



LUNDS UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Barnets Röst

- en studie av betydelsefullhet och möjlighet att göra sin röst hörd vid
bedömningssamtal på BUP

Inga-Lill Jonsson Teneryd & Helén Kindvall

Psykoterapeutexamensuppsats 2012

Handledare: Per Bülow & Sally Hultsjö
Examinator: Ingegerd Wirtberg

ABSTRACT

The aim of this paper was to explore if children and adolescents are given the possibility to formulate their problem with the most appropriate persons present at the first assessment interview at a child and adolescent psychiatric unit, and if the interview was considered meaningful for them. Considering the new family constellations many live in today we thought that one might want to come with someone else than ones custodians. A quantitative study was conducted collecting data through questionnaires with 29 children and adults on their first assessment interview. The results of the investigation showed that both children and adults felt the interviews were conducted with the appropriate persons. Further the conversation was experienced as meaningful for both parts. The conclusion to be drawn from this investigation is that the usual way to invite the child with their custodians to an assessment interview can be considered suitable. Important aspects to consider in the interview which that appeared in data was have become apparent are the structure of the interview and the aspect of time. Also who one comes with and to be given the opportunity to talk about difficulties. Even if dissatisfaction is missing this investigation raises a number of new questions that can be interesting for further inquiry.

Keywords: psychotherapy, family therapy, telling story, child- and adolescent psychiatry, compliance, narrative, voice and family therapy

SAMMANFATTNING

Syftet med denna uppsats var att undersöka om barn och vuxna ges möjlighet att formulera sina problem och om rätt personer deltog i det första bedömningssamtalet på en barn och ungdomspsykiatrisk mottagning. Vidare var syftet att undersöka om samtalet upplevdes som betydelsefullt för de deltagande. Utifrån de nya familjekonstellationerna som många idag lever i tänkte vi att man kanske ville komma med någon annan än sin/sina vårdnadshavare. Metoden som användes var frågeformulär. Sammanlagt fick vi in 29 frågeformulär, vilka inkluderade både barn och vuxna. Resultatet av undersökningen visade att barnen upplevde att de kom med rätt personer och att samtalet var betydelsefullt både för barn och de vuxna. Slutsatsen av undersökningen är att det vanliga sättet att kalla barnet med dess vårdnadshavare till bedömningssamtal fungerar. Viktiga aspekter som framkommer är strukturen för samtalet och delaspekten tid. Vilka man kommer med och beredas möjlighet att tala om det svåra. Även om missnöjet saknas väcker dock studien en mängd nya frågor som kan vara intressanta att studera vidare.

Nyckelord: psychotherapy, family therapy, telling story, child- and adolescent psychiatry, compliance, narrative, voice and family therapy

INNEHÅLL

1. INLEDNING.....	6
1.1 Syfte.....	6
1.2 Frågeställning.....	7
2. TEORETISK BAKGRUND.....	7
2.1 Barnet.....	7
2.2 Föräldern.....	9
2.3 Barnet – Föräldern.....	9
2.4 Terapeuten.....	10
2.5 Mötet.....	11
2.6 Allians.....	12
2.7 Common factors.....	13
2.8 Anknytning.....	14
3. METOD.....	15
3.1 Urval.....	16
3.1.1 Frågeformulärets utformning.....	16
3.2 Datainsamling.....	17
3.3 Analys.....	17
3.4 Etiska överväganden.....	18
3.4.1 Trovärdighet.....	19
4. RESULTAT.....	19

5. DISKUSSION.....	22
5.1 Metoddiskussion.....	22
5.2 Resultatdiskussion.....	24
5.2.1 Barnet.....	24
5.2.2 Föräldern.....	24
5.2.3 Strukturen.....	25
5.2.4 Eftertankar.....	27
REFERENSER.....	29
BILAGOR: Följebrev.....	33
Frågeformulär	34
Etisk egengranskning.....	36

1. INLEDNING

Vi arbetar på Barn - och Ungdomspsykiatriska mottagningen (BUP) i Nässjö, som står för öppenvårdsinsatserna inom Barn- och Ungdomspsykiatri för Höglandets sex kommuner, Nässjö, Aneby, Tranås, Vetlanda, Eksjö, Sävsjö. På mottagningen arbetar läkare, psykologer, kuratorer, sjuksköterskor, arbetsterapeuter samt administrativ personal. Verksamheten består av bedömning, utredning och behandling av psykiatrisk problematik hos barn och ungdomar upp till 18 år. Terapeutiska modeller som används på mottagningen är Familjeterapimodeller samt modeller inom Kognitiv Beteendeterapi (KBT). Även föräldrautbildningar erbjuds. Denna uppsats skrivs inom ramen för Familjeterapeututbildningen i Lund.

I den kliniska vardagen har vi kommit att fundera över barnets plats och möjlighet att berätta om sitt problem, sina symtom och sin livssituation.

På Barn - och Ungdomspsykiatriska mottagningen arbetar man med hela familjen. Familjen har inte omdefinierats på många år inom verksamheten och familjen inkluderar biologisk mamma, biologisk pappa och barnet. De som kallas är vårdnadshavaren/na samt barnet. Inom terapin finns inte en sanning i familjen, utan samtliga familjemedlemmars upplevelser äger samma sanningshalt. Detta innebär att alla familjedeltagares tankar om problemet är viktiga att ge plats.

Inom ramen för utbildningen har vi funderat över hur nya familjekonstellationer skapar ett nytt kontext för både barn och vuxna. Då familjen idag ser annorlunda ut och barnet kan ha med sig någon annan än sin biologiska förälder önskar vi undersöka om barnet har möjlighet att ge sin version av problemet i ett bedömningsamtal. Vi vill vidare undersöka om barnet upplever att rätt personer är med vid bedömningsamtalet och om barnet såväl som övriga närvarande upplevde samtalen som betydelsefullt.

1.1 Syfte

Syftet med denna uppsats var att undersöka om barn och vuxna ges möjlighet att formulera sina problem och om rätt personer deltog i det första bedömnings-

samtalet på en barn och ungdomspsykiatrisk mottagning. Vidare var syftet att undersöka om samtalet upplevdes som betydelsefullt för de deltagande. Syftet ledde oss till nedanstående frågeställningar.

1.2 Frågeställning

- Upplevde barnet att rätt personer var med det på bedömningssamtal
- Upplevde familjemedlemmarna att rätt personer var med på bedömningssamtalet.
- Kände barnet och de övriga att de kunde prata och att de gavs utrymme till att formulera sina problem
- Vilken betydelse hade samtalet för barnet och för familjemedlemmarna

2. TEORETISK BAKGRUND

2.1 Barnet

Det är inte vanligt att barn själva söker psykiatrisk vård utan den initiala kontakten sker av vuxna i barnets omgivning. Det har visat sig att barn själva inte alltid förstår varför vuxna i deras omgivning oroar sig för dem eller varför de behöver en viss behandling eller vad de kan förvänta sig utav behandling/vård. Grundat i detta finns det ett behov av att efterfråga och belysa barnets röst. Tre viktiga områden för barnets röst noteras, sammanhanget (kontextet), innehållet (content) och betydelsen (status för barnets röst), (Davie, Upton & Varma, 2004). Barnet är beroende av de vuxna, det yngre barnet är beroende i hela sin vardag och det äldre har sitt sociala beroende. Barnets relativa maktlöshet är fullt begriplig men kräver också då en speciell uppmärksamhet.

Barnets möte med barnpsykiatrin består av relationer i tre delar, terapeuten, föräldrarna och barnet. Enligt Davie et al (2004) måste man beakta att samtliga har sina kunskaper, förväntningar, önskemål, känslor och upplevelser av vad som är viktigt. Samtliga dessa aspekter kommer att påverka interaktionerna och allas röster hörs inte lika tydligt, beaktas lika mycket eller artikuleras lika väl. Barnets illabefinnande kan likaväl vara relaterat till interaktionen mellan barnet och föräldern.

Avseende barnets röst finns olika nivåer, att bli lyssnad till avseende känslor och önskemål, till nästa att bli involverad, delaktig och ha möjlighet till beslutsfattande. Oavsett barnets ålder bör terapeuten vara medveten om barnets åsikter och ge möjlighet att kommunicera med barnet så att barnet känner sig lyssnat till och validerad.

Som familjeterapeut blir frågan om barnets medverkan verklig och angelägen. Forskningen visar att många terapeuter inte har med barnet och i många ärenden där barnet medverkar i rummet, deltar det ändå inte aktivt i terapin (Rober, 2008). Forskning Rober (2008) hänvisar till är bland annat en större studie av Korner och Brown (1990) där det framkom att 40 % av de tillfrågade familjeterapeuterna aldrig inkluderade barnet i familjeterapin och 31 % av terapeuterna bjöd in barnet men inkluderade inte det i själva terapin. Det framkom vidare att även om barnet inte önskade vara med initialt visade det sig att det uppskattade delaktighet över tid. En av slutsatserna blir att terapeuten fortsätter bjuda in barnet och engagera barnet i terapin.

I en nyligen påbörjad studie (Ödman, 2009), med syfte att studera ungdomars upplevelse av delaktighet i behandling inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård konstateras initialt att delaktighet leder till effektivare behandlingsresultat. Genom att öka möjligheten för ungdomarna att vara aktiva aktörer i sin behandling och få bistånd i detta av behandlaren, ökar personens känsla av egenmakt och kontroll. (Ödman, 2009). Författaren konstaterar vidare att barn och ungdomars rätt till delaktighet påtalas av såväl svensk lagstiftning som av FN:s konvention för barns rättigheter. Hälso- och Sjukvårdslagen (HSL) belyser att ungdomar som behandlas inom svensk hälso- och sjukvård ska bli lyssnade till samt att hänsyn ska tas till deras åsikter och att vården så långt det är möjligt planeras i samråd med ungdomen.

I intervjuer med 16 barn mellan 5 och 13 framkom att barnen önskat vara delaktiga i terapin på ett meningsfullt sätt (Coleman, Herman, McCollum, Rosen & Stith, 1996). Även om det inte var barnet självt som var i fokus, så gav barnen uttryck för att vilja bjudas in. Det visade sig också att barnen oavsett ålder förstod syftet med terapi och rapporterade att det var hjälpsamt för dem och deras familjer att tala om problemen, Barn oavsett ålder önskade bli aktivt deltagande i terapin. Sammanfattningsvis kan sägas att forskning som belyser barns upplevelser av delaktighet och upplevelser av terapier är bristfälligt. Den forskning som finns

utgår ofta från terapeutens perspektiv eller terapieresultat. Det är först under senare år forskare har börjat belysa familjeperspektivet.

2.2 Föräldern

I en studie som fokuserade på föräldrakonflikt i relation till symtom hos barnet ingick 187 barn (Groeben, Klitzing, Perren & Stadelmann, 2010). Det var både beteendeproblem och emotionella problem som kartlades. Man konstaterar att föräldraseparation är skattat som en av de mest stressande livshändelserna i föräldrars och barns liv samt att barn vid stressrelaterade händelser kan reagera med depression, ångest, ilska, kravfullhet, icke-samarbete och försämrade prestationer i skolan. Familjekonflikt korrelerade både med beteendeproblematik samt med emotionella problem. Korrelation fanns även mellan familjekonflikt och hyperaktivitet hos barnet.

Ross skriver i *The Voice of the child*, (Davie et al., 2004) att man måste kunna lyssna till de vuxna för att kunna lyssna till barnet. Vem ska lyssna till berättelsen, jo, den som har öron att lyssna med.

2.3 Barnet - föräldern

Det är inte givet att barnets berättelse är överensstämmande med förälderns. Som terapeut gäller det att ge legitimitet till allas berättelser så varken barnet eller föräldrarna känner att den gemensamma berättelsen blir alltför främmande. Det har visat sig att symtomen upplevs olika av förälder och barn. Både inom den kliniska och den forskningsmässiga delen av barn- och ungdomspsykiatri används skattningsskalor. Två av dessa förekommande är Child Behavior Check List (CBCL) och Youth Self Report (YSR). CBCL administreras av terapeuten /undersökningsledaren och fylls i av föräldern medan barnet fyller i YSR. Berg-Nielsen, Vika och Dahl (2003) skriver i sin artikel att barn rapporterar mer av internaliserade problem medan föräldrarna tänker att barnet har mer externaliserade bekymmer och då främst avseende uppförandeproblem. Skillnaderna mellan barnets och förälderns skattning är betydande, men det går inte utläsa ur studien om föräldrarna skattar högt eller om barnet förminskar

bekymmer. Mammorna med depression hade en tendens att skatta högre avseende ungdomens problem jämfört med ungdomens egenskattning. Noteras bör att mödrar med depression skattar högre avseende externaliserade symtom hos barnet, vilket man förklarat som att deras toleransnivå varit lägre än icke deprimerade föräldrars. Samma resultat framkommer även i en stor studie, av 1718 barn i åldern 11-18 år och deras föräldrar, gällande skattning av psykiatriska symtom genom CBCL –YSR. Resultaten visar att barnen inte rapporterar lika mycket symtom som deras föräldrar, samstämmigheten mellan föräldern och barnets skattning är dålig till låg för de internaliserade symtomen samt även för symtomen i dess helhet.(Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz & Lehmkuhl, 2009)

En studie med 2927 informanter jämfördes ungdomarnas och föräldrarnas svar på CBCL och YSR, och även här såg författarna diskrepanser mellan föräldrarna och barnen (Bakoula, Gika, Kavadias, Igona, Vassi & Veltsista, 2008). Bland annat framkom att hos de ungdomar som skattade sig högst på YSR fanns en diskrepans till att föräldrarna inte skattade lika högt, vilket indikerar att de ungdomar som mest behöver föräldrastöd inte adresserar föräldrarna avseende svårigheterna de har. Även denna undersökning visar att diskrepansen är större om modern inte mår bra. Författarna till artikeln diskuterar möjligheten om stress gör att de bekymmer man ser hos barnet till viss del består av föräldrarnas projiceringar av sitt eget på barnet. Barnets delaktighet och uttryck i familjeterapi är en möjlighet för konstruktiv och en helande influens även för föräldrarna (Ackerman, 1988), Terapin öppnar en väg för nytt relaterande inte bara mellan barnet och föräldrarna utan också mellan föräldrarna. En möjlighet till djupare och mer emotionell ärlighet skapas. Initialt behöver, för att kontakten ska bli god, terapeuten visa empati, intresse och respekt genom att reglera ett lagom avstånd, till dess barnet närmar sig självt.

2.4 Terapeuten

Terapeuten behöver möta både föräldern och barnet. Medvetenhet krävs om att föräldern kan ha hemligheter, vilka den inte vill att barnet ska avslöja (Ackerman, 1988)

Om man tittar på det utifrån systemteoretisk tradition bildar familj tillsammans med terapeut ett system, där man inom familjeterapin tänker att förändring kan ske som i sin tur kan frigöra individerna från individuella symtom.

Familjeterapin inkluderar inte alltid barnet. En orsak är att terapeuter ofta är verbala och analytiska vilket kan kollidera med barnets sätt att uttrycka sig. Många gånger involveras inte barnet trots att familjeterapin till stor del vilar på systemisk grund. Möjliga aspekter, vilka påverkar om barnet görs delaktigt eller inte kan vara terapeutens ibland bristfälliga barnpsykologiska kompetens och även terapeutens egen upplevelse som barn. Svårigheter föreligger även generellt för barn att göra sin röst hörd när det är bland flera vuxna. Det faktum att det är extra svårt för utsatta barn utifrån deras beroendesituation och relation till omvårdnadspersonerna försvårar ytterligare för barnet att höras (Arrias, 2008).

Delaktighetens olika aspekter gäller inte bara att ta för sig utan man måste även bli inbjuden och tacka ja till inbjudan (Ketola, 2006). Behandlaren ansvarar att på bästa sätt ge hjälp, vilket kräver att kunna lyssna samt visa förmåga till empati. Språk, tilltal och jämlik nivå är aspekter som respondenterna i Ketolas (2006) undersökning betonade som viktiga liksom lyhördhet för vilket kontext patienten befinner sig i. Delaspekter att ta hänsyn till blir då patientens möjligheter och kapacitet till delaktighet. Vidare lyfts fram; organisatoriska ramar, tid och tillgänglighet som påverkansfaktorer av delaktighetsområdet.

I vilken utsträckning familjeterapeuten lyssnar till de unga har Dowling (1993) skrivit om i en artikel. Dowling (1993) utgår från ett psykologiskt perspektiv och betonar att terapeutens frågor kan vara till hjälp för alla i familjen för att de ska kunna vara i kontakt med sina komplexa känslor som barnet kanske försöker greppa. Hon påtalar även vikten av att bistå föräldrarna för att de i sin tur ska kunna tillgodose barnets behov samt understryker värdet av en koherent berättelse från var och en och vikten av att barnet har en berättelse som är begriplig.

2.5 Mötet

Det första mötet har stor inverkan på hur fortsatt kontakt blir vilket inte studerats så mycket utifrån barnets perspektiv (Hartzell, Seikkula & von Knorring, 2009). Sålunda fokuserades deras undersökning på första mötet där man intervjuade 14 familjer mellan 2002-2007, barnen var upp till 18 år gamla.

Resultaten visade bland annat att terapeuten behöver vara behjälplig och bistå barnet att kommunicera och att lyckas vara i dialog. Barnet vill känna sig accepterat och få möjlighet att uttrycka känslor. Av vikt är att terapeuten möjliggör plats för alla deltagarnas perspektiv.

Förväntningarna patienterna har på terapin i början påverkar utfallet (Greenberg, Bruce & Constantino, 2006). Detta fenomen har studerats i över 50 års tid men dess påverkan på utfallet av terapin kan ändå vara undervärderat. Det blir därför viktigt vilken betydelse patienten tillmäter början på kontakten

Betydelsen av trygga personer för att möjliggöra berättandet betonas av Angus och Kagan (2007). Patienten behöver känna trygghet och säkerhet i relationen till terapeuten. Terapeutens empatiska förmåga avgörs av patientens upplevelse och bedömning.

2.6 Allians

Samarbete, samverkan mellan terapeut och patient/familj med ömsesidigt förtroende i relationen kallas allians. Denna aspekt är avgörande för hur terapin ska gå. Eftersom alliansarbete inleds vid första besöket och grunden läggs för det gemensamma arbetet är denna aspekt viktig i vår undersökning.

Sjuttioått barn i åldern 11 till 17 år medverkade i en studie gällande allians (Garland & Hawly, 2008). Studien belyser att många studier har gjorts avseende vuxna och allians, men inte många gällande barn. Man använde sig av Working Alliance Inventory (WAI) och jämförde dels med CBCL och YSR, samt med funktions-skattningsskalor. Alliansen ser olika ut vad gäller terapeuten och föräldrarna jämfört med terapeuten och ungdomen och leder framåt på olika sätt. Resultatet av undersökningen visar att ungdomens allians korrelerar med flera positiva utfall, som minskade totala symtom, minskade externaliserade symtom på CBCL och YSR, minskade internaliserade på YSR. Ytterligare resultat är rapporterad ökad familjefunktion både på barnets och föräldrarnas skattning samt ökat självförtroende hos barnet. Alliansen med föräldrarna korrelerade med minskade totalsymtom på CBCL, minskade externaliserade symtom på CBCL och YSR

Allians har stor betydelse för utfallet av behandling, så även förtroende mellan familj och behandlare samt samverkan mellan aktörerna och individuellt anpassad

behandling (Johansson, 2010). En annan ytterligt viktig faktor för utfallet av terapin är relationen mellan terapeut och klient (Wampold & Messer, 2002).

2.7 Common Factors

För att terapi ska ge resultat behöver man mer än en metod och teknik. Det har visat sig att alliansen är viktig som betonats ovan tillsammans med flera andra principer som utgör grund för terapiutfallet.

I ett flertal artiklar återkommer common factors som en betydelsefull komponent i det terapeutiska arbetet. (Barley & Lambert, 2001; Carroll, Nich & Rounsaville, 1997; DeFife & Hilsenroth, 2011; Harwood & Beutler, 2002; Lambert, 2005; Messer, 2009; Rosenzweig, 2002; Smith, 2002; Wampold & Messer, 2002). Common factors är faktorer skilda från enskild teknik eller metod och skiljer sig från allians på så sätt att här är det inte bara relation patient - terapeut, utan också nästa nivå, det vill säga tro på metod och teknik för terapeut samt tro på teknik och metod för patient.

De terapeutfaktorer som framträder mest för positivt utfall är empati, bekräftelse, samarbete och kongruens (Smith, 2002). Ingredienserna i effektiv terapi innehåller oavsett terapimetod common factors såsom, tillit, värme, förståelse, acceptans, vänlighet och mänsklig visdom.(Lambert, 2005).

Utfallsmått på positiv effekt slår igenom stort avseende terapeutens tro på tekniken. Enligt effektforskning inom psykoterapiforskningen skulle det inte vara så, då man där tänker att tekniken eller metoden är det som gör skillnad och påverkar utfallet av terapin.

Klientfaktorer såsom när klienten känner behandlarens omhändertagande och den generella tonen är god relaterar detta till positivt utfall av behandlingen, det vill säga bra behandlingseffekt av terapin (Smith, 2002). Det som träder fram mest av alla faktorer avseende positivt utfall är dock klientens delaktighet och inställning. Klientredovisningar av terapeutegenskaper kopplat till positiva utfall innehåller "egenskaper" som: varm, uppmärksam, intresserad, förstående samt respektfullhet. Detta innebär att terapeuterna ska använda sig av tekniker och utveckla metoder, men att man som grund ska ha i minnet att den terapeutiska relationen är den primärt kurativa.

Kontentan blir sålunda att terapeutens främsta utveckling är att förbättra förmågan att relatera till klienterna och anpassa relationen till den specifika klienten

Resultatredovisningen av 100 forskningsrapporter visar att 40 % av utfallen är beroende av faktorer utanför terapin, common factors står för 30 % av utfallen, terapeutisk teknik står för 15 % av utfall och förväntan står även det för 15 % (Barley & Lambert, 2001). Det finns dock inget bemötande som gäller alla. Vissa mentala tillstånd kräver mer av vissa specifika metoder (Rosenzweig, 2002). Olika individer vill bli bemötta på olika sätt. Realistisk förväntan på terapin, rollförberedelser, ord samt samstämmig målformulering utifrån den enskilda individen är avgörande. (DeFife & Hilsenroth, 2011)

Nästa steg i forskningen är förflyttning från vad fungerar till vad fungerar för vilken patient under vilka premisser (Harwood & Beutler, 2002). Resultatet gav fynd som att interventioner som sågs enskilt inte påverkade utfallet särskilt mycket, relationen som den sågs enskild påverkade lite men kombination intervention och relation påverkade utfallet.

2.8 Anknytning

Anknytning är ett motivations- och beteendesystem som finns hos alla människor (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Systemet är biologiskt, evolutionärt till sin natur. Författarna skriver: ”Begreppet anknytning avser en varaktig inre representation av relationen till föräldern vilken inbegriper en stark tendens att söka dennes närhet vid stress. Anknytning är sålunda något mer än att bara söka närhet undan faror, det är en av våra starkaste känslomässiga relationer.” (sid 55, Broberg et al., 2006). Systemet får oss människor att vid fara eller svårighet rikta oss till vår säkra hamn, vilket är våra anknytningspersoner. Anknytningsmönstret har också en annan del som utgörs av den trygga basen, vilket innebär en bas för att vi ska våga utforska omgivningen. Det var Ainsworth och Bowlby som på 1950-talet kom att påbörja beskrivningen av anknytningssystem. I gruppen av känslomässiga band varav anknytningen ingår finns följande aspekter enligt Ainsworth och Bowlby (Broberg, Granqvist, Ivarsson & Risholm Mothander, 2006). Dessa band är varaktiga över tid, riktas mot en specifik individ som inte är utbytbar, har känslomässig relevans för individen, kännetecknas av att personerna söker varandras närhet, innebär att personerna upplever obehag vid ofrivillig separation från den andre samt att den som är anknuten söker trygghet, tröst och beskydd hos sin anknytningsperson.

Att vi alla har anknytningsbeteenden, vilket innebär att vi söker oss till den som finns tillgänglig ska inte förväxlas med anknytningen som begrepp (sid.57, Broberg et al., 2006). Alla knyter sålunda an och barndomens anknytning formar oss och våra relationer. Anknytningen delas upp dels i trygg och otrygg, med underrubriker som ambivalent eller undvikande, samt desorganiserad. Det är barnet som knyter an till föräldern. Den vuxnes känslor och agerande kallas inte anknytning utan omvårdnadssystem, även detta system är genetiskt programmerat. Det är viktigt att familjeterapeuter är medvetna om föräldrarnas ansvar att möta barnets behov och att anknytningsteorin tas hänsyn till (Dowling, 1993). Speciellt lyfts ord som förutsägbarhet och betoning på föräldrarnas ansvar att skapa en sammanhängande berättelse om barnets liv.

Anknytningsbaserad familjeterapi (ABFT) har studerats i behandling av ungdomar med depression (Diamond, Gallop, Brown, Wintersteen, Shelef, Levy & Diamond, 2010). ABFT är mer effektivt än vanlig behandling. Tankar man har i detta är att faktorer som negativ familjekommunikation, hög konfliktnivå, låg samstämmighet, dålig anknytning, ineffektivt föräldrastöd är stora risker för ungdomars depression och suicidalitet. Familjekonflikt är alltid en negativ faktor i behandlingsresultat. Skyddande faktorer avseende ungdomars suicidrisk och depressionsutveckling är sålunda känslomässigt engagemang från föräldrarna, familjesamstämmighet och adekvat föräldraauktoritet.

3. METOD

En kvantitativ undersökning genomfördes där data insamlades via frågeformulär med öppna såväl som slutna svarsalternativ. Innan formulering av frågeformuläret sökte vi kunskap i ämnet genom föreläsningar, litteratur samt datasökning innehållande sökord: Psychotherapy, family therapy, telling, story, child- and adolescent psychiatry, compliance, narrative, voice and family therapy. Denna kunskapsökning ledde fram till att vi ville belysa olika frågeområden. För att formulera frågorna ansågs Kvales tematisering lämplig (Kvale, 1997).

Frågeformulär som form valdes av flera anledningar, dels att studien var begränsad till en utbildningsuppsats och datainsamlingen begränsades i tid till perioden maj-aug-11.

3.1 *Urval*

Inkluderingskriterierna avseende deltagare bestod av samtliga närvarande vid bedömningssamtal hos aktuella undersökningsledare under tidsperioden maj-augusti 2011. Möjliga deltagare var barn, föräldrar, närstående, företrädare från socialtjänsten eller skolan.

Exkluderingskriterier var akuta suicidbedömningar. Exkludering gjordes även med ärenden, vilka hade en specifik frågeställning avseende neuropsykiatrisk utredning. Dessa exkluderades då de inte i denna fas av kontakt med Barn- och Ungdomspsykiatrin blir föremål för psykoterapi.

3.1.1. *Frågeformulärets utformning.*

Huvudfrågorna som skulle besvaras var följande: vad, varför och hur. Frågan vad innebar att vi skulle skaffa oss förkunskaper om ämnet. Frågan varför innebar att klargöra syftet med undersökningen. Frågan hur avser att förvärva kunskap om olika intervju och analystekniker och att avgöra vilka som är lämpligast i det specifika sammanhanget. Kvale (1997) påvisar vikten av att frågorna inte bör vara för långa och att de ska vara formulerade på ett sådant sätt så att informanterna ska förstå dem. Detta underlättar för informanterna att svara och ökar delaktigheten och förhoppningsvis deltagandet. Utifrån ovanstående redogörelse valde vi frågeformulär med både slutna och öppna svarsalternativ som datainsamlingsmetod.

Vi ville skapa möjlighet för barnet att berätta, varför det blev viktigt med få frågor som var lätta att förstå och med möjlighet att utveckla svaren. Samtliga deltagare fick samma frågor. Dessutom innehöll frågeformuläret en skalfråga om samtalets betydelse, där svaret markerades längs en linje. Ena ytterpunkten stod för Inte alls betydelsefullt (0 %) och andra ytterpunkten stod för Helt Betydelsefullt (100 %). Frågan om samtalets betydelse har vi identifierat som en attitydfråga. Vi använde VAS-skalan, som kan användas vid mätning av till exempel smärta, attityder och i

många andra sammanhang, där VAS står för visuell analogskala (Ejlertsson, 2008).

3.2 *Datainsamling*

Inledningsvis när mötesformen för bedömningssamtalet presenterades informerades besökarna om aktuell undersökning och om frivilligheten att delta. Efter avslutat bedömningssamtal fick familjen frågan om de var villiga att delta i undersökningen. Var och en av de närvarande svarade för sig om de ville delta. Efter att de närvarande gett sitt samtycke till att delta lämnades frågeformuläret (Bilaga 2) samt följebrevet (Bilaga 1) till var och en. De berörda var kvar i samma lokal som bedömningssamtalet ägde rum. Information lämnades vid detta tillfälle både muntligen och skriftligen att frågeformuläret ej inkluderades i journalhandlingarna. Var och en fyllde i var sitt formulär enskilt, samtidigt och under tystnad. Undersökningsledaren var kvar i rummet under tiden formuläret fylldes i. Enligt rekommendationer (Ejlertsson, 2008) valde vi ett enkelt och sakligt språkbruk, som förstås av målgruppen, vilken inkluderar både barn och vuxna. Formulären lämnades av informanterna till undersökningsledaren i direkt anslutning till att formuläret var ifyllt och innan familjen lämnade mottagningen. Följebrevet och frågeformuläret skildes åt och förvarades separata. Varje deltagare erbjöds en kopia på följebrevet.

3.3 *Analys*

Frågeformulären analyserades fråga för fråga utifrån kategorierna barn och föräldrar. Eftersom frågeformuläret består av tre delar, slutna svarsalternativ, öppna kommentarer samt VAS- skalfråga analyserades delarna varför sig. Avseende de slutna svarsalternativen analyserades dessa kategorier och redovisas numerärt. Den insamlade empirin redovisas för enkelhetens skull i en tabell (Larsson, Lilja & Mannheimer, 2005)

Innehållet i kommentardelarna redovisas för sig, där kommentardelarna redovisas i sin helhet i delkategorierna utifrån varje enskild fråga under rubrik kommentar.

VAS-skalan redovisas genom omvandling till siffervärde. Eftersom avståndet mellan ytterpunkterna är ett fast värde översätts varje markering till ett procentuellt

värde. 0-värdet motsvarar ”inte alls betydelsefull” och 100 % motsvarar ”helt betydelsefullt”.

Bakgrundsdata på deltagarna redovisas såsom ålder, antal närvarande.

3.4 Etiska överväganden

Etisk egengranskning gjordes enligt Jönköpings Läns landstings formulär Etisk egengranskning (Bilaga 3). Den etiska egengranskningen har bestått av delar som urvalskriterier, tillvägagångssätt, förvaring av insamlat material samt resultatredovisning.

Utifrån den etiska självbedömningen bedömde vi att inga etiska hinder förelåg avseende genomförandet av studien.

Fyra krav skulle uppfyllas (Ejlertsson, 2008), (Helsingforsdeklarationen, 2008). Det första kravet, informationskravet, tillgodosågs genom att de deltagande personerna informerades om undersökningens syfte både muntligt och skriftligt. Information lämnades muntligt om att det var frivilligt att delta och att deltagandet när som helst kunde avbrytas. Denna information lämnades till informanterna inledningsvis av bedömningssamtalet, för att ge familjen information om tidsåtgång samt struktur för samtalet. Efter bedömningssamtalet tillfrågades de närvarande återigen om villighet att delta. Frågeformulär samt följebrev överlämnades till deltagarna i rummet. Det andra kravet, vilket var samtyckeskravet, tillgodosågs förutom muntligt medgivande även skriftligt. Samtliga informanter skrev under, både barn och vuxna. Konfidentialitetskravet, som är det tredje kravet uppfylldes genom att medgivandeblanketten skildes från frågeformuläret omedelbart efter ifyllandet samt att frågeformuläret och medgivandedokument förvarades åtskilda på sekretesskyddad plats. Fjärde och sista kravet, vilket var nyttjandekravet tillgodosågs genom att inkommet material endast används i denna undersökning.

3.4.1 *Trovärdighet*. Kriterievaliditeten, det vill säga mäter frågorna det vi vill mäta., I denna studie bedömdes att data gav svar på de frågor vi ställde vilket kan ses som att validiteten i studien är god. För att säkerställa validiteten gavs också deltagarna möjlighet att utveckla sina svar efter de slutna frågorna.

Innehållsvaliditeten uppfattar vi också som god då ingen respondent uttryckte svårighet med att förstå frågorna. Reliabiliteten, det vill säga att upprepade undersökningar ger samma resultat, är inte aktuell som fråga då ytterligare undersökning ej har gjorts och denna studie får sålunda ses som en förstudie.

4. RESULTAT

Resultatet bygger på 29 besvarade frågeformulär.

Åtta personer besvarade inte frågeformuläret av följande anledningar:

Ett besök med 3 deltagare där de vuxna önskade fylla i frågeformuläret men barnet sa att besöket hade tagit för lång tid och han ville hem, familjen gick.

Ett besök med 3 deltagare där undersökningsledaren fick gå innan frågeformuläret fylldes i på grund av akutsituation på mottagningen

Ett besök med 2 deltagare där familjen sa sig sakna tid för att fylla i frågeformuläret.

Resultatet redovisas fråga för fråga fördelade på kategorierna barn och förälder. De deltagande 29 personer fördelades på 9 pappor, 8 mammor och 12 barn. De deltagande barnen var mellan 5-17 år, median 15 år. Åldern på föräldrarna varierade mellan 33-50 år, median 42 år. Kombinationer i familjerna bestod av mamma och barn (1st), pappa och barn (2 st), mamma, pappa och barn (7 st) samt enbart barn (2 st).

Resultatet nedan presenteras utifrån ställda frågor. Kommentarer som deltagare har lämnat presenteras i kolumnen kommentarer. Kommentarererna innehåller svar på följdfrågorna som finns i frågeformuläret och även är kursivt markerade i nedanstående redovisning.

Fråga 1. Jag tycker rätt person med på dagens besök.

	Ja	Mellan ja & nej	Nej	Kommentarer
Barn	11		1	<p>Kommentar 1. <i>Om inte, vilka skulle varit med? Ingen</i> <i>Varför? Skönare att prata ensam (denna respondent hade fyllt i att rätt personer var med).</i></p> <p>Kommentar 2. <i>Om inte, vilka skulle varit med? Namngiven behandlare på mottagningen</i> <i>Varför? För jag fick bra kontakt med honom och jag inte vill ha massa olika att prata med (denna respondent hade fyllt i att inte rätt personer var med).</i></p>
Vuxna	16		1	<p>Kommentar 1. <i>Om inte, vilka skulle varit med? Borde inkluderat pappa</i> <i>Varför? Kunde ej närvara. Han är inblandad</i></p>

Sammanfattningsvis:

27 personer tyckte att rätt personer var med på samtalet.

2 personer tyckte inte att rätt personer var med

Fråga 2. Jag kände att jag kunde prata om det jag ville på dagens besök.

	Ja	Mellan ja & nej	Nej	Kommentarer
Barn	9	1	2	<p>Kommentar 1. <i>Om inte, varför? Jag kryssade mitt i mellan för jag har lättare att prata med personer som inte är nära släkt.</i></p>
Vuxna	17			

Sammanfattningsvis:

26 personer kände att de kunde prata om det de ville.

2 personer kände inte att de kunde prata om det de ville

1 person markerade mitt emellan ja och nej

Fråga 3. Jag fick den tid jag behövde för att framföra mina tankar om problemet på dagens möte.

	Ja	Mellan ja & nej	Nej	Kommentarer
Barn	10	1	1	
Vuxna	16		1	<p>Kommentar 1. Om inte, varför? Många tankar kommer upp och ibland känns det som man behöver mera tid att reda ut saker och få hjälp med att jobba på problemet (denna respondent svarade ja på frågan).</p> <p>Kommentar 2. Om inte, varför? Hann ej prata i enrum utan barn (denna respondent svarade nej på frågan).</p>

Sammanfattningsvis:

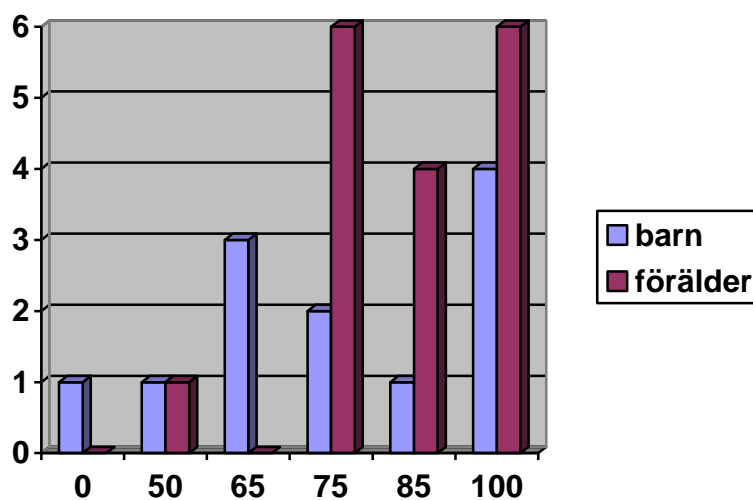
26 personer fick den tid de behövde

2 personer fick inte den tid de behövde

1 person markerade mellan ja och nej

Så här betydelsefullt var dagens besök för mig

Skalan från 0-100 % gav resultat enligt tabell 1.



Tabell 1. Upplevelse av samtalets betydelse.

På frågan om hur betydelsefullt samtalet var, sträcker sig barnens svar från 0 % till 100 %, medianen blir 75 % och medelvärdet 73 %. Föräldrarnas svar stäcker sig från 50 % till 100 %. Medianen blir 85 % och medelvärdet blir 85 %

En förälder som markerade 50 % på betydelsefrågan, kommenterade: ”det vet jag inte än”.

Ett barn som markerade 0 % på betydelsefrågan, kommenterade: ” X (namngiven behandlare) saknades. För jag fick bra kontakt med honom och jag vill inte ha en massa olika och prata med”

5. DISKUSSION

5.1 *Metoddiskussion*

Vår undersökning består av 29 inkomna formulär. Antalet barn i undersökningen är 12. Då undersökningspopulationen är liten kan resultatet inte generaliseras till andra patientgrupper inom BUP-verksamheten. En begränsning är att undersökningsledarna gjorde undersökningen själva (Eilertsson, 2008). Om andra undersökningsledare gör om undersökningen kan resultatet sålunda bli ett annat. Anledningarna till detta skulle kunna vara undersökningsledarnas kön, vi är båda kvinnor liksom att våra personligheter spelar säkert roll.

Urvalet är inte slumpmässigt eller valt, då informanternas deltagande i undersökningen baseras på att det var dessa som var tillgängliga under aktuell period. Urvalet var konsekutivt, det vill säga, alla som sökte på enheten under en begränsad tidsperiod och uppfyllde kriterierna tillfrågades om deltagande i studien. Generalisering har inte varit ett mål, däremot att i kontextuell medvetenhet studera betydelsefullhet och möjlighet för informanterna i det specifika sammanhanget BUP, beredas plats och göra sin röst hörd.

Skulle det vara någon skillnad i barnets möjlighet att göra sin röst hörd beroende på om man kom tillsammans med mamma och pappa eller tillsammans med en förälder? Detta var dock inte möjligt att få svar på då respondenterna inte lämnade

in frågeformuläret som familj utan som enskilda personer. Denna fråga är av stort intresse men får belysas i en annan studie.

Reliabiliteten och validiteten kan påverkas av att respondenterna vet att de ingår i undersökningen och detta kan i sin tur påverka beteendet (Svartdal, 2001). Vår studie hölls därför enkel och skild från terapeutiska avtal.

Barn – och Ungdomspsykiatri har idag ett stort inflöde avseende frågeställning om neuropsykiatrisk problematik (NP). När vi ser att det var 12 barn vi träffade mellan maj och augusti blir det uppenbart intressant att undra över hur många bedömningssamtal som hamnade inom kategorin NP frågeställning. Vi har inte någon sådan statistik att tillgå och kan inte redogöra för antal, vilket vi nu i efterhand ser som en begränsning. Undersökningen gjordes inom ramen för psykoterapeututbildningen och NP- frågeställningen innebär inte i den initiala kontakten med Barn- och Ungdomspsykiatri en fråga om inledning av psykoterapi. I dessa ärenden kommer familjen i stället med en klar frågeställning, eller remiss från annan instans innehållande önskan om fördjupad utredning som grund för ställningstagande till NP-diagnos. Inte heller kan vi se hur många som var suicidbedömningar under innevarande undersökningsperiod. Dessa exkluderades då suicidärenden kräver en annan hantering i form av kontakter med flera professionella och även med flera myndigheter, såsom socialtjänst och även ibland slutenvård.

Det överskådliga och lättillgängliga frågeformuläret, både till form och innehåll, innebar att alla svarade, Begränsningar till följd av detta blev att många frågor inte ställdes. En sådan fråga är om föräldrarna var frånskilda eller sammanboende.

Vilka vuxna barnet delar sin vardag med och hur rutinerna för ett eventuellt växelvis boende ser ut.

Enbart ett av barnen i undersökningen framförde önskemål om att ha någon annan med sig på bedömningssamtalet. Möjligheterna hade annars varit stora och i vår tanke fanns inte bara andra vuxna i familjen utan även t.ex. syskon, lärare med som möjliga deltagare.

Det sätt som kallelserna utformas tycks fortfarande var en nöjsam och framkomlig väg. Mot bakgrund att vi kallar barnet tillsammans med biologisk mamma och biologisk pappa hade vi en föreställning om att barnet skulle uttryckt önskan om att ha med någon annan. Med vetskap om att många barn lever i nya familjekonstellationer tänkte vi att det inte längre är självklart att kallelserna till

Barn – och Ungdomspsykiatrin ska utformas såsom traditionen bjuder, vilket innebär att barnet kallas med biologiska föräldrar. Andra vuxna än de biologiska föräldrarna kan ha barnets vardagsförtroende och tillit. Detta framkom dock inte i resultatet.

5.2 Resultatdiskussion

5.2.1. *Barnet.* Vad gäller vilka personer som var med på besöket, svarade 11 av 12 barn att rätt personer var med. Enligt anknytningsteorin (Broberg et al., 2006) kan detta begripliggöras på så sätt att när barnet uppvisar symtom är det ett uttryck för att barnet mår psykiskt dåligt vilket i sig triggas anknätningsystemet. På frågan om barnet kände att det kunde prata svarade 9 att det kunde, 1 markerade mitt emellan ja och nej och 2 barn svarade nej. Att 9 av 12 barn kände att de kunde prata om det de ville, tolkar vi som att erbjudandet om delaktighet togs emot. Delaktighetsaspekten har i all teori vi läst bedömts som viktig och som en förutsättning för effektiv behandling (Ödman, 2009) och för att samtalet ska bli meningsfullt för barnet (Coleman et al., 1996).

Det finns inga belägg utifrån insamlad empiri att barnet inte bereds plats avseende tid, tankar om problemet eller frågan om hur betydelsefullt samtalet var, vilket belyses med medianvärdet 75 %.

Ett av barnen upplevde att samtalet inte var betydelsefullt och att orsaken till detta var att inte en viss namngiven behandlare fanns med i samtalet. Betydelsefullheten hade sålunda inte något samband med vilka denna individ kom tillsammans med. Detta svar tänker vi oss tillhör både allians och common factors. Barnet hade tidigare träffat terapeut X, som hon kände förtroende för. Relationen var inte utbytbar varför bedömningssamtalet inte blev betydelsefullt för barnet när X inte var med (Smith, 2002), (Johansson & Eklund, 2003).

5.2.2 *Föräldern.* Av 17 föräldrar svarade 16 att det var rätt personer med på samtalet. Den föräldern som inte ansåg att rätt personer var med angav skälet att fadern skulle varit med, med tilläggskommentar från modern: ”han är inblandad”. Detta svar ger utrymme för flera tolkningar. Dels att mottagningens vanliga sätt att bjuda in passar de flesta föräldrar. Vad vi också tänker är att den enskilda

föräldrarnas kommentar skulle kunna vara uttryck för en familjekonflikt (Groeben et al., 2010). Frågan om föräldern kände att den kunde prata om det den ville besvarades av samtliga 17 föräldrainformanter jakande. Denna frågas innebörd har stor betydelse på flera nivåer (Johansson, 2010). Dels att när föräldern känner sig lyssnad till ökar detta förmågan hos föräldern att i sin tur lyssna på barnet (Davie et al., 2004). På effektnivå avseende utfall av behandling visar forskningen att relationen terapeut och klient har betydelse (Wampold & Messer, 2002). Här är det sålunda god allians samt även andra delar som bejakas vilka kan hänförs till common factors. Eftersom BUP har familjen som enhet vid behandling är föräldrarnas upplevelse därför av synnerlig vikt. Avseende tidsaspekten svarade 16 av 17 föräldrar att de fick den tid de behövde.

En förälder bedömde samtalet som 50 % betydelsefullt, utifrån den kommentaren att han ”inte visste än”. Detta tolkar vi som att symtomreduktion hos barnet kommer att avgöra om han i efterskott bedömer att samtalet var betydelsefullt. Utfallet av terapin blir sålunda avgörande. Tydligt i detta svar är att förväntan på hälsa spelar stor roll. Aspekter inom common factors, som tillit och tro på metod och allians är förklaringar som begripliggör detta svar. Betydelsefullheten av samtalet graderades av 16 utav de 17 föräldrarna till 75 % -100 % på VAS-skalan. Common-factors och allians är det vi tänker oss bäst förklarar att samtalet bedömdes betydelsefullt. (Nich et al., 1997).

5.2.3. Strukturen. Studien visar att samtalet var betydelsefullt. En tanke är att det som förväntades av samtalet uppfylldes. När man som familj kommer till BUP kan man ha förväntningar på ett visst bemötande, en viss struktur, ett visst sätt att tala och förväntningar på förståelse samt att man ska få hjälp. Förväntningarna är individuella men det är viktigt att få en samstämmighet till stånd vad gäller bekymmer och vilka mål som är viktigt att nå (DeFife & Hilsenroth, 2011).

Symtomlindring efterfrågas av de vuxna och man vill som förälder inte se sitt barn lida. Ofta har föräldrarna levt med ett upplevt problem under lång tid och förväntningarna är positiva och höga när man kommer till samtalet.

Förväntningarna hos de vuxna är ofta olika och upplevelsen av barnets svårighet/bekymmer ter sig olika. Studien visar en skillnad mellan föräldrarnas och barnens upplevelse av betydelsefullhet. Vi kan inte dra några stora slutsatser men

en aspekt i detta, som man behöver ta hänsyn till är föräldrars och barns olika skattningar, som tydliggörs i ett flertal studier där skattning enligt skalorna CBCL–YSR använts (Klinkowski et al., 2009). Depression hos modern har i studier visat sig ge utslag i högre skattningar avseende barnets symtom än vad barnet skattar sig självt (Berg- Nielsen et al., 2003). Eftersom flera studier, t.ex. Bakoula et al. (2008), lyfter fram dessa olikheter finns ingen anledning att tro att detta inte skulle gälla vårt undersökningsmaterial. Man kan då ställa sig frågan vems symtom det är vi behandlar vi på BUP? Det är terapeutens uppgift att få till stånd ett samtal där allas upplevelser får plats och att allians kan byggas med samtliga närvarande (Hartzell et al., 2009). Utifrån anknytningsteoretiska och psykologiska perspektiv behöver barnet hjälp av omvårdnadspersonerna för att kunna förstå sin berättelse och på så sätt begripliggöra symtom, vilka ibland har sin grund i komplexa känslor och system (Broberg et al 2006).Omvårdnadspersonens uppgift är att skapa en begriplig och sammanhängande berättelse för barnet som kan leda till hälsa (Dowling, 1993). Till detta behöver terapeuten vara föräldern behjälplig (Davie et al., 2004). Barnen i vår studie upplevde samtalen betydelsefulla, även om de inte var nöjda i samma utsträckning som föräldrarna. Detta kopplar vi delvis till ovan resonemang och att när terapeuten bistår de närvarande att kommunicera ökar den sammanhängande berättelsen och dialogen (Hartzell et al., 2009).

Den individ som inte var nöjd klargjorde att hon saknade terapeut x som hon mött tidigare. Detta belyser vikten av att se till patientens behov av kontinuitet, och markeringen att inte vilja berätta sin historia igen, för nya terapeuter. Detta kräver i sig en lyhördhet hos terapeuten för att hantera detta väl. Kunskapen om detta delgavs inte inom samtalets ram utan inom ramen för undersökningen, vilket i och för sig är ett observandum. En slutsats vi drar är betydelsen av att man som terapeut behöver vara observant och aktiv, som exempel fråga om det finns speciella förväntningar inför samtalet. .

Studiens syfte var att studera om barnet kunde göra sin röst hörd och genom att jämföra vårt resultat till tidigare forskning kan vi urskilja tre aspekter eller nivåer för barnets röst: Sammanhanget, Innehållet samt Betydelsen (Davie et al., 2004).

Kommentarerna från den föräldern som inte bedömde att tiden var tillräcklig kommenterade detta på följande sätt ” *Hann ej prata – enrum utan barn*” Denna fråga lyfter svårigheten med balans mellan förutsägbarhet och struktur å ena sidan samt följsamhet och lyhördhet å andra sidan.

Oerhört viktigt blir det med ramarna, att direkt i samtalet tala om vad man ska tala om hur länge, varför de är kallade, vad vi som terapeuter vet om barnet samt direkt skapa ett klimat som minimerar risken för anklagelser, negativ kritik eller affektutlevande. Tid för att det viktiga ska få plats, tillräcklig tid för mig som terapeut för att inte gå miste om nyanserna i det sagda. Tillräckligt snävt om tid för att inte använda rummet till kaffeprat utan till det svåra och viktiga.

5.2.4. *Eftertankar.* Vår studie är sålunda intressant av flera anledningar:

Studien har inneburit en egengranskning av oss själva i den kliniska vardagen och givit upphov till en stor mängd spännande frågor, insikter och undringar. Exempel på frågor är: Hur mår föräldrarna? Vad är det för problem vi ser symtom av vid bedömningsamtalet? Hur använder vi forskningen, vi tagit del av, i det dagliga arbetet? Hur många fler myter har vi som vi behöver slå hål på? Hur kommer det sig att många av oss tänker att det är mammorna som kommer med barnet till BUP? I vår studie var inte mammorna överrepresenterade, så var kommer den myten/föreställningen ifrån? Hur ska man bygga in ny kunskap i befintlig verksamhet? Vi hade aldrig haft utrymme till att läsa alla dessa artiklar och studier om det inte varit inom ramen för utbildningen. Forskningen behöver finnas där patienterna finns, inte endast inom ramen för universiteten och läroanstalterna. Hur ska det gå till? Varje fråga vi ställde har givit upphov till flera nya frågor och denna spin-offeffekt blev större än vi hade räknat med.

Även om föräldrarna är skilda sedan många år finns en lojalitet djupt rotad hos både barn och föräldrar. Samtidigt finns en lojalitet mellan de biologiska föräldrarna när barnet mår dåligt. Som styvförälder, tänker vi, att man träder tillbaka för de biologiska föräldrarna när det är kristid eller illabefinnandetid för barnet. Barnet får mamma och pappa tillsammans, hur blir då det? Om barnets symtom för de skilda föräldrarna samman understöder det då hälsoutvecklingen eller blir det kontraproduktivt genom att vidmakthålla symtom som gör att drömmen om mamma + pappa + jag får näring och består allt längre?

Slutsatsen blir att barnet kommer till tals på bedömningsamtalen på BUP och att i stort sett alla var nöjda. Frågan är dock om vi är nöjda? Med det menar vi att organisationen BUP fungerar i enlighet med de flesta barns och föräldrars förväntningar. Det är dock inte säkert att detta är det mest hälsosamma för barnen.

Att som förälder vara nöjd och få det man vill ha är inte detsamma som att man som barn får det man bäst behöver.

REFERENSER

- Ackerman, N,W.(1988). Child Participation in Family Therapy, *Family Process*.
Vol/Year 9/4, pp 403-410.
- Angus,L.& Kagan,F.(2007).Empathic relation bonds and personal agency in
psychotherapy implications for psychotherapy supervision, practice, and
research, *Psychotherapy: Theory, research, Practice, training* 2007,Vol
44.No 4,371-377
- Arrias, M,(2008).*Barnets röst I familjeterapi, Får vi också höras?* Göteborgs
universitet, Institutionen för Socialt arbete.
- Bakoula, C.,Gika, A.,Kavadias, G.,Ilgona,E.,Vassi,I. & Veltsista,A. (2008) The
generation gap in numbers:parent-child disagreement on youth's
emotional and behavioral problems. *Soc Psychiatry Psychiatri epidemiol*
,43:1008-1013
- Barley, D.E. & Lambert, M.J. (2001) Research Summary on The Therapeutic
Relationship and Psychotherapy Outcome, *Psychotherapy* Vol 38, No 4
- Berg-Nielsen, T, S., Vika, A., & Dahl, A, A. (2003). When adolescents disagree
with their mothers: CBCL-YSR discrepancies related to maternal
depression and adolescent self-esteem.*Child: care,Health &*
Development, 29, 3, 207-213
- Beutler, L.E., & Harwood, T.M. (2002). What Is and Can Be Attributed to the
Therapeutic Relationship? *Journal of Contemporary Psychotherapy*, Vol.
32, No. 1
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T.& Risholm Mothander, P. (2006)
Anknytningsteori Betydelsen av nära känslomässiga relationer Natur och
Kultur

- Brown, G.K., Diamond, G.M., Diamond, G.S., Gallop, R., Levy, S., Shelef, K. & Wintersteen, M.B. (2010). Attachment-Based Family Therapy for Adolescents with Suicidal Ideation: A Randomized Controlled Trial. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*
- Bruce, N., Constantino, M.J. & Greenberg, R.P. (2006) Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review* 26,657-678
- Carroll, K.M., Nich, C., & Rounsville, B.J. (1997) Contribution of the Therapeutic Alliance to Outcome in Active Versus Control Psychotherapies *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, No. 3, 510-514
- Coleman, J.U., Herman, S.A., McCollum, E.E., Rosen, K.H. & Stith, S.M. (1996). *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol .22, No.1, 69-86.
- Davie, R., Upton, G., & Varma, V. (2004). *The Voice of the child. A Handbook for Professionals*. London.
- DeFife, J.A., & Hilsenroth, M.J. (2011) Starting Off on the Right Foot: Common Factor Elements in Early Psychotherapy Process. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol . 21, No, 2, 172-191
- Dowling, E. (1993). Are family therapists listening to the young? A psychological perspective. *Journal of Family Therapy*. 15:403-411
- Ejlertsson, G. (2008) *Enkäten I praktiken , en handbok i enkätmetodik*, Studentlitteratur
- Garland, A, F., Hawley, K, M. (2008). Working Alliance in Adolescent Outpatient Therapy: Youth, parent and Therapist Reports and Associations with Therapy Outcomes. *Child Youth Care Forum* 37: 59-74

- Groeben, M., Perren, S., Stadelmann, S. & von Klitzing, K. (2010). Parental Separation and Children`s Behavioral / Emotional Problems: The Impact of Parental Representations and Family Conflict. *Family Process*, Vol. 49, No.1,
- Hartzell, M., Seikkula, J. & von Knorring, A-L. (2009) What children Feel about Their first Encounter with Child and Adolescent Psychiatry. *Contemp Fam Ther* 31:177-192
- Helsingforsdeklarationen (2008) hämtad 10 mars, 2012 från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Johansson, A., (2010). *Vad blir bättre av att gå på BUP? –En studie om förändringspunkter*. Karolinska Institutet, Institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle
- Ketola, K. (2006). *Delaktighet - vad betyder begreppet och hur upplevs delaktighet i mötet mellan patient och kurator*. Karolinska Institutet, Institutionen för Medicin, enheten för psykosocial forskning,
- Klinkowski, N., Lehmkuhl, U., Lenz, K. & Salbach-Andrae, H. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18;136-143
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lambert, M.J. (2005) Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than “Placebo Effects”. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61 (7), 855-869
- Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (2005) *Forskningsmetoder i socialt arbete* Lund: Studentlitteratur

- Messer, S.B. (2009) Common factors in psychotherapy: Three perspectives. *Applied and Preventive Psychology* 13, 22-23
- Messer, S.B., Wampold, B.E. (2002) Let's Face Facts: common factors Are More Potent Than Specific Therapy Ingredients. *Clin Psychol Sci Prac* 9: 21-25
- Rober, P (2008) Being there, experiencing and creating space for dialogue: about working with children in family therapy. *Journal of Family Therapy* 30: 465-477
- Rosenzweig, S. (2002) Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 12.No.1, 5-9
- Smith, S.(2002) What works for whom: The link between process and outcome in effectiveness research. *Australian Social Work*, 55:2, 147-155
- Svartdal, F. (2001) *Psykologins forskningsmetoder*, Liber AB
- Ödman, L.(2009). Ungdomars upplevelse av delaktighet i vård inom barn- och ungdomspsykiatrisk vård. En intervjustudie. *FoU i Sverige*

INFORMATION OM PÅGÅENDE STUDIE

Vi är två personal, I-L Jonsson – Teneryd och H Kindvall, som går en vidareutbildning i familjeterapi under tidsperioden 2011-2012. Inom ramen för denna utbildning ska vi genomföra ett utvecklingsprojekt.

Vi har valt att fokusera på interaktionen mellan deltagare i familjebedömningssamtal. För detta behöver vi Er hjälp att besvara några frågor i en enkät vid ett tillfälle. Detta sker i direkt anslutning till det första besöket på mottagningen. Projektet kommer sammanställas i en rapport och förväntas öka kvalitén i bedömningssamtalen.

Det är frivilligt att delta i projektet. Att delta innebär att fylla i en enkät, vilket tar 5-10 minuter. Resultatet kommer presenteras så att ingen enskild kan identifieras, och inga obehöriga kommer ta del av de enskilda svaren.

Jag har muntligen informerats om studien och har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag har rätt att när som helst avbryta mitt deltagande och dra mig ur undersökningen och det kommer inte påverka mina kontakter med mottagningen. Material kommer enbart användas i projektet och kommer inte inkluderas i journalen.

Nässjö den.....

.....
Underskrift

.....
Namnförtydligande

.....
Undersökningsledare

(Om du önskar rapporten var vänlig sänd namn och adress till BUP T&K, Högländssjukhuset, 571 81 Nässjö)

Födelseår.....

Födelseland.....

Jag som svarar är (barn, förälder, personal).....

Dagens besök är mitt första på mottagningen Ja Nej

Dessa personer var med mig på dagens besök

- Barn / ungdom
- Mamma
- Pappa
- Personal från skolan
- Personal från Socialtjänsten
- Någon annan och i så fall vem

.....

Jag tycker att rätt personer var med på dagens besök Ja Nej

Om inte vilka skulle varit med.....

Varför?.....
.....

Vilka skulle inte varit med.....

Varför?.....
.....

Jag kände att jag kunde prata om det jag ville på dagens besök Ja Nej

Om inte varför
.....
.....

Jag fick den tid jag behövde för att framföra mina tankar om problemet på

dagens möte Ja Nej

Om inte varför.....

Så här betydelsefullt var dagens besök för mej? Markera med x på linjen nedan

0%	100%
Inte alls	Helt
Betydelsefullt	Betydelsefullt

Kontaktuppgifter

Projektname	
Projektledare	Arbetsplats
Telefonnummer	Eventuell e-postadress

Egengranskning

Kan det garanteras att deltagaren inte utsätts för någon eller några nackdelar i form av			
A Medicinsk risk	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
B Smärta	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
C Hot mot personlig integritet	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
D Annat obehag	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
Kan det garanteras att deltagarna inte kan identifieras i resultatredovisningen?			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
Är deltagandet i projektet frivilligt?			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
Kan en deltagare när som helst och utan angivande av skäl avbryta sitt deltagande?			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
Hur är den skriftliga informationen utformad?			
A Beskrivs projektet så att deltagarna förstår uppläggning och syfte (inga fackuttryck, klar svenska)?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
B Upplyses deltagaren om alla omständigheter som kan tänkas påverka beslut om medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
C Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas av beslut om att avstå från medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
D Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas om deltagaren avbryter sin medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej
Erbjuds försökspersonerna att ta del av forskningsresultat?			
	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Tveksamt	<input type="checkbox"/> Nej

Om alla frågor kan besvaras utan tveksamhet kan projektet starta. Identifieras etiska tveksamheter rekommenderas att projektet omarbetas. Om detta inte är möjligt underställs projektet etikprövningsnämnden i Linköping; www.forskningsetikprovning.se Ifylld granskningsblankett sparas under projekttiden hos ansvarig projektledare och bifogas med fördel det färdigställda projektet.

Eventuella personregisteransvariga

Namn	Förvaltning/ar
Namn	Förvaltning/ar
Namn	Förvaltning/ar

Underskrift

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Ort och datum	
Projektledare eller motsvarande	Verksamhetsansvarig eller motsvarande
Underskrift	Namnförtydligande

