap läggs Börjesons (2001) och Bernler och Johnssons (2001) maktperspektiv. Bernler och Johnsson talar om den initiala asymmetriska relationen, som relationen hjälpare-hjälpsökande innebär. Börjeson å sin sida talar om klientens underläge i form av *klientskapet, som en social position* och ambivalensen som följer av detta.

#### **6.4 Återhämtning**

Den andra analytiska dimensionen handlar om *återhämtning*. Den består av tre kategorier; den första handlar om *avlastning*. En typ av avlastning som nämns är materiell avlastning i form av konkreta hjälpinsatser. En annan variant av avlastning, som förekommer i materialet, är emotionell avlastning. Båda dessa former av avlastning är kopplade till de hjälpsökandes upplevelse av belastning.

Det andra området handlar om *asymmetri* och belyser den hjälpsökandes ambivalens och kampen för att få hjälp. Flera hjälpsökande har genomgått en längre tid av emotionell belastning innan hjälpprocessen kommit igång och har berättat hur detta påverkat dem primärt och sekundärt i hjälpprocessen. En annan form av belastning som förekommer i materialet handlar om ekonomisk belastning som en konsekvens av den emotionella belastningen.

Ett tredje område behandlar *könsspecifika skillnader*. Det handlar om skillnader, som upptäckts i materialet, vilka är kopplade till hjälpprocessen och skillnader mellan mödrar och fäder. Sammanfattningsvis kan sägas att dimensionen återhämtning innehåller delarna; avlastning, asymmetri och könsspecifika skillnader.

Begreppet återhämtning används här om emotionell utmattning och nedsatt personlig prestation, som kan förekomma hos människor som en reaktion på en kronisk påfrestning i relation till andra människor, särskilt kring problematiska situationer (Angelöw 2002). Analysen av temat återhämtning har utgått från teser från Bäck-Wiklunds forskning (2001), Börjeson (2001), Topor (2001) samt Carlsson (2003).

#### **6.4:1 Avlastning**

När det gäller *avlastning* så avses både materiell och emotionell sådan. Behov av avlastning är ett område som återkommer i intervjuerna. Avlastning ses i den här kontexten som en viktig del i återhämtningsprocessen. Återhämtning krävs efter en tid av emotionell och mental belastning. Återhämtningsperioderna lindrar stressymtom och ger tillfällen till fysisk och psykisk uppladdning (Angelöw 2002). Utmattningssymtom kan liknas vid ett urladdat batteri och under återhämtningsfasen sker en uppladdning i kroppen inför kommande uppgifter.

Topor (2001) har i sin forskning lyft fram återhämtningsprocessen i människors väg tillbaka från psykisk sjukdom. Särskilt de sociala relationerna är betydelsefulla för återhämtningsprocessen. *Materiell avlastning* och *ventilering* uppfattas som betydelsefulla faktorer i återhämtningsprocessen. Att få ventilera sina tankar är en central aspekt i sammanhanget. Med begreppet ventilering avses att få prata om det man varit med om samt att få uttrycka sina känslor om det som har hänt. Insikt är betydelsefullt i sammanhanget och kan ses som en utveckling av begreppet ventilering; att genom samtal med andra få tillskott till en mer nyanserad bild av det man har varit med om. Materiellt stöd är också ett betydelsefullt och konkret inslag i återhämtningsprocessen (a.a.).

Harriet är förälder till en ungdom, som efter en längre process fick en neuropsykiatrisk diagnos. Harriet beskriver sin erfarenhet av materiellt stöd och ventileringsprocessen som en verksam del i återhämtningsprocessen:

*För oss var det helt nödvändigt. Det var helt kaotiskt hemma hos oss. Så när vi fick sånt där avlastningshem, var tredje helg först och sedan lite oftare, så fick vi möjlighet att existera. Tänk själva, reflektera, få distans på de bekymmer som vi hade då. Stanna upp för att överhuvudtaget orka med. Komma till tals med vår dotter. Att överhuvudtaget komma till tals.*

I Harriets exempel förekommer andra former av insatser i familjen parallellt med familjebehandlingen. Ett avlastningshem, där dottern kunde vistas kontinuerligt, gjorde eftertanke och samtal med familjebehandlare möjligt.

*Social bekräftelse, empatisk förmåga och stöd har visat sig vara verk samma faktorer i återhämtningsprocessen (a.a.).* Monika, som är förälder till en dotter, som också efter många år och ett flertal hjälpinsatser fått en neuropsykiatrisk diagnos, ger sin bild:

*Att man fick prata vad man tänkte och kände. Man fick någon slags kanal och häva ur sig lite. Någon som är opartisk och någon som lyssnar. Det kändes som det var någon slags överlocksventil, så att man i alla fall fick ut lite av det här övertrycket.*

Monika lyfter fram kombinationen av ventilerings-, bekräftelse- och empatisk förståelse som verksam i sin återhämtningsprocess.

#### **6.4:2 Asymmetri**

Den asymmetriska relationen mellan hjälpare och hjälpsökande, som återfunnits i materialet, handlar om ambivalensen inför att vända sig till hjälpsystemet och samtidigt en om kamp att få hjälp. Asymmetri har vissa likheter med skuld och skam i tidigare dimension. Det som specifikt skiljer ut området asymmetri är dess koppling till tidens betydelse.

Citatet beskriver den hjälpsökandes ambivalens inför att uppsöka hjälpsystemet. Karin, som är mamma, berättar om situationen:

*Man är i ett sånt utsatt läge när man söker hjälp också, tänker jag. Det är ett motstånd innan man ... det går väldigt långt innan man söker hjälp.*

I det här sammanhanget finns det anledning att återknyta till tankarna om *klientskapet som social position* (Börjeson 2001). Från klientens horisont är grundhållningen ambivalent. Klienten känner olust och motvilja inför mötet, men är samtidigt hjälpsökande. Motviljan kan vara en konsekvens av tidigare möten inom socialtjänsten. Varje möte med socialtjänsten är en bekräftelse av klientens sociala position som klient. Den ambivalenta hållningen är en utgångspunkt för klientens negativa projektioner gentemot hjälparen, att göra denne till måltavla för klientens upplevelse av misslyckande och att vara missgynnad.

*Diskordanta processer* (Carlsson 2003) innebär att två aktörer upplever helt olika tillfällen i processen som signifikanta händelser. Synen på vad som är viktigt i processen kan leda till att aktörerna drar åt olika håll i samspelet.

En kamp beskrivs, en sorts "hjälpökarkamp" innan hjälpbehoven blivit uppmärksammade. Sandra, som är ungdom, berättar att problemen hemma hade pågått under en längre tid innan familjen fick hjälp:

*När de (hjälparna) verkligen insåg, det var när det hände någonting jättestort, till exempel polisen kom och då hade vi slagits. Polisen kom hem till mig och då har de förstått att det var allvar.*

I Sandras fall har hjälparen och den hjälpsökande haft olika syn på vad som är signifikant i processen. Processbegreppet *diskontinuitet* (Carlsson 2003) betecknar inriktning över tid. När diskontinuitet inträffar så ändrar hjälpprocessen inriktning, till exempel efter ett brott i processen. Polisens ingripande kan betecknas som ett brott i processen, vilket medfört en förändring i hjälpprocessens inriktning; en diskontinuitet har inträffat i hjälpprocessen.

### 6.4:3 Könsspecifika skillnader

Det finns en dimension som handlar om *könsspecifika skillnader*. En stor andel av mödrarna i uppger att de är eller har varit sjuk-skrivna för utmattningssymtom i samband med hjälpprocessen. Mödrarna kopplar samman sitt utmattningstillstånd med familjens psykosociala situation. Mödrarna känner ett personligt ansvar för barnets problematik. Fäderna har ett rörligare förhållningssätt till situationen. Det finns tydliga skillnader mellan mödrar och fäder i materialet när det gäller på vilket sätt föräldrarna känner sig ansvariga för de svårigheter som uppstått. Monika, som är förälder till en ungdom, berättar om sin upplevelse av sitt utmattningstillstånd och hur det påverkat hennes perspektiv:

*Det är på grund av allt det här jobbiga med min dotter som gör att jag är utbränd. Jag tog slut helt enkelt.// Jag har varit sjukskriven i ett och ett halvt år. I april tror jag det var, 2001 eller 2002, jag vet inte. Alltså, jag har tappat minnet. Jag har tappat minnet på grund av det här också.// Alla tänker väl det först, att det är mitt fel. Speciellt mammor, tror jag faktiskt. .*

*Hon har två syskon Ellen, en storasyster och en lillasyster och det var ju ... jag säger att jag hade nog inte suttit här om jag bara haft henne. Då tror jag att jag hade tagit livet av mig faktiskt.// Det är jag ganska säker på att då hade jag tagit livet av mig, för så jobbigt var det.*

Forskning visar att kvinnor och mäns stress i familjen skiljer sig åt (Bäck-Wiklund och Bergsten 2001). I familjelivet upplever kvinnor en ambivalens mellan deras föreställning om att de ska ta ett totalansvar och samtidigt en upplevelse att de inte borde bära ansvaret själv. Forskningen visar att kvinnor stressas av två föreställningar, som ställs mot varandra. Den ena föreställningen är "den bullbakande mamman" och den andra föreställningen är "den jämställda kvinnan som har egna behov". När de här olika föreställningarna möts så känner sig kvinnan stressad.

Mäns stress när det gäller familjelivet ser annorlunda ut. De har också en förebild, men den beskrivs som "könlös". Männen har en förebild av att det ska finnas någon hemma, men det är inte en man, utan en mamma eller "någon".

En annan viktig skillnad i sammanhanget är att männen har en annan föreställning om tid. Medan kvinnor ställer den egna tiden till förfogande för andra, upplever männen att tiden är deras egen. Männen upplever stress, när de inte är herre över sin egen tid. Denna stress uppkommer när olika krav från arbetet, fritiden och familjen ställs mot varandra och tiden inte kan fördelas rättvist. Kvinnor visar sin stress genom irritation och aggression, medan männens handlingsmönster är tystnad och flyktreaktioner (a.a.).

Det finns en olikhet i hur kvinnor och män ser på föräldraskapet. Kvinnor ser mer aktivt på föräldraskapet; det är närmare kopplat till dem som personer. Män har en mer passiv fostranstrategi och ingriper när det behövs. Kvinnor betonar i högre grad det egna ansvaret, den egna betydelsen och medverkan till barnens framtid. Kvinnor har uttalat mer pedagogiska ambitioner och ser sig också som mer betydelsefulla för barnet (a.a.).

Denna aktiva syn på föräldraskapet tar sig uttryck i att kvinnor tar på sig ansvaret för hur deras barn betar sig. Karin, som varit sjukskrivna för utmattningssymtom när svårigheterna var som störst, berättar om hur hennes syn på problemet skilde sig från hennes mans syn:

*Jag har känt så här att jag varit övertygad om att jag är psykiskt sjuk och att jag kommer att sitta på mentalsjukhus resten av mitt liv medan Pelle hela tiden har sagt att "vilka jobbiga barn vi har".*

Männen har en annan inställning till föräldraskapet. Medan kvinnorna tar på sig ansvaret för barnens beteende så hänför männen barnens bristande kompetens till barnet själv (a.a.). Adam, vars fru var sjukskrivna för utmattningssymtom, beskriver hur hans syn på problem skiljer sig åt från sin partners bild:

*Vi (män) har det lättare tror jag. Man kommer till jobbet och då slår vi av så där (knäpper med fingrarna) på något vis och fokuserar på något annat. Vi (män) är duktiga på jobbet eller tror oss vara (det) och på det viset står vi kvar med fötterna på jorden. Medan kvinnan mer självpåtagat ... i för-*

*äldrarollen (undrar) "vad har jag gjort för fel?" och kanske grunnar lite för mycket.*

Den specifika könsskillnaden rör föräldraideal och vardagslivets realiteter. Det är framför allt kvinnorna som har dåligt samvete för deras förhållningssätt gentemot barnen. Deras föreställning om sig själva är att de har för lite tålamod, skriker och bli arga och detta strider mot deras föräldraideal om en lugn, lyssnande och alltid förstående mamma. Det avspeglas i föreställningen om den egna betydelsen för barnets fysiska, psykiska och sociala utveckling och de egna kraven om att ge barnet vad det behöver och samtidigt handla så att de inte skadar barnet (a.a.).

Monika, som är förälder och har erfarenhet av utmattningssymtom, ger sin bild utifrån sina ideal:

*Jag tror det är typiskt kvinnligt det här med att man har så dåligt samvete. Man får inte vara sjuk. Man ska göra rätt för sig. Att man är dålig, att man är oduglig. Det gör att det känns. Det är meningslöst, man är bara en belastning för samhället, så känner jag.*

När det gäller ansvar så finns det könsspecifika skillnader. Kvinnor känner att de har det huvudsakliga ansvaret för omsorgen i familjen, medan männen upplever sig ha det huvudsakliga ansvaret för ekonomin (a.a.).

Männen i intervjuerna, vars partner var sjukskriven för utmattningssymtom, kände sig tyngda av det ekonomiska ansvaret som en konsekvens av situationen. Adam beskriver sin roll som familjeförsörjare:

*I vårt fall var det så att Mona, min fru gick in i väggen. Hon var sjukskriven heltid och då blir det bara jag som ska knega. // Uppe vid halv sex och komma hem och peppa och så har man två ungar till. Man ska räcka till alla och en var. Det har varit tuffa år.*



Kvinnorna talar om utmattning på grund av emotionell belastning utifrån barnets svårigheter. Männerna talar om belastning till följd av större enskilt ekonomiskt ansvar för familjen, vilket väl överensstämmer med forskning om de könsspecifika områdena (a.a.).

Dimensionen om *könsspecifika skillnader* har tolkats utifrån Bäck-Wiklund och Bergstens (2001) forskning.

#### **6.4:4 Sammanfattning av dimensionen återhämtning**

Återhämtning är en livsnödvändig del för psykisk hälsa (Angelöw 2002). Avlastningen kan vara av olika art, till exempel i form av praktisk, materiell och emotionell avlastning. De tydliga markörerna om *ventilering* och *materiell, praktisk avlastning* som betydelsefulla komponenter i återhämtningsprocessen får stöd i Topors (2001) forskning om återhämtningsprocessen.

När det gäller den asymmetriska relationen mellan hjälpsökande och hjälpare så tar det sig uttryck bland annat i en ambivalens från den hjälpsökandes sida (Börjeson 2001). Den tveeggade inställningen till att söka hjälp parad med en önskan att kunna lösa problemen på egen hand kan innebära att lång tid förflyter innan hjälp blir av. Denna tidsåtgång kombinerad med den egna kampen om problemlösning kan resultera i fysisk och psykisk trötthet som i allvarliga fall kan sluta med sjukskrivningar för utmattningsdepression.

Synen på vad som är viktigt i hjälpprocessen mellan hjälpare och hjälpsökande kan leda till att de olika aktörerna antingen drar åt samma håll eller drar åt olika håll. Begreppet *diskordanta processer* (Carlsson 2003) beskriver när aktörerna markerar olika händelser i processen som viktiga. Detta är en hindrande faktor i hjälpprocessen som kan försena hjälpen till den hjälpsökande ytterligare och i värsta fall utesluta att hjälp kommer till stånd. Tidens betydelse är en väsentlig aspekt när det gäller asymmetri. Det finns flera markörer i studien som visar att hjälpsökande är fysisk och psykisk trötta när hjälpprocessen kommer till stånd. Den hjälpsökande har under en längre tid på egen hand kämpat med problemlösning och är mer eller mindre påverkad av detta, medan hjälparen befinner

sig i ett annat skede i problemlösningen. Frågan är vad ojämlikhet mellan hjälpsökande och hjälpare har för betydelse i mötet och hur den påverkar utfallet.

Genombrott till hjälpprocessens inledningsskede kräver olika stora kraftansträngningar. Det kan handla om ett idogt handlande, som till slut resulterar i rätt slags hjälp. Det kan också handla om gränsöverskridande, som kan betecknas som ett brott i processen, en form av *diskontinuitet*.

De könsspecifika skillnaderna avseende synen på familjelivet och aktuell problematik är tydlig i materialet. Tidigare forskning (Bäck-Wiklund och Bergsten, 2001) visar att kvinnor bär på en mer aktiv syn på föräldraskapet, där det egna ansvaret betonas mer. Flertalet mödrar i denna studie har varit sjukskrivna för utmattningsdepression i samband med familjebehandlingen. Mödrarna sammankopplar sin utmattningsdepression med det egna ansvaret för den aktuella problematiken som lett fram till familjebehandlingen. Denna syn skiljer sig från männens. Tidigare forskning (a.a.) visar att fäder har en annan inställning. Medan kvinnorna tar på sig ansvaret för barnens beteende och situation, så hänför männen barnens brister till barnet själv. Männen i denna studie bekräftar att deras partner påtagit sig ett tyngre ansvar, vilket har resulterat i sjukskrivning. Männen lyfter fram den ekonomiska aspekten i raden av konsekvenser och pekar på det ensidiga ekonomiska ansvaret som vilar på deras axlar. Resultaten av denna studie kan sägas bekräfta tidigare forskning (a.a.) avseende könsspecifika skillnader i familjelivet.

## 6.5 Handling

Handling, den tredje dimensionen, lyfter fram hur de intervjuade ser på de aktiviteter och interventioner som ägt rum i mötet mellan hjälpsökande och hjälpare. Det finns två delar i handlingen. Den första handlar om familjebehandling som mötesplats för samtal och har fått namnet *ett rum för dialog*, med en underavdelning, som behandlar konfliktlösning. Andra berättelser pekar på betydelsen av hjälp som handgriplig och konkret. Denna del innehåller även ut-

sagor om vägledning, uttalanden som beskrivits under rubriken *att få handfast hjälp*.

Analysen av temat handling kommer att ske utifrån Carlssons (2003) teser avseende hjälpprocessen och Bernler och Johnsson (2001) teori för psykosocialt arbete. Carlssons processbegrepp, samspelsmönster, kommer att användas i analysen tillsammans med innehållsliga hjälpkategorier.

### **6.5:1 Ett rum för dialog**

*Ett rum för dialog* handlar om det forum där samtalet utspelar sig. Om vad som gynnar respektive missgynnar samtal. Här inom ryms även *konfliktlösning* som kan ses som en underavdelning till ett rum för dialog.

Med begreppet *heterogena processer* (Carlsson 2003) avses två eller flera delprocesser, där den första delprocessen åtföljs av ett aktörsskifte på hjälparsidan i samma eller i annan del av organisationen. Heterogena processer kan vara ett resultat av specialisering inom en organisation. Specialisering innebär, oavsett om klienten kommer på remiss eller på eget initiativ, att klientens problematik snävas av så att den passar ihop med behandlarens kunskapsområde, arbetsmetoder och hjälpresurser (Bernler och Johnsson 2001). Specialiseringen innebär också att den hjälpsökande måste möta flera olika hjälpare.

De intervjuade beskriver att hjälparna i hjälpprocessen byts ut och att detta upplevs som ett hinder i hjälpprocessen. Elna, som är förälder, beskriver hur aktörsskiftet på hjälparsidan blev ett hinder för henne för att få hjälp:

*Jag fick aldrig träffa samma person två gånger.// Jag tänkte: jag går inte dit om jag ska träffa en annan person. Och det var så. Jag bara reste mig upp och gick hem. Jag tänkte, jag kommer aldrig att få den hjälp jag behöver.*

*Kontinuitet och diskontinuitet* är två processbegrepp som beskriver inriktningen över en tidsperiod (Carlsson 2003). Diskontinuitet avses när processen ändrar riktning eller inriktning. Brott i pro-

cesserna kan handla om kvantitativa förändringar, som leder till en förändring i processens riktning. De kan vara positiva eller negativa till sin karaktär och får konsekvenser för hjälpprocessens fortskridande.

I nästa illustration blottläggs den hjälpsökandes förändrade viljeinriktning som exempel på diskontinuitet i hjälpprocessen. Ellen, som är ungdom, hade tagit avstånd från familjen och hade under långa perioder ingen kontakt med dem. Vändpunkten för hennes del kom då hon blev tvångsinlagd på en psykiatrisk klinik med livshotande anorexi. Ellen berättar om en förändring i hjälpprocessen, som fick konsekvenser för fortsättningen:

*Då började jag inse att mina föräldrar inte är helt dumma i huvudet, utan det är jag som inte är mottaglig och att jag har inte kunnat umgås med människor överhuvudtaget.// Nä, det var när min mamma började ringa mig. Då pratade vi. Hon är själv sjukskriven för utmattningssymtom . Då hittade vi väl någonting som vi hade gemensamt. Hon förstod, och då kände jag att hon är inte så dum i huvudet.// Jag började liksom känna. Det här är folk som ... de här bryr sig om mig. Jag tänker alltid att alla vill mig ont, spelar ingen roll vad de gör. Jag ser bara ondskan i alla. Men då har jag börjat se det där, de brydde sig faktiskt om mig. Hur mycket jag än gjort och betett mig så låter de mig komma hem i alla fall.*

Ellens berättelse är ett exempel på diskontinuitet i processen. Ellens förändrade inställning kan sägas vara en brytpunkt i hjälpprocessen, som hade en positiv effekt på hjälpprocessens fortskridande. Julia, en ungdom, talar om hjälpprocessen som ett rum för dialog där hon och hennes familj hade möjlighet att påverka händelseförloppet:

*De (hjälparna) pratar mer, låter oss säga vad vi själva tycker om problemet och vi får komma med olika förslag på lösning.// Och sedan är det så skönt, för de dömer oss inte för det, utan alla får säga sitt och sedan så pratar vi om det och så får vi komma fram till någon lösning.*

Begreppen *unilateral* och *bilateral* processer handlar om styrningen i hjälpprocessen. När en av parterna påverkar skeendet ensidigt handlar det om unilateralt styrda processer (Carlsson 2003). I fallet Julia beskriver hon ett skeende som kan tolkas som en bilateral styrd process, där både hjälpsökande och hjälpare får möjlighet att påverka styrningen i processen. Handlingsmodellen (Bernler och Johnsson 2003) innehåller olika grader av styrning i socialt arbete. Modellen tar sin utgångspunkt utifrån hjälparens synvinkel. Styrningen kan indelas i *direkt aktion*, *direkt styrning* och *indirekt styrning*. I Julias fall handlar det om den senare formen av styrning, indirekt, där hjälparen åstadkommer förändringar i klientens livssituation genom indirekt styrning, det vill säga genom ett terapeutiskt förhållningssätt.

Det finns exempel på beskrivningar som handlar om den högre graden av styrning, direkt styrning, när hjälparen åstadkommer förändringar i klientens livssituation genom ett rådgivande förhållningssätt. Pelle, som är förälder, har tankar om vad han uppfattat som hjälpsamt i processen:

*Om de kom med förslag så var de diskreta. Om man är riktigt professionell ska man väl låta den som gör något själv komma underfund med vad man gör för fel. Men jag tyckte att om ni ser någonting, så tala om det istället för att hålla på, då kommer vi lite snabbare framåt.*

En annan aspekt som framträder i materialet handlar om begreppen *ömsesidighet* och *ensidighet*. Anne, en ungdom, lyfter fram den ensidighet som hon upplevde i samtalen med sina föräldrar och hjälparen:

*Det kändes som de trängde in mig i ett hörn, socialen, mamma och pappa. Alla. Det blev ännu värre när de (hjälparna) skulle tvinga oss att närma oss varandra.*

När kontakten är ömsesidig upplever klienten emotionellt stöd och bekräftelse. Å andra sidan när det finns en ensidighet i processen, känner sig klienten styrd eller pressad i kontakten. I fallet Anne

upplever sig klienten trängd och tvingad i kontakten. Anne uppfattade inte att det fanns utrymme för hennes självbestämmande i processen, vilket föranledde att hon avbröt hjälpprocessen.

*Ömsesidighet, delaktighet och självbestämmande* är alla faktorer som har att göra med processbegreppet *konkordans*. Det är viktigt för klienten att kunna påverka arbetsprocessen och att göras delaktig i hjälpens utformning. Konkordans, bilateralitet, delaktighet, självbestämmande och ömsesidighet är processaspekter som främjar den goda hjälpprocessen (Carlsson 2003).

Det finns en underavdelning inom området ett rum för dialog som berörs specifikt, nämligen *konfliktlösning*. Mikaela illustrerar detta med följande beskrivning:

*Vad som betydde något för mig var att mamma var där och lyssnade på mig och att jag fick prata utan att avbrytas. Att jag fick säga det jag ville ha sagt och samtidigt att behandlaren var där och skulle stoppa om det skulle hända något, om det skulle bli bråk. För att när man försöker göra det själv hemma, då slutar det alltid med bråk.*

Förhandsinställningen hos Mikaela är en viktig drivkraft i processen. Hon har en uttalad vilja att påverka skeendet i situationen. Utifrån processbegreppen handlar det om en bilateral process, där den hjälpsökande tillåts att påverka hjälpprocessen.

Klientens *förhandsinställning* är tillsammans med *bemötande* några av de faktorer som påverkar inledningen i hjälpprocessen. En viktig drivkraft i hjälpprocessen är den hjälpsökandes vilja att söka eller ta emot hjälp. Det handlar om balansen mellan en önskan om att förändra och missnöjet med den nuvarande situationen. ”Om denna balans saknas, kan klientens motivation och därmed hans insats vara för liten för att någon verklig förändring ska äga rum” (Askeland refererad i Carlsson 2003). Tidigare studier (Carlsson 2003) visar inte på entydiga samband mellan vem som är initiativtagare och utfallet av hjälpinsatsen. En inledande kontakt som är fylld av konflikter påverkar processen negativt, men utesluter inte

möjligheterna att hjälp ska ske. Omvänt så är det inte heller självklart att ett frivilligt initiativ leder till ett gott hjälputfall.

Detta avsnitt har handlat om kategorierna *ett rum för dialog* och *konfliktlösning*. Kategorierna har tolkats utifrån Carlssons (2003) processbegrepp.

### **6.5:2 Få handfast hjälp**

Handfast hjälp handlar om vad de intervjuade uppfattat som verkligt i form av konkret hjälp. I analysen kommer Carlssons (2003) innehållsrika hjälpkategorier att användas tillsammans med Bernler och Johnssons (2001) handlingsmodell. Utifrån handlingsmodellen kan den handfasta hjälpen betraktas som en form av *direkt aktion*, *direkt styrning* eller *indirekt styrning* beroende på hur hjälpen gestaltar sig. Direkt aktion avses när hjälparen åstadkommer förändringar utifrån sin egen aktion, vilket kallas för det "övertagande" handlings sättet. Direkt styrning har en lägre grad av styrning och avses när hjälparen åstadkommer förändringar i klienternas livssituation genom ett "rådgivande" handlings sätt. Indirekt styrning avses när hjälparen åstadkommer förändring i klientens livssituation genom ett "terapeutiskt" förhållningssätt.

Emotionellt stöd är ett brett begrepp som spänner över fenomen som empati, förståelse, uppmuntran och bekräftelse. Emotionellt stöd kan ses som en form av indirekt styrning, där hjälparen intar ett terapeutiskt förhållningssätt. Närvaron av emotionellt stöd är en viktig del i hjälpprocessens utveckling. Att få stöd, att bli lyssnad på och känna sig förstodd är viktiga hjälpinslag och ses av klienterna som en viktig förutsättning för att kontakt ska uppstå och som nödvändigt för att klienten ska vilja öppna sig (Carlsson 2003.).

Lydia, som är förälder till en tonårsdotter, beskriver sin förväntan av hjälpen som konkret och handfast:

*Jag behöver hjälp. Hur skulle jag kunna lösa (det)? Hur skulle man kunna? Jag ville att de skulle sätta gränser. Att de skulle säga "Du får inte slå. Du får inte göra så eller du kan inte gå och komma när du vill". De skulle säga "Nej, du måste faktiskt lyssna på din mamma".*

I Lydias fall uppstod inte det emotionella stödet utifrån hennes perspektiv som förälder. Frånvaron av emotionellt stöd och ett förstående förhållningssätt uppfattas som ett hinder i hjälpprocessen och försvårar samspelet mellan hjälpare och hjälpsökande. Den hjälpsökande kan tveka att öppna sig när hon inte upplever något känslomässigt stöd. Forskning visar att emotionellt stöd är den enskilt viktigaste faktorn för att hjälp ska komma till stånd (a.a.). När stöd förekommer finns en god grogrund för hjälpprocessens vidare utveckling. Omvänt så har frånvaron av stöd, engagemang och förståelse en hämmande effekt på samarbetet och hindrar utvecklingen av en ömsesidig relation, vilket leder till att samarbetet riskerar att stagnera i ett tidigt skede.

Karin, som är förälder till två mindre barn, var sjukskriven för utmattningssymtom och inne i en djup depression under hjälpprocessen. Hon beskriver den handfasta hjälpen hon fick som hjälpsam:

*Jag kunde inte alls organisera mig. Så de hjälpte mig att laga mat, duka, ta mig ut från lägenheten. Så det var bara positivt för mig. Hela tiden som jag hade dem (hjälparna) var jag inne i en djup depression. Jag ville bara dö, varje dag. De var räddningen för mig. När jag visste att de kommer, då hade jag någon liten ljusglimt att se fram emot för jag såg så fram emot de här besöken när de kom.// Det var handgripliga, handfasta saker som jag fick hjälp med.*

I Karins fall handlar det om direkt aktion från hjälparnas sida, det vill säga att hjälparna tillsammans med Karin utförde handlingar, exempelvis att laga mat och duka av bordet. Det handlar om direkt styrning (Bernler och Johnsson 2001) när hjälparna ger Karin råd om hur hon kan organisera vardagen. Flera beskrivningar stödjer ovanstående illustration. Vikten av konkreta, handfasta råd och handlingar betonas i form av att få verktyg att lösa specifika situationer, om verksamma strategier över tid och om råd som går att applicera på den hjälpsökandes situation.

Begreppet hjälp kan delas in ett antal innehållsliga kategorier. *Råd och information* är en sådan kategori. Råd och information har inte



bara en informativ sida utan även en styrande sådan, som påverkar den hjälpsökandes ställningstaganden och val (Carlsson 2003). Verksamma råd kan påverka processen och styra den i nya banor. Råd och stöd kan aktivera till eget ansvar, till reflekterande och kan ge information i viktiga frågor. Råd och information är en form av förändringsarbete, där hjälparen åstadkommer förändringar i den hjälpsökandes livssituation genom direkt styrning. Indirekt styrning är den tredje formen av styrning i handlingsmodellen (Bernler och Johnsson 2001) för förändringsarbete. Indirekt styrning avses när hjälparen åstadkommer förändringar i klientens livssituation genom ett terapeutiskt handlingsätt. Karin, som är förälder, berättar om hur hon påverkades utifrån en metod, som karakteriseras av indirekt styrning:

*De (hjälparna) filmade (enligt Marte-meo metoden) oss också. Det tyckte jag var jättebra. Att få se det. När vi satt och åt, hur man var med barnen. Det var väldigt lärorikt.// Det var ganska hemskt också. Jag såg när vi filmat en matsituation när jag var djupt deprimerad. Jag tänkte inte att det syntes så mycket i familjen, men jag satt så här (lutar sig fram och tittar ner i bordet).*

Medvetandegörande interventioner kan ses som en ytterligare innehållskategori (Carlsson 2003). Interventioner är insiktsskapande på så sätt att en framlagd tolkning eller konfrontation syftar till att påverka den hjälpsökandes självbild. Intervention syftar till självreflektion och innebär att hjälparen utifrån indirekt styrning bidrar till förändring i den hjälpsökandes liv. Syftet är att låta den hjälpsökande själv ta ansvar för sin handling. Hjälparen ansvarar för processen och den hjälpsökande för själva handlingen. I Karins fall är interventionen av medvetandegörande slag. När Karin ser på filmen konfronteras hon med situationen, vilket ger henne nya insikter om sitt beteende.

*Resursförmedling* är en annan kategori av hjälpinsatser (Carlsson 2003). I denna kategori avses praktiska och materiella resurser, exempelvis kontaktfamilj, kontaktperson eller behandlingshem. Det kan handla om enstaka tillskott eller hela kluster av insatser. Har-

riet, som är förälder, beskriver den handfasta hjälp hon fick när hjälparna kom hem till familjen:

*Och där kom det några personer hem till oss, faktiskt, och satt i vardagsrummet så att vi kunde föra ett samtal. Blådderblock hade de med sig, och vi satte upp, försökte sätta upp en plan för hur (vi) skulle göra.// Då kom en av de här killarna (hjälparna) och bara satt i bilen för att vi skulle komma iväg. Bara det var ju en jättegrej att få in henne i bilen.*

I den första delen handlade det om att hjälparna kom hem till familjens bostad, och hade med sig konkret material, som underlättade planeringen. I den andra delen bestod den praktiska hjälpen i att hjälparna med bil hämtade flickan när hon skulle åka iväg till avlastningshemmet. Resursförmedlingen i Harriets fall är en fråga om direkt aktion från hjälparnas sida. Slutligen kan sägas att emotionellt stöd är den enskilt viktigaste faktorn. Därutöver tillhör råd och information, insikt och resursförmedling de aspekterna som främjar att hjälp ska äga rum (a.a.).

### **6.5:3 Sammanfattning av dimensionen handling**

I dimensionen handling lyfts förutsättningarna för ett gott samtal. En mängd olika faktorer påverkar möjligheterna för att dialog ska kunna skapas i rummet mellan hjälpsökande och hjälpare. Resultaten i studien visar på att förekomst av homogena alternativt heterogena processer (Carlsson 2003) påverkar utfallet av hjälp. Det finns beskrivningar, som visar på risken vid heterogena processer. Den hjälpsökandes problem anpassas efter hjälparens kunskaper och roll i organisationen, vilket i förlängningen innebär hinder för att hjälp ska bli av.

Resultaten bekräftar att förekomst av *kontinuitet och diskontinuitet*, som beskriver inriktningen i hjälpprocessen över tid, påverkar utfallet av hjälp. Diskontinuitet avses när inriktningen förändras och kan vara av positiv eller negativ karaktär. Denna studie visar på flera positiva utfall när diskontinuitet förekommit i hjälpprocessen. Någon form av brott eller vändpunkt kan ge hjälpprocessen vitalitet och föra processen framåt i en mer fruktbar riktning.

Resultatet i studien visar på att *bilateralt* styrda processer, det vill säga processer där båda parter har haft möjlighet att påverka skendet, främjar hjälpprocessen. Att den hjälpsökande har möjlighet att påverka hjälpprocessen är nära sammankopplat med *ömsesidighet* i relationen. Ömsesidighet till skillnad från ensidighet ger den hjälpsökande *emotionellt stöd* och *bekräftelse*, vilka är vitala delar i hjälpprocessen. Resultatet stödjer tesen att förekomst av ömsesidighet, delaktighet och självbestämmande, det vill säga faktorer som har att göra med processbegreppet *konkordans*, är positiva och hjälpfrämjande (Carlsson 2003).

När det gäller verksamma faktorer i hjälpprocessen lyfts handfast, konkret hjälp fram som en tydlig faktor. Denna handfasta hjälp kan bygga på olika grundläggande handlingssätt (Bernler och Johnsson 2001). Resultaten visar på att den handfasta, konkreta hjälpen kan bestå av *direkt aktion* från hjälparen, det vill säga ett handlingssätt som är "övertagande". Resultaten visar att den handfasta hjälpen även kan bygga på *direkt styrning* (det "rådgivande" handlingssättet) och *indirekt styrning* (det "terapeutiska" handlingssättet). Den handfasta hjälpen kan också förstås på ett innehållsligt plan. Resultaten visar att den handfasta hjälpen behöver bygga på emotionellt stöd. Vidare överensstämmer att *råd och information* är väsentliga byggstenar i den konkreta hjälpen liksom *resursförmedling* i form av praktiska och materiella resurser. Temat handling har tolkats utifrån teser av Carlsson (2003) och Bernler och Johnsson (2001).

## 7. DISKUSSION

Detta kapitel består av tankar, reflektioner och frågeställningar som har väckts utifrån studiens genomförande, metod, teoretiska referenspunkter, resultat och analys. Studiens huvudsyfte är att undersöka brukarens syn på familjebehandlingen inom socialtjänsten. Detta syfte har besvarats genom att inledningsvis genomföra en kvantitativ studie utifrån socialtjänstens dataregister. Frågeställningen har varit att ta reda på hur typfamiljen ser ut som kommer ifråga för insatsen familjebehandling. En så kallad familjeprofil mejslades ut i kartläggningen. Den kvalitativa undersökningen tog vid där den kvantitativa slutade, med att intervjua några av dessa familjemedlemmar om deras erfarenheter av familjebehandling, för att besvara huvudsyftet i studien. Frågeställningarna (2.1:3) om familjemedlemmarnas erfarenheter har besvarats i analysen via dimensionerna som analytiska verktyg.

Det finns en stor representation i studien av enföräldershushåll och barn till utlandsfödda föräldrar. Flertalet bor i lägenhet. Vanligast är att barnet lever tillsammans med mamma och en eller två syskon. Pappan är för en stor del av barnen i studien frånvarande, vilket i det här sammanhanget betyder att han är avliden, bor i ett annat land, att det aldrig har funnits någon etablerad kontakt eller alternativt att den har avbrutits, ibland på grund av en vårdnadstvist. Bland dem som saknar kontakt med fadern är övervägande del barn till utlandsfödda föräldrar. Barnet, som står i fokus för insatsen, är ett skolbarn. Antingen är det en pojke som är 8-12 år eller en flicka i åldern 13-17 år, beroende av barnets kommundillhörighet. Problemen handlar om relations- och skolproblem. En betydande del av mödrarna är sjukskrivna under behandlingstiden. I sammanhanget bör poängteras att det sistnämnda är ett resultat som får stöd i den kvantitativa delen såväl som i den kvalitativa delen av studien. Familjerna har i merparten av fallen blivit remitterade via socialsekreteraren till familjebehandlingen, som pågår under ett år och sedan avslutas på familjens initiativ. Parallellt med pågående familjebehandlingsinsats pågår en annan insats. I de övervägande fallen så fortsätter någon annan insats från socialtjänsten efter avslutad familjebehandling.

En stor andel problem i familjerelationerna har framkommit i kartläggningen. Konstateras kan att fäder som separerat blir alltmer periferer och med att barnen växer upp. Tidiga och långvariga konflikter mellan föräldrarna riskerar leda till avbruten kontakt mellan barn och förälder, vanligtvis i relation till fadern, och havererat samarbete mellan föräldrarna. Andra studier (Öberg 1992) visar på att efter skilsmässan lever många barn i en pågående kamp mellan föräldrarna till följd av de sår som tillfogats relationen. Ofta följer vårdnadstvister under barnets uppväxt till dess att föräldrarna kan hitta ett sätt att enas eller då en förälder, företrädesvis pappan, ger upp kampen och bryter kontakten. En komplikation som följer är det ökade trycket på enföräldershushållen, vilka vanligtvis består av moder med barn. För de barn som har svårigheter och behöver ett uttalat stöd, kan det innebära stora påfrestningar under lång tid för den ensamstående föräldern. De belastade, långtidssjukskrivna mödrarna är en stor grupp i studien. Därutöver talar de kvalitativa resultaten för att långtidssjukskrivningarna kan handla om förekomsten av utmattningssymtom i denna grupp.

Socialtjänsten ska verka för barnets bästa och sätta barnets behov i fokus. Studien bekräftar att det finns ett stort behov av att utveckla det tidiga stödet för barnfamiljer i kris. Det är en utmaning för socialtjänsten att utveckla ett sådant stöd för familjerna. Både i intervjuerna och i möten med referensgruppen har olika former av föräldragrupper eller föräldrautbildningar diskuterats. Att tidigt fånga upp familjer, som riskerar att hamna i låsta positioner, antingen i förhållande till barnet och/eller i förhållande till partnern och samtidigt knyta nya stödkontakter med omgivningen, är viktigt.

Vi kan konstatera att en del familjer konsumerar en stor andel hjälpinsatser. Flertalet av de barn som aktualiseras för familjebehandling har eller har haft insatser via skolan eller barnpsykiatrin. Ett fungerande samarbete mellan olika förvaltningar och myndigheter är nödvändigt för att sätta barnet i fokus och verka för att barnets behov tillgodoses.

Efter kartläggningen fortsatte studien med en fördjupning utifrån ett kvalitativt angreppssätt. Denna andra del, som är tyngdpunkten

i studien, har utifrån gruppintervjuer, i form av fokusgrupper, och enskilda intervjuer strävat efter att söka svar på frågan om hur brukarna upplevt familjebehandlingen. Intervjupersonerna är framtagna ur den stora populationen för att öka möjligheten till generalisering samt stärka den inre validiteten i studien. Tre stora områden har urskiljts ur familjemedlemmarnas berättelser: vikten av bemötande, möjligheter till återhämtning och handlingsinriktade interventioner.

Det mest iögonfallande har varit bemötandet. Det har blivit en påminnelse om styrkan i relationens betydelse, trots lång erfarenhet som praktiker. Dimensionen bemötande innehåller delarna: perspektivering, att känna sig förstådd och lyssnad på, de professionellas kompetens och skuld och skam. Studien visar på att problembestämningsprocessen (6.3:1) är en springande punkt för utfallet av hjälpprocessen. Vem eller vilka som kommer att påverka denna process får avgörande konsekvenser för utfallet. När båda aktörerna samverkar och samforskar påverkar detta hjälpprocessen på ett fruktbart sätt. Att känna sig förstådd i och att hjälpen utformas utifrån denna förståelse i kombination med hjälparens kompetens får långtgående konsekvenser för den hjälpsökande. Omvänt, när den hjälpsökande och hjälparen istället använder kraften till att övertyga varandra om vem som sitter inne med den sanna bilden av problematiken, så kan man med Andersons (2002) målande uttryck säga, att hjälparen och den hjälpsökande duellerar mot varandra med sina konstruktioner av den "sanna" verkligheten, vilket inte för hjälpprocessen framåt. Mindre tydligt och väldigt olyckligt blir det när den hjälpsökande pseudoanpassar sig till hjälparens syn på grund av den asymmetri som råder mellan parterna. Det finns en uppenbar risk för att hjälpens definition och utformande kommer att styras av hjälparens diskurs. Studien visar att när problembestämningsprocessen snävas in alltför snabbt så sker det på bekostnad av den hjälpsökande, som styrs av hjälparens synsätt. Den hjälpsökande anpassar sig till organisationen och vad den kan erbjuda. Dessa resultat överensstämmer med annan forskning (Bernler och Johnsson 2001). Frågan om vad som är ett positivt utfall för familjebehandling och vems röst som ska gälla i det här avseendet är värd att ställas. Organisationen har en egen agenda och det finns en inbyggd hierarki, som familjen behöver gå igenom. Med be-

greppet samsyn i sammanhanget så skulle man kunna tala om bristande samsyn på en strukturell nivå.

Problembestämningsprocessen kan kopplas till den asymmetri, som finns i relationen mellan hjälpsökande och hjälpare, och som inkluderar en tidsaspekt. Asymmetrin gör sig synlig långt innan hjälpprocessen har påbörjats i form av ambivalens och ibland motvilja hos den hjälpsökande. Resultaten från studien stödjer Börjesons (2001) resonemang om det sociala fältets etiska problematik. Temat skuld och skam belyser den ambivalenta grundhållning, som finns hos klienten inför hjälpprocessen; att vara hjälpsökande men samtidigt känna olust och motvilja inför mötet. I bästa fall kan den överbryggas av det goda bemötandet från hjälparen, vilket finns bra exempel på i studien. I andra fall finns en underliggande känsla av skuld och skam kvar hos den enskilde. Asymmetrin bidrar till att hjälparens förstruktur riskerar bli en dominerande diskurs för hjälpprocessens utformande. Det finns beskrivningar i studien som kan tolkas som tecken på att hjälpsökandet kan hämmas och fördröjas på grund av känslor av skuld och skam och en ambivalens riktad mot organisationen, som ska bistå med hjälpen. När hjälpsökandet fördröjs riskerar den hjälpsökande att bli utmattad och slutkörd av de problem som upptar familjen. Med asymmetrin mellan parterna i bakgrunden av scenen finns det skäl att ställa frågan om vad detta utmattade tillstånd hos den hjälpsökande har för betydelse för hjälpprocessens inriktning och utformande. Det finns tydliga tendenser i studien som talar för att könsspecifika skillnader när det gäller utmattningssymtom. Kvinnorna är i högre grad drabbade eftersom de axlar ett större personligt ansvar för barnets beteende och utveckling. De flesta av mödrarna i den kvalitativa delen av studien var sjukskrivna för utmattningsdepression i samband med aktuell familjebehandling. Detta antagande förstärks utifrån resultatet, som visar att drygt en femtedel av mödrarna i den kvantitativa studien är sjukskrivna. I gruppen svenskfödda mödrar är andelen drygt en fjärdedel. Detta fenomen får också stöd i forskning om familjen och specifika könsskillnader (Bäck-Wiklund och Bergsten 2001). Kvinnorna i studien sammankopplar sin diagnos med problematiken, som lett till insatsen familjebehandling. Männen i studien är överens med kvinnorna om detta och ser deras egen position som rörligare, med en något mer skuldbefriad inställning

till den problematik som familjen är drabbad av. Männen påvisar istället en annan form av personligt ansvar som vilar tungt på deras axlar, nämligen det ekonomiska ansvaret när hushållsinkomsterna i familjen minskar. Det personliga ansvaret har fått konsekvenser för männen i form av övertid och stress inför familjens ekonomiska situation, uteblivna semesterplaner och behov av fysisk återhämtning. Behovet av återhämtning är centralt för både mödrar och fäder men av olika anledningar. Krisen befäster och fördjupar könsrollsmönster.

Vad får dessa resultat för implikationer för praktiken? Genusperspektivet i frågan behöver lyftas fram och förtydligas. Hur ska organisationen möta en utmattad mamma? Är hon överhuvudtaget mottaglig för behandling? Hur kan organisationen, som ska bistå med hjälp, undvika att förstärka kraven på modern? Det finns en risk att organisationen blir en patriarkal kraft, som ökar kraven istället för att bidra till avlastning. På en strukturell nivå finns farhågan om att organisationen bidrar till en cementering av rollmönster i familjen. Det är en utmaning för organisationens hjälpare att möta de utmattade hjälpsökande i ett tidigare skede och förhindra det stora lidandet som konsekvenserna för med sig. Frågan är om denna dimension är tillräckligt uppmärksammas i hjälpprocessen överhuvudtaget? Resultaten visar att hjälpprocessen kan fördröjas på grund av känslor av skuld, skam och ambivalens mot organisationen som ska bistå med hjälp. Vad betyder detta i relation till de tecken på utmattningssymtom och behov av återhämtning och avlastning som återfinns i resultaten? Vad betyder det att den hjälpsökande är längre framskriden i processen när hon möter hjälparen, som är i början av hjälpprocessen? Hur påverkar detta hjälpmottagandet? Vilken typ av insatser är möjlig att ta emot i ett utmattningstillstånd? Vad behöver en utmattad mamma i ett inledningsskede? Hur tillgodoser organisationen, som ska bistå med hjälp, behovet av återhämtning? Är handlingsstrategierna tillräckligt utvecklade inom organisationen för att möta familjer som befinner sig i denna situation?

I det här sammanhanget kommer behovet av avlastning in. Avlastningen som en verksam intervention kan ha olika former. Det kan handla om praktisk, materiell avlastning och det kan handla om psykisk, emotionell avlastning. Till exempel kan avlastningen be-



stå av ett perspektivskifte på aktuell problematik. I andra fall handlar det om barn och vuxna, som behöver vistas på skilda håll under en period för att återhämtning ska ske. I det här sammanhanget kommer den handfasta, konkreta hjälpen in. Interventioner av konkret karaktär, där hjälparen via direkt aktion, direkt styrning eller indirekt styrning (Bernler och Johnsson 2001) medverkar till förändring för den hjälpsökande, får stöd i studien som en verksam ingrediens i familjebehandling. En annan aspekt ur denna synvinkel är det dialogiska rummet, det vill säga utrymmet i fysisk och psykisk bemärkelse, där samtalet mellan olika parter kan äga rum. Ett samtal behöver präglas av ömsesidighet, delaktighet och självbestämmande för att uppfattas som hjälpsamt. En trygg plattform så att konfliktlösning kan bli en fruktsam process är också en hjälpsam ingrediens i familjebehandling.

En påtaglig upptäckt under studiens genomförande har handlat om organisationen. Ett flertal av brukarna har haft svårigheter att urskilja den efterfrågade verksamheten ur den stora organisationen, det vill säga att skilja ut familjebehandlingen som verksamhet ur socialtjänstens byråkrati. Klienterna har svårigheter att skilja mellan de olika delarna i hjälpsystemet, när flera olika hjälpinsatser har pågått parallellt eller åtföljts av varandra, vilket är det vanligaste utfallet i den här studien. Klienterna har svårt att se skillnad mellan familjebehandlare och socialsekreterare och kan sammanblanda dem. Vår reflektion är att den tydliga åtskillnad som finns i synen mellan olika hjälpare, inom organisationen, inte återspeglar sig i brukarnas betraktelser. Det finns en tro inom skräet att skiljelinjer som stakats ut definierar och urskiljer de olika rollerna. Trots detta är det svårt att se skillnaden ur brukarnas perspektiv. Konsekvensen av detta resonemang är att klienten har svårigheter att skilja organisationens två ansikten åt, det vill säga kontroll och stöd. Den övergripande organisationen gör ett tydligare avtryck hos brukaren än den inre åtskillnad, som finns i uppdraget mellan de olika rollerna (utredning - behandling) i organisationen. Det reflexiva-terapeutiska perspektivet (Payne 1996) är det dominerande synsättet inom psykosocialt behandlingsarbete och trots nedtoningen av hjälparens kontrollerande ansvar kan inte dubbelheten i hjälparollen uteslutas. Hjälparen inom psykosocialt arbete arbetar med dubbla kontrakt, varav ett riktar sig mot samhället och det andra

mot klienten. Målet med det reflexiva- terapeutiska perspektivet är frigörelse och välbefinnande för människor, medan det byråkratis- ka arbetet inom organisationen styrs av ett individualistiskt-reform- mistiskt perspektiv (a.a.). Det finns krafter som verkar för att driva det psykosociala arbetet in i det individualistiskt-reformistiska syn- sättet (a.a.).

Socialtjänsten, som en av de institutioner i samhället som reglerar processer av införlivande och uteslutning, har ett svårtytt uppdrag (Börjeson 2001). Till svårigheterna hör att avgöra om uppdraget i det givna fallet är att kontrollera eller att stödja. Annan forskning visar att det finns en dold disciplinering och en inbyggd konflikt i behandlingsprocessen mellan frivillighet och ett outtalat hot om tvångsåtgärder (Billquist 1999). Den hjälpsökande har ytligt sett en möjlighet att avböja hjälp som erbjuds, men beskrivningar från de intervjuade stödjer forskning (a.a.) om att ett avvisande av soci- altjänstens erbjudande om hjälpinsats föder en oro om ingripande av tvångskaraktär i familjelivet. Till den etiska problematiken hör, som tidigare nämnts, socialtjänstens dubbla ansikte, det vill säga att både vilja kontrollera och stödja (Börjeson 2001). När det gäller de undersökta kommunerna så kan en förändring skönjas i organisa- tionen från tiden då undersökningen ägde rum till skrivande stund. Resurserna inom familjebehandlingsfältet har minskat och frågan om konkurrensutsättning har aktualiserats. Detta överensstämmer med resonemanget om att det på senare tid skett en förskjutning mot en accentuering av socialtjänstens kontrollerande insatser och detta får konsekvenser i form av inskränkningar av möjligheten att ställa upp på klientens sida (Börjeson 2001). Payne (2002) talar om att det finns krafter som verkar åt det individualistiska-reformis- tiska hållet. Därmed öppnas dörren för den ständigt aktuella frå- gan om psykosocialt behandlingsarbete överhuvudtaget kan bedri- vas inom en organisation med myndighetsutövning. Det behövs ett utrymme i organisationen för att hjälp ska kunna komma till stånd (Carlsson 2003). Utifrån ett etiskt perspektiv behöver hjälparna få syn på sitt handlingsutrymme och tolkningsmöjligheter inom orga- nisationen för att motverka de inskränkningar som förskjutningen medför (Börjeson 2001). En annan reflektion handlar om de me- toder som använts vid datainsamlingen. Under studiens gång har brister gällande dokumentation i datajournalerna framträtt. Det har

varit svårt att ur de dokument som finns utläsa huruvida familjen och handläggaren/socialsekreteraren varit nöjda med insatsen; liksom om familjebehandlingen avslutats med anledning av att förväntade mål och resultat är uppnådda eller beroende på att insatsen inte var adekvat i sammanhanget. I journalerna saknas alltför ofta anteckningar angående behandlingens avslut. När däremot barnets behov av stöd kvarstår har det gått att utläsa att handläggaren reflekterat över ytterligare insatser och utredningen har fortsatt.

Dokumentationen inom behandlingsenheterna är viktig av flera skäl. Hur ska familjebehandlaren kunna åskådliggöra sitt arbete inom organisationen? Hur ska kommande forskning på behandlingsfältet bli möjligt om grunden för datainsamling är bristfällig? Hur ska bristen på dokumentation förstås? Uppfattas det som ett viktigare arbete att bedriva behandlingsarbete än att dokumentera handlandet? En av studiens frågeställningar handlade om att sätta insatsens omfattning i relation till dess längd och anledning till insatsens avslut, vilket omintetgjordes. Har det reflexiva-terapeutiska perspektivet hos familjebehandlarna kontra det individualistiskt-reformistiska perspektivet hos socialsekreterarna något att göra med bristen på dokumentation inom behandlingsenheterna? Den andra reflektionen handlar om effekterna av intervjumetoden. Vi har iakttagit att gruppintervjuerna har haft en positiv bieffekt på deltagarna. Deltagarna har delat erfarenheter med andra, som visat sig ha liknande erfarenheter. Det har bland annat handlat om de könsspecifika skillnader när det gäller synen på den egna påverkan och ansvaret för barnets välmående samt på det ekonomiska ansvaret i familjen. Det har handlat om den ambivalens som funnits i mötet med socialtjänsten, att vara hjälpsökande och samtidigt känna motvilja och oro. Vår tolkning är att gruppsamtalet har haft en läkande effekt. Innan gruppintervjuerna avslutades hade påfallande många av deltagarna påpekat den välgörande effekten av att dela känsliga, ibland skambelagda upplevelser med andra som har liknande erfarenheter.

Området brukarmedverkan är värt att reflektera över. Inledningsvis någonting om könsperspektivet när det gäller rekryteringen av mödrar, fäder och ungdomar till våra intervjuer. Generellt kan sägas att kvinnorna, både ungdomar och vuxna, är bättre represen-

terade i studien än männen. Kvinnorna har i högre grad tackat ja till intervjun och delat med sig av sina erfarenheter. Det är intressant att notera att detta är den grupp, som drabbats av utmattningsdepression och säger sig varit bärare av skuld och skam. Kvinnorna har sagt inledningsvis att de vill medverka, oavsett hur de värderat familjebehandlingen, för att deras erfarenheter ska komma andra till nytta. I sammanhanget kan frågan ställas, vilken betydelse det haft att vi som genomfört intervjuerna är kvinnor. Hur har det påverkat utfallet? Ett utfall handlar om att män är dåligt representerade i studien. Hur skulle rekryteringen av män till intervjuerna påverkas om studien genomförts av andra män? Troligtvis skulle det påverka rekryteringen positivt.

En annan fråga handlar om hur brukarperspektivet ska tillvaratas framöver. Hur återspeglas brukarnas önskan om handgriplig hjälp på verksamhetens inriktning? I den kvantitativa analysen poängteras att socialsekreterarna i journalerna i hög grad uppmärksammar relationsproblematik i familjen och föreslår därtill adekvata åtgärder. Frågan bör ställas hur hjälparens problemformulering och förslag till insats påverkas av organisationens utbud av resurser. Hur kan därtill direktiv från ledningen påverka styrningen av vilka insatser som kommer att prövas? Studien visar på brukarnas önskan om handgriplig hjälp. Vilka krafter avgör hjälpens utformning? Hur ska brukarperspektivet få någon genomslagskraft? Ska handgripliga interventioner eller en narrativ stil råda? Vems röst ska påverka inriktningen på fältet? Frågan är närliggande en annan, nämligen hur erfarenheter tillvaratas inom organisationen. Hur kan lärdomar användas till att fortsätta utveckla arbetet inom organisationen och hur ser utvärderingsinstrumenten ut?

Ett övergripande resultat är att familjearbete kan vara en mycket verksam insats och kraftfullt bidra till att klienters problem minskar. Det kräver dock vissa förutsättningar och omständigheter, avseende hjälparens skicklighet och frihet i förhållande till organisationen. Det är viktigt att det både i organisationen och hos hjälparen finns en förståelse för asymmetri, ambivalens och avlastning samt kraft att kunna utarbeta de goda intentionerna att hjälpa.

## LITTERATURLISTA

- Anderson, H.(1999) *Samtal, språk och möjligheter - psykoterapi och konsultation ur postmodern synvinkel*. Stockholm. Mareld.
- Angelöw, B. (2002) *Friskare arbetsplatser*. Lund. Studentlitteratur.
- Bernler, G. & Johnsson, L. (2001) *Teori för socialt arbete*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Billquist, L. (1999) *Rummet, mötet och ritualerna*. Göteborg. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs Universitet. ISSN 1401-5781.
- Bäck-Wiklund, M. & Bergsten, B. (2001) *Det moderna föräldraskapet. En studie av familj och kön i förändring*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Bäck-Wiklund, M. & Johansson, T. (red.) (2003) *Nätverksfamiljen*. Stockholm. Natur och Kultur.
- Börjesson, B.(2001) Varning för etik i : Socialstyrelsen (2001) *Utan fast punkt. Om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Stockholm. Modin-Tryck. ISBN 91-7201-566-7.
- Carlsson, B. (2003) *Så blir det hjälp – om hjälpprocesser i socialt arbete*. Göteborgs Universitet 2003:6 ISSN 1401-5781.
- Dahlgren, L. & Hultqvist, K. (red.) (1995) *Seendet och seendets villkor*. Stockholm. HLS Förlag.
- Dencik, L. (1995) Valfärdens barn eller barns välfärd? Om till-syn, hän-syn, och fel-syn. i : Dahlgren, L. & Hultqvist, K.(red) (1995) *Seendet och seendets villkor*. Stockholm. HLS Förlag.
- DePoy, E. & Gitlin, L. (1999) *Forskning – en introduktion*. Lund. Studentlitteratur.
- FOB 90.(1990) Folk och bostadsräkningen. SCB (www-dokument).
- Giddens, A. (1998) *Sociologi*. Lund. Studentlitteratur.
- Hansson,K. (2001) *Familjebehandling på goda grunder*. Stockholm. Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) och Förlagshuset Gothia AB.
- Hessle, S. (1997) *Samtal med B – om att finna sitt språk*. Stockholm. Mareld.
- Kvale,S. (1997) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Stockholm. Natur och kultur.

- Områdesdata (2003). Stockholms läns landsting. Regionsplane-kontoret. Statistik (www-dokument).
- Payne, M. (2002) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Ruth, J-E (1991) *Reliabilitets – och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition*. Gerontologia 5(4): 277-290. Katsaukset.
- Socialstyrelsen (2001) *Utan fast punkt. Om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete*. Stockholm. Modin-Tryck.. ISBN 91-7201-566-7
- SOU 2000:40 *Välfärd och försörjning*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm 2000.
- SOU 2001:54 *Ofärd i välfärden*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut. Stockholm 2001.
- SOU 2001:55 *Barns och ungdomars välfärd*. Antologi från Kommittén Välfärdsbokslut Stockholm 2001.
- Sundell, K. & Karlsson, U.(1999) *Social barnavård i tio svenska kommuner. Vilka barn berörs, hur utreds de och vad händer med dem?* FoU-rapport 1999:26. Stockholm. Forsknings- och utvecklingsenheten, Stockholm.
- Tengvall, K.(2000) i Berglund,M, Andréason,S, Bergmark,A, Blomqvist,J, Lindström, L, Oscarsson,L, Ågren,G, Öjehagen,A (2000) *Behandling av alkoholproblem. En kunskapsöversikt*. Stockholm. Liber.
- Topor, A. (2001) *Återhämtning från svåra psykiska störningar*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Westlund, P. (1999) *Lära av varandra. Kollegiegranskning. Kvalitetsskartor. Fokusgrupper*. Kalmar. Rapport – Fokus 1997:7.
- Wibeck, V. (2000) *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund. Studentlitteratur.
- Öberg, B. & G. (1992) *Pappa, se mig. Om förnekade barn och maktlösa fäder*. Stockholm Gothia AB.

## **Bilaga 1. FRÅGEFORMULÄR FÖR DATAJURNALER**

- Registerstudienummer?
- Vilken kommun avses?
- Födelseår?

### **RAMAR**

**1.1** Vilken typ av familjebehandling handlar det om?

- a) Interna resurser
- b) Externa resurser

**1.2** Antal samtal i senaste pågående familjebehandling?

**1.3** Under vilken tidsperiod har familjebehandlingen pågått?

**1.4** Vem har tagit initiativ till aktuell familjebehandling?

- a) Familjen själva
- b) Remiss fr soc sekr
- c) Annan

**1.5** Vem/ vilka rör insatsen?

- a) 1 barn
- b) Fler än 1 barn
- c) Annan. Vem?

**1.6** Har det i något led diskuterats i termer av att barnet ska omhändertas?

- a) Ja
- b) Nej

**1.7** Har familjen tidigare erfarenhet av familjebehandling eller andra behandlingsinsatser ?

- a) Ja
- b) Nej
- c) Vet ej

**1.8** Vad är enligt Socialtjänsten problemet, som leder till insatsen familjebehandling? (definition till grund för insatsen)

**1.9** Pågår andra insatser parallellt med familjebehandling?

- a) Ja. Vad?
- b) Nej

**1.10** Är insatsen under undersökningsperioden

- a) Pågående
- b) Avslutad

**1.11** På vems initiativ avslutades insatsen?

- a) Familjens
- b) Socialtjänstens
- c) Annat sätt
- d) Information saknas

**1.12** Hur avslutas familjebehandlingen?

- a) Familjen är nöjd och behandlingens mål är uppnådda
- b) Familjen uteblir/ Familjen tackar nej till fortsättning
- c) Annan insats för familjen/ familjemedlem. Vad?
- d) Information saknas

## **1 FAMILJ & UMGÄNGE**

**2.1** Vem/ vilka lever barnet tillsammans med?

- a) Biologiska föräldrarna
- b) En biologisk förälder med ny partner
- c) En biologisk ensamstående förälder
- d) Växelbor hos båda föräldrarna
- e) På institution/ familjehem
- f) Annat. Vad? (adoptivfamilj, eget boende, släkting)
- g) Antal syskon i hushållet?  
0 1-2 3-4 5

**2.2 Föräldrarnas sysselsättning**

**Modern/ Fadern:**

- a) Anställd/ egen företagare
- b) Arbetslös
- c) Pensionär
- d) Studerande
- e) Sjukskriven (av läkare)
- f) Annat (föräldraledig)
- g) Vet ej

**2.3 Barnets boende**

- a) Äganderätt/ bostadsrätt
- b) Hyresrätt
- c) Socialt kontrakt
- d) Annat

**1.4** Har någon/ båda föräldrarna annan etnisk bakgrund?

- a) Ja. Vilken nationalitet?
- b) Nej

**1.4** Saknas kontakt med någon av föräldrarna? (bor utomlands, avliden)

- a) Ja. Vem?
- b) Nej



## **BARNET/ UNGDOMEN**

### **3.1 Barnet**

- a) Barnets kön?
- b) Barnets födelseland?

### **3.2 Barnets symtom**

#### **Beteende**

- a) Psykiska problem
- b) Neuropsykiatrisk diagnos. I så fall vilken?
- c) Skolproblem (skolk)
- d) Kriminalitet
- e) Missbruk
- f) Våld
- g) Sexuellt utagerande/ prostitution.
- h) Utagerande i skolan
- i) Utagerande hemma/ på fritiden
- j) Relationsproblem i skolan & på fritiden
- k) Relationsproblem hemma
- l) Annat. Vad?

#### **Miljö**

- b) Missbrukande förälder/ annan vuxen i hemmet
- c) Psykisk sjuk förälder/ annan vuxen i hemmet
- d) Blivit utstött från föräldrahem/ annan vårdmiljö
- e) Blivit utsatt för övergrepp i föräldrahem/ annan vårdmiljö
- f) Bristande omsorg (annat, ej i-l)
- g) Relationsproblem
- h) Annat Vad?

## Bilaga 2. Inbjudan till intervju



Forsknings- och utvecklingsenheten  
för socialtjänstens individ- och familjeomsorg  
i Stockholm Nordväst

### Inbjudan till Fokusgruppintervju

Vi vill på detta sätt inbjuda dig att delta i diskussioner om familjebehandlingsens betydelse utifrån dina erfarenheter. Forsknings- och utvecklingsenheten (FoU)- Nordväst vill inbjuda er familj att delta i en gruppintervju om familjebehandlingsens betydelse.

FoU-Nordväst bedriver ett forskningsprojekt om familjebehandlingsarbete inom Socialtjänsten under 2000-2001 i Stor-Stockholms nordvästkommuner. Undersökningen består av två delar. Den första delen är en kartläggning av bakgrundsdata i myndighetsregister. Den andra delen består av gruppintervjuer med familjer som har erfarenhet av familjearbete i kommunal regi. Syftet med undersökningen är att kartlägga på vilket sätt familjearbete har påverkat familjer, som blivit erbjudna sådan insats, samt om familjearbetet bidragit till förbättring. Vi kommer att genomföra separata gruppintervjuer med mödrar, fäder och äldre barn. Studien är enbart inriktad på brukarperspektivet.

Studien kommer att publiceras i form av en FoU-rapport. Vi kommer att erbjuda er som är intresserade en sammanfattning av resultaten. Vi vill poängtera att ingen enskild identitet kommer att redovisas i sammanställningen. Allt material redovisas på gruppnivå.

Vi som kommer att leda mötet för diskussionerna är verksamma vid FoU-enheten Nordväst i Stockholm. Under mötet kommer vi att diskutera era erfarenheter av familjebehandlingsens betydelse. Det är vår förhoppning att vi med stöd av dessa diskussioner ska kunna fånga vad som är essensen av era erfarenheter. För att vi ska minnas vad Ni berättar kommer vi att använda bandspelare. Dessa band kommer senare att raderas. Givetvis

har vi tystnadsplikt om vad som sägs och diskuteras på dessa möten. Ert deltagande är förstås frivilligt och ni har rätt att närhelst avbryta er medverkan.

Eftersom vi endast inbjudit ett begränsat antal deltagare är vi beroende av Er medverkan för att kunna genomföra undersökningen som vi tänkt. Fokusgruppintervjun beräknas pågå 2 timmar. Vi ser fram emot att ta del av dina erfarenheter och åsikter om betydelsen av familjearbete. Tiderna för gruppintervjuer kommer att äga rum på kvällstid under september månad. Vi bjuder på frukt och något att dricka.

Vi kommer att ta kontakt med er per telefon om några dagar och höra om ni är intresserade av att delta i detta forskningssammanhang. Ni har också möjlighet att ställa frågor kring studien. Det går också bra att kontakta oss på telefon 08-625 17 64 om Ni undrar över något med anledning av denna undersökning.

Med vänlig hälsning

Christina Löwenborg & Kari Kamsvåg

FoU-Nordväst, Tingsvägen 17b, 191 86 Sollentuna

## Bilaga 3. Uppföljningsbrev



Forsknings- och utvecklingsenheten  
för socialtjänstens individ- och familjeomsorg  
i Stockholm Nordväst

Till

.....

Vi vill än en gång tacka dig för att du vill bidra till att bredda vår kunskap om familjebehandlingsprocessen. När vi nu ska starta med gruppintervjuerna vill vi understryka hur viktig din medverkan är. Vi vill därför erinra om syfte och ramar.

Som vi tidigare berättat ska fokusgruppintervjuerna användas som underlag för en FoU-rapport. Rapporten handlar om era, det vill säga familjers perspektiv på vad som varit respektive inte varit till nytta i familjearbete. Vi är intresserade av dina erfarenheter av familjearbete. Du är lika viktig för intervjun oavsett om du har stor eller liten erfarenhet.

Syftet med just gruppintervju/fokusgrupp är att genom diskussion så småningom få fram *gruppens* olika meningar och erfarenheter om familjearbetets betydelse för er brukare.

Ramarna handlar om tid och rum. Vi önskar att du vill avsätta två timmar för intervju. Intervjun kommer att äga rum i FoU-Nordvästs lokaler på Tingsvägen 17b i Sollentuna.

Än en gång, vi ser fram emot att få träffa er. Välkommen till intervju/samtalet

Vänliga Hälsningar

Christina Löwenborg & Kari Kamsvåg

FoU-Nordväst, Tingsvägen 17b, 191 86 Sollentuna

## **Bilaga 4. ENKÄT TILL INTERVJUDELTAGARE**

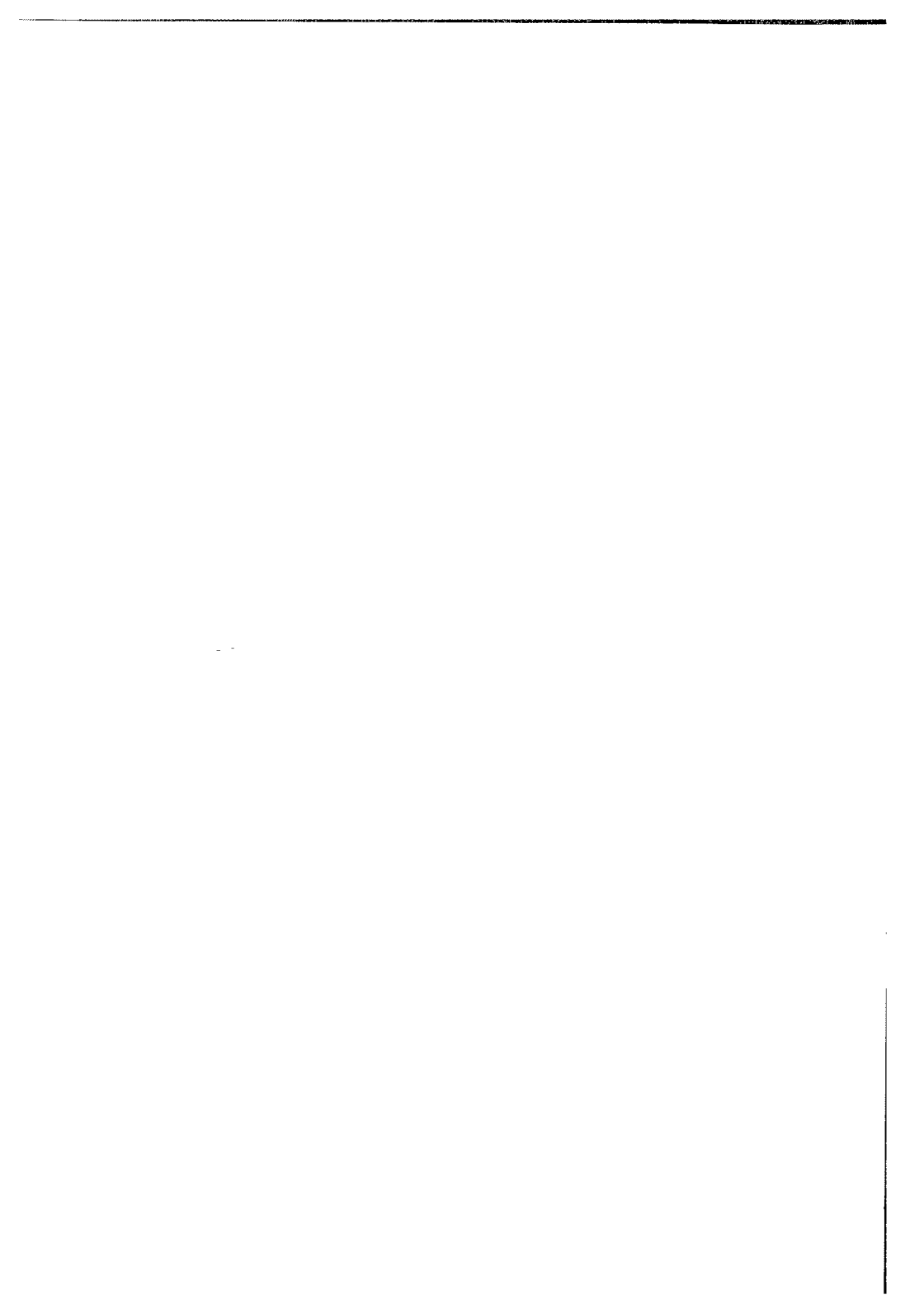
A. Kön?

B.Ålder?

1. Har du upplevt någon förändring som du sammankopplar med familjebehandlingen?
2. Hur har problemen påverkats? Har de förbättrats/ upplösts/försämrats eller har nya tillkommit?
3. Vilken är den viktigaste erfarenheten?
4. Vad fungerade som hjälp?
5. Vad har du saknat?

## TIDIGARE UTGIVNA FoU-RAPPORTER

Forskningsrapport nr 2003:1	"Hellre brödlös än rådlös" - Ekonomisk rådgivning som metod i socialt arbete
FoU-Rapport 2002:2	Vad är verksamt i handledning? - en kvalitativ undersökning
FoU-Rapport 2003:1	"Vi har ju ändå barn ihop..." - separerade pappors röster om svårigheter med gemensamt föräldraskap
FoU-Rapport 2003:2	Familjeliv som yrkesliv - en enkätstudie av familjehemmen i Solna stad
FoU-Rapport 2004:1	En inblick i familjens vardag? Om intensiva barnavårdsutredningar
FoU-Rapport 2004:2	Flyktingar i Nordväst
FoU-Rapport 2004:3	Adrian -Arbete med unga vuxna missbrukare i öppenvård
FoU-Rapport 2005:1	Händelser i det tysta - utvärdering av en öppenvårdsverksamhet för missbrukare



# Med andra ögon

## - brukarens syn på familjebehandling

I denna forskningsrapport belyses brukarna och deras erfarenheter av insatsen familjebehandling inom socialtjänsten. De beskriver sina erfarenheter, vad de anser har lett till förändring och vad som saknats.

Rapporten omfattar dels en registerstudie, en totalundersökning av cirka 300 familjer som under åren 2000 och 2001 erhöll familjebehandling via socialtjänsten i två kommuner i nordvästra Stockholm, dels intervjuer med olika familjemedlemmar som har erfarenhet av familjebehandling.

**FoU**  
Nordväst

STOCKHOLMS LÄN

ISBN 91-89681-11-8

ISSN 1651-7830

Forsknings- och utvecklingsenheten för socialtjänstens  
individ- och familjeomsorg i Stockholm Nordväst

e-post: [fou-nordvast@sollentuna.se](mailto:fou-nordvast@sollentuna.se)