



**LUND**  
**UNIVERSITY**

Socialhögskolan  
SOL 061  
Lars Harrysson  
Staffan Blomberg  
Vårterminen 2004  
C-uppsats

# Familjeklimat, en validering.

Författat av;  
Marie Söderlind & Bo Johnsson  
Handledare;  
Martin Olsson

# Abstract

In an attempt to make social work evidence based, the Swedish National Board of Health and Welfare, has recommended the use of standardized methods. As there are very few instruments that are defined as standardized, we decided to compile studies made with the "Family Climate self-rating scale", FCS, that is used by the profession, although not yet validated. We were looking for conformity in results and functionality in family treatment. FCS comprises a list of 85 adjectives to reflect different aspects of the emotional atmosphere in the family. It has been used since the late 80's and there has been no attempt to compile results of using the instrument, until now.

By searching in databases and libraries we found 20 Swedish studies using the instrument, which we compared to each other. The main focus was to investigate if it is possible, with FCS, to diagnose different kinds of groups, and if it is useful for evaluation. Our study showed that there is coherence in the results. They showed two kinds of profiles that demonstrate functional or dysfunctional patterns as well as the grade of dysfunctionality. The comparison also showed that the instrument is useful for evaluating an intervention, as it shows significant differences in pre- and posttest. The overall impression is that FCS is useful in family treatment, and it adheres to the requirement of standardized methods.

# Innehållsförteckning

Förord .....	5
<b>1 Introduktion .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrund.....	6
1.2 Problemformulering.....	6
1.3 Syfte & Frågeställning.....	7
<b>2 Metodologiskt tillvägagångssätt.....</b>	<b>7</b>
2.1 Metod .....	7
2.2 Urval.....	8
2.3 Materialsök .....	8
2.4 Statistiska begrepp .....	10
2.5 Källkritik.....	10
2.6 Forskningsetik.....	10
2.7 Fortsatt framställan .....	11
<b>3 Teoretisk anknytning.....</b>	<b>11</b>
3.1 Standardiserade metoder.....	11
3.1.1 Standardiseringens för- och nackdelar .....	12
3.2 Diagnostisering.....	13
3.2.1 Diagnostikens för och nackdelar .....	14
3.3 Vad är en familj?.....	14
3.3.1 Familjen utifrån ett terapeutiskt perspektiv.....	15
3.3.2 Funktionell och dysfunktionell familj .....	16
3.4 Familjediagnostik .....	16
3.4.1 Systembeskrivning genom dimensioner.....	18
3.5 Våra definitioner .....	19
3.6 Sammanfattningsvis.....	20
<b>4 Resultatdel.....</b>	<b>20</b>
4.1 Beskrivning av Familjeklimat.....	20
4.2 Resultatsammanställning .....	21
4.2.1 Om våra undersökningsgrupper .....	21
4.2.2 Icke-kliniska och Kliniska grupper .....	22
4.2.3 Subgrupper .....	26
4.2.4 Korrelationer .....	29
4.2.5 Pre- och posttest .....	33
4.2.6 Test-retest.....	37
<b>5 Analys .....</b>	<b>37</b>
5.1 Familjeklimats förhållande till olika undersökningsgrupper .....	37
5.1.1 Skillnader mellan icke-kliniska och kliniska grupper .....	37
5.1.2 Subgrupper inom den kliniska gruppen .....	39
5.1.3 Korrelationer med andra skattningsinstrument .....	39

5.2 Familjeklimat som utvärderingsinstrument .....	39
5.3 Vad mäter Familjeklimat? .....	40
<b>6 Slutdiskussion</b> .....	<b>40</b>
6.1 Samhällsnytta, klinisk nytta, framtida forskning .....	44
6.2 Metodologisk diskussion .....	45
6.2.1 Reliabilitet & Validitet .....	45
6.2.2 Valda metods brister .....	45
<b>7 Källförteckning</b> .....	<b>46</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>I</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>II</b>
<b>Appendix I Undersökningsgrupper</b> .....	<b>III</b>
<b>Appendix II Medicinsk terminologi</b> .....	<b>V</b>

## Förord

Det har varit intensivt och spännande att få skriva denna uppsats om Familjeklimat. Många långa dagar och nätter har krävts för att färdigställa den men det har varit en spännande läroprocess. Det är många som förtjänar en eloge för att de bidragit och möjliggjort vårt arbete. Vi vill framföra ett tack till professor Kjell Hansson som så generöst lät oss ta del av sitt privata bibliotek. Samtidigt vill vi tacka Maj på socialhögskolan för hennes administrativa hjälp när vi har behövt få tag på artiklar som varit utom räckhåll för oss. Med tanke på litteraturen vill vi även tacka personalen på Social- och beteendevetenskapliga biblioteket i Lund för deras förståelse, när speciellt en av oss ständigt rörde till det där med fjärrlånen. Ett tack ska även ges till Dr. Canivet som så vänligt och tillmötesgående letade fram statistiska uträkningar från sina studier där hon använt sig av Familjeklimat. Inte att förglömma är våra kära familjer som så tålmodigt har lyssnat på signifikanser och korrelationer utan att visa sitt ointresse, men framför allt för att de har haft förståelse och överseende för all den tid vi har varit frånvarande.

Ett väldigt speciellt och innerligt tack vill vi ge doktorand Martin Olsson som har handlett oss under denna tid. De konstruktiva synpunkter och den noggrannhet som har präglat våra möten har inte bara bidragit till denna uppsats utan även till att vi har lärt oss oerhört mycket. Förutom den kreativa process som han har frammanat så har hans entusiasmerande engagemang gjort att arbetet varit väldigt stimulerande och roligt.

Marie & Bosse

# 1 Introduktion

## 1.1 Bakgrund

Den nya målformulerade socialtjänstlagen (SoL) som trädde i kraft på 1980-talet förutsatte ansvar om uppföljning och utvärdering av socialt arbete, men detta till trots var det under 80- och 90-talet inget naturligt inslag inom fältet. Det fanns helt enkelt ingen tradition av att implementera dessa rutiner i den dagliga verksamheten (Eriksson & Karlsson, 2001). Idag, drygt 20 år senare, har kraven på kvalitetssäkringen stärkts ytterligare och det är en återkommande term i politiska styrdokument (ibid.). Statliga yttranden (Socialstyrelsen, 2000; 2004) uppmanar socialtjänsten till att bedriva en evidensbaserad praktik genom att bl.a. kontinuerligt göra systematiska bedömningar för att mäta måluppfyllelse samt för att bedöma klienters hjälpbehov. För att göra detta förordar socialstyrelsen användandet av standardiserade metoder. Standardiserade metoder ska bl.a. utföras på samma sätt var gång det används, kunna definiera problem, bedöma huruvida en insats ger resultat och det ska gå att utläsa om det skett några förändringar hos klienten. Tillika ska resultaten gå att sammanställa i vetenskapligt syfte. Standardiserade metoder är debatterat och fältet är inte odelat positivt då vissa anser att det sociala arbetet riskerar att bli teknifierat om socialarbetarna använder sig av formulär och manualer och därigenom frångår den ackumulerade kunskap de defacto besitter (Sandell, 2005). Förutom den metodologiska kritiken, uppstår det problem med socialstyrelsens uppmaning att använda standardiserade metoder då det är få metoder som är standardiserade, vilket implicit begränsar möjligheten till användandet av de samma.

## 1.2 Problemformulering

Socialstyrelsen förtydligar standardiserade metoder med bl.a. självskattningsformulär och på fältet idag finns ett flertal diagnostiska instrument som mäter funktion på individ- eller familjenivå men endast ett fåtal av dessa är standardiserade (Socialstyrelsen, 2004). Socialstyrelsens uppmaning att använda metoder som knappt existerar kan ge upphov till flera problem. Ett av dessa problem kan medföra att manualbaserade instrument ökar i användning även då det inte är vetenskapligt fastställt att formulären ger den information som de utger sig för att presentera. Användandet av ett instrument som inte är vetenskapligt prövat ger en ökad

risk för skeva eller direkt felaktiga resultat vilket gör att socialstyrelsens grundläggande tanke om kunskapsbaserat socialt arbete kan fallera.

Självskattningsinstrumentet Familjeklimat (Hansson, 1989) är ett diagnostiskt instrument som mäter det upplevda familjeklimatet genom fyra dimensioner. De variabler som mäts är; Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos. Familjeklimat är standardiserat på så sätt att tillvägagångssättet är lika var gång det används samt att validering gjorts under instrumentets konstruktion. Däremot har validiteten av instrumentet inte uppdaterats kontinuerligt eller validerats genom sammanställning av ett flertal undersökningar. Familjeklimat har använts och används idag inom socialtjänsten, psykiatri och den somatiska vården för att diagnostisera familjer och för att se om någon förändring av familjens klimat har skett vid en insats.

### **1.3 Syfte & Frågeställning**

Syftet är att sammanställa undersökningar gjorda med det diagnostiska instrumentet Familjeklimat (Hansson, 1989) för att se om instrumentet kan tänkas uppfylla de statliga kraven på standardiserat instrument.

Frågeställningar vi använder oss av är

- Har instrumentet validitet?
- Skiljer Familjeklimat på olika undersökningsgrupper?
- Går Familjeklimat att använda som utvärderingsinstrument vid behandling?

## **2 Metodologiskt tillvägagångssätt**

### **2.1 Metod**

Genom litteraturstudier, efterfrågningar hos forskare på Lunds, Umeå och Örebro universitet samt databassökningar har vi tagit del av berört ämnesområde och insamlat material i form av publicerade studier som använt sig av instrumentet Familjeklimat. Den insamlade sekundärdatan bearbetades och deskriptiv statistik av studiernas resultatdelar sammanställdes. Vår urvalsram var alla de undersökningar vi kunde finna som tillika uppfyllde våra kriterier. För att se om instrumentet Familjeklimat mäter vad det avser att mäta har vi gjort en s.k. logisk analys vilket innebär en granskning av befintliga resultat på området och där giltigheten bedöms efter samstämmighet dvs. en valid slutsats (Shadish m.fl., 2002)

Undersökningen knyts således till tidigare kunskap inom området genom jämförelser av resultat samt korrelationer med liknande instrument.

## **2.2 Urval**

Urvalsramen har varit alla de Familjeklimatsundersökningar vi kunnat finna vilka tillika uppfyllt uppsatta kriterier. Kriterier för att en tidigare gjord studie ska inkluderas är att;

1. Den har använt sig av instrumentet Familjeklimat.
2. Texten ska vara skriven på svenska, norska, danska eller engelska.
3. Undersökningen ska omfatta minst 10 respondenter.
4. Undersökningen ska presentera statistiska siffror på medelvärde eller korrelationssiffror med annat likvärdigt validt instrument.
5. Materialet ska vara publicerat som akademisk avhandling, vetenskaplig artikel, rapport, D- eller C uppsats.

## **2.3 Materialsök**

Vårt materialsök har skett under första hälften av 2005 och vår första sökning var i Kjell Hanssons privata bibliotek. Anledningen till att vi började där var att han har konstruerat formuläret Familjeklimat och kunde tillhandahålla tillämpligt material. Vidare sökte vi i olika databaser samt i universitetens hemkataloger (tabell 1). Sökorden som användes var; familjeklimat, familjediagnostik, självskattningsformulär, familjefunktion, familjebehandling, familjeterapi, familj och Kjell Hansson. Nämnade ord användes även översatta till engelska. Ordet familj gav som förväntat ett oövergripligt antal träffar så det användes i kombination med andra ord såsom Hansson, klimat, närhet, funktion och därav har inte träffantalet för familj tagits med.

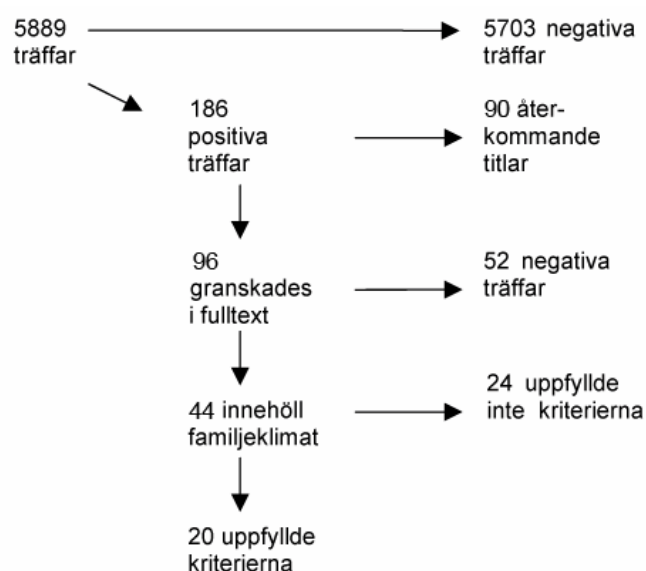


**Tabell 1. Sökresultat**

Sökställe	Typ	Träffar	Positiva träffar
Privat bibliotek,	K, Hansson	450	31
LOVISA	Lunds universitets sökmotor	440	19
Lokala bibliotek	Malmö, Båstad, Kristianstad	1079	5
Libris	Nationellt biblioteks-datasystem	1965	49
Databaser <sup>1</sup>	Artikelsök	1876	63
Uppsatser <sup>2</sup>	Handledda av Hansson,	29	3
Nationella universitet	Samtliga universitet och högskolor	47	14
Internationella universitet <sup>3</sup>	Oslo, Köpenhamn, Helsingfors	1	0
Internet <sup>4</sup>	SoS, BO, Rädda Barnen, SiS, FHI	2	2
<b>Totalt</b>		<b>5889</b>	<b>186</b>

<sup>1</sup> Social Science Citation, Social Services Abstract, PsycArticles, PsycINFO, <sup>2</sup> Socialhögskolan & Psykologiska institutet <sup>3</sup> Sökord; Family climate och Kjell Hansson, <sup>4</sup> SoS, Socialstyrelsen, BO, Barnombudsmannen, Rädda Barnen, SiS, Statens Institutions Styrelse, FHI, Statens Folkhälsoinstitut

Sökningarna resulterade i 5889 genomgångna boktitlar och abstracts varav 186 träffar verkade relevanta för vår undersökning (Figur1). Många titlar återkom dock i de olika sökningarna vilket reducerade antalet publikationer till 96 stycken som slutligen granskades i fulltext. Information om Familjeklimat återfanns i 44 publikationer och efter en mer grundlig genomgång visade det sig att 24 stycken inte uppfyllde våra kriterier vilket gav till följd 20 stycken undersökningar som uppfyllde våra kriterier. De 24 undersökningar som inte uppfyllde våra kriterier exkluderades utifrån urvalskriterierna tre och fyra. Dessa undersökningar har granskats för att utesluta att deras resultat radikalt skiljer sig från de undersökningar vi använt oss av. Skillnaderna låg i att övervägande studier presenterade sitt resultat i diagram i stället för i siffror vilket gjorde att vi inte kunde utläsa exakta värden tillika gjorde dem oanvändbara vid en jämförelse. En studie innehöll förvisso siffror men exkluderades på grund av få respondenter medan de övriga varken hade siffror eller diagram. Resultaten i de 24 exkluderade skiljde sig dock inte från de undersökningar vi använt oss av

**Figur 1. Schematisk bild av genomgången material.**

utifrån urvalskriterierna tre och fyra. Dessa undersökningar har granskats för att utesluta att deras resultat radikalt skiljer sig från de undersökningar vi använt oss av. Skillnaderna låg i att övervägande studier presenterade sitt resultat i diagram i stället för i siffror vilket gjorde att vi inte kunde utläsa exakta värden tillika gjorde dem oanvändbara vid en jämförelse. En studie innehöll förvisso siffror men exkluderades på grund av få respondenter medan de övriga varken hade siffror eller diagram. Resultaten i de 24 exkluderade skiljde sig dock inte från de undersökningar vi använt oss av

och i deras resultatdel framkom likvärdiga resultat som i de undersökningar som uppfyllde våra kriterier.

## 2.4 Statistiska begrepp

De statistiska begrepp och uträkningar som används i denna uppsats är medelvärde, standardavvikelse, p-värde och korrelationskoefficient. Medelvärdet ( $m$ ) beskriver det genomsnittliga värdet på hur familjen skattar sitt familjeklimat medan standardavvikelsen ( $std$ ) beskriver hur stor spridning det har varit på individernas skattningar. Desto högre standardavvikelse desto större spridning (Körner & Wahlgren, 1998). P-värdet, i en väldigt förenklad version, påvisar om det finns signifikanta skillnader mellan olika mätningar, om hur stor sannolikhet det är att skillnaden som framräknats defacto är signifikant (ibid.). P-värdet räknas ut från förutbestämd signifikansnivå vilket i våra undersökningar har varit på 5 %. För att utreda om det finns ett samband mellan olika variabler, i vårt fall olika diagnostiska instrument, beräknas korrelationskoefficienten ( $r$ ) som påvisar om det finns en samstämmighet eller inte (ibid.).

## 2.5 Källkritik

I första hand har publikationerna granskats och vi har haft större tillit till akademiska avhandlingar, vetenskapliga artiklar och forskningsrapporter än vi haft till det övriga materialet eftersom att de förstnämnda redan granskats ingående och tillika godkänts för publicering. Det övriga materialet har vi studerat mer ingående och på så sätt uteslutit att undersökningarna inte innehåller motsägelsefulla eller icke trovärdiga element i framställning och resultat.

Vi har använt oss av publicerat material dvs. det som står att finna i bibliotek eller i databaser. Det publicerade tenderar ofta att stärka någons teori medan det som inte är publicerat möjligen kan vara material med resultat som motsäger teorin. Om så är fallet kan det finnas en snedvridning i vårt material som ensidigt lyfter fram positiva resultat.

## 2.6 Forskningsetik

Materialet i uppsatsen bygger på sekundärdata och inte i något inhämtat material har det funnits något som skulle kunna vara etiskt oförsvarbart med tanke på att avslöja individers identitet då de redan var avidentifierade. Dessutom har individerna i undersökningsgrupperna

självmant valt att medverka och vi har inte i något fall kunnat se att respondenterna inte varit informerade om syftet med undersökningarna.

## **2.7 Fortsatt framställan**

I nästkommande kapitel beskrivs först den teoretiska ansats som ligger till grund för uppsatsen. Den teoretiska delen börjar med att beskriva socialstyrelsens incitament om evidensbaserad praktik följt av några positiva och negativa aspekter av detta för att sedan övergå till diagnostisering och dess dilemman. Detta följs av hur man ser på en familj, vad som kan anses vara en funktionell respektive dysfunktionell familj och hur det är möjligt att diagnostisera familjer utifrån olika modeller. Kapitlet avslutas med två korta definitioner som används i arbetet. Efter det att metod och teori har avhandlats i olika delar kommer matrisen som innehåller resultaten av Familjeklimatsundersökningen. Uppsatsen avslutas sedan med analys, diskussion och en metodologisk diskussion.

# **3 Teoretisk anknytning**

## **3.1 Standardiserade metoder**

När den nya socialtjänstlagen (1980:620) infördes 1982 låg förändringarna bl.a. i dess målinriktade ramlagskaraktär som implicit utgick från att utvärdering och uppföljning sker (Eriksson & Karlsson, 2001). Diskussionen om kvalitetssäkran gick varm men det var svårt att förena forskning och praktik vilket ledde till att evaluering i stort kom till korta (ibid.). Allt sedan dess har det skett stora organisatoriska förändringar inom socialtjänsten där ansvaret decentraliserats och kommunerna har fått ett större ansvar för fler grupper av människor (Lundquist, 1998). De strukturella förändringarna tillsammans med en ekonomiskt ansträngd situation har föranlett ett än större behov av en kunskapsbaserad socialtjänst (Eriksson & Karlsson, 2001; Socialstyrelsen, 2004). Utifrån detta tog regeringen, 2001, initiativ till ett utvecklingsprogram, *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten* (Socialstyrelsen, 2000), som utfördes av Socialstyrelsen med en evidensbaserad praktik i fokus. Ansatsen kom att bli dubbeltydig då det å ena sidan krävdes kunskap för att erbjuda väl fungerande insatser och å andra sidan skyldigheten och ansvaret att förvalta medborgarnas rättighet till att socialtjänstens arbete är av god kvalitet (Socialstyrelsen, 2004).

För att skapa förutsättningar för den evidensbaserade praktiken framhäver slutrapporten, *För en kunskapsbaserad socialtjänst*, (Socialstyrelsen, 2004) således kravet av systematiska bedömningar och tillika uppföljningar av både klientens livssituation och socialtjänstens insatser. För att åstadkomma systematiska bedömningar menar de att det krävs tre moment; det måste kunna klargöras vilken insats som är lämplig för vilken klient och att behovssituationen bedöms före såväl som efter en insats samt för att se om någon förbättring skett. För att vetenskapligt möjliggöra detta pekar rapporten på vikten av att utvärderingsresultat från flera studier sammanställs och värderas (ibid.). Slutrapporten (Socialstyrelsen, 2004) föreskriver att en grundläggande förutsättning för att kunna samla in behövlig och utvärderingsbar data till ovanstående moment är strukturerade och standardiserade metoder vilket förtydligas som vetenskapligt prövade instrument. Dessa instrument ska formulera relevanta frågor och ska kunna besvaras antingen igenom intervjuer, själv- och observations skattningar eller annat systematiskt underlag (ibid.).

### **3.1.1 Standardiseringens för- och nackdelar**

I alla vetenskapliga diskurser finns det motsättningar om teorier och metoders giltighet där diskussionen om evidensbaserade och standardiserade metoder inte är något undantag. I stora drag är det två frågor som dryftas; instrumentalisering kontra tillförlitlighet i resultat.

Två forskare som är positiva till standardiserade instrument är Eileen Gambrill och Aron Shlonsky från University of California. I en artikel (Gambrill & Shlonsky, 2000) skriver de att det i över etthundra vetenskapliga undersökningar har visat sig att systematiska mätinstrument är överlägset kliniska observationer vad gäller att identifiera problem. De menar att ett vetenskapligt testat mätinstruments suveränitet grundar sig i den prediktiva kraften då detta inte infattar riskmoment så som socialarbetares förutfattade meningar och antagande som defacto närvarar vid en klinisk observation. Denna neutralitet som instrumenten besitter ger således en högre grad av validitet och är etiskt försvarbart då alla erhåller samma bedömning (ibid.).

Viss kritik som framförs i debatten handlar i sak inte om de standardiserade metodernas giltighet utan i hur de används och vad som egentligen bevisas. Göran Sandell är en debattör som ställer sig frågande till det nya modet med evidensbaserad socialtjänst vilket han förtydligar i en artikel i Socionomen; *"Det är således inte primärt metoderna i sig som avråds från utan anspråken på "tolkningsföreträde" och "totalisering av perspektiv" till ett*

*enda godkänt synsätt*” (Sandell, 2005, s.45). Sandell vid Göteborgs universitet, förespråkar istället en helhetssyn som grundar sig på klientens hela livssituation och som tillika ska bedömas utifrån den ackumulerade kunskapen som socialtjänsten besitter (Sandell, 2005). Sandell menar att risken är överhängande att standardiserade metoder begränsar beskrivningen av det mänskliga beteendet om det används som enda mätvariabel och där risken av detta ökar då det används av ny och orutinerad personal utan erfarenhet (ibid.).

Jergeby och Tengvald (2005) från Institutet för utveckling av metoder för socialt arbete (IMS), bemöter Sandells kritik i Socionomen Nr 8 om totalisering av perspektiv, med att syftet med standardiserat bedömningsarbete inte är att bedömningsmetoder ska ersätta annan information såsom samtal och reflektioner i klientarbetet. De menar att det evidensbaserade arbetet företrädevis handlar om *”att systematisera och synliggöra den erfarenhetsbaserade kunskapen, att skapa beprövad erfarenhet*” (Jergeby & Tengvald, 2005, s.46 ).

En annan aspekt tas upp av professor Lundström (2005) som åsyftar instrumentens användningsområden och känslighet. Han menar att om ett känsligt instrument används på en normalpopulation i syfte att finna ”problematiske familjer” finns risken att instrumentet hittar många som är falskt positiva, dvs. då mättillfälle 1 påvisar problem som inte kan påvisas vid mättillfälle 2. Detta gör användandet oanvändbart av både etiska och praktiska skäl. Är däremot instrumentet för snävt kommer troligen många ”problemfamiljer” att falla utanför mätinstrumentets kriterier och ge en falskt negativ bild, dvs. svarsresultaten påvisar att familjen inte har några problem vid mätning 1 men vid mätning 2 (ibid.). Lundström (2005) belyser dilemmat med tekniskt förvetenskapligande och dess objektifiering med det explicita behovet att kalkylera prognoser men menar att slutsatsen av detta borde vara att instrumenten i sig inte är ett problem så länge de granskas kritiskt och används i kombination med socialarbetarnas kunskap.

### **3.2 Diagnostisering**

Diagnos är ett mångfacetterat begrepp som kommer från grekiskans *dia’gnosis* och betyder *undersökning, bedömning* (Nationalencyklopedin, 2005). En diagnos kan ställas utifrån olika bedömningsgrunder. Ett vanligt sätt är att förlita sig på erfarenhet i kombination med ett eller flera mätinstrument.

Inom den somatiska vården handlar diagnostisering om konsten att urskilja sjukdomens natur samt att särskilja en sjukdom från en annan (Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 1988). För att ställa en somatisk diagnos används, förutom kunskap, olika mätinstrument såsom blodprover, biopsier och röntgen. Den psykiatriska vården däremot, ställer diagnoser utifrån diagnostiska kriteriemanualer såsom Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) som företrädevis utgår från individens funktionssätt (Schjødt & Egeland, 1994) och bygger på ett multiaxialt system med fem olika dimensioner (DSM-IV<sup>TM</sup>, 1994). Både den somatiska och psykiatriska disciplinen grundar sig på ett individuellt fokus vilket frångås vid familjediagnostik. Vid familjediagnostik flyttas istället fokuset över till familjen då individens tillstånd sägs vara ett uttryck för problem i den samma och diagnosen ställs utifrån sammansättning och funktionalitet.

### **3.2.1 Diagnostikens för och nackdelar**

Diskussionen om diagnostikens för- och nackdelar är ständigt aktuell med tillsynes olika inkompatibla läger så diskussionen kommer inte avhandlas här utan bara att presenteras i stora drag. Fördelen med en diagnos anses vara, att veta vad problemet är och att det föranleder adekvata insatser samt ger en förståelse av historiken och problematiken (Schjødt & Egeland, 1994). Vidare ger det fördelar på makronivå då olika grupper kan analyseras för bättre förståelse av förloppet medan det på mesonivå ger fördelar då sammanställandet av ett diagnostiserat problem möjliggör planering och initiering av fungerande insatser (ibid.). Det finns inga egentliga motsägelser till detta utan kritiken mot diagnostisering ligger i dess baksida. En aspekt handlar om risken att bristande kunskap och erfarenhet ger felaktig insamling av data tillika tolkning av resultaten (DSM-IV, 2000) vilket kan leda till feldiagnostisering och felbehandling.

### **3.3 Vad är en familj?**

I det sociala arbetet används ofta begreppet familj med en underförstådd betydelse för var och en av oss. Begreppet familj har dock en varierande betydelse utifrån olika kontexter där avgränsningarna är nog så viktiga.

Ordet familj är ett välkänt begrepp som används i många konstellationer men betydelsen är inte entydig. Ur ett juridiskt perspektiv (Melin, 2002) anses den vanligaste definitionen av en familj vara en hushållsgrupp av sammanlevande föräldrar och barn och enligt Nationalencyklopedin (2005) är familjen en kombination av äktenskap och blodsförväntskap

mellan familjemedlemmar. Salvador Minuchin m.fl. (1999b) definierar en familj som *"en grupp människor som är känslomässigt bundna till varandra eller förenade genom blodsband och som har levt tillsammans länge nog för att ha utvecklat interaktionsmönster och skapat berättelser som rättfärdigar och förklarar dessa interaktionsmönster"* (Minuchin m.fl., 1999b s.53). Minuchin får medhåll av Ted Goldberg (2000) som anser att familjen kan ha betydelsen av biologiska eller juridiska band mellan barn och vuxen men även betydelsen av socialiseringen av barn i ett hem. Han beskriver familjen som en anpassningsbar enhet som förändra sig i takt med samhällets förändring och påpekar att den samhälliga utvecklingen gör att det finns en större mångfald i beteckningen familj än tidigare. Denna förändring som Goldberg beskriver har föranlett att många sociologer anser att det inte längre går att tala om familjen som en statisk enhet utan att vi bör tala om familjer för att markera att det finns en mångfald av familjeformer (Giddens, 2003).

Det moderna och föränderliga samhället kräver att även familjerna successivt förändrar sina handlingsalternativ och familjeregler (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997). Enligt en svensk studie (Flood & Gråsjö, 1995) har männen närmast sig kvinnans roll vad gäller familjeengagemang men att kvinnan fortfarande har det övergripande ansvaret som primär omsorgsgivare. Männen har företrädevis huvudansvaret för försörjning och bostad (Bäck-Wiklund & Bergsten, 1997).

### **3.3.1 Familjen utifrån ett terapeutiskt perspektiv**

Familjen som enhet kan betraktas utifrån olika perspektiv och vad vi ser beror på vilken teoretisk ansats vi valt samt i vilket sammanhang familjen befinner sig. Ur ett terapeutiskt perspektiv ligger tyngdpunkten på relationer, kommunikation, processer och struktur inom familjesystemet.

Sedan 50-talet har individens psykiska hälsa ansetts beroende av familjerelationer och vid den tidpunkten var den psykodynamiska teorin dominerande. Under 60-talet etablerade sig dock systemteorin som idag är grundläggande för de flesta familjemodeller (Schjødt & Egeland, 1994). Systemet, som är grunden i systemteori, är en grupp individer som på ett eller annat sätt har någon form av relation eller interaktion som binder dem samman. Systemen delas upp i primärgrupper, där familjen ingår, och i sekundärgrupper, de som inte innehåller nära och intima relationer. Systemet ingår även i ett större sammanhang, s.k. suprasystem men består även av mindre grupperingar inom systemet, s.k. subgrupper. Hur system definieras är relativt

och beroende av omständigheterna men kriteriet för ett system är, att den interna interaktionen skiljer sig från den interaktion som sker utanför det specifika systemet samt att interaktionen varar under en viss tid. De olika systemen visualiseras genom gränser och beroende på dess art kan det vara mer eller mindre öppna respektive slutna när det gäller interaktion med system utanför gruppen (ibid.). Salvador Minuchin (1999a) menar att gränsernas uppgift är att skydda systemets differentiering och att gränserna är användbara parametrar för att utreda en familjs funktion. För att en familj ska vara väl fungerande måste subsystemens gränser vara tydliga och innehålla utrymme för både rörelse och stabilitet.

### **3.3.2 Funktionell och dysfunktionell familj**

Genom de senaste decenniernas utveckling av familjediagnostisering och familjeterapi har begrepp som funktionella respektive dysfunktionella familjer uppstått. Begreppen kan både förklara familjers kommunikation och sätt att vara.

Det går inte att ge en klar och entydig definition på en funktionell respektive en dysfunktionell familj då begreppet är subjektivt, relativt och oerhört beroende på kontexten, som exempelvis rådande samhällsströmningar. Vad som verkar allmänt rådande i litteraturen är att det handlar om en bred uppsättning av föränderliga handlingsmönster inom familjen (Cederblad & Hansson, 1989; Runfors & Wrangsjö, 2000; Hansson, 1989). Den funktionella familjen är en fungerande enhet som finns för varandra för att ge både närhet och frihet och där individernas utveckling accepteras och bejakas. De konflikter som uppstår ska snabbt kunna lösas (Cederblad & Hansson, 1989). Det ska finnas en väldefinierad och accepterad hierarki men samtidigt krävs det att familjemedlemmarna kan ändra på och omorganisera sina dynamiska föreställningar när så behövs, familjen behöver således ha ett visst mått av både stabilitet och flexibilitet (Runfors & Wrangsjö, 2000). Den dysfunktionella familjen saknar förmågan att agera utifrån sina inneboende resurser (Lundsbye m.fl., 2000) och där den bristande förmågan resulterar i ett oönskat symptom eller beteende hos någon eller några av familjemedlemmarna (Hansson, 1995).

## **3.4 Familjediagnostik**

Diagnostisering av familjer har utvecklats och stärkts under de senaste decennierna och det finns ett flertal tillvägagångssätt för att upprätta en diagnos. Ett sätt är att använda sig av mätinstrument, som exempelvis Familjeklimat, som inriktar sig på att åskådliggöra familjer och individers funktion utifrån dess kontextuella förhållanden.



För att kunna ge adekvat hjälp till familjer med problem av något slag krävs att behandlaren kan utröna vad för slags problematik som existerar inom familjen. Ett vanligt sätt är att fråga familjemedlemmarna om deras problem för att på så vis få fram en bild över situationen. Detta kan ske antingen genom strukturerade och ostrukturerade samtal (White, 2000). För de strukturerade samtalen finns frågor som kartlägger hur problemet inverkar på familjens liv och det finns frågor om hur familjemedlemmarna själva påverkar problemets varande. Att få familjen att beskriva hur problemet påverkar dem är relativt lätt men det är svårare och mer tidskrävande att komma fram till hur de omedvetet själva medverkar till att upprätthålla problemet (ibid.). Minuchin (1999a) förespråkar en arbetshypotes utifrån den information terapeuten tolkar genom sina observationer där slutsatsen baseras på förvärvad kunskap. Förutom den metoden menar Hansson & Sundelin (1995) att hypoteser även kan ställas utifrån insamlandet av data från och om familjen via olika skattningsmetoder så som exempelvis instrumentet Familjeklimat.

Således finns det olika diagnossystem som skiljer sig åt i sin utformning och Schjødt & Egeland (1994) tar upp och definierar tre modeller som är mer eller mindre specifika i sin utformning; familjetypologi, funktionell diagnos och klinisk diagnos. Den *kliniska diagnosen* är en arbetshypotes om familjens sammanlagda funktion som baseras på terapeutens kunskap (Minuchin, 1999a) medan den *funktionella diagnosen*, som även den är deskriptiv, utgår implicit från familjens unika interaktionsmönster. Skillnaden ligger i att det är de terapeutiska interventionerna som kategoriserar vid funktionell diagnos och inte den enskilde terapeuten (Schjødt & Egeland, 1994). *Familjetypologin* är en metod som delar in familjer efter gemensamma kännetecken och deras speciella karaktär. Dessa familjetyper får arbetsnamn som schizogena familjer eller alkoholfamiljer allt efter sin gemensamma nämnare. En undergrupp till familjetypologin är de som diagnostiserar utifrån en eller flera dimensioner vilket anses ge större nyansering (ibid.).

Familjetypologin handlar om att diagnostisera utifrån olika teoretiska synvinklar varav Hansson (1989) kategoriserar fyra diagnostiska modeller; individuell somatologi, grupperad individuell psykopatologi, systembeskrivning genom en dimension och systembeskrivning genom flera dimensioner. Den *individuella somatologin* och den *grupperade individuella psykopatologin* är snarlika då det är diagnosen hos en familjemedlem som ligger till grund för indelningen. Exempel på indelning kan vara astmafamilj i den förstnämnda och

psykosomatisk familj i den sistnämnda och där nyss nämnda kategori är ett samlingsnamn av en grupp individuella diagnoser. I de övriga två, *Systembeskrivning genom en eller flera dimensioner*, är utgångspunkten familjen och kategoriseringen görs utifrån en eller flera dimensioner i syfte att utreda familjens interaktionsproblem. Valet av undersökande dimension ligger i familjens problematik och utifrån vilka modeller som ligger till grund för interventionen. Det finns ett flertal instrument som mäter dimensioner och val av metod blir således interventionsadekvat (ibid.).

### **3.4.1 Systembeskrivning genom dimensioner**

Familjebeskrivning genom dimensioner har som syfte att åskådliggöra olika aspekter vid familjediagnostisering då familjen ses som en komplex enhet med många interaktionsmönster. Dimensionerna i sig är de variabler som tydliggör dessa interaktionsmönster. Instrumentet Familjeklimat mäter fyra dimensioner, Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos.

Minuchin (1999a) använder sig av en dimension där han placerar alla familjer längs ett kontinuum vars poler är Insnärjdhet (diffusa gränser) och Frikoppling (rigida gränser). Insnärjdhet står för att familjen är inåtvänd och har en intensiv intern kommunikation samt hög omsorg mellan familjemedlemmarna. Det innebär att uppdelningen i familjesystemet löses upp och gränser i deras subgrupper suddas ut. Systemet kan vid stress överbelastas då de saknar resurser att anpassa och förändra sig. Frikoppling är dess motsats där individernas gränser är allt för rigida vilket gör att kommunikation mellan familjemedlemmarna är problematisk och ibland även obefintlig. Det saknas stabilitet och subsystemen är ständigt föränderliga. När subsystemen inte kommunicerar får familjen en ökad belastning när svårigheter möts och de har svårt att hitta nya sätt att fungera på (ibid.).

En modell som använder sig av två dimensioner är Beavers-Timberlawn familjemodell där den ena dimensionen mäter anpassning och den andra mäter struktur, vilka han benämner Familjekompetens och Familjestil. Modellen grundar sig på Helm Stierlins koncept om Centripetala och Centrifugala interaktionsmönster. Centripetala familjer har hög sammanhållning, väldigt lite konflikt samt väldigt få kontakter med omgivningen. Ingen av familjemedlemmarna har någon uttalad makt och de har svårt att lösa problem vilket gör att situationen blir kaotisk. Den Centrifugala familjen har låg sammanhållning och saknar förmågan till känslighet och värme. Deras kommunikationsmönster är inadekvat och

konfliktnivån är hög och dessa mönster återfinns ofta i familjer där det förekommer missbruk, barnmisshandel eller sexuella avvikelser (Hansson, 1989).

Den circumplexa modellen har skapats av Olson m.fl. (Hansson, 1989) och är en tredimensionell sammansättning av olika familjeterapeutiska modeller. Modellen grundade sig först på dimensionerna Sammanhållning och Anpassbarhet men i ett senare skede lades dimensionen Kommunikation till. Modellen är cirkulär och utifrån dimensionerna har han framdeducerat 16 olika familjetyper och använder sig av fyra mätområden i sin beskrivning; rigida, strukturerade, flexibla och kaotiska familjesystem. De funktionella familjerna hamnar kring cirkelns mitt och desto längre ut i modellen familjen befinner sig desto större är risken att utveckla ett dysfunktionellt mönster (ibid.).

### **3.5 Våra definitioner**

Då ett par av de begrepp vi använder oss av i vår studie är allmängiltiga, men med olika betydelser i skilda kontexter, preciserar vi här nedan vilka definitioner vi utgår från.

Vi har utgått från Minuchin m.fl. (1999b) och Goldbergs (2000) definitioner på familjen. Dessa beskriver familjen utifrån biologiska, juridiska eller känslomässiga band i vilka det finns interaktionsmönster mellan gruppens medlemmar. Att vi ansett deras definitioner lämpliga beror på att vi i vårt material kan skönja familjesammansättningar i olika konstellationer samt att de alla sökt hjälp som familjer. Definitionen vi har valt att använda i detta arbete kan sammanfattas som ” en familj inbegriper vuxna och barn som lever tillsammans på hel- eller deltid men även sammanlevande vuxna i ett äktenskapsliknande förhållande”.

I vår studie använder vi oss vid kategorisering företrädevis av begreppen klinisk och icke-klinisk familj i stället för funktionell och dysfunktionell familj. Benämningen klinisk är en term som härrör från sjukvården och enligt Medicinska ord (Lundh & Malmquist, 2001) är det vad som hör till sjukvården eller avser sjukvårdande insatser samt aktiviteter som ger service till sådan verksamhet. Vi har valt den kliniska definitionen med tillägget att det även inbegriper insatser via socialtjänsten. Således är vår definition av klinisk familj; ”En familj där en eller flera familjemedlemmar är eller har varit inbegripna i återkommande insats inom sjukvården eller socialtjänstens verksamhet”. Den icke-kliniska familjen har således inte tagit

del av insatser från sjukvården eller socialtjänsten och denna grupp benämns även normalfamilj.

### **3.6 Sammanfattningsvis**

Familjen är en grupp sammanlevande människor med känslomässiga band vilka sinsemellan har skapat interaktionsmönster (Minuchin, 1999b). I ett systemteoretiskt perspektiv (Schjødt & Egeland, 1994) definieras en grupp genom sina gränser vilka kan vara av olika karaktär. Inom familjeterapin används gruppens interaktionsmönster och gränser som parametrar vid utredandet av en familjs funktion. För att en familj ska kunna anses vara funktionell bör den besitta en bred uppsättning av föränderliga handlingsmönster (Cederblad & Hansson, 1989; Runfors & Wrangsjö, 2000; Hansson, 1989) medan den dysfunktionella familjen saknar förmågan att agera utifrån sina inneboende resurser (Lundsbye m.fl., 2000). När en familjs problembild ska utredas finns det olika tillvägagångssätt så som samtal, observation och genom skattningsmetoder. Staten uppmanar socialarbetare att använda sig av standardiserade metoder vilket inte har fått så stor genomslagskraft ute på fältet där det tvistas om vilken metod som anses lämpligast. Vissa förespråkar samtal och observation där bedömningen görs utifrån erfarenhet (Sandell, 2005) medan andra menar att användandet av skattningsmetoder är ett användbart komplement då de besitter en objektiv förmåga att definiera problembilden (Gambrill & Shlonsky, 2000). Inom familjeterapin finns det olika tillvägagångssätt för att ställa diagnos på familjens problem; klinisk diagnostik, funktionell diagnostik eller familjetypologi där den sistnämnda omfattar systembeskrivning genom dimensioner (Schjødt & Egeland, 1994).

## **4 Resultatdel**

### **4.1 Beskrivning av Familjeklimat**

Familjeklimat (Hansson, 1989) är ett familjediagnostiskt självskattningsinstrument bestående av 85 adjektiv (Bilaga 1). Instrumentet har inte utvecklats utifrån specifik teori utan är konstruerat på empirisk grund utifrån vanligt förekommande beskrivningar om familjers klimat. Familjeklimat omfattade ursprungligen betydligt fler adjektiv men på grundval av att respondenterna mest frekvent använde sig av vissa ord reviderades formuläret till att omfatta de nuvarande 85 adjektiven (Hansson, 1989). Genom faktoranalys har adjektiven sedermera homogeniserats till fyra av varandra oberoende faktorer; Närhet, Distans, Spontanitet och

Kaos (Bilaga 2). Vid användandet av formuläret markerar var enskild familjemedlem över 11 år (Hansson & Sundelin, 1995) minst 15 ord som bäst kan beskriva den egna upplevelsen av familjen. Principen är att desto fler ord som skattats i respektive grupp ger högre värden på tillhörande faktor (Hansson, 1989). I likhet med Familjeklimat finns det även en adjektivlista för Gruppklimat (Olsson m.fl., 1995) som mäter klimatet inom exempelvis en arbetsgrupp. Vad gäller Familjeklimat anses test-retest reliabiliteten god (3 veckor,  $r = 0,95$  och 5 månader,  $r = 0,89$ ) och korrelationen med andra jämförbara instrument är tillfredställande (Hansson, 1989).

#### Faktor I, Närhet

Närhet representeras av 18 adjektiv och tycks beskriva ett positivt klimat med värme, trygghet och harmoni. Faktorn tycks beskriva en fungerande familj som känner närhet till varandra.

#### Faktor II, Distans

Denna faktor representeras av 11 adjektiv som tycks skildrar en negativ anda med kyla och avståndstagande mellan familjemedlemmarna.

#### Faktor III, Spontanitet

Spontanitet utgörs av 6 adjektiv som tycks beskriva familjens känslomässiga uttrycksfullhet i både positiva och mindre positiva termer så som livligt/vilt och spontant/explosivt.

#### Faktor IV, Kaos

Denna faktor består av 6 adjektiv som alla relaterar till kaotiska tillstånd så som förvirring, instabilitet och oroligt

## **4.2 Resultatsammanställning**

### **4.2.1 Om våra undersökningsgrupper**

Uppsatsen omfattar 20 studier som använt sig av formuläret Familjeklimat och grupperna som inkluderats är både icke-kliniska och kliniska i sin karaktär (se Appendix I för detaljerad beskrivning). Åldern på respondenterna är varierande från 11 år och uppåt och i de fall den identifierade patienten (IP) har varit yngre än 11 år är det bara föräldrarna och eventuellt äldre syskon som fyllt i instrumentet. Familjeklimat har använts till olika syften i de olika grupperna. De Icke-kliniska har valts i syfte att användas som jämförelsegrupp eller för att utröna hur Familjeklimat skattas av en normalpopulation medan de kliniska grupperna har varit inbegripna i olika interventioner eller undersökningar inom socialtjänsten, psykiatrin eller den somatiska vården. Dessa tre grupperingar (tabell 2) används av oss både vid

resultatsammanställning och analys. I den kliniska gruppen används instrumentet både för att utreda ett befintligt klimat men även för att se om det sker några förändringar hos familjen vid intervention. Undersökningarna vi använt oss av håller god validitet då de besvarat sina frågeställningar eller uppfyllt syftet med undersökningen. Tillvägagångssättet för respektive undersökning får anses ha god reliabilitet då undersökningarna är reproducerbara.

Vad gäller undersökningarnas externa bortfall, dvs. de som exkluderades från respektive studie vid urvalet, var de mest förekommande orsakerna att de inte uppfyllde behandlingskravet eller att de inte hade tillräckliga kunskaper i det svenska språket. En annan förekommande orsak var att de tillfrågade avböjde medverkan i studien.

**Tabell 2.** Översikt av grupperna i förhållande till huvudman.

Icke-kliniska grupper	Ref.	Psykiatrisk sjukvård	Ref.	Somatisk sjukvård	Ref.	Socialtjänst	Ref.
Barnomsorgspersonal	1	Anorexia	4	Barnastma	13	Anhörig till alkoholist	17
Högstadiееlever	2	BUP-Avdelning A	5	Diabetes O-grupp	14	Familjerådgivning	18
Mor (4 år)	3	BUP-Avdelning C	6	Diabetes P-grupp	14	Familjerådgivning Halmstad	19
Normalfamilj	1	BUP-Familjehuset	7	Kolik	3	Familjerådgivning Multistudie	18
Värnpliktiga	1	BUP-Familjer	1	Oral galvanism	15	HVB	20
		BUP-Helsingborg	8	TGA	16	Missbrukare	1
		BUP-Multistudie	9			Snabba insatser	6
		BUP-UK	1				
		BUP-Öppenvård	10				
		IFTU	11				
		SUFSA	12				

<sup>1</sup> Hansson (1989), <sup>2</sup> Nilsson m.fl. (1994), <sup>3</sup> Canivet m.fl. (2000), <sup>4</sup> Wallin (2000), <sup>5</sup> Ahl m.fl. (1994), <sup>6</sup> Abrahamson m.fl. (1993), <sup>7</sup> Olsson (2003), <sup>8</sup> Abramson (1996), <sup>9</sup> Botella m.fl. (1999), <sup>10</sup> Botella m.fl. (1996), <sup>11</sup> Sundelin (1999), <sup>12</sup> Schönebeck (2000), <sup>13</sup> Reichenberg (2001), <sup>14</sup> Hansson m.fl. (1994), <sup>15</sup> Löfman & Klevnäs-Linden (1991), <sup>16</sup> Aldén m.fl. (1998), <sup>17</sup> Arberg-Örbeck (1995), <sup>18</sup> Lundblad (2005), <sup>19</sup> Gustafsson & Nyqvist (1991), <sup>20</sup> Kyle Westermark & Sallnäs (2004)

#### 4.2.2 Icke-kliniska och Kliniska grupper

De icke-kliniska grupperna (tabell 3) kan ses som representativa för en normalpopulation då de innehåller en blandad sammansättning av individer i olika livsskeden. Dessa grupper har beskrivit sin nuvarande familj vilket kan, beroende på ålder och familjesituation, vara antingen uppväxtfamiljen eller en ny, nuvarande familj. Den kliniska gruppen (tabell 3) består av familjegrupper från olika huvudmän och samtliga har skattat sin nuvarande familj.

I Icke-kliniska total är det enbart Högstadiееlever total av de olika högstadiegrupperna som har använts. I de sammanslagningar av grupper som benämns som total i tabell 3, är det endast de grupper som presenterat standardavvikelse som är med i beräkningen. Tillika har vi inte tagit med Närhetsvärdet på Barnastma då siffran är felaktig (se fotnot i tabell 3)

**Tabell 3. Medelvärden och standardavvikelser av Icke-kliniska & Kliniska grupper.**

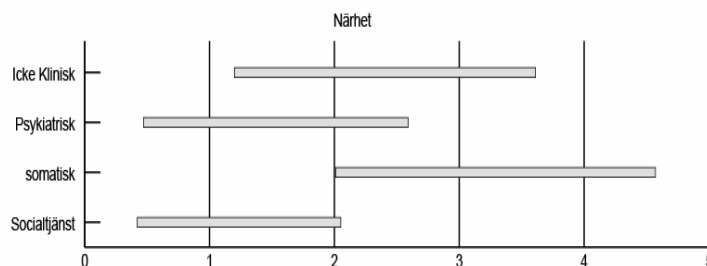
Icke-kliniska grupper & Kliniska Familjer		Närhet		Distans		Spontanitet		Kaos		Ref.
n		m	(std)	m	(std)	m	(std)	m	(std)	
<b>Icke-kliniska grupper</b>										
Värnpliktiga	378	2,40	(0,69)	0,20	(0,25)	0,50	(0,31)	0,20	(0,19)	1
Barnomsorgspersonal	260	2,00	(0,63)	0,30	(0,23)	1,10	(0,76)	0,20	(0,21)	1
Mor (4 år)	102	2,24	(0,61)	0,18	(0,29)	1,31	(0,91)	0,15	(0,49)	2
Högstadieläver, ♀ Åk 7	50	2,41	(0,73)	0,27	(0,37)	0,98	(1,20)	0,27	(0,67)	3
Högstadieläver, ♀ Åk 8	53	2,20	(0,94)	0,28	(0,44)	1,02	(0,95)	0,54	(0,90)	3
Högstadieläver, ♀ Åk 9	57	2,00	(0,86)	0,35	(0,49)	0,96	(0,77)	0,36	(0,70)	3
Högstadieläver, ♂ Åk 7	48	2,00	(0,84)	0,50	(0,44)	0,75	(0,84)	0,40	(0,70)	3
Högstadieläver, ♂ Åk 8	52	1,20	(0,80)	0,40	(0,40)	1,07	(1,01)	0,39	(0,67)	3
Högstadieläver, ♂ Åk 9	53	2,01	(0,97)	0,40	(0,48)	0,90	(1,06)	0,40	(0,89)	3
Högstadieläver, Total	313	2,11	(0,86)	0,37	(0,43)	0,95	(0,98)	0,39	(0,76)	3
Normalfamilj	20	2,23	(0,82)	0,23	(0,38)	1,22	(0,83)	0,13	(0,26)	1
<b>Icke-klinisk total</b>	<b>1073</b>	<b>2,20</b>	<b>(0,72)</b>	<b>0,27</b>	<b>(0,30)</b>	<b>0,87</b>	<b>(0,68)</b>	<b>0,25</b>	<b>(0,39)</b>	
<b>Psykiatrisk sjukvård</b>										
BUP-Multistudie	173	1,40	(0,90)	0,40	(0,50)	1,30	(1,00)	1,00	(1,30)	4
BUP-Öppenvård	171	1,30	(0,87)	0,40	(0,53)	1,30	(0,98)	1,00	(1,24)	5
BUP-Familjehuset	134	1,25	(0,92)	0,61	(0,66)	1,36	(1,74)	1,24	(1,31)	6
BUP-UK	33	0,47	(0,88)	0,58	(0,78)	0,82	(0,97)	1,28	(1,62)	1
BUP-Avdelning C	29	1,11	(1,00)	0,86	(0,70)	1,34	(0,80)	1,48	(1,30)	7
BUP-Familjer	13	2,12	(1,05)	0,09	(0,18)	0,85	(1,16)	0,84	(1,19)	1
SUFSA	611	1,00		0,70		0,70		1,19		8
BUP-Helsingborg	96	1,20		0,80		1,00		1,50		9
Anorexia (Tillfrisknad)	46	1,96		0,23		0,55		0,70		10
Anorexia (Fortsatt sjuk)	25	2,04		0,27		0,76		0,58		10
<b>Psykiatri total</b>	<b>553</b>	<b>1,28</b>	<b>(0,90)</b>	<b>0,48</b>	<b>(0,57)</b>	<b>1,28</b>	<b>(1,16)</b>	<b>1,10</b>	<b>(1,30)</b>	
<b>Somatisk sjukvård</b>										
Barnastma	61	7,00 <sup>1</sup>	(4,20)	1,00	(1,40)	1,60	(0,90)	0,70	(1,00)	11
TGA	57	2,09	(0,99)	0,23	(0,47)	0,24	(1,06)	0,41	(0,90)	12
Diabetes P-grupp (Svårinställd)	21	2,01	(0,99)	0,26	(0,52)	1,19	(1,62)	0,56	(1,19)	13
Diabetes O-grupp (Vålinställd)	24	2,56	(0,72)	0,09	(0,16)	0,76	(0,83)	0,21	(0,73)	13
Oral galvanism	16	2,27	(0,91)	0,06	(0,18)	0,55	(0,66)	0,31	(0,84)	14
<b>Somatik total</b>	<b>179 (118)</b>	<b>2,20</b>	<b>(0,92)</b>	<b>0,46</b>	<b>(0,73)</b>	<b>0,91</b>	<b>(1,00)</b>	<b>0,49</b>	<b>(0,94)</b>	
<b>Socialtjänsten</b>										
Snabba insatser	37	1,63	(0,90)	0,58	(0,70)	0,92	(0,80)	0,64	(0,70)	7
Anhörig till alkoholist	23	1,35	(1,17)	0,73	(0,36)	0,85	(0,81)	1,22	(1,34)	15
Missbrukare	13	0,45	(0,55)	1,44	(0,83)	1,01	(0,85)	1,78	(1,77)	1
Familjerådgivning Halmstad	58	0,42		1,20		0,89		2,31		16
HVB	17	1,30		0,50		1,40		1,10		17
<b>Socialtjänsten total</b>	<b>73</b>	<b>1,33</b>	<b>(0,92)</b>	<b>0,78</b>	<b>(0,62)</b>	<b>0,91</b>	<b>(0,81)</b>	<b>1,03</b>	<b>(1,09)</b>	

<sup>1</sup> Hansson (1989), <sup>2</sup> Canivet m.fl. (2000), <sup>3</sup> Nilsson m.fl. (1994), <sup>4</sup> Botella m.fl. (1999), <sup>5</sup> Botella m.fl. (1996), <sup>6</sup> Olsson (2003), <sup>7</sup> Abrahamson m.fl. (1993), <sup>8</sup> Schönebeck (2000), <sup>9</sup> Abramson (1996), <sup>10</sup> Wallin (2000), <sup>11</sup> Reichenberg (2001), <sup>12</sup> Aldén m.fl. (1998), <sup>13</sup> Hansson et al (1994), <sup>14</sup> Löfman & Klevnäs-Linden (1991), <sup>15</sup> Åberg-Örbeck (1995), <sup>16</sup> Gustafsson & Nyqvist (1991), <sup>17</sup> Kyle Westermark & Sallnäs (2004)

Den icke-kliniska gruppen har en homogen kurva med hög Närhet och låg Distans och Kaos medan Spontanitet befinner sig på ett värde mellan högt och lågt. Den kliniska gruppen ger en relativt homogen bild med en generell svarsprofil av lågt skattad Närhet, hög Distans och Kaos samt att Spontanitet befinner sig på ett värde mellan högt och lågt. Det återfinns dock variationer inom den kliniska gruppen som påvisar en spridning av svarsprofiler.

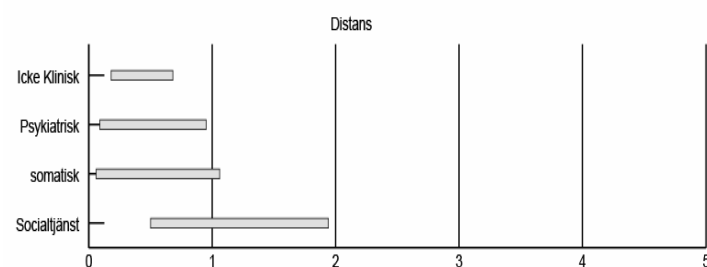
<sup>1</sup> Siffran 7,00 är ett feltryck i avhandlingen då rangen på Närhet är 0-5,67. Därav använder vi oss inte av detta Närhetsvärde i vår undersökning eller i våra beräkningar.

I Närhet (figur 2) har den icke-kliniska gruppen en range på 1,20–2,41 medan den psykiatriska gruppen skattar mellan 0,47-2,12. Den somatiska gruppen skattar mellan 2,01-2,56 och socialtjänst har sina skattningar mellan 0,42-1,63.



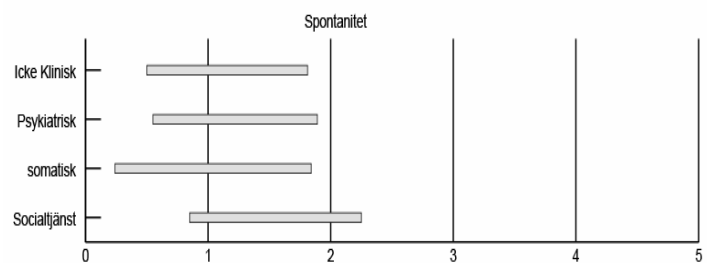
Figur 2. Total range utifrån tabell 3

Distans (figur 3) skattas av den icke-kliniska gruppen mellan 0,18–0,50 och psykiatrigruppen mellan 0,09-0,86. Den somatiska gruppen har en range mellan 0,06-1,00. Socialtjänstgruppen har sina skattningar mellan 0,50-1,44.



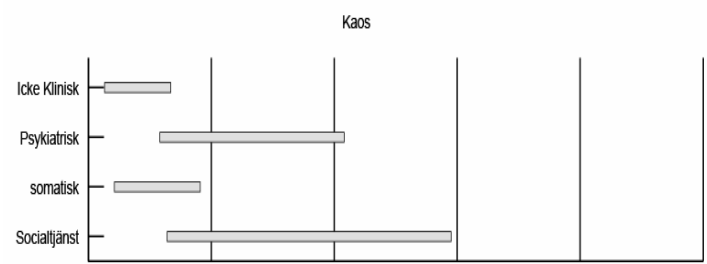
Figur 3. Total range utifrån tabell 3

Den icke-kliniska gruppen skattar Spontanitet (figur 4) mellan 0,50–1,31 och gruppen från psykiatrin skattar mellan 0,55-1,34. Den somatiska gruppen skattar 0,24-1,60 och gruppen från socialtjänsten mellan 0,85-1,40.



Figur 4. Total range utifrån tabell 3

Kaos (figur 5) skattas av den icke-kliniska gruppen mellan 0,13–0,54 medan gruppen från psykiatrin har skattade värden mellan 0,58-1,50. Den somatiska gruppen har värden mellan 0,21-0,70 och socialtjänst har sina skattningar mellan 0,64-2,31.



Figur 5. Total range utifrån tabell 3



Det framkommer tydliga skillnader mellan de olika grupperna och för att se om skillnaderna är signifikanta har vi gjort en oberoende t-test (tabell 4) mellan de fyra olika grupperingarna från tabell 3, dvs. Icke-klinisk total, Psykiatri total, Somatik total och Socialtjänsten total.

**Tabell 4. Oberoende t-test på totalgrupper**

Oberoende t-test av olika totalgrupper från tabell 3	n	t-värde	p-värde
<b>Närhet</b>			
Icke-klinisk v. Psykiatrisk grupp	1073 / 553	22,36	***
Icke-klinisk v. Somatisk grupp	1073 / 118	0	n.s
Icke-klinisk v. Socialtjänsten	1073 / 73	9,80	***
Psykiatrisk v Socialtjänst	553 / 73	0,44	n.s
Somatisk v Socialtjänst	118 / 73	6,35	***
Psykiatrisk v. Somatisk	553 / 118	10,04	***
<b>Distans</b>			
Icke-klinisk v. Psykiatrisk grupp	1073 / 553	9,73	***
Icke-klinisk v. Somatisk grupp	1073 / 179	6,01	***
Icke-klinisk v. Socialtjänsten	1073 / 73	12,80	***
Psykiatrisk v Socialtjänst	553 / 73	4,18	***
Somatisk v Socialtjänst	179 / 73	3,29	***
Psykiatrisk v. Somatisk	553 / 179	0,38	n.s
<b>Spontanitet</b>			
Icke-klinisk v. Psykiatrisk grupp	1073 / 553	8,97	***
Icke-klinisk v. Somatisk grupp	1073 / 179	0,67	n.s
Icke-klinisk v. Socialtjänsten	1073 / 73	0,48	n.s
Psykiatrisk v Socialtjänst	553 / 73	2,64	**
Somatisk v Socialtjänst	179 / 73	0,13	n.s
Psykiatrisk v. Somatisk	553 / 179	3,83	***
<b>Kaos</b>			
Icke-klinisk v. Psykiatrisk grupp	1073 / 553	19,77	***
Icke-klinisk v. Somatisk grupp	1073 / 179	5,87	***
Icke-klinisk v. Socialtjänsten	1073 / 73	13,83	***
Psykiatrisk v Socialtjänst	553 / 73	0,44	n.s
Somatisk v Socialtjänst	179 / 73	3,95	***
Psykiatrisk v. Somatisk	553 / 179	5,80	***

\* = p < 0,05 \*\* = p < 0,01 \*\*\* = p < 0,001 ns = Non Signifikans

Det som framkommer i faktorn Närhet (tabell 3 & 4) är att den icke-kliniska och somatiska gruppen skattar signifikant högre än både gruppen från psykiatrin och socialtjänsten.

Vad gäller faktorn Distans (tabell 3 & 4) skattar den icke-kliniska gruppen signifikant lägre än de kliniska grupperna. Vid jämförelse inom den kliniska gruppen är det socialtjänsten som urskiljer sig genom att skatta signifikant högre än den psykiatriska och somatiska gruppen.

När det gäller Spontanitet (tabell 3 & 4) är det endast gruppen från psykiatrin som urskiljer sig då gruppen skattar signifikant högre än övriga grupper som alla har likvärdiga skattningar.

I faktorn Kaos (tabell 3 & 4) skattar den icke-kliniska gruppen signifikant lägre än de kliniska grupperna. Vid jämförelse inom den kliniska gruppen skattar den somatiska gruppen lägre än de övriga två som har likvärdiga skattningar.

### 4.2.3 Subgrupper

Den kliniska gruppen omfattar subgrupper som här utgörs av kvinnor, män och barn där barngruppen i sin tur, i vissa fall, inkluderar grupperingar av identifierad patient (IP) och syskon. I vissa fall är kvinnorna och männen i studien representerade i egenskap av förälder och i dessa fall har det markerats i tabellen med #.

**Tabell 5.** Medelvärden och standardavvikelser på kvinnor från de Kliniska grupperna.

Kliniska grupper, Kvinnor (# = Mor)	n	Närhet		Distans		Spontanitet		Kaos		Ref.
		m	(std)	m	(std)	m	(std)	m	(std)	
Familjerådgivning Multistudie	295	0,73	(0,73)	0,93	(0,76)	-	-	1,51	(1,28)	1
BUP-Öppenvård#	156	1,40	(0,88)	0,40	(0,53)	1,30	(0,98)	0,90	(1,16)	2
Familjerådgivning#	148	0,70	(0,74)	0,90	(0,76)	-	-	1,40	(1,27)	1
IFTU#	84	1,06	(0,93)	0,84	(0,69)	-	-	1,74	(1,33)	3
Kolik#	50	2,26	(0,69)	0,19	(0,27)	1,47	(0,97)	0,14	(0,40)	4
Anorexia#	48	1,70	(0,83)	0,32	(0,41)	0,73	(0,80)	0,78	(1,16)	5
Diabetes#	38	3,22	(2,54)	0,75	(1,23)	-	-	1,00	(1,33)	3
BUP-Avdelning A#	23	1,20	(0,90)	0,70	(0,70)	1,00	(0,90)	1,30	(1,30)	6
Snabba insatser#	14	1,62	(0,80)	0,53	(0,50)	1,05	(0,50)	0,86	(0,80)	7
BUP-Avdelning C#	11	0,99	(0,90)	0,86	(0,60)	1,34	(0,90)	1,72	(1,30)	7
<b>Kvinnor total</b>	<b>867/302</b>	<b>1,16</b>	<b>(0,87)</b>	<b>0,72</b>	<b>(0,68)</b>	<b>1,20</b>	<b>(0,92)</b>	<b>1,25</b>	<b>(1,20)</b>	

<sup>1</sup> Lundblad (2005), <sup>2</sup> Botella m.fl. (1996), <sup>3</sup> Sundelin (1999), <sup>4</sup> Canivet m.fl. (2000), <sup>5</sup> Wallin (2000), <sup>6</sup> Ahl m.fl. (1994),

<sup>7</sup> Abrahamsen m.fl. (1993)

Kvinnorna (tabell 5) skattar Närhet mellan 0,70-3,22 och Distans mellan 0,19-0,93. Spontanitet skattas mellan 0,71-1,47 medan Kaos har sina skattningar mellan 0,14-1,74.

De kliniska kvinnornas generella profil (tabell 5) påvisar i likhet med den kliniska gruppen ett lågt värde på Närhet och ett högt på Distans och Kaos alltmedan Spontanitet varken är högt eller lågt.

Skattningarna av Närhet ligger generellt lågt förutom hos de två somatiska grupperna, Diabetes och Kolik som skattar högt likt en icke-klinisk grupp. Distans skattas generellt högt och de låga skattningar som framkommer återfinns hos Kolik och Anorexia. Vad gäller Spontanitet är det flera undersökningar som inte använt sig av faktorn i sina studier, men de gånger faktorn använts pekar det på relativt homogena skattningar förutom hos Kolik som skattar högre än de övriga. I faktorn Kaos påvisas generellt ett högt värde med ett särdeles

högt värde hos IFTU. Gruppen Kolik påvisar dock ett väldigt lågt värde i likhet med en icke-klinisk grupp (tabell 5).

**Tabell 6.** Medelvärden och standardavvikelser på män från de Kliniska grupperna.

Kliniska grupper Män (# = Far)	n	Närhet		Distans		Spontanitet		Kaos		Ref.
		m	(std)	m	(std)	m	(std)	m	(std)	
Familjerådgivning Multistudie	291	0,82	(0,80)	0,84	(0,76)	-	-	1,45	(1,23)	1
Familjerådgivning <sup>#</sup>	146	0,90	(0,82)	0,80	(0,80)	-	-	1,30	(1,24)	1
BUP-Öppenvård <sup>#</sup>	64	1,30	(0,85)	0,50	(0,55)	1,20	(0,90)	1,20	(1,40)	2
Anorexia <sup>#</sup>	43	2,00	(0,82)	0,31	(0,43)	0,48	(0,60)	0,24	(0,59)	3
IFTU <sup>#</sup>	40	1,17	(0,89)	0,71	(0,54)	-	-	1,61	(1,33)	4
BUP-Avdelning A <sup>#</sup>	11	1,30	(1,10)	0,60	(0,70)	1,10	(0,70)	1,40	(1,70)	5
Snabba insatser <sup>#</sup>	10	1,75	(1,10)	0,74	(1,10)	0,83	(1,00)	0,39	(0,70)	6
BUP-Avdelning C <sup>#</sup>	7	0,95	(1,20)	0,93	(0,80)	1,20	(0,50)	1,73	(1,50)	6
<b>Män total</b>	<b>612/135</b>	<b>1,02</b>	<b>(0,83)</b>	<b>0,74</b>	<b>(0,71)</b>	<b>0,93</b>	<b>(0,77)</b>	<b>1,30</b>	<b>(1,21)</b>	

<sup>1</sup>Lundblad (2005), <sup>2</sup>Botella m.fl. (1996), <sup>3</sup>Wallin (2000), <sup>4</sup>Sundelin (1999), <sup>5</sup>Ahl m.fl. (1994), <sup>6</sup>Abrahamsen m.fl. (1993)

Närhet skattas mellan 0,82-1,92 och Distans ligger mellan 0,35-0,93. Spontanitet befinner sig mellan 0,45-1,20 medan Kaos skattar 0,36-1,73.

Profilen på männen (tabell 6) påvisar generellt en låg Närhet, hög Distans och Kaos samt ett neutralt värde på Spontanitet vilket är i överensstämmelse med en klinisk profil.

I faktorn Närhet utskiljer sig gruppen Anorexia genom att skatta väldigt högt likt en icke-klinisk grupp. Distans skattas väldigt högt av flera grupper medan Anorexiagruppen skattar lågt likt en icke-klinisk grupp. Spontaniteten har inte mätts i alla studier men i de fall den använts tydliggörs att det även här är Anorexiagruppen som skiljer sig genom att skatta mycket lägre än de övriga. Skattningarna av Kaos är generellt höga men särdeles högt hos BUP-Avdelning C och Anorexia utmärker sig med ett väldigt lågt skattningsvärde i faktorn.

**Tabell 7.** Medelvärden och standardavvikelser på barn från de Kliniska grupperna.

Klinisk, Barn	n	Närhet		Distans		Spontanitet		Kaos		Ref.
		m	(std)	M	(std)	m	(std)	m	(std)	
IFTU	47	1,34	(1,08)	0,68	(0,75)	-	-	1,29	(1,23)	1
Anorexia	46	1,90	(0,96)	0,26	(0,32)	0,63	(0,73)	0,70	(1,27)	2
Snabba insatser	13	1,55	(1,10)	0,51	(0,60)	0,83	(0,90)	0,59	(0,70)	3
BUP-Avdelning C	11	1,33	(1,00)	0,81	(0,90)	1,43	(1,00)	1,07	(1,20)	3
Anhörig till alkoholist	4	0,99	(0,71)	0,34	(0,49)	1,29	(1,04)	0,24	(0,47)	4
<b>Barn total</b>	<b>121/74</b>	<b>1,56</b>	<b>(1,02)</b>	<b>0,50</b>	<b>(0,57)</b>	<b>0,82</b>	<b>(0,82)</b>	<b>0,94</b>	<b>(1,16)</b>	

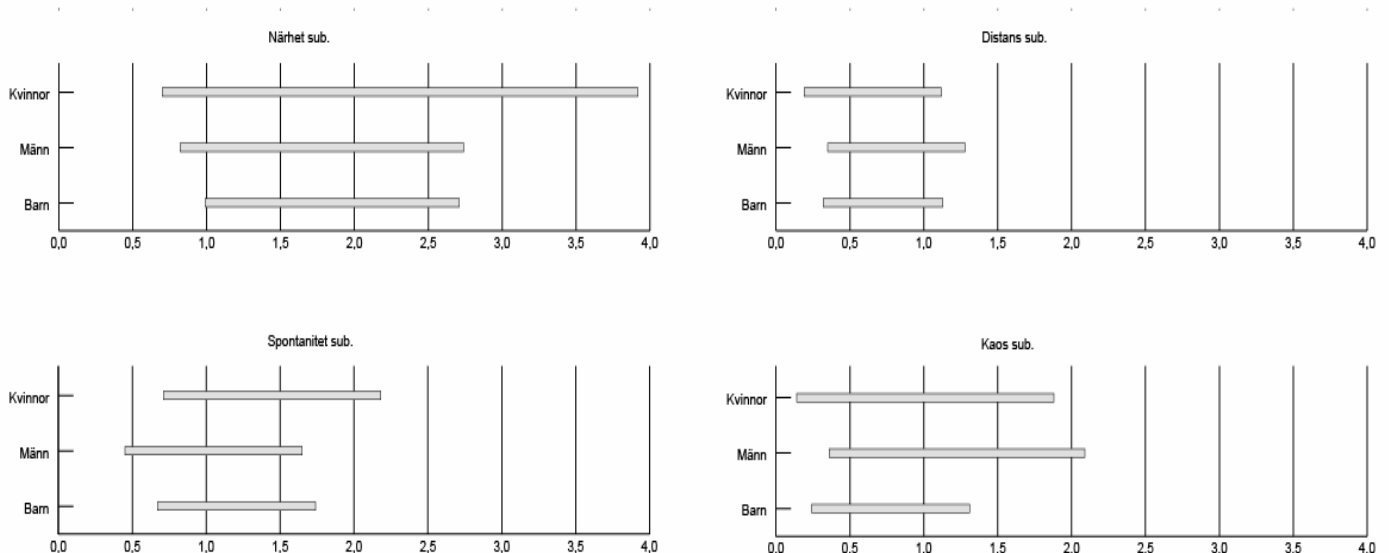
<sup>1</sup>Sundelin (1999), <sup>2</sup>Wallin (2000), <sup>3</sup>Abrahamsen m.fl. (1993), <sup>4</sup>Åberg-Örbeck (1995)

Barn skattar Närhet mellan 0,99-1,72 och de skattar Distans mellan 0,32-0,81. Värdena på Spontanitet återfinns mellan 0,67-1,07 medan Kaos har sina skattningar mellan 0,24-1,07.

Barnen (tabell 7) har relativt homogena skattningar med en generell klinisk profil med låg Närhet samt hög Distans och Kaos medan Spontanitet någonstans i mitten.

Närhet skattas lågt av alla subgrupper förutom gruppen Anorexia som skattar ett relativt högt värde. Vad gäller Distans är skattningarna generellt höga men även i denna faktor är det Anorexia som urskiljer sig genom att skatta ett motsatsvärde dvs. ett lågt värde likt en icke-klinisk grupp. Spontanitet har skattats i de flesta undersökningar och hos gruppen Anorexia finns ett lågt värde medan det högsta värdet återfinns hos BUP-Avdelning C. I faktorn Kaos återfinns generellt höga skattningar förutom hos Anhörig till Alkoholist.

Figur 6. Range hos subgrupper utifrån tabell 5, 6 & 7



Det framkommer vissa skillnader mellan de olika subgruppernas skattningar även om de alla är kliniska i sin svarsprofil. Det som framträder är att kvinnor har ett större spann på sina skattningar än vad både män och barn har. Männerna har i sin tur större spännvidd än barnen vilket gör barnen till den grupp som haft minst spännvidd på sina skattningar.

För att se om de skillnader som framkommer mellan subgrupperna är signifikanta eller endast slumpmässiga variationer, har vi gjort en oberoende t-test på subgruppernas totalvärden (tabell 8).

**Tabell 8.** Oberoende t-test av subgrupper

Oberoende t-test	N	t-värde	p-värde
<b>Närhet</b>			
Kvinna v. Man	867 / 612	3,10	**
Kvinna v. Barn	867 / 121	4,63	***
Man v. Barn	612 / 121	6,28	***
<b>Distans</b>			
Kvinna v. Man	867 / 612	0,55	n.s
Kvinna v. Barn	867 / 121	3,40	***
Man v. Barn	612 / 121	3,50	***
<b>Spontanitet</b>			
Kvinna v. Man	302 / 135	2,97	**
Kvinna v. Barn	302 / 74	3,25	**
Man v. Barn	135 / 74	0,96	n.s
<b>Kaos</b>			
Kvinna v. Man	867 / 612	0,79	n.s
Kvinna v. Barn	867 / 121	2,67	**
Man v. Barn	612 / 121	3,01	**

\* =  $p < 0,05$  \*\* =  $p < 0,01$  \*\*\* =  $p < 0,001$  ns = Non Signifikans

Det återfinns signifikanta skillnader i alla faktorer men inte mellan alla subgrupper (tabell 8). Mellan kvinnor och män återfinns signifikanta skillnader i dimensionerna Närhet och Spontanitet. Kvinnorna skattar högre Närhet och Spontanitet än männen medan övriga faktorer skattas lika (tabell 5, 6 & 8). Vad gäller skillnader mellan kvinnor och barns skattningar återfinns signifikant skillnad i alla faktorer. Barnen skattar Närhet signifikant högre än kvinnorna medan kvinnorna skattar signifikant högre i de övriga faktorerna (tabell 5, 7 & 8). Signifikanta skillnader mellan männen och barnens skattningar återfinns i alla faktorer förutom Spontanitet som skattas lika. Barnen skattar Närhet signifikant högre än männen medan Distans och Kaos skattas signifikant lägre (tabell 6, 7 & 8).

#### 4.2.4 Korrelationer

I det genomgångna materialet har det funnits sju olika korrelationer mellan Familjeklimat och andra skattningsinstrument varav en korrelering valdes bort av oss då det instrumentets validitet inte är säkerställd. De skattningsinstrument som tagits med är i likhet med Familjeklimat standardiserade i sitt användningssätt och instrumenten mäter antingen interaktionsmönster mellan familjemedlemmar eller funktionalitet på individnivå. Anledningen till att korrelationer gjorts med dessa instrument är att de generellt säger sig mäta variabler som är likvärdiga dem som Familjeklimat mäter. Instrumenten som används vid korreleringarna är valida vilket har fastställts av välkända forskare inom området (Achenbach, 1991; Cederblad & Hansson, 1989; Hansson & Cederblad, 1995; Hansson, 1989; Hansson m.fl., 1992). Tillika håller studierna som korrelationerna är presenterade i, god validitet och reliabilitet och flertalet av studierna är publicerade i vetenskapliga journaler.

**KASAM**, Känslan Av Sammanhang är ett självsvarsformulär som består av olika påståenden som mäter en persons livshållning utifrån begriplighet, hanterbarhet och förutsägbarhet. Detta instrument säger något om individens förmåga att hantera livet (Antonovsky, 1991).

**Tabell 9. Korrelation, Familjeklimat och KASAM**

Korrelation, Familjeklimat och KASAM n= 592	Närhet r	Distans r	Spontanitet r	Kaos r
KASAM	0,42***	-0,28***	-0,17***	-0,37***

Hansson & Cederblad (1995)

Vid regressionsanalys mellan Familjeklimat och KASAM (tabell 9) framkommer att speciellt Närhet och Kaos medverkade till regression i den bemärkelsen att hög Närhet och låg Kaos bidrar till ett högt KASAM och vice versa.

**FIS**, Familjen I Samhället är en svensk version av FES, Family Environment Scale (Moos & Moos) och det har sin grund i systemteorin. Instrumentet är ett självsvarsformulär som består av 90 påståenden i tio subskalor som mäter olika dimensioner av familjefunktionen (Hansson m.fl., 1992).

**Tabell 10. Korrelation, Familjeklimat och FiS**

Korrelation, Familjeklimat och FiS. n= 415	Närhet r	Distans r	Spontanitet r	Kaos r
Sammanhållning	0,61**	-0,60**	-0,15	-0,50**
Uttrycksfullhet	0,49**	-0,45**	0,08	-0,39**
Konflikt	-0,34**	0,16	0,39**	0,27**
Oberoende	0,06	-0,18	-0,01	-0,19
Prestation	-0,15	0,14	0,11	0,07
Intell. – kult. Intressen	0,08	-0,23*	0,04	-0,16
Rekreation	0,20*	-0,24*	0,03	-0,26**
Moral-Relig. Intressen	0,15	-0,08	-0,15	-0,05
Organisation	0,09	-0,07	-0,21*	-0,10
Kontroll	-0,22*	0,25*	0,08	0,19

\*p<0,05 \*\*p<0,01. Hansson m.fl. (1992)

FiS korrelerar positivt med Familjeklimat (tabell 10) då det finns en överensstämmelse mellan instrumentens dimensioner. Närhet korrelerar positivt med variabler som Sammanhållning, Uttrycksfullhet och Rekreation medan Distans samvarierar positivt med Kontroll. Spontanitet och Kaos korrelerar båda positivt med Konflikt. Det finns negativa samband då faktorerna har motsatt betydelse och i de fall instrumenten inte motsvarar varandra, exempelvis Intellectuella och Kulturella intressen samt Moraliska och Religiösa intressen återfinns ingen korrelation.

**FANS** är ett självsvarfsformulär som består av 46 påståenden som mäter familjefunktion genom faktorerna Attribution, Intressen, Isolering, Kaos och Insjärdhet (Cederblad & Höök, 1992). **HSCL 90** är en symtomlista som mäter den individuella psykopatologin då den innehåller psykiatriska symtom och upplevelser (Hansson, 1989).

**Tabell 11.** Korrelation, Familjeklimat och FANS, HSCL 90

Korrelation N=66	Familjeklimat			
	Närhet r	Distans r	Spontanitet r	Kaos r
<b>FANS</b> <sup>□</sup>	-0.60	0.51	0.01	0.44
<b>HSCL 90</b> <sup>□</sup>	-0.38	0.30	0.18	0.32

Hansson (1989) <sup>□</sup> Höga värden = dysfunktionalitet

Korrelationerna i tabell 11 är positiva då Närhet, Distans och Kaos korrelerar med FANS och HSCL 90. Det finns dock en starkare korrelation mellan Familjeklimat och FANS än det finns gentemot HSCL 90. Spontanitet har ingen samvariation med något av instrumenten.

**CBCL**, Child Behaviour Check List är ett observationsskattningsformulär uppdelat i två delar som besvarar frågor om barn och ungdomars kompetens samt förekomsten av olika problematiska symtom av både fysisk och psykisk karaktär. CBCL har även delskalorna Internalisering, Externalisering och Totalsymtombelastning (Achenbach, 1991). CBCL kan skattas både av personal och föräldrar och i nedanstående korrelation (tabell 12) har föräldrarna skattat sina barn.

**Tabell 12.** Korrelation, Familjeklimat och CBCL

Korrelation, Familjeklimat och CBCL n= 177 <sup>2</sup>	Närhet	Distans	Spontan.	Kaos
	r	r	r	r
<b>Kompetens</b>				
Aktivitet	-0,04	0,01	0,04	0,03
Social	-0,11	0,14	-0,01	0,05
Skola	0,02	0,08	0,03	-0,22 *
Total kompetens	-0,04	0,03	0,03	-0,06
<b>Problem</b>				
Tillbakadragenhet	-0,13	0,17	-0,04	0,22 *
Somatiska klagomål	-0,09	0,03	-0,02	0,12
Ängslan/Nedstämdhet	-0,14	0,19 *	-0,01	0,10
Sociala problem	-0,07	0,20 *	-0,04	0,18
Tankeproblem	-0,1	0,08	-0,04	0,28 **
Uppmärksamhetsproblem	-0,16	0,21 *	0,17	0,21 *
Brottsligt beteende	-0,19 *	0,24 *	0,10	0,22 *
Aggressivt beteende	-0,22 *	0,26 **	0,13	0,19 *
Internalisering	-0,16	0,21 *	-0,02	0,15
Externalisering	-0,23 *	0,27 **	0,13	0,22 *
Totala problem	-0,20 *	0,16	0,09	0,24 *

\*p< 0,05 \*\*< 0,01 Botella m.fl. (1996)

<sup>2</sup> Det totala antalet är som mest 177 men på grund av avsaknad av data på vissa frågor reduceras undersökningsgruppen. Dock understiger n aldrig 100.

CBCL har två delar samt tre delskalor. Delen som handlar om kompetens har ingen samvariation med Familjeklimat förutom Skola som korrelerar negativt med Kaos. De flesta korrelationer återfinns i problemdelen där flertal av CBCL's faktorer korrelerar positivt med Distans och Kaos, tillika återfinns ett par negativa korrelationer med Närhet. Vad gäller de olika delskalorna har Familjeklimat starkare korrelation med Externalisering och Totala problem även om det finns samvariation med Internalisering. Spontanitet har ingen samvariation med CBCL.

**Beavers-Timberlawn familjemodell** är ett tvådimensionellt observationsskattningsformulär som mäter Familjekompetens och Familjestil. Instrumentet är en skattningsskala med 13 respektive 12 delskalor som återfinns på två axlar. Instrumentet uppbringar nio olika familjemönster varav de centripetala och centrifugala familjerna befinner sig i skalans ytterpunkter (Hansson, 1989). I nedanstående korrelation har föräldrarna skattat sina barn.

**Tabell 13.** Korrelation, Familjeklimat och Beavers-Timberlawn

Korrelation mellan Familjeklimat och Beavers n= 10	Beavers			
	Familjekompetens <sup>a</sup>		Familjestil <sup>a</sup>	
	Intervju	Task	Intervju	Task
<b>Familjeklimat</b>				
Närhet	0.51	0.64	-0.43	-0.61
Distans	-0.42	-0.33	0.26	0.56
Spontanitet	0.03	-0.23	-0.09	0.03
Kaos	-0.54	-0.57	-0.02	0.56

Hansson (1989)

<sup>a</sup> Höga värden = dysfunktionalitet

I tabellen har beräkningarna gjorts efter det att Familjestil kodats så att de dysfunktionella ytterligheterna sammanslagits.

Både Familjekompetens och Familjestil korrelerar positivt med Familjeklimat (tabell 13) om än inte så konsistent. Familjekompetens korrelerar positivt med Närhet och negativt med Distans och Kaos både vad gäller Intervju och Task medan Spontanitet endast korrelerar negativt med Task. Familjestil har en negativ korrelation med Närhet och positivt med Kaos i både Intervju och Task. Det finns ingen samvariation vad gäller Spontanitet förutom en positiv korrelation med Task.

**CRS-Turbo** är ett observationsskattningsinstrument och har sin grund i Olssons circumplexa modell. Förutom Sammanhållning och Anpassbarhet finns en dimension om Hierarkisk organisation (Cederblad & Hansson, 1989). I nedanstående korrelation är skattningen gjord av föräldrarna.



**Tabell 14.** Korrelation, Familjeklimat och CRS-Turbo

Korrelation, Familjeklimat och CRS-Turbo N=10	CRS-Turbo					
	Anpassbarhet <sup>a</sup>		Sammanhållning <sup>a</sup>		Hierarki <sup>a</sup>	
	Intervju	Task	Intervju	Task	Intervju	Task
<b>Familjeklimat</b>						
Närhet	-0.57	-0.45	0.27	-0.51	-0.30	-0.18
Distans	0.39	-0.20	0.26	0.40	0.49	0.26
Spontanitet	-0.01	0.37	-0.09	-0.01	-0.29	-0.23
Kaos	0.53	0.45	-0.02	0.53	0.39	0.29

Hansson (1989)

<sup>a</sup> Höga värden = dysfunktionalitet

I tabellen har beräkningarna gjorts efter det att Familjestil kodats så att de dysfunktionella ytterligheterna sammanslagits

CRS-Turbo's (tabell 14) tre delskalor korrelerar med Familjeklimat på samtliga variabler men på lite olika sätt. Närhet korrelerar negativt med Anpassningsbarhet och negativt med Hierarki medan korrelationerna med Sammanhållning både är negativa och positiva. Distans korrelerar positivt med både Sammanhållning och Hierarki och både positivt och negativt med Anpassbarhet. Spontanitet korrelerar negativt med Hierarki och delvis positivt med Anpassbarhet. Kaos har positiva korrelationer med alla variabler om än inte lika enhetligt vad gäller Sammanhållning.

#### 4.2.5 Pre- och posttest

I 8 av de 20 undersökningarna har instrumentet Familjeklimat använts för att utvärdera effekten av genomförd intervention (tabell 15-18). Generellt är att familjerna har gjort sin första skattning under första veckan de varit aktuella för behandling och utskrivningsskattningen har skett under sista tiden av behandlingen eller strax efter det att den är avslutad. Uppföljningen har, i de fall tiden har presenterats, varierat mellan 6-månader och upp till 2 år. I två av undersökningarna, Familjerådgivning Halmstad samt BUP-Familjehuset har det inte gjorts någon oberoende t-test varav det inte går att säkerställa om de öknings eller minskningar som påvisas har signifikans. Vad gäller BUP-Familjehuset Mor har det dock gjorts en oberoende t-test i faktorn Kaos (tabell 18).

**Tabell 15. Närhet, Medelvärden och standardavvikelser vid pre- och post test**

Närhet - In-, utskrivning och uppföljning – Kliniska grupper	n	Inskrivning		Utskrivning		Uppföljning			Ref.	
		m	(std)	n	m	(std)	n	m		(std)
<b>Total</b>										
BUP-Multistudie	173	1,40	(0,90)		-		137	1,80	(0,8) ***	1
Diabetes P-grupp (Svårinställd)	18	1,57	(0,93)	18	2,11	(0,70) *		-		2
Diabetes O-grupp (Välinställd)	15	2,05	(0,89)	15	1,42	(0,91) **		-		2
BUP-Helsingborg	96	1,20		89	1,90	***	59	1,90	*	3
Familjerådgivning Halmstad	58	0,42		58	0,94			-		4
Anorexia, (Tillfrisknad)	46	1,96			-		46	1,90	ns	5
Anorexia, (Fortsatt sjuk)	25	2,04			-		25	1,70	ns	5
<b>Kvinna</b> (# = Mor)										
Familjerådgivning Multistudie	295	0,73	(0,73)	102	1,60	(1,00) ***	92	1,52	(0,98) ***	6
IFTU#	84	1,06	(0,93)		-		84	1,65	(1,03)***	7
BUP-Familjehuset#	47	1,10	(0,90)	17	1,60	(1,10)		-		8
<b>Man</b> (# = Far)										
Familjerådgivning Multistudie	291	0,82	(0,80)	98	1,52	(0,98) ***	92	1,50	(1,01) ***	6
IFTU#	40	1,17	(0,89)		-		40	1,49	(1,09) ns	7
BUP-Familjehuset#	30	1,10	(0,80)	8	1,40	(0,90)		-		8
<b>Barn</b> (# = Syskon)										
IFTU	47	1,34	(1,08)		-		47	1,94	(1,08) ***	7
BUP-Familjehuset (IP)	34	1,50	(1,00)	11	1,40	(1,10)		-		8
BUP-Familjehuset#	23	1,40	(1,00)	5	1,80	(0,60)		-		8

\* = p < 0,05 \*\* = p < 0,01 \*\*\* = p < 0,001 ns = Non Signifikans

<sup>1</sup> Botella m.fl. (1999) 1-års uppföljning, <sup>2</sup> Hansson m.fl. (1994), <sup>3</sup> Abramson (1996) 6-månaders uppföljning, <sup>4</sup> Gustafsson & Nyqvist (1991), <sup>5</sup> Wallin (2000) 2-års uppföljning, <sup>6</sup> Lundblad (2005) 2-års uppföljning, <sup>7</sup> Sundelin (1999) 6-månaders uppföljning, <sup>8</sup> Olsson (2003)

I elva av sexton grupper (tabell 15) har det gjorts oberoende t-test på skattningarna före och efter insatsen och det finns en signifikant ökning av Närhet i sju av de elva grupperna. Tre grupper påvisar ingen skillnad medan en grupp, Diabetes O-gruppen påvisar en signifikant minskning av skattningsvärdet.

**Tabell 16. Distans, Medelvärden och standardavvikelser vid pre- och post test**

Distans, Resultat in-, utskrivning och uppföljning	n	Inskrivning		Utskrivning		Uppföljning			Ref.	
		m	(std)	n	m	(std)	n	m		(std)
<b>Total</b>										
BUP-Multistudie	173	0,40	(0,50)		-		137	0,30	(0,40) *	1
Diabetes P-grupp (Svårinställd)	18	0,34	(0,62)	18	0,12	(0,20) ns		-		2
Diabetes O-grupp (Välinställd)	15	0,30	(0,48)	15	0,45	(0,54) ns		-		2
BUP-Helsingborg	96	0,80		89	0,30	***	59	0,40	*	3
Familjerådgivning Halmstad	58	1,20		58	0,59			-		4
Anorexia (Tillfrisknad)	46	0,23			-		46	0,25	ns	5
Anorexia (Fortsatt sjuk)	25	0,27			-		25	0,31	ns	5
<b>Kvinna</b> (# = Mor)										
Familjerådgivning Multistudie	295	0,93	(0,76)	102	0,51	(0,72) ***	92	0,52	(0,67) ***	6
IFTU#	84	0,84	(0,69)		-		84	0,39	(0,56) ***	7
BUP-Familjehuset#	47	0,60	(0,70)	17	0,30	(0,50)		-		8
<b>Man</b> (# = Far)										
Familjerådgivning Multistudie	291	0,84	(0,76)	98	0,40	(0,64) ***	92	0,35	(0,61) ***	6
IFTU#	40	0,71	(0,54)		-		40	0,43	(0,58) ***	7
BUP-Familjehuset#	30	0,60	(0,60)	8	0,20	(0,40)		-		8
<b>Barn</b> (# = Syskon)										
IFTU	47	0,68	(0,75)		-		47	0,42	(0,58) **	7
BUP-Familjehuset	34	0,50	(0,50)	11	0,50	(0,60)		-		8
BUP-Familjehuset#	23	0,80	(0,90)	5	0,10	(0,20)		-		8

\* = p < 0,05 \*\* = p < 0,01 \*\*\* = p < 0,001 ns = Non Signifikans

<sup>1</sup> Botella m.fl. (1999) 1-års uppföljning, <sup>2</sup> Hansson m.fl. (1994), <sup>3</sup> Abramson (1996) 6-månaders uppföljning, <sup>4</sup> Gustafsson & Nyqvist (1991), <sup>5</sup> Wallin (2000) 2-års uppföljning, <sup>6</sup> Lundblad (2005) 2-års uppföljning, <sup>7</sup> Sundelin (1999) 6-månaders uppföljning, <sup>8</sup> Olsson (2003)

I faktorn Distans (tabell 16) har det gjorts oberoende t-test på elva av sexton grupper. Av dessa elva grupper är det sju som påvisar att den skattade Distansen har minskat signifikant medan fyra grupper inte påvisar någon skillnad i skattningarna.

**Tabell 17. Spontanitet, Medelvärden och standardavvikelser vid pre- och post test**

Resultat in-, utskrivning och uppföljning	n	Inskrivning		Utskrivning		Uppföljning		Ref.	
		m	(std)	n	m	(std)	n		m
<b>Total</b>									
BUP-Multistudie	173	1,30	(1,00)		-		137	1,30 (0,90) ns	1
Diabetes P-grupp (Svårinställd)	18	1,03	(1,24)	18	1,00	(1,36) ns		-	2
Diabetes O-grupp (Välinställd)	15	1,00	(1,28)	15	1,17	(1,00) ns		-	2
BUP-Helsingborg	96	1,00		89	0,80	*	59	0,80 *	3
Familjerådgivning Halmstad	58	0,89		58	0,77			-	4
Anorexia (Tillfrisknad)	46	0,55			-		46	0,86 *	5
Anorexia (Fortsatt sjuk)	25	0,76			-		25	0,51 ns	5
<b>Kvinna</b> (# = Mor)									
BUP-Familjehuset#	47	1,60	(2,70)	17	1,10	(0,80)		-	6
<b>Man</b> (# = Far)									
BUP-Familjehuset#	30	1,20	(1,10)	8	0,70	(0,80)		-	6
<b>Barn</b>									
BUP-Familjehuset, IP	34	1,20	(1,40)	11	0,80	(0,60)		-	6
BUP-Familjehuset, Syskon	23	1,30	(1,10)	5	0,80	(0,80)		-	6

\* = p < 0,05 \*\* = p < 0,01 \*\*\* = p < 0,001 ns = Non Signifikans

<sup>1</sup> Botella m.fl. (1999) 1-års uppföljning, <sup>2</sup> Hansson m.fl. (1994), <sup>3</sup> Abramson (1996) 6-månaders uppföljning, <sup>4</sup> Gustafsson & Nyqvist (1991), <sup>5</sup> Wallin (2000) 2-års uppföljning, <sup>6</sup> Olsson (2003)

Då nästan hälften av studierna inte har använt sig av faktorn Spontanitet (tabell 17) i sina undersökningar redovisas här ett färre antal grupper. Skälet till att Spontanitet inte har använts hänvisas till att tidigare studier (Sundelin m.fl., 1991) inte kunnat påvisa att Spontanitet har någon tydlig eller tillfredställande betydelse (Sundelin, 1999).

Vad gäller Spontanitet (tabell 17) är det endast sex grupper som har testats med oberoende t-test och av dessa sex är det fyra som har ett oförändrat skattningsvärde före och efter insats. Två grupper har signifikanta skillnader i sina skattningar varav en har minskat och en har ökat i skattningsvärde.

**Tabell 18. Kaos, Medelvärden och standardavvikelser vid pre- och post test**

Resultat in-, utskrivning och uppföljning	n	Inskrivning		Utskrivning			Uppföljning			Ref.
		m	(std)	n	m	(std)	n	m	(std)	
<b>Total</b>										
BUP-Multistudie	173	1,00	(1,30)		-		137	0,50	(0,80) ***	1
Diabetes P-grupp (Svårinställd)	18	0,48	(0,95)	18	0,00	(0,00) *		-		2
Diabetes O-grupp (Välinställd)	15	0,50	(0,97)	15	0,68	(1,06) ns		-		2
BUP-Helsingborg	96	1,50		89	0,70	***	59	0,60	***	3
Familjerådgivning Halmstad	58	2,31		58	1,72			-		4
Anorexia (Tillfrisknad)	46	0,70			-		46	0,43	ns	5
Anorexia (Fortsatt sjuk)	25	0,58			-		25	0,66	ns	5
<b>Kvinna</b> (# = Mor)										
Familjerådgivning Multistudie	295	1,51	(1,28)	102	0,81	(1,21) ***	92	0,66	(1,08) ***	6
IFTU#	84	1,74	(1,33)		-		84	0,80	(0,95) ***	7
BUP-Familjehuset#	47	1,30	(1,30)	17	0,82	(1,10) *		-		8
<b>Man</b> (# = Mor)										
Familjerådgivning Multistudie	291	1,45	(1,23)	98	0,70	(1,07) ***	92	0,63	(0,94) ***	6
IFTU#	40	1,61	(1,33)		-		40	0,66	(1,03) ***	7
BUP-Familjehuset#	30	1,40	(1,50)	8	0,90	(1,10)		-		8
<b>Barn</b>										
IFTU, Barn	47	1,29	(1,23)		-		47	0,69	(1,17) **	7
BUP-Familjehuset, IP	34	0,90	(1,10)	11	0,90	(1,10)		-		8
BUP-Familjehuset, Syskon	23	1,40	(1,40)	5	0,70	(0,50)		-		8

\* = p < 0,05 \*\* = p < 0,01 \*\*\* = p < 0,001 ns = Non Signifikans

<sup>1</sup> Botella m.fl. (1999) 1-års uppföljning, <sup>2</sup> Hansson m.fl. (1994), <sup>3</sup> Abramson (1996) 6-månaders uppföljning, <sup>4</sup> Gustafsson & Nyqvist (1991), <sup>5</sup> Wallin (2000) 2-års uppföljning, <sup>6</sup> Lundblad (2005) 2-års uppföljning, <sup>7</sup> Sundelin (1999) 6-månaders uppföljning, <sup>8</sup> Olsson (2003)

Faktorn Kaos (tabell 18) omfattar sexton grupper varav det på tolv har gjorts oberoende t-test. Nio av de tolv grupperna påvisar en signifikant minskning och tre har inga skillnader i sina skattningar.

Vid jämförelse av grupperna i förhållande till samtliga faktorer, framkommer att det är minst skillnader i faktorn Spontanitet då det endast är två grupper som har signifikanta skillnader i sina skattningar före och efter behandling. Vad gäller de övriga faktorerna är det sex grupper som går från en klinisk bild med låg Närhet och hög Distans och Kaos mot en icke-klinisk svarsprofil, dvs. med hög Närhet och låg Distans och Kaos. Två grupper påvisar inga skillnader alls i någon av faktorerna Närhet, Distans och Kaos. I endast ett fall framkommer det signifikant skillnad i motsatt riktning, dvs. i detta fall har Närhetsvärdet sjunkit under behandlingen.

## 4.2.6 Test-retest

För att se om resultatet från Familjeklimat påverkas utan att någon behandling tillhandahålls har, förutom Hansson (1989), Sundelin (1999) gjort en test-retest på formuläret (tabell 19).

**Tabell 19. Test-retest**

IFTU	n	Skattning I		Skattning II	
		m	(std)	n	m
<b>Närhet</b>					
Mor på väntelista	12	0,81	(0,71)	12	0,90 (0,75) <sup>ns</sup>
<b>Distans</b>					
Mor på väntelista	12	0,97	(0,58)	12	1,16 (0,90) <sup>ns</sup>
<b>Kaos</b>					
Mor på väntelista	12	2,03	(1,30)	12	1,99 (1,50) <sup>ns</sup>

Sundelin (1999)

Tolv mödrar från väntelistan till intensiv familjeterapi behandling, IFTU, användes och kriterierna för dessa mödrar var samma som för dem som han använde sig av i sin studie. Dessa väntelismödrar gjorde två skattningar under väntetiden vilka utfördes under en period av en till tre månader. Faktorerna som användes var Närhet, Distans och Kaos och resultatet påvisade en varaktighet i alla tre faktorer.

## 5 Analys

### 5.1 Familjeklimats förhållande till olika undersökningsgrupper

#### 5.1.1 Skillnader mellan icke-kliniska och kliniska grupper

Den icke-kliniska gruppens gemensamma nämnare är att familjerna inte är eller har varit inom någon insats från vare sig sjukvården, psykiatrin eller socialtjänsten utan anses vara en funktionell familj. Den kliniska gruppen är eller har varit inbegripna i insats inom ovanstående områden men kan inte implicit anses vara dysfunktionella då exempelvis diabetes- och kolikgrupperna inkluderas på grund av somatisk sjukdom och inte explicit för att familjen är dysfunktionell. Därav omfattar den kliniska gruppen funktionella så väl som dysfunktionella familjer. Instrumentet Familjeklimats skattade värden tycks återge familjens problematik på så sätt att svarsprofilerna ger uttryck för funktionella och dysfunktionella interaktioner samt att det tycks finnas olika grader på svarsprofilerna med högre och lägre värden utifrån gruppernas problematik. I en generell jämförelse mellan den icke-kliniska och den kliniska gruppen framkommer, i tre av faktorerna, ett motsatsförhållande dem emellan då den icke-kliniska gruppen skattar ett högt värde på Närhet och låga värde på Distans och Kaos

medan den kliniska gruppen har ett lågt skattningsvärde på Närhet och höga på Distans och Kaos. Spontanitet skattas relativt lika av både båda grupperna med ett skattningsvärde någonstans mellan högt och lågt. Dock är det i flera grupper där Spontaniteten har skattats högt eller lågt och där Kaos har en likartad skattning (tabell 3).

Det återfinns signifikanta skillnader mellan den icke-kliniska och kliniska gruppen. Den icke-kliniska gruppen skattar signifikant högre Närhet och signifikant lägre Distans, Spontanitet och Kaos än gruppen från psykiatrin. Den icke-kliniska gruppen skattar signifikant högre Närhet och signifikant lägre Distans och Kaos än gruppen från socialtjänst. I förhållande till den somatiska gruppen finns det ingen skillnad i skattning av Närhet men däremot skattar den icke-kliniska gruppen signifikant lägre Distans och Kaos.

Särskillnaden av den somatiska gruppen är att Närhet skattas i enlighet med en icke-klinisk grupp och Kaos likt en klinisk (tabell 3). Denna kurva kan härledas till att dessa grupper är funktionella men drabbade av sjukdom. Det faktum att familjerna drabbats av en allvarlig sjukdom torde föranleda att familjen kan uppleva situationen kaotisk. Socialtjänsten handhar den grupp som är väldigt splittrad i sina skattningar (tabell 3). Gruppen omfattar ett flertal problemområden och det återfinns ingen tydlig enhetlighet i gruppens svarsprofiler annat än att de har en signifikant klinisk svarsprofil i förhållande till den icke-kliniska gruppen (tabell 4). Gruppens skattningar kan ställas i relation till problematiken då de grupper som har lägst värden på Närhet även har högst värden på både Distans och Kaos (tabell 3). Psykiatrin har en signifikant klinisk och homogen svarsprofil (tabell 3 & 4) vilket kan relateras till de likartade problembilder området handhar.

Vid jämförelse mellan de olika kliniska grupperna ser vi att det finns signifikanta skillnader mellan psykiatrigruppen och socialtjänstgruppen då gruppen från socialtjänst skattar Distans signifikant högre och Spontanitet signifikant lägre än psykiatrigruppen. Mellan psykiatrigruppen och den somatiska gruppen återfinns skillnader då den somatiska gruppen skattar Närhet signifikant högre men Spontanitet och Kaos signifikant lägre. Vad gäller den somatiska gruppen och socialtjänstgruppen finns det skillnader genom att den somatiska gruppen skattar Närhet signifikant högre och Distans och Kaos signifikant än gruppen från socialtjänst.

Instrumentet Familjeklimat påvisar signifikanta skillnader av olika problemgrupper tillika påvisas resultat i olika variabler. Då dessa variabler representerar familjens interaktionsmönster kan instrumentet tillsammans med andra instrument, användas till att avgöra familjens problematik och på så vis möjliggöra ett professionellt val av lämplig insats.

### **5.1.2 Subgrupper inom den kliniska gruppen**

Skillnaden som framkommer mellan kvinnor och mäns skattningar är att kvinnor skattar Närhet och Spontanitet signifikant högre än männen. Barnen skattar Närhet signifikant högre än båda föräldrarna medan föräldrarna skattar signifikant högre på både Distans och Kaos. Vad gäller Spontanitet skattar kvinnan signifikant högre än både männen och barnen.

Skillnaden mellan kvinnor och mäns skattning av Närhet kan eventuellt förklaras med att kvinnan är den primära omsorgsgivaren (Flood & Gråsjö, 1995) och utifrån det är det möjligt att denne är mer observant och lyhörd för familjens interaktionsmönster än mannen. Det framkommer skillnader mellan föräldrar och barns skattningar på så vis att barnen skattar Närhet signifikant högre samt att de har ett snävare spann i sin svarsprofil då de varken har så låga eller höga siffror som de vuxna.

### **5.1.3 Korrelationer med andra skattningsinstrument**

I korrelationerna mellan Familjeklimat och andra instrument återfinns positiva korrelationer med samtliga instrument (tabell 8-13) i de fall variablerna mäter samma sak och negativa korrelationer vid variablernas motsatsförhållanden. Denna överensstämmelse mellan de diagnostiska instrumenten ger en samtida validitet (Shadish m.fl., 2002) utifrån att korrelationerna är positiva då de mäter samma sak men även utifrån det att instrumenten inte har någon korrelation i de fall då variablerna inte är kompatibla.

## **5.2 Familjeklimat som utvärderingsinstrument**

Socialstyrelsen efterfrågar instrument som kan utläsa förbättringar hos klienten och som kan bedöma huruvida en insats ger resultat (Socialstyrelsen, 2004). Genom de pre- och posttest undersökningar som har gjorts går det att utläsa att det finns signifikanta förändringar i svarsprofilerna före och efter behandling (tabell 14-17). Svarsprofilerna går från att ha en klinisk bild med låga värden på Närhet och höga på Distans och Kaos mot en svarsprofil som mer liknar den icke-kliniska, dvs. med hög Närhet och lågt värde på Distans och Kaos. I några av grupperna återfanns ingen signifikant förändring i deras skattningar och endast i ett fall har

det skett en oväntad förändring då Närhet skattades högre vid inskrivningen än vid utskrivningen. Att Familjeklimat reagerar på och belyser förändringar visar att det är användbart till att utvärdera en specifik behandling/insats då det kan utläsas om interventionen har varit bra i förhållande till familjens behov. I dess motsats kan det dras slutsatser att ett oförändrat resultat handlar om en för familjen misslyckad eller otillräcklig behandlingsinsats eller att behandlingen i sig är inadekvat för familjens problematik. Instrumentet har visats sig vara stabilt då svarsprofilerna förblir oförändrade då familjerna inte tagit del av någon intervention (Hansson, 1989; Sundelin, 1999). Detta styrker att den förändring som skett av svarsprofilerna vid behandling kan knytas till den samma.

### **5.3 Vad mäter Familjeklimat?**

Familjeklimat är ett empiriskt framtaget instrument som är konstruerat att mäta klimatet inom familjen i syfte att klargöra interaktionsmönster mellan familjemedlemmarna (Hansson, 1989). Instrumentet visar på skattningsvärden i fyra variabler; Närhet, Distans, Spontanitet och Kaos vilka åtminstone tre av dem överensstämmer med accepterade teorier om familjers funktionellitet. Närhet är den variabel som omfattar det goda i familjelivet (Hansson, 1989) vilket även i andra teoribildningar beskrivs som nära och intima relationer samt som sammanhållning i familjen (Minuchin, 1999a). Närhets motsatsförhållande är Distans och beskrivs av Hansson (1989) som ett distanserat och likgiltigt förhållningssätt mellan familjemedlemmarna vilket tas upp och benämnes som frikoppling av Minuchin (1999a). Kaos beskrivs som instabilt och splittrat av både Hansson (1989) och Minuchin (1999a). Vad gäller Spontanitet beskriver Hansson (1989) det som både spontant och explosivt medan det i andra teoribildningar inte tycks finnas någon likvärdig benämning.

## **6 Slutdiskussion**

Uppsatsens syfte har varit att sammanställa undersökningar gjorda med Familjeklimat för att se om instrumentet kan anses uppfylla de statliga kraven på standardiserat instrument. För att ett instrument ska kunna anses standardiserat krävs bland annat att instrumentet kan definiera problem, bedöma huruvida en insats ger resultat, kan utläsa förbättringar hos klienten samt att de resultat som framkommer är sammanställbara i vetenskapligt syfte.



Utifrån våra sammanställningar kan vi se att det finns en överensstämmelse mellan de olika gruppernas resultat då det i första hand tydligt framkommer två huvudgrupper av svarsprofiler. Dessa två svarsprofiler har kommit att representera den icke-kliniska respektive den kliniska gruppen. De är dock inte absolut i sin kategorisering då det inte enbart går att titta på en svarsprofil och avgöra om familjen tillhör den kliniska eller den icke-kliniska gruppen eller vilket slags problemområde det rör sig om. Familjeklimat tycks företrädesvis ge svar på om interaktionen inom familjen är funktionell eller dysfunktionell utifrån parametrar som är deskriptiva för en familj utifrån gängse teorier (Hansson, 1989; Minuchin, 1999a). Familjeklimat tycks inte bara påvisa ett funktionellt eller dysfunktionellt mönster utan även graden av dysfunktionalitet då grupper med svårare problematik erhåller en kärvare kurva dvs. lägre Närhet och högre Distans eller Kaos.

Således besvaras vår fråga om det går att urskilja olika grupper med instrumentet. Då det med Familjeklimat går att bedöma klimatet inom familjen anser vi att instrumentet mycket väl är applicerbart inom familjebehandling. Tillika lever instrumentet upp till socialstyrelsens krav om mätbara metoder inom området (Socialstyrelse, 2004).

Socialstyrelsen (2004) menar att ett standardiserat instrument ska mäta skillnader före och efter behandling vilket är möjligt med Familjeklimat. I vår tabellsammanställning återfinns resultat som påvisar signifikanta skillnader i skattningen mot en mer icke-klinisk profil, av familjeklimat före och efter behandling. Detta kan utläsas som att de interna relationerna i familjen har förbättrats men även ge svar på frågan om behandlingen har varit bra i förhållande till familjens behov. I dess motsats kan man dra slutsatserna att ett oförändrat resultat handlar om en för familjen misslyckad behandlingsinsats eller att behandlingen i sig är dålig och inte leder till någon förändring överlag. Instrumentet har även visat sig vara stabilt då det inte återfinns några signifikanta skillnader vid test-retest (Hansson, 1989; Sundelin, 1999) vilket styrker att mätbara förändringar har skett under behandlingen, i de fall instrumentet ger utslag.

Utifrån den bakomliggande debatt om standardiserade metodens varande eller inte varande har vi funderat på om det sociala fältet behöver instrument som stärker den professionellas bild? Vi tycker att det behövs utifrån flera anledningar. Det ena är att mätinstrument har visat sig vara överlägset kliniska observationerna när det gäller att identifiera problem och det andra är

instrumentens neutralitet då det förhåller sig objektivt till klienterna (Gambrill & Shlonsky, 2000). Vidare behövs det mätinstrument för att kunna se eventuell förändring före och efter insats både för familjen och som måttstock på hur väl behandlingen faller ut (Socialstyrelsen, 2004). Ytterligare en positiv aspekt av Familjeklimat är att det är familjemedlemmarnas egna uppfattningar om klimatet som ligger till grund för analysen. Detta tillför ett brukarperspektiv och problembilden får en mer holistisk prägel. Det är dock av största vikt att instrumentet ses som ett komplement till övrig expertkunskap samt att kontextuella förhållanden tas i beaktande. Det är rekommendabelt att använda mer än ett instrument vid bedömning då det ger ett bredare perspektiv och ökar tillförlitligheten då instrumenten fångar olika aspekter. Genom att ta ovanstående i beaktande minimeras farhågor om att mätinstrument begränsar beskrivningen av människans beteende. Ett felaktigt och ensidigt användande av Familjeklimat gör förvisso risken för felbedömning reell men om det används tillsammans med den ackumulerade kunskap som professionen besitter är det att anse som ett användbart komplement. Det är givetvis av vikt att behandlarna tar in sin uppfattning och väger detta mot vad instrumenten säger genom att göra en slags rimlighetsbedömning utifrån ackumulerad kunskap (Lundström, 2005). Ett diagnostiskt instrument är att ses som ett hjälpmedel. Det är dock av vikt att se diagnosen som ett medel och inte ett mål. Det är vad vi gör av diagnosen, vad vi lägger in i det som bestämmer dess relevans.

Det sammanställda materialet är massivt och det finns många aspekter att belysa men som ligger utanför ramen av uppsatsen. Det finns dock ett par aspekter som förtjänar att nämnas. Den ena aspekten handlar om vem som gör skattningarna. Den rekommenderade åldern är från elva år och uppåt (Hansson & Sundelin, 1995). Barnens resultat påvisar en snävare skattningsrange vilket kan ha sin förklaring i att de unga respondenterna inte har samma ordförståelse som äldre barn och vuxna. Dessutom kan de unga barnen ha problem med att relatera adjektiven till den egna familjen. Huruvida barn kring elva år har den ordförståelse som krävs för att besvara formuläret vore intressant att titta på, vilket enkelt kan göras genom att testa ordförståelsen av de 85 adjektiven på målgruppen samt studera huruvida en eventuell brist på ordförståelse påverkar resultatet. En annan grupp som kan ha svårt med ordförståelsen är de som inte behärskar det svenska språket. Detta bekymmer har lösts på så vis att ett av kriterierna för att inkluderas i de undersökningar vi titta på, har varit att de ska behärska det svenska språket. Även här vore det intressant att se när en familj med annat modersmål anses behärska språket tillräckligt för att resultaten inte ska vara missvisande. Oavsett modersmål

bör det tas i beaktande att dessa kanske bör ändras med tiden. Kontinuerliga prövningar bör göras eftersom de språkliga förutsättningarna ständigt förändras.

Den andra aspekten vi vill framhäva är betydelsen av Spontanitet. Det framkommer i det material vi tagit del av att ingen tycks veta vad faktorn säger. Spontanitet verkar återfinnas på samma värde oavsett om det är en icke-klinisk grupp som gör skattningen vilket försvårar bedömningen av dess betydelse. Spontan betyder enligt nationalencyklopedin (2005) att det som sker spontant sker utan yttre påverkan samt att det äger rum mer eller mindre av sig självt. Spontanitet är varken negativt eller positivt värdeladdat och därav kan det tolkas och ha olika betydelse för olika personer eller ha olika betydelse i olika sammanhang. Det kan vara positivt om saker händer till det bättre men i dess motsats kan spontanitet föranleda att livet eller situationen styr sig själv och att personen känner sig utan kontroll över det som händer.

I den icke-kliniska gruppen har Spontanitet en range på 0,50-1,31 medan den kliniska gruppen har sin range på 0,24-1,60. Vad som är högt och lågt är svårt att säga men med utgångspunkt i den icke-kliniska gruppen verkar det som om skattningsvärde under 0,60 är lågt och det som är över 1,30 högt. I den icke-kliniska gruppen är det 8 % som skattar lägre än 0,60 och 8 % skattar över 1,30. I den kliniska gruppen har 12 % skattat lägre än 0,60 medan det är 29 % som skattar över 1,30. Vad gäller de låga skattningarna är det gruppen Värnpliktiga som skattar lågt (0,50) och i den kliniska gruppen är det TGA (0,24) och Oral galvanism (0,55). De höga skattningarna representeras i den icke-kliniska gruppen av Mor (4 år) (1,31) och den icke-kliniska företräds av BUP-Öppenvård (1,30), BUP-Familjehuset (1,33), BUP-Avdelning C (1,34), HVB (1,45) samt Barnastma (1,60). Vid pre- posttest återfinns signifikant skillnad i två av grupperna. BUP-Helsingborg har en signifikant minskning och Anorexia (Tillfrisknad) har en signifikant ökning.

Spontanitets ”normala” skattningsvärde tycks ligga mellan högt och lågt och de förändringar som kan ses vid pre- och post test är att skattningarna går från lågt eller lågt till medel, aldrig från medel till högt eller lågt. Genom att titta på de grupper som har en hög eller låg skattning går det att se samband med deras problematik och det skattade värdet. Tillika verkar det finnas ett samband mellan Spontanitet och Kaos i den bemärkelsen att höga respektive låga värde generellt följs av varandra. Huruvida detta samband är reellt måste säkerställas genom

fortsatt forskning. Det vore intressant att se om Spontanitet kan härledas till Minuchins dimensioner Insnärjdhhet och Frikoppling, där låga värden kan tyda på ett begränsat rörelsemönster inom familjen medan höga värden skulle kunna bero på ständig föränderlighet. Där en förändring av Spontanitet mot ett neutralt värde torde förbättra familjeinteraktionen i båda fallen.

## **6.1 Samhällsnytta, klinisk nytta, framtida forskning**

Instrumentet Familjeklimat lever upp till kraven för standardiserat instrument i den mån att det kan definiera problem, bedöma huruvida en insats ger resultat, kan utläsa förbättringar hos klienten samt att de resultat som framkommer är sammanställbara i vetenskapligt syfte. Tidigare forskning (Gambrill & Shlonsky, 2000) har påvisat att mätinstrument av detta slag har en prediktiv förmåga som är överlägsen kliniska observationer både i att identifiera problem och genom sin objektivitet. Ett mätinstrument blir således tids- och kostnadseffektivt då rätt insatser kan väljas tidigare och risken för att fel problembild målas upp minskar. Detta tidiga val av insats bidrar till att samhället kan erbjuda adekvat behandling i ett tidigt skede vilket kan resultera i att fler familjer håller samman vilket på sikt ger samhällsvinster genom minskat lidande men även genom minskad belastning av samhällets resurser (Hansson, 2001). Familjeklimat är dessutom lätt att applicera inom det sociala arbetet då det är enkelt för respondenten att besvara tillika enkelt för professionen att distribuera vilket ytterligare motiverar användandet. Utifrån socialstyrelsens krav på att individer och familjer ska få adekvat och rättvis behandling som hjälp för sina problem, ser vi att Familjeklimat är förvarbart då instrumentet ger en rättvis bild av familjen då det är deras egna skattningar som ligger till grund för analysen.

Socialstyrelsen uppmanar till användandet av standardiserade metoder men ställer inga krav på normvärden. Utan normvärden blir ett instrument väldigt platt och intetsägande då betydelsen av höga respektive låga värden inte framgår tillika när en svarsprofil kan anses vara patologisk. Genom denna uppsats bidrar vi till ett etablerande av normvärden men även inom detta område kommer det att krävas mer forskning. Vid genomgången av tidigare forskning (Hansson, 1989; Sundelin, 1999; Schönebeck, 2000; Wallin, 2000; Lundblad, 2005 ) ser vi en överensstämmelse dem emellan då deras resultat stödjer varandra. För framtida forskning föreslår vi att instrumentets validitet fastställs kontinuerligt för att säkerställa att

instrumentet mäter vad det säger sig mäta samt att normvärden tas fram för att kunna tolka värdena ute på fältet.

## **6.2 Metodologisk diskussion**

### **6.2.1 Reliabilitet & Validitet**

För att en undersökning ska anses tillförlitlig krävs ett minimum av felaktigheter i studiens genomförande, dvs. det krävs att reliabiliteten och validiteten är god (Robson, 2002). Vad gäller reliabiliteten och validiteten i vår undersökning har vi tagit fasta på tre delar. Den första är huruvida de undersökningar vi använt oss av har varit av god kvalitet i frågan om tillvägagångssätt, urval, bortfall, statistisk bearbetning och resultatsammanställning. Efter en noggrann genomgång av undersökningarna har vi inte funnit något anmärkningsvärt utan anser att tillförlitligheten i dessa är god. För att utesluta slumpmässiga fel var reliabiliteten i vår undersökning det andra vi tittade på. Då vi använt oss av sekundärdata har vi ingen påverkan på det statistiska materialet utan vår undersökning skulle kunna reproduceras med samma resultat och därav får vi anse att reliabiliteten är tillfredställande. Den tredje faktorn handlar om huruvida undersökningens resultat ger svar på våra frågeställningar om Familjeklimat. Då vi genom våra sammanställningar erhållit svar på våra frågor anser vi att vår undersökning uppfyller kraven även för god validitet.

### **6.2.2 Valda metods brister**

Det finns vissa begränsningar i vårt val av metod och i första hand handlar det om att vi valt att göra en undersökning genom att sammanställa befintlig forskning. Det är inte fel, men det hade varit önskvärt att göra egna undersökningar med Familjeklimat i syfte att kontrollera dess validitet i jämförelse med likvärdiga instrument. Egna undersökningar har inte varit möjliga av flera skäl varav ett är tidsaspekten, så användandet av sekundärdata har varit ofrånkomligt. I de undersökningar vi använt oss av har det i flera fall omfattat få respondenter vilket ofrånkomligen ger mindre statistisk power. Det hade varit en fördel med större grupper då större antal ger mindre utslag av slumpmässiga fel då de i större material oftast jämnar ut varandra (Denscombe, 2000). Materialinsamlandet har emellertid varit systematiskt och omfattar ett stort genomgången material vilket ökar sannolikheten för att materialet är representativt. Det finns en risk att vi missat ett antal undersökningar men då vi har gjort grundliga efterforskningar i olika databaser, tillika gjort förfrågningar får vi anse det acceptabelt då tillvägagångssättet anses vedertaget och accepterat inom forskningsvärlden.

## 7 Källförteckning

- Abrahamsen, Bente, Jansson, Anna, Sundell, Annika (1993) *Relationer och klimat i avvikande familjer, En jämförande studie mellan två kliniska grupper och en normalgrupp*. C-uppsats. Lunds universitet, Socialhögskolan
- Abramson, Claes (1996) *Utvärdering av intensiv familjebehandling i dagvård. Rapport 7*. Helsingborg: Helsingborgs lasarett Barn och ungdomspsykiatriska kliniken
- Achenbach, Thomas M (1991) *Manual for the Youth Self-Report & 1991 Profile*. Department of Psychiatry. University of Vermont
- Ahl, E, Andersson, M Forsell, I & Stakeberg, J (1994) *Familjefunktion. En jämförande studie av inifrån- och utifrånperspektiven hos familjer på Barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lund*. C-uppsats. Lunds Universitet: Socialhögskolan
- Aldén, B, Gilljam, T, Gillberg, C (1998) Long-term psychological outcome of children after surgery for transposition of the great arteries. *Acta Pædiatrica*, 1998:87, s.405-410. Stockholm
- Antonovsky, Aaron (1991) *Hälsans mysterium*. Stockholm; Natur och Kultur
- Botella, C, Hansen, N, Janzén, M, Nyberg, G & Thunman, M (1996) *Barn, ungdomar och familjer på BUP. Kartläggning med föräldraskattning*. Uppsats. Västerås, Psykoterapiutbildningen steg II
- Botella Charlotte, Nyberg Gunnel, Thunman Maj (1999) *Utvärdering ger resultat- Fyra barnpsykiatriska öppenvårdsmottagningar presenterar*. Rapport
- Bäck-Wiklund, Margareta & Bergsten, Birgitta (1997) *Det moderna föräldraskapet: en studie av familj och kön i förändring*. Stockholm; Natur och Kultur
- Canivet, C, Jakobsson, I & Hagander, B (2000) Infantile colic. Follow-up at four years of age: still more "emotional". *Acta Pædiatrica* 2000; 89: s. 13-17. Stockholm
- Cederblad, Marianne & Hansson, Kjell (1989) *Familjeterapi: 1. Familjediagnostiska modeller. 2. Forskning i familjeterapi- några resultat från aktuell forskning*. SfpH's monografseries Nr 30. Nynäshamn; Svensk förening för psykisk hälsovård
- Cederblad, Marianne & Höök, (1992) *Familjerelationsskalan (FARS) – ett självsvarsformulär för mätning av familjefunktion i Forskning om barn och familj* Nr 1, 1992. Lund; Lunds universitet.
- Denscombe, Martyn (2000) *Forskningshandboken – för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. Lund; Studentlitteratur
- Dorland's Illustrated Medical Dictionary (1988) *Medical Dictionary*. Philadelphia; W.B Saunders Co. 27:e upplagan
- DSM-IV (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
- DSM<sup>TM</sup> (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.
- Eriksson, Bengt & Karlsson, Per-Åke (2001) *Utvärdera bättre. För kvalitetsutveckling i socialtjänsten*. Växjö; Förlagshuset Gothia AB
- Flood, Lennart & Gråsjö, Urban (1995) *Changes in time Spent at Work and Leisure: The Swedish Experience 1984-1993*. Göteborg; Memorandum. Nationalekonomiska institutionen, Handelshögskolan, Göteborgs universitet

- Gambrill, Eileen & Shlonsky, Aron (2000) Risk Assessment in Context i *Children and Youth Services Review*, Vol. 22 Nr 11/12 s. 813-837
- Giddens, Anthony (2003) *Sociologi*. Lund; Studentlitteratur
- Goldberg, Ted (2000) *Samhällsproblem*. Lund; Studentlitteratur
- Gustafsson Carin & Nyqvist Margareta (1991) *Familjerådgivning är friskvård*. Uppsats. Lunds Universitet: Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri, Psykoterapiutbildningen
- Hansson, Kjell (1989) *Familjediagnostik*. Akademisk avhandling. Lunds universitet; Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Hansson, Kjell m.fl. (1992) Familjen i samhället. Översättning och bearbetning av ett självförsvarsformulär konstruerat av Moos & Moos i *Forskning om barn och familj*, Nr 2, 1992. Lunds universitet; Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.
- Hansson, K, Rydén, O & Johnsson, P (1994) Parent-rated family climate: a concomitant to metabolic control in juvenile IDDM. *Family Systems Medicine*, Vol. 12, Nr 4, 1994
- Hansson, Kjell (1995) Familjediagnostik i forskning och klinisk verksamhet i Hansson, Kjell & Sundelin, Johan (red.) (1995) *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund; Studentlitteratur
- Hansson, Kjell & Sundelin, Johan (red.) (1995) *Familjeterapi. Tillämpningar ur ett svenskt perspektiv*. Lund; Studentlitteratur
- Hansson Kjell m.fl. (2001) *Familjebehandling på goda grunder En forskningsbaserad översikt*. Stockholm; Gothia Centrum för utvärdering av socialt arbete
- Holme, Idar Magne & Solvang, Bernt Krohn (1997) *Forskningsmetodik, Om kvalitativa och kvantitativa metoder*. Lund; Studentlitteratur
- Jergeby, Ulla & Tengvald, Karin (2005) Evidensbaserad praktik och IMS uppdrag i *Socionomen* 2005:8, s. 43-46
- Kyhle Westermarck, P & Sallnäs, M (2004) *Bedömning och uppföljning av ungdomar vid HVB-hem*. (Elektronisk). Forskningsrapport. www.socialstyrelsen.se (2005-05-02)
- Körner, Svante & Wahlgren, Lars (1998) *Statistiska metoder*. Lund; Studentlitteratur
- Lundblad Ann-Marie (2005) *Kärlek och hälsa. Par-behandling i ett folkhälsovetenskap*. Akademisk avhandling. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap
- Lundh, Bengt & Malmquist, Jörgen (2001) *Medicinska ord*. Det medicinska språket: begrepp, definitioner, termer. Lund; Studentlitteratur
- Lundquist, Lennart (1998) *Demokratins väktare*. Lund; Studentlitteratur
- Lundsbye, Mats m.fl. (2000) *Familjeterapins grunder*. Borås; Natur och Kultur
- Lundström, Tommy (2005) Risk, individualisering och social barnavård i *Socionomen*, 2005:6, s. 5-14
- Löfman Björn & Klevnäs-Linden Eva (1991) *Familjestudie där en vuxen lider av oral galvanism*. Uppsats. Gävleborg: Familjeterapiutbildningen
- Melin, Stefan (2002) *Juridikens begrepp*. Uppsala; Iustus
- Minuchin, Salvador (1999a) *Familjer i terapi. Strukturell familjeterapi i teori och praktik*. Falun; Wahlström & Widstrand

- Minuchin, Salvador m.fl. (1999b) *Om konsten att bedriva familjeterapi. Resor mot växande och förändring*. Falun; Wahlström & Widstrand
- Nilsson, Ann, Oscarsson, Christina, Törnblom, Marie (1994) *Tonårsutveckling och familjefaktorer*. C-uppsats, Lunds Universitet: Socialhögskolan
- Olsson, Martin (2003) *Resultatsammanställning av Familjhusets metodutveckling*. Resultatsammanställning. Lund: Socialhögskolanstidskrift. Nr 3, 1995
- Olsson, Erik, m.fl. (1995) Arbetsorganisation och gruppklimat i hemtjänsten. i *Socialvetenskaplig tidskrift*. Nr 3, s 227-248, 1995
- Reichenberg Kjell (2001) *Children with asthma and their families*. Akademisk avhandling. Göteborg, Nordic School of Public Health.
- Robson, Colin (2002) *Real world research*. Cornwall; Blackwell Publishing
- Runfors, Miriam & Wrangsjö, Björn (2000) *Familjemönster. Att förstå och beskriva familjer ur systemperspektiv*. Borås; Natur och Kultur
- Schjødt, Borrik, Egeland, Thor Aage (1994) *Från systemteori till familjeterapi*. Lund; Studentlitteratur
- Schönebeck Caroline (2000) *Åtstörda patienters upplevelse av sitt familjeklimat. En studie av och med instrumentet Familjeklimat*. Psykologexamensarbete, Stockholms Universitet: Psykologiska Institutionen.
- Sandell, Göran (2005) Ett enda godkänt synsätt? i *Socionomen* 2005;6, s. 44-49
- Shadish, Cook, Campbell ((2002) *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. U.S.A.; Houghton Mifflin Company
- Socialstyrelsen (2000) *Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten*. Rapport. Stockholm; Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2004) *För en kunskapsbaserad socialtjänst. Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001-2003*. Slutrapport. Linderberg; Bergslagens Grafiska
- Socialtjänstlagen (1980:620) (1982) *Socialtjänstlag*. Stockholm; Socialdepartementet.
- Sundelin, Johan, Hansson, Kjell, Westlund, M (1991) Familjeterapi på avdelning. Utvärdering av en verksamhet vid barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Falun under åren 1986-1990 i *Fokus på Familjen* Nr 4, 1991 s. 221-231
- Sundelin, Johan (1999) *Intensive family therapy, a context for hopes put into practice*. Akademisk avhandling. Lunds Universitet: Medicinska fakulteten, Barn- och ungdomspsykiatri
- Wallin, Ulf (2000) *Anorexia nervosa in adolescence, Course, treatment and family function*. Akademisk avhandling. Lunds universitet, Barn- och ungdomspsykiatri
- White, Michael (2000) *Nya vägar inom den systemiska teorin*. Smedjebacken; Mareld
- Åberg-Örbeck (1995) *Psykisk belastning och familjeklimat hos anhöriga till alkoholister*. Uppsats. Lunds Universitet: Enheten för Psykoterapiutbildningen



## Internet

Nationalencyklopedin, [www.ne.se](http://www.ne.se), 05-03-28 Sökord; Familj  
Nationalencyklopedin, [www.ne.se](http://www.ne.se), 05-05-14 Sökord; Diagnos  
Nationalencyklopedin, [www.ne.se](http://www.ne.se), 05-12-31 Sökord; Spontan

## Databaser

Barnombudsmannen (BO) [www.bo.se](http://www.bo.se)  
Helsingfors universitet, [www.helsinki.fi/universitetet](http://www.helsinki.fi/universitetet)  
Københavns universitet, [www.ku.dk](http://www.ku.dk)  
Lunds universitets sökmotor (LOVISA) [www.lovisa.lub.lu.se](http://www.lovisa.lub.lu.se)  
PsycArticles, [www.apa.org/psycarticles/](http://www.apa.org/psycarticles/)  
PsycINFO, [www.apa.org/psycinfo/](http://www.apa.org/psycinfo/)  
Rädda Barnen, [www.rb.se](http://www.rb.se)  
Social Science Citation (SSCI) [www.scientific.thomson.com/products/ssci/](http://www.scientific.thomson.com/products/ssci/)  
Social Services Abstracts (CSA) [www.csa.com](http://www.csa.com)  
Socialstyrelsen, SoS, [www.sos.se](http://www.sos.se)  
Statens folkhälsoinstitut (Fhi) [www.fhi.se](http://www.fhi.se)  
Statens institutionsstyrelse (SiS) [www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)  
Svenska universitet & Högskolor, [www.studera.nu/hogskolan/adresser/index.shtml](http://www.studera.nu/hogskolan/adresser/index.shtml)  
Universitetet i Oslo, [www.uio.no](http://www.uio.no)

# Bilaga 1

Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri  
Lunds universitet  
LUND

## Familjeklimat

Datum \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

- Egen familj
- Uppväxt familj

Hur tycker Du klimatet – stämningen och samspelet i Din familj är:

Stryk under minst 15 ord som Du tycker bäst beskriver familjen

Behaglig	Avvaktande	Hänsynsfullt
Ordnat	Splittrat	Passivt
Bra	Okamratligt	Slutet
Irriterat	Barnsligt	Tolerant
Vuxet	Naturligt	Slött
Viljelöst	Högtidligt	Missnöjt
Förvirrat	Engagerat	Onaturligt
Ängsligt	Förnuftigt	Klandrande
Kamratligt	Lyckligt	Kritiskt
Vänligt	Tungt	Varmt
Självständigt	Oroligt	Tryggt
Nedstämt	Starkt	Lätt
Vilt	Jäktat	Arbetsamt
Nervöst	Dåligt	Sakligt
Intimt	Explosivt	Lekfullt
Kallt	Meningsfullt	Hårt
Stabilt	Osäkert	Harmoniskt
Meningslöst	Instabilt	Solidariskt
Misslyckat	Rörigt	Livligt
Säkert	Aktivt	Lugnt
Känsligt	Tryckt	Kärleksfullt
Berömande	Obehagligt	Hindrande
Försiktigt	Öppet	Tillåtande
Moget	Hänsynslöst	Lättsamt
Viktigt	Likgiltigt	Misstänksamt
Spontant	Intolerant	Personligt
Ödmjukt	Okänsligt	Spänt
Mjukt	Konstlat	
Aggressivt	Opersonligt	

Tänker Du på andra ord som Du tycker skulle beskriva Din familj kan du skriva dem här:

# Bilaga 2

## Familjeklimat

Mall för beräkning av faktorindex

Faktor I	Faktor II	Faktor III	Faktor IV
Närhet	Distans	Spontanitet	Kaos
Lyckligt <input type="radio"/>	Intolerant <input type="radio"/>	Livligt <input type="radio"/>	Förvirrat <input type="radio"/>
Varmt <input type="radio"/>	Likgiltigt <input type="radio"/>	Explosivt <input type="radio"/>	Nervöst <input type="radio"/>
Harmoniskt <input type="radio"/>	Dåligt <input type="radio"/>	Spontant <input type="radio"/>	Osäkert <input type="radio"/>
Mjukt <input type="radio"/>	Kallt <input type="radio"/>	Barnsligt <input type="radio"/>	Splittrat <input type="radio"/>
Kärleksfullt <input type="radio"/>	Missnöjt <input type="radio"/>	Jäktat <input type="radio"/>	Instabilt <input type="radio"/>
Naturligt <input type="radio"/>	Meningslöst <input type="radio"/>	Vilt <input type="radio"/>	Oroligt <input type="radio"/>
Tryggt <input type="radio"/>	Hänsynslöst <input type="radio"/>		
Vänligt <input type="radio"/>	Okänsligt <input type="radio"/>		
Meningsfullt <input type="radio"/>	Konstlat <input type="radio"/>		
Säkert <input type="radio"/>	Arbetsamt <input type="radio"/>		
Hänsynsfullt <input type="radio"/>	Aggressivt <input type="radio"/>		
Behagligt <input type="radio"/>			
Kamratligt <input type="radio"/>			
Lätt <input type="radio"/>			
Stabilt <input type="radio"/>			
Lugnt <input type="radio"/>			
Berömmande <input type="radio"/>			
Ödmjukt <input type="radio"/>			
Summa			
Bejakade ord			
<u>Summa</u> 18	<u>Summa</u> 11	<u>Summa</u> 6	<u>Summa</u> 6

Summa svar totalt	
<u>Summa svar totalt</u> 85	

Datum \_\_\_\_\_  
 Individ/Familj/Grupp \_\_\_\_\_  
 Skattning \_\_\_\_\_  
 Antal \_\_\_\_\_

# Appendix I Undersökningsgrupper

## Icke-kliniska grupper

**Barnomsorgspersonal** (Hansson, 1989) 260 personer varav 93 % kvinnor, som arbetade i en mindre kommun i Skåne. Ådersvariationen var 18-60 år och i stort sett alla beskrev den nuvarande familjen.

**Högstadiel elever** (Nilsson m.fl. 1994) 313 elever från 5 skolor med tre klasser vardera från åk 7-9. det är 160 flickor och 153 pojkar. Gruppen kommer från forskningsprojekt som omfattade 700 högstadiel elever från 10 skolor i Skåne

**Mor (4 år)** (Canivet m.fl. 2000) 102 slumpvis utvalda spädbarnsmödrar från en studie där förekomsten av spädbarnskolik i Lund/Orup kartlades.

**Normalfamilj** (Hansson, 1989) 20 stycken personer som frivilligt anmält sig till ett forskningsprojekt på BUP. Ingen i familjen är eller har varit klient inom psykiatri eller socialtjänsten. De anses som väl fungerande icke-kliniska familjer.

**Värnpliktiga** (Hansson, 1989) 378 män i 18-års ålder som beskrev sin uppväxtfamilj vid mönstringen.

## De kliniska

**Anhörig till alkoholist** (Åberg-Örbeck, 1995) 37 anhöriga till alkoholister som var inlagda på en öppenvårdsmottagning vid Alkoholkliniken i Malmö.

**Anorexia** ( Wallin, 2000) 74 familjemedlemmar där barnet är diagnostiserat med anorexia nervosa och behandlas vid specialklinik.

**Barnastma** (Reichenberg, 2001) 61 föräldrar, varav 52 mödrar och 9 fäder, till barn med mild till svår astma på en astma- och allergiklinik i Göteborg.

**BUP-Avdelning A** (Ahl m.fl., 1994) 34 personer från 23 familjer där barnet i familjen varit inlagd på barn- och ungdomspsykiatrisk klinik i Lund.

**BUP-Avdelning C** (Abrahamsen m.fl., 1993) 29 personer från 11 familjer från en barn- och ungdomsklinik i Lund. De medverkade i samma studie som Snabba insatser.

**BUP-Familjehuset** (Olsson, 2003) 134 familjemedlemmar som sökt vid BUP dagverksamhet då barnet har haft någon slags problematik.

**BUP-Familjer** (Hansson, 1989) 13 personer som sökt vid en barnpsykiatrisk Öppenvårdsmottagning i en mindre svensk stad. Ingår i samma studie som BUP-UK och Normalfamilj.

**BUP-Helsingborg** (Abramson, 1996) 96 personer från 46 familjer där barnet haft psykiska störningar eller svårigheter och hela familjen var inlagd på barn- och ungdomspsykiatrisk avdelning.

**BUP-Multistudie** (Botella m.fl., 1999) 173 respektive 137 föräldrar till barn 4-17 år. Skattningar är gjorda före behandling och vid uppföljning 1 år senare i fyra svenska städer.

**BUP-UK** (Hansson, 1989) 33 individer från familjer med ett eller flera barn som har varit inlagda patienter vid barn- och ungdomspsykiatri.

- BUP-Öppenvård** (Botella m.fl., 1996) 171 föräldrar, 156 mödrar och 64 fäder, till barn i ålder 4-17. Gruppen inkluderar nybesök på BUP-öppenvård i fyra svenska städer.
- Diabetes O-grupp** (Hansson m.fl., 1994) 24 föräldrar till barn som har välinställd diabetes mellitus. Gruppen har fungerat som kontrollgrupp åt P-gruppen och har endast varit i behov av och erhållit sedvanlig insulinbehandling.
- Diabetes P-grupp** (Hansson m.fl., 1994) 31 föräldrar till barn med svårinställd diabetes mellitus. Familjerna deltar i någon intervention på barnkliniken i Lund.
- Familjerådgivning** (Lundblad, 2005) 148 kvinnor och 146 män som sökt Familjerådgivning. Skattningen är gjord vid första besöket. Studien omfattar 6 svenska städer och är samma som Familjerådgivning Multistudie.
- Familjerådgivning Halmstad** (Gustafsson & Nyqvist, 1991) 58 personer som sökt vid familjerådgivningen i Halmstad.
- Familjerådgivning Multistudie** (Lundblad, 2005) 295 kvinnor och 291 män från en multicenterstudie som inkluderar 6 familjerådgivningsbyråer.
- HVB** (Kyhle Westermarck & Sallnäs, 2004) 17 ungdomar som erhållit behandling vid 4 olika hem för vård och boende.
- IFTU (Intensiv Familjeterapibehandling)** (Sundelin, 1999) 171 personer som ingått i en multicenterstudie vid 5 barnpsykiatriska avdelningar. Barnet är den identifierade patienten.
- Kolik** (Canivet m.fl. 2000) 50 småbarnsmödrar vars barn hade haft kolik som spädbarn. Ingår i samma studie som Mor (4 år).
- Missbrukare** (Hansson, 1989) 13 personer som själva valt att söka till ett behandlingskollektiv för vård av alkohol- eller narkotikamissbruk. De har beskrivit sin uppväxtfamilj.
- Oral galvanism** (Löfman & Klevnäs-Linden, 1991) 16 personer, varav 8 kvinnor och 8 män, som lever i parrelation och där en av dem lider av oral galvanism.
- Snabba insatser** (Abrahamsen m.fl., 1993) 37 individer från 15 familjer där barnen var i åldern 13-18 år. De unga har gjort sig skyldiga till någon form av kriminell handling och är i ett samverkansprojekt. Medverkar i samma studie som BUP-Avdelning C
- SUFSA** (Schönebeck, 2000) 611 personer som lider av olika grader av ätstörningar och är inskrivna vid specialenheter för ätstörningar. SUFSA är ett nationellt projekt och omfattar 15 enheter över hela landet.
- TGA** (Aldén m.fl., 1998) 57 föräldrar, varav 30 mödrar och 27 fäder, till de barn som har överlevt en längre tid efter det hjärtkirurgiska ingreppet TGA. Barnen var födda mellan 1964 och 1983.

## Appendix II Medicinsk terminologi

**Diabetes** är en kronisk ämnesomsättningssjukdom som karakteriseras av brist på hormonet insulin. Insulin stimulerar upptaget av glukos från blodet till cellerna. Om insulin halten blir för hög eller för låg uppstår symtom av olika svårighetsgrad.

Välinställd diabetes är då insulinnivån kan hållas stabil med hjälp av mediciner.

Svårinställd diabetes är då insulinnivån varierar och insulinkänningar vanliga trots medicinering.

Nationalencyklopedin

**Oral galvanism** uppkomsten av galvaniska strömmar i munhålan då spänningsskillnader kan uppstå mellan metallföremål med olika elektrokemiska egenskaper. Man antar att detta fenomen i munnen kan medverka till en nedbrytning av amalgamfyllningar med bl.a. frisättning av kvicksilver som följd.

Nationalencyklopedin

**Psykosomatisk sjukdom** är ett kroppsligt sjukdomstillstånd som orsakas, vidmakthålls eller förvärras av psykiska faktorer.

Nationalencyklopedin

**TGA- Transposition of the great arteries** (Aortatransposition) är hjärtkirurgi av medfött Hjärtfel, dvs. en kardiologisk missbildning där aorta utgår från höger istället för vänster kammare, vilket gör att blodet ej pumpas ut.

Dr Lethvall, Sahlgrenska sjukhuset