



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Med fokus på familjeterapi på BUP

Författare: Pia Eriksson

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Marie Bergström

Examinator: Per Johnsson

Tack

Jag vill tacka de familjeterapeuter på BUP i Blekinge som deltog i fokusgrupperna. Era reflektioner har möjliggjort detta arbete och det kan jag inte nog tacka för. Jag vill också tacka min handledare Marie Bergström på psykologiska institutionen i Lund för god vägledning hela vägen ända fram till nu.

Sammanfattning

Denna kvalitativa studie tog del av familjeterapeuters reflektioner om familjeterapi på BUP i Blekinge. Syftet med studien var att förstå hur de reflekterade om vad familjeterapi var för dem på BUP, vad som var verksamma faktorer och om de hade tankar om familjeterapi behöver synliggöras mer på BUP. Studien visar att familjeterapeuterna såg på familjeterapi som en metod med specifik kompetens till skillnad från ett familjeperspektiv som är mer ett förhållningssätt. Familjeterapeuterna såg också verksamma faktorer i metoden och trycker särskilt på att se barnet i dess hela sammanhang i relationella termer. Samtidigt var de ödmjuka och såg att familjeterapi behöver följa med i sin utveckling och att barnpsykiatri behöver bli representerad i forskningssammanhang i Blekinge. Familjeterapeuterna menade också att familjeterapiforskningen behövde påvisa direkt resultat mellan familjeterapi och symtom eller diagnos för att bli mer användbar på BUP.

Nyckelord: Kvalitativ metod, familjeterapi, BUP, fokusgrupp, barns psykiska hälsa

Abstract

This qualitative study took part in family therapists' reflections on family therapy at BUP in Blekinge. The purpose of the study was to understand how they reflected on what family therapy was for them at BUP, what were the factors involved and if they had thoughts about family disability need to be more visible on BUP. The study shows that family therapists looked at family therapy as a method of specific competence, unlike a family perspective, which is more an approach. Family therapists also saw effective factors in the method, and specifically focus on seeing the child in its entire context in relational terms. At the same time, they were humble and saw that family therapies need to keep up with their development and that child psychiatry needs to be represented in Blekinge's research context. Family therapists also suggested that family therapy research needed to demonstrate direct results between family therapy and symptoms or diagnosis to be more useful at BUP.

Keywords: Qualitative Method, Family Therapy, BUP, Focus Group, Child Psychic

Innehåll

| | |
|--|----|
| Tack..... | 2 |
| Sammanfattning | 2 |
| Abstract | 2 |
| Innehåll..... | 3 |
| Introduktion..... | 5 |
| Teori | 6 |
| Verksamheten på BUP i Blekinge | 6 |
| Generell systemteori och systemteori | 7 |
| Familjeterapins historia..... | 8 |
| Familjeterapi | 8 |
| Förändringsprocessen i familjeterapi: | 9 |
| Tidigare forskning inom familjeterapin | 10 |
| Syfte: | 12 |
| Metod | 13 |
| Val av metod | 13 |
| Förförståelse..... | 13 |
| Val av teknik | 14 |
| Urval..... | 14 |
| Bortfall | 15 |
| Genomförandet av fokusgruppen..... | 15 |
| Databearbetning och analys | 15 |
| Etiska överväganden | 16 |
| Samtyckeskravet: | 16 |
| Informationskravet: | 16 |
| Konfidentialitetskravet:..... | 17 |
| Nyttjande kravet:..... | 17 |

| | |
|---|----|
| Resultat..... | 17 |
| Vad är familjeterapi på BUP för dig och vad blir betydelsefullt för patientens tillfrisknande i metoden på BUP? | 17 |
| Behöver familjeterapi som metod synliggöras mer som behandlingsform på BUP, om familjeterapi har avgörande moment i terapin behöver de synliggöras mer på BUP?, och får detta någon betydelse för familjeterapi som metod på BUP? | 20 |
| Diskussion..... | 26 |
| Resultatdiskussion..... | 26 |
| Vad är familjeterapi på BUP för dig och vad blir betydelsefullt för patientens tillfrisknande i metoden på BUP? | 26 |
| Behöver familjeterapi som metod synliggöras mer som behandlingsform på BUP, om familjeterapi har avgörande moment i terapin behöver de synliggöras mer på BUP? och får detta någon betydelse för familjeterapi som metod på BUP? | 28 |
| Metoddiskussion | 31 |
| Avslutande reflektioner..... | 32 |
| Framtida forskning..... | 33 |
| Referenser | 34 |

Introduktion

Barnpsykiatriska mottagningen, BUP är den verksamhet inom landstinget som möter och hjälper barn och ungdomar som lider av psykisk ohälsa. Trots att många barn och ungdomar får hjälp genom primärvårdens försorg, första linjen, så växer köerna till BUP. Antalet sökande har stadigt ökat. (Sveriges kommuner och landsting, [SKL], 2017). I samband med det har kraven ökat på att BUP skall ge rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa (SKL, 2017). Enligt riktlinjer för barnpsykiatriska mottagningar är målet med behandling på BUP att lindra bota och förebygga (Stockholms läns landsting, 2011/1). Barn och ungdomar skall må bättre och bli friska.

Idag står BUP under förändring (SKL, 2017). Det pågår ett arbete att tydliggöra vårdnivåer och kvalitetssäkra arbetet på BUP. I det arbetet ingår att planera för och öka kompetens. Som specifikt viktigt att tillföra BUP är kompetens med inriktning på beteende och inlärning. KBT – kognitiv beteendeterapi, interpersonell terapi, dialektisk beteendeterapi samt föräldraprogram är det som lyfts fram som lämpliga (SKL, 2017). Vården skall också bedrivas av kunskapsbaserade metoder och med det menas att det finns stöd i aktuell forskning för specifik behandling. Trots det betonas att erfarenhetsbaserade metoder och praxis behöver få användas då vetenskapen inte täcker alla områden och särskilt betonas att vård och stödinsatser skall eftersträva ett helhetsperspektiv (SKL, 2017).

Behandlingen regleras av lagar, riktlinjer, vårdprogram och rekommendationer om evidensbaserade metoder för olika diagnoser och symtom. Riktlinjer och vårdprogram tar fram på uppdrag av och tillsammans med socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting, yrkesföreningar samt verksamhetsansvariga på mottagningarna. Rekommendationer om någon form av föräldrabete förekommer för de flesta diagnoser (Stockholms läns landsting, 2011/1). Det kallas psykopedagogiskt behandlingsarbete, föräldrastöd, föräldrasamtal, föräldrabehandling bland annat (SKL, 2009). Termen familjeterapi används sällan. Det framgår med tydlighet att ett arbete med föräldrar är viktigt för att den unge/barnet skall tillfriskna och må bättre. Att arbeta med att öka förståelsen för den unges symtom och vad som påverkar detta, och att förändra de viktigmakthållande orsaker som upprätthåller ohälsan. Vidmakthållande faktorer kan vara av känslomässig relationistisk karaktär, kritiskt förhållningssätt mellan barn och förälder till exempel, men det kan också vara att arbeta med skola, föräldrar och barn om en konkret skolplan som fungerar för den unges mående eller psykiska hälsa. Tyngdpunk-

ten ligger huvudsakligen på symtom och diagnos för barnet eller den unge men det framstår att BUP avser att ett arbete med familjedynamiken är en viktig del i ett tillfrisknande.

Det har skett stora förändringar på BUP mottagningarna nationellt de senaste 10 åren (Westerström, 2010). Personalstyrkan är lika stor eller har minskat, medan nya ärenden fördubblats. Medicinska diagnoser och utredningar har ökat. Den barnpsykiatriska mottagningen i Blekinge har också över tid förändrats, mängden hjälpsökande har ökat, likaså har de neuropsykiatriska utredningarna ökat över tid. De ekonomiska resurserna stramas åt och att ge mer anpassad och evidensbaserad behandling eftersträvas. Arbetet på BUP blir tydligare med arbete utifrån diagnosgrupper (Sundelin, 2016). I Blekinge och såväl nationellt har första linjens inträde fått en påverkan på specialistvården och barnpsykiatri är under en förändring (SKL, 2017)

Teori

Verksamheten på BUP i Blekinge

Den kontext min uppsats relaterar till är den barnpsykiatriska mottagningen i Blekinge. BUP är en specialistverksamhet inom sjukvården för barn och ungdomar som mår dåligt psykiskt. BUP erbjuder stöd och behandling till barn och ungdomar från 0 till och med 17 år. Arbete styrs bland annat av hälso- och sjukvårdslagen, samt riktlinjer, vårdprogram och rekommendationer. Det är företrädesvis kvinnor som arbetar på BUP i Blekinge. Teamen består av psykiatriker, psykologer, socionomer, beteendevetare, sjuksköterskor samt arbetsterapeuter. Det finns öppenvårdsmottagningar i Karlskrona, Ronneby och Karlshamn samt en gemensam slutenvård om två plaster och två mellanvårdsavdelningar, en belägen i Karlshamn och en i Karlskrona.

Arbete på BUP mottagningarna i Blekinge präglas av ett salutogent synsätt. Det salutogena synsättet innebär ett fokus på barnets och familjens egna möjligheter till hälsobringande faktorer. Samtidigt finns en nödvändighet att utforska de svårigheter och problem som föranleder kontakten. Målet för BUP Blekinge inbegriper fler nivåer och handlar om ett professionellt arbets- och förhållningssätt, bra bemötande, en rimlig vård och väntetid samt att den behandling som erbjuds också skall vara till nytta. Fokus är att lindra och bota en psykisk ohälsa och förebygga i den mån det är möjligt.

De värderingar som genomsyrar den barnpsykiatriska mottagningen är barnet/tonåringens perspektiv och ett familjeperspektiv sett genom ett professionellt perspektiv. Det är angeläget att barnet skall få komma till tals och att familjen skall ge sin syn på både barn och det presenterade problem (Stockholms läns landsting, 2012). Diagnoser på BUP baseras som oftast endast på symtom och anger inte orsaken till dess uppkomst. När vi planerar

en behandling behöver vi utgå från barnets diagnos, men också genomföra en helhetsbedömning av uppkomstbetingelser och vidmakthållande faktorer. Utgångspunkten är en biopsykosocial grundsyn där biologiska psykologiska och sociala faktorer integrerar med varandra och skapar antingen hälsa eller ohälsa. Därefter skall en bedömning ske och en behandling föreslås och initieras. Det finns en tanke vid erbjudande om vård att behandlingen också skall vara den som vedertagen riktlinje menar är den bästa för just det symtomet. Det finns en stark värdering att barn och ungdomspsykiatri är proffs på att bedöma den psykiska hälsan hos barn och unga, men föräldrarna är de som känner sitt barn och dess övriga sammanhang (Stockholms läns landsting 2011/1). På BUP förväntas terapeuten vara en specialist och en generalist i den medicinsk/biologiska/psykologiska domänen. Alliansens betydelse betonas särskilt (Stockholms läns landsting 2011/1) som vikten av ett professionellt bemötande liksom att ha ett helhetsperspektiv, (Stockholms läns landsting, 2012) oavsett om vilken subspecialitet du har.

Behandlingspersonal som arbetar på BUP förväntas genomföra ett bedömningsarbete (generalist) som leder fram till en överenskommelse om ett behandlingsarbete (specialist) för den unge och dess familj utifrån en psykiatrisk diagnos alternativt ett tillräcklig stor funktionsnedsättning i de vardagliga funktionerna. Alla öppenvårdsbesök skall diagnostiseras och begrepp som rimlig vård, rimlig väntetid, vård som gör nytta skall formuleras i behandlingsplaner med tydlig målsättning. Till hjälp finns organisationens krav och ekonomiska belastning, forskning, och riktlinjer och lagar.

Generell systemteori och systemteori

Bertalanffys (1901-1972) generella systemteori var en modell som fick gehör i familjeterapeutiska kretsar. Teorin förklaras av att alla delar i ett system påverkar och påverkas av varandra, dess processer är dialektiska, i ständig rörelse och strävar efter en jämvikt - att hålla balans. De är i ständig rörelse och har en förmåga att reglera sig själv med hjälp av olika feedbackprocesser. Det finns öppna och slutna system och de är hierarkiskt uppbyggda (Lundsbye. M., Sandell. G., Währborg. P., Fälth. T., & Holmberg. B., 2010). Feedback kan både vara av positiv eller negativ funktion för en del av ett system men syftar alltid till att systemet skall återställas till ett balansläge. Helhetsperspektiv föreligger och systemen är pragmatiska. Tillsammans med den generella systemteorin och sedermera kommunikationsteorin och processteori förklarade sig familjeterapins teori (Lundsbye, et al., 2010). Idag kallar vi detta för systemteori.

Familjeterapins historia

Utvecklingen för systemteori och familjeterapi började under 1940 talet. Idén om att nära relationer har en avgörande faktor för hur individens liv och mående gestaltar sig fick gehör och perspektivet försköts från individuellt till att omfatta vad som sker i relation med varandra. De symtom som individen beskrev sågs i ljuset av hur hen fungerade tillsammans med andra människor. Om mönster i detta gemensamma fungerande förändrades skulle också förutsättningarna för individens mående, upplevelser och beteende förändras. Tanken var inte att ändra individen problem utan att använda individens problem för att förändra dess system för att uppnå ett bättre mående eller tillfrisknande (Lundsbye, et al., 2010).

Familjeterapi är en behandlingsform som skett genom ett kliniskt arbete, och behandlingsformen behövde en förklarande teori metoden för att förklara, beskriva, förstå och betrakta de interaktioner som utspelades i terapirummet (Lundsbye, et al., 2010). I och med det förändrade synsättet, att gå från individuellt till relationellt perspektiv, att det som händer mellan individer är det verkningsbara och att det också finns en självgenererande läkningsprocess med salutogena perspektiv, föll ögonen till slut på systemteori som en möjlig teori att förankra sitt nya synsätt på. ledare för den systemteoretiska rörelsen var den österrikiske biologen Ludwig von Bertalanffy (Lundsbye, et al., 2010). Intersubjektivitet och det mellanmännliga arbetet, relationsarbetet har varit det som i grunden förenat familjeterapeuter och familjeterapeutiskt arbete och målsättning oavsett deras olika syn på psykiska problem.

Familjeterapi

Familjeterapin har varit i ständig utveckling och verkar alltid har varit påverkbar och anpassningsbar av den tid den verkar inom, kanske ligger det i terapins natur (Lundsbye, et al., 2010). Genom förklaringsmodeller har modellen påvisat sin professionalism och verkan. En av dessa berör Humberto Maturanas idéer om domäner (Lundsbye, et al., 2010). Tanken med dessa var att genom sammanhangsmarkering ta hjälp att öka sin professionalism. Att veta vem jag är, i vilket sammanhang är jag, vad jag skall göra och hur blev viktiga frågor. Maturana delade in denna sammanhangsmarkering i tre domäner. Det är produktionsdomänen, reflektionsdomänen samt etiska domänen. Produktionsdomän är allt som de som anställda är skyldiga att göra, här ligger det lagen säger att vi skall göra. Man arbetar linjärt. I reflektionsdomänen utforskar man med patienten och man tänker och handlar cirkulärt och i den etiska styr vårt handlande av vår professionella etik men också värderingar.

Psykoterafin bedrivs av speciellt utbildade terapeuter och har tydliga mål och överenskommelser. Vilka mål och överenskommelser bestäms av vilken inriktning familjeterapin har och vilka problem och överenskommelser man gör med sina patienter. Man

kan arbeta familjeterapeutiska med såväl en person som flera och systemet behöver inte alltid definieras som kärnfamilj. Familjeterapin har ett klart salutogent perspektiv som bygger på hälsobringande faktorer och anpassningsmekanismer som framtagits av Antonovsky(Lundsbye, et al., 2010). Den bärande tanken i begreppet är att avvikelser och svårigheter är en del av människors varande människor ses inte som sjuka eller friska utan rör sig mellan hälsa till o ohälsa och tvärtom och att relationen, intersubjektiviteten är i fokus för behandling.

Familjeterapi kan lika gärna vara ett slags samlingsnamn på olika familjeterapeutiska inriktningar. Det finns manualbaserade familjeterapeutiska inriktningar som FFT Funktionell familjeterapi och det finns traditionella familjeterapiinriktningar som strukturell familjeterapi. Det finns de som baseras på mentalisering och anknytning och det finns de som fokuserar på lösningar. Det som förenar dem alla är att de fokuserar på ett relationistiskt arbete som skall förbättra för IP så att symtom eller problem minimeras eller försvinner eller att hen tillfrisknar.

Förändringsprocessen i familjeterapi:

Det finns många teorier om vad som är verksamt i att få tillstånd en förändring, en symtomminskning, ett bättre mående (Philips & Holmqvist, 2008). När familjeterapeuter arbetar med individuella problem relationellt blir det enligt Borgegren och Wahlström (2008) viktigt med omformuleringar som intervention. Det förekommer övertygande forskning på omformuleringens betydelse för ett förbättrat resultat i terapin och används också för att minska motstånd till förändring (Borgegren & Wahlström, 2008). Omformulering är ett nödvändigt instrument för att förstå symtom i relationstermer.

Sprenkle (1999) belyser vikten av att skapa och återskapa relationella band för att minska symtom och förbättra måendet, samt att det utvidgade behandlingssystemet har en betydande inverkan på tillfrisknande. Vanliga föreställningar är att allians med sin patient är en avgörande faktor. Det är något som gäller för alla terapiformer (Philips & Holmqvist, 2008).

Fortfarande är grunden för förändring i familjeterapi en förändring i hur systemet kommunicerar och relaterar till varandra. Genom att tillföra eller få systemet att reglera sig på ett funktionellt sätt kring ett symtom är grundtanken att symtomet skall försvinna och att systemet skall omstrukturera sig för att inte samma fel skall inträffa igen. Detta kan enligt familjeterapi ske på två sätt, dels genom att arbeta med själva problemet, innehållet vad skall förändras och på en processnivå – det vill säga de underliggande processer som påverkar att problemet finns och vidmakthålls, det vill säga en hur nivå. (Lundsbye, et al., 2010). Detta bru-

kar vanligtvis benämnas med en förändring av första ordningen och en förändring av andra ordningen. Familjeterapeuters huvudsakliga mål är att få till stånd en andra ordningens förändring, en förändring på processnivå, där patienten och dess familj eller system förstår underliggande processer för mönster i familjen som bidrar till upprätthållande av problem och processer som leder till lösningar. Denna förändring är också mer bestående, djupgående och direkt kopplad till en känslomässig upplevelse, (Borgegren & Wahlström, 2008).

Sammanfattningsvis kan man se att systemteorins grundidéer finns väl representerade i förändringstankarna. Ett system regleras genom feedback, feedbacken till familjen ser olika ut beroende på vilken tradition och detaljer i de olika inriktningarna inom familjeterapi. Målet är att familjen skall klara av att reglera sig själva framöver på ett mer funktionellt sätt och att symptom inte skall uppstå igen. Marianne Borgegren och Magnus Wahlström (2008) uttrycker att samspelet där individens befinner sig i är avgörande för förståelsen av problem och därmed också behandlingen.

Tidigare forskning inom familjeterapi

Familjeterapiforskning har skett genom effekt, process och samforskning. Effektforskning är studier för att belysa om en viss behandlingsmodell eller teknik har effekt i jämförelse med andra behandlingar. Processtudier, där man studerar bakomliggande faktorer som har effekt inom en viss behandling eller samforskning (Philips & Holmqvist, 2008). Begreppet samforskning myntades av den norske psykiatriprofessorn Tom Andersen (1995) som en idé att bjuda in klienten som medforskare för att dels försöka förstå och synliggöra vad som är verksamt i samtal för klienterna, men också vad som inte är det.

Psykoterapiforskningen har slagit fast att psykoterapi är verksamt som behandlingsmetod generellt och forskning strävar idag mer efter att ta reda på vilka faktorer det är som ger förändring och hur (Philips & Holmqvist, 2008). Evidensrörelsen i början 1990 talet påverkade forskningen avsevärt (Philips & Holmqvist, 2008) och RCT studierna har genom det blivit det som räknas som den mest tillförlitliga forskningen. Genom RCT studierna fick också en stor del av psykoterapi generellt svårt att visa randomiserade resultat (Philips & Holmqvist, 2008). RCT studierna lämpade sig särskilt bra för manualbaserade terapiformer där man undersökte skillnader i utfall, men det har också framförts kritik för dessa (Philips & Holmqvist, 2008). Frågan om teknik eller relation som betydelsefulla faktorer kom att särskiljas i forskning och i specifik kontext (Sandell 2004) och ställas mot varandra. I den medicinska modellen lades tyngdpunkten på teknik, specifika ingredienser i en behandling som förväntades vara det som gav resultat. Empirisk validering blir allt mer viktigt (Sandell, 2004) men har samtidigt gett indikationer på att varje diagnos har en rätt sorts behandling. Idag, är

frågan om hur behandling kan vara verksamt inte om eller vad viktigare (Philips & Holmqvist, 2008). Lundh (2009) för in forskning i ett sammanhang, vilket inte bör vara ovidkommande när forskningsresultat sedan förs fram eller väljs ut som särskilt bra för specifika diagnoser. I vetenskapsteori för psykoterapeuter skriver Lundh, (2009) att det i förhållande till kognitiv beteendeterapi har forskats lite om familjeterapi. Det betyder inte, menar Lundh, att det finns stöd för att KBT är mer effektivt än familjeterapi som metod.

Verksamma mekanismer i behandling har blivit en alltmer viktigare fråga och att frågan i forskning idag inte skall ställas *om* något är verksamt utan *hur*. Lundh (2009) för in forskning i ett sammanhang vilket kan vara angeläget att göra när ställning skall tas. I vetenskapsteori för psykoterapeuter skriver Lundh, (2009) att det i *förhållande* till kognitiv beteendeterapi har forskats lite om familjeterapi. Det betyder inte, menar Lundh, att det finns stöd för att KBT är mer effektivt än familjeterapi som metod.

Cederblad publicerade 2015 sin vetenskapliga artikel om den metastudie hon gjort över familjeterapiforskning. Studien visar att familjeterapi fungerar inom en mängd problemområden såväl internationellt som i Sverige. Sammanställningen gäller också forskning på familjeterapeutiska metoder för barn. Glädjande är det att flera av metoderna faktiskt fungerar. Även Carr (2009) visade på att familjeterapi fungerar, både beträffande psykisk ohälsa bland barn och ungdom men också för vuxna med problem och Hansson (2004) tar upp i sin forskningsöversikt att familjeterapi har ett starkt stöd i forskning för en rad olika patientgrupper och finner samtidigt stöd för att familjeterapeutiska interventioner fungerar bra som en del behandling i andra terapier. Mötet och samtalet, vikten att hitta det optimala sättet att samtala på är enligt Borgegren(2010) något av det viktigaste för patienten, att det möjliggöra att familjemedlemmar kan tala med varandra och lyssna på varandra. Enligt Sundelin(2016) är verksamma faktorer bland annat att skapa en gemensam begriplighet och hanterbarhet hos patienter för den terapeutiska processen, som ett transparent relationistiskt behandlingsarbete.

Vikten av rätt metod och att samtidigt som behandlare befinna sig i rätt kultur påpekar Glisson, (2007) i sin forskning. Han menar att den tekniska processen som fokuserar på metod inte är tillräcklig för ett bra resultat utan hävdar att den sociala processen är lika viktig. Han gör en skillnad på klimat och kultur där kulturen fångar hur saker görs och klimat hur arbetstagaren upplever sin arbetsmiljö. Han beskriver tre olika behandlingsskulturer. En kultur som bara såg hinder och blev stillastående och stagnerade, en kultur som begränsade personalens handlingsfrihet och flexibilitet och en kultur som bemöta patientens behov. Kulturen och klimatet på arbetsplatsen har ett avgörande för utfallet på behandlingarna.

Sundelin har i sin artikel ”Familjeterapi och BUP” från 2016 berört flera punkter som han menar blir familjeterapeutens utmaningar i en kontext som BUP. Han tänker att den familjeterapeutiska kunskapen kan och bör användas på olika nivåer och i detta göra det tydligt för sig och för andra vem man är vad man gör och varför på just den här nivån. Han ser att den familjeterapeutiska kompetensen fungerar väl i ett bedömningsarbete, och/eller ett bemötande och att det också kan betyda att den styrkan att kunna verka med kunskap på olika nivåer också blir familjeterapeutens svaghet. Han trycker på att familjeterapeuten behöver särskilja det som är en behandlingsmetod på 10-12 samtal och som vilar på vetenskaplig grund från de övriga nivåerna och skapa utrymme för sin metod. Familjeterapi får inte blandas ihop med allt övrigt arbete på en Barnpsykiatrisk mottagning. Han utvecklar sitt resonemang om hur familjeterapeuter kan bli skickligare på att omformulera egenskaper och relationistiska utmaningar till läkande arbetsuppgifter. Han tänker att familjeterapeuter i dagens läge behöver ha en medicinsk/systemisk parlör för att i BUP:s kontext kunna övertyga om värdet av ett systemiskt perspektiv. Sundelin utmanar också familjeterapeuterna att betänka vilket språk om sin metod de har och menar på att det familjeterapeutiska språket skall tydliggöras och genom det ta varje tillfälle att befästa metoden och därmed också vetenskapligheten i metoden.

I Sundelins och Hanssons (1999) forskning om IFT, intensiv familjeterapi, visar de på positiva effekter både gällande förbättrad familjefunktion och minskat symtom. Att varje problem har en relationsaspekt (Borgegren, 2009) blir tydligt om forskning påvisar den kopplingen och viktig för att både kunna förstå den minskade symtombilden och förändringen i patienten. Borgegren menar att det i sig är ett argument för att familjeterapi är verksamt, men samtidigt är det inte klarlagt vilka verksamma faktorer i relationen som bli avgörande. I artikel ”Second order change and evidence-based practice” (2012) belyser Davye & Davey en behovet att forska mer om de bakomliggande faktorerna för en andra ordningens känslomässiga förändring.

Syfte:

Syftet med studien är att undersöka hur familjeterapeuter vid BUP i Blekinge reflekterar över familjeterapi inom sin verksamhet, över familjeterapins verksamma faktorer, vilka de är och om familjeterapi som metod och dess verksamma faktorer behöver synliggöras mer på BUP.

Mina frågeställningar:

Vad innebär familjeterapi för de familjeterapeuter som arbetar på BUP i Blekinge.

Vad blir betydelsefullt för patientens tillfrisknande i metoden på BUP

Behöver familjeterapin som metod synliggöras mer som behandlingsform på BUP?
Om familjeterapin har avgörande moment i terapin behöver de synliggöras mer på BUP?

Får detta någon betydelse för familjeterapi som metod på BUP?

Metod

Val av metod

Denna studie utgår från en kvalitativ ansats då syftet med studien låg på att beskriva och förstå hur familjeterapeuterna reflekterade över givna frågeställningar, inte att förklara och analysera (Kvale, 2010). Fenomenologin har fokus på innebörden i det beskrivna, att söka ett budskap (Sjöström, 1994), viljan att förstå ett eller flera fenomen, hur någon tänker, vad de tycker, eller menar är i fokus och förhåller sig till snarare än att påverka, mäta eller dra slutsatser. Rollen som forskaren har är att förhålla sig neutral och förmedla det framkomna resultatet utan perspektiv (Thurén, 2007). Den kritik som förekommer inom den kvalitativa forskningen är om och hur man kan veta att rätt tolkningar gjorts. Forskarens egna värderingar, förförståelse samt kontext kan påverka (Thurén, 2007), varvid det är angeläget för forskaren att genomföra analysen korrekt och att tolka i rätt kontext. Det är också betydelsefullt att ge en förklaring till den egna förförståelsen.

Förförståelse

Efter att ha varit yrkesverksam i 28 år inom socialtjänsten tog jag, 2012 steget över till en ny kontext. Jag började arbeta på BUP. Arbetet inom den medicinska kontexten krockade med mitt tidigare sätt att arbeta. Barnpsykiatri har blivit en alltmer specialiserad verksamhet inom hälso- och sjukvård och i och med det har den medicinska delen av arbetet blivit en större och mer betydande del i arbetet. Psykiatriska diagnoser bedöms i dag utifrån ett mer individuellt perspektiv med fokus på i första hand beteende.

Jag fick svårt att fokusera, skulle jag arbeta med individuella behandlingsuppdrag med lösningar genom beteende förändring eller skulle jag arbeta på systemiska processer. Och om jag skulle göra både och hur skulle jag göra det, allt medan nya riktlinjer och antalet patienter strömmade till. Jag blev nyfiken på hur kollegor och tillika familjeterapeuter tänker om familjeterapin i just den kontext de verkade i. Något annat som seglade upp var också eventuell rykten, om familjeterapi som behandlingsmetod på BUP var på väg ut som behandlingsmetod på BUP. Om det ligger något i dessa påståenden vet faktiskt inte jag men blir en högst aktuell frågeställning om min arbetsplats är BUP och jag utbildar mig till något jag inte kan använda mig av i min yrkesverksamhet. Ämnesvalet i studien växte således fram genom min egen acklimatiseringsprocess och min vetgirighet att förstå den värld jag skulle verka i och den metod i

vilken jag utbildade mig. Hur kan en relationistisk cirkulär arbetsmetod fungera som behandlingsmetod i en linjär medicinskt individuellt diagnostisk verksamhet?

Val av teknik

Tekniken för utförandet av studien är en strukturerad fokusgrupp. En fokusgrupp är en grupp individer som under en begränsad tid samtalar kring ett givet ämne med varandra. Gruppen leds av en moderator som introducerar ämnet och som också introducerar nya aspekter i ämnet. (Wibeck, 2010) Moderatorns roll får betydelse för att hjälpa gruppen hålla fokus på ämnet de skulle samtala om vilket kan vara en riskfaktor för ett gruppsamtal. Jag hade givna frågeställningar och jag introducerade dessa allteftersom under samtalens gång. Metoden kan också användas för att beskriva interaktionen i gruppen under tiden samtalet äger rum. Det har inte varit fokus i studien.

Faktorer som påverkar det som deltagarna vill dela med sig av till gruppen, kan delas in i tre områden. (Stewart., Shamdasani., och Rook, 2007). De tre områden är det intrapersonella, det interpersonella samt miljöfaktorer. Varje område i sig innehåller därefter fler variabler. Med det intrapersonella menas man faktorer som personlighetsdrag, demografi, fysisk framtoning. Detta kan påverka gruppen och samtalet. Generellt sägs att interaktionen underlättas om medlemmarna har samma socioekonomiska bakgrund.(Wibeck, 2010). De interpersonella faktorerna har sin grund i de intrapersonella. Varje deltagare har sina förväntningar på hur andra kommer att agera utifrån personlighetsdrag och beteende samt utseende, ålder, etnicitet, religion och så vidare. Miljöfaktorer som påverkar en grupp är den fysiska omgivningens interaktion. Bilder på väggar, rummets storlek belägenhet samt också vilket rumsligt avstånd som får finnas eller skapas eller är mellan medlemmarna. Inte sällan kan också territorialitet påverka, att det för någon är viktigt med samma plats, stol eller närmaste granne. (Stewart., et al. 2007).

Att få vara en del i gruppen är också en faktor som påverkar samtalet och dess innehåll. Det är viktigt att varje deltagare känner sig tillhöra och räknas men allt för hög gruppkohesion påverkar negativt i den bemärkelsen att det inte kommer fram så mycket resultat. Där emot sägs det att ju mer gruppkompatibilitet, det vill säga att liknande behov styr gruppmedlemmarna, desto bättre utförd arbetsuppgift (Wibeck, 2010).

Urval

Utifrån mina frågeställningar och den kontext jag ville utforska blev det lämpligt med att bjuda in familjeterapeuter verksamma på BUP i Blekinge län. Jag ville ha en bredd på reflektionerna och ville därför inte begränsa deltagarna till legitimerade familjeterapeuter, det

vill säga de som genomgått steg två-utbildning i familjeterapi utan jag önskade också bjuda in dem som hade genomgått steg ett-utbildning i familjeterapi. Alla deltagarna var anställda på BUP i Blekinge. BUP i Blekinge har tre mottagningar, i Karlshamn i Ronneby och i Karlskrona.

Sju terapeuter bjöds att delta. En tackade nej innan start då hon skulle byta arbetsgivare. Deltagarantalet var vid första tillfället sex terapeuter. Vid andra tillfället bestod gruppen av fem deltagare. Båda könen var representerade i gruppen som varierade i ålder från 30 till 60. Det innebär att antalet verksamma yrkesår på BUP som organisation varierade. Deltagarnas grundprofession varierade, en var sjuksköterska en var psykolog och fyra var socionomer. Fem hade familjeterapiutbildning steg två och en hade familjeterapiutbildning steg ett.

Bortfall

Vid första fokusgruppen deltog alla informanter. Vid andra fokusgruppen anmälde en av informanterna förhinder på grund av patientbesök.

Genomförandet av fokusgruppen

Fokusgruppen träffades vid två tillfällen under våren 2017. Varje tillfälle omfattade två timmar och träffarna hölls i BUP:s lokal i Ronneby med tanke på resväg för informanterna. Samtalen har både filmats och spelats in på band. Detta har informanterna fått information om. Sessionerna har följt en grundmall för fokusgrupper (Wibeck, 2010). Samtalet byggde på en strukturerad fokusgruppsintervju där moderatorn vid tillfälle styrde tillbaka diskussionen till det ämne och till de frågeställningar som diskuterades.

Moderators roll var på så sätt både styrande men också hållande. Risken i en strukturerad fokusgruppsintervju var att moderatorn blev för styrande och att gruppens egna reflektioner påverkades av det, och å andra sidan kan en styrning behövas för att introducera svåra eller känsliga ämnen och få igång samtalet. För mig som var moderator blev det viktigt att hålla en så jämn balans som möjligt så att klimatet i gruppen möjliggjorde olika sorters reflektioner men samtidigt inom de ämnen jag valde.

Databearbetning och analys

Tyngdpunkten på studien låg på att förstå och ta del av familjeterapeuterna i Blekinges tankar och reflektioner om givna frågeställningar. Jag genomförde en kvalitativ innehållsanalys och för resultat och resultatdiskussionen utgick jag från Lundman och Graneheims (2004) modell för innehållsanalys. Analysen baserades på terapeuternas reflektioner i fokusgruppen. Reflektionerna transkriberades direkt efter gruppens sammankomst och lästes igenom noga för att jag skulle förstå materialet. Uttalanden och reflektioner som blev relevanta för frågeställningarna plockades ut som meningsbärande enheter och därefter kondenserades

meningarna och texten har kodats. Därefter har koderna tematiserats. Fokusgrupperna hade två diskussionsträffar. Jag påbörjade transkription efter första fokusgruppen och datainsamling och analys blev en parallell process (Wibeck, 2010).

I analysprocessen har det varit viktigt att förstå om deltagarna talar om samma sak och om och hur deras olika exempel belyser något annat eller samma sak som de andra talade om. Den generella rekommendationen är att utsagor som är specifika och grundade på egna erfarenheter skall få en större betydelse än vaga instämmanden eller kommentarer. Likaså är det viktigt att tänka på om personen pratar i första person eller generellt eller i tredje person (Wibeck, 2010).

Andra faktorer som är viktiga att beakta i fokusgrupp är språket dem emellan, hur deras yttranden stämmer överens internt och om och hur åsikter ändras. Även tystnad kan vara ett faktum att reflektera över. Jag har valt att fokusera på innehållet i det sagda och inte undersökt interaktionen eller dess inverkan på innehåll. Analysen görs på det som gruppmedlemmarna förmedlar. I en tolkning får också gruppens handlingar och beteende betydelse. Grupp-sessionerna filmades samtidigt med separat ljudupptagning genom diktafon. Det har varit centralt i analysprocessen att finna mönster och göra jämförelser. Jag har velat identifiera åsikter idéer och tänkande.

Etiska överväganden

Den studien har inte behandlat känsliga personuppgifter enligt Personuppgiftslagen (1998:204). Den har inte heller inneburit ett fysiskt ingrepp eller syftat till en påverkan av deltagarna. Studien har inte medfört en risk för psykiskt eller fysiskt skada och inget biologiskt material har tagits från informanterna. Ett godkännande av etikprövningsnämnden för denna studie har inte behövts. Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2012) har legat till grund för studiens etiska överväganden. Hänsyn har tagits till huvudkraven för genomförandet av studien. Dessa huvudkrav är:

Samtyckeskravet:

Alla tillfrågade deltagare deltar utifrån egen vilja. De har möjlighet att när som helst hoppa av studien.

Informationskravet:

Alla deltagare har informerats om studiens syfte och hur materialet kommer att presenteras om studiens utformning och metod.

Verksamhetschef och avdelningschef har godkänt studien och studiens syfte och avsikter har presenterats genom informationsbrev och på arbetsplatsträffar.

Konfidentialitetskravet:

Ingen av deltagarnas identitet kan röjas genom studien, det förekommer inga persondata eller andra uppgifter som bekräfta personers identitet. Det förekommer ej heller några uppgifter om journalmaterial eller något som på annat sätt föranleder ställningstagande till konfidentiella uppgifter. Ingen har röjt sekretessbrytande information.

Nyttjande kravet:

I studien förekommer inga uppgifter som löper risk för att användas för kommersiellt eller ickevetenskapliga syften.

Resultat

Det var viktigt att i den meningsbärande enheten fortfarande ha så mycket innehåll att innebörden inte gick förlorad. Det gällde också de kommande koderna. Koderna sorterades och tematiserades. Det tematiserade materialet presenteras under frågeställningarna.

Vad är familjeterapi på BUP för dig och vad blir betydelsefullt för patientens tillfrisknande i metoden på BUP?

Helhetsperspektivet, att se barnet i dess sammanhang var en stor del av familjeterapi på BUP för informanterna. Barnets sammanhang för förståelse av symtom och tillfrisknande betonades och för det krävdes både kunskap och utbildning. En terapeut uttryckte ”Familjeterapi är att se barnet i sitt sammanhang, att se olika förklaringsmodeller och perspektiv som bidrar till att det blir bra eller dålig kommunikation eller symtom.” Informanterna belyste att familjeterapi är en specifik metod som skiljer sig från ett psykosocialt perspektiv. En i gruppen benämnde det så här ”jag tänker att familjebehandling kan vara vad som helst i en behandling men på familjeterapi tänker jag mer på det systemiska som vi har med specifika terapeuter.” Terapeuterna samtalade mycket om att de tänkte att familjeterapi var mer genomtänkt, förankrat i en metod, teori eller modell. En informant uttryckte att ”Det är som att familjeterapi är mer genomtänkt”, medan andra terapeuter resonerade vidare och tänkte att familjeterapi var teoretiskt kopplat. En gruppmedlem sa att ” Familjeterapi är förankrat i någon metod eller modell.”

Terapeuterna samtalade också om att familjeterapin hade ett förändrande syfte vilket också särskilde sig från det som informanterna menade familjeperspektiv, i detta framkom att en systemteoretisk analys och bedömning ingick i det systemiska och relationella arbete som terapeuterna tänkte en familjeterapi är. En terapeut uttryckte det så här ”Familjeterapi är när man gjort den första bedömningen även om man använder lite familjeterapeutiska intervent-

ioner där, men när de sagt ja och man gör sina analyser att man gör det på riktigt.” En annan informant betonade särskilt detta, ”ja att man gör sin analys och bedömning.”

Informanterna delade uppfattningen att familjeterapi på BUP var att arbeta relationellt. En informant menade att relationellt arbete handlade om att öka kommunikation och förståelsen för de berörda i familjen men också mer än så. Informanten sa ” jag tänker ofta på att länka dem samman.” Att förståelsen och samtalet hade en dimension till, som blev mer enande för familjen. Förståelsen satte många informanter också som betydelsefull faktor för symtomförbättring eller tillfrisknande. En av dem uttryckte det som så ”Om barnet blir förstådd utifrån det som det är och inte utifrån det som föräldrar vill ha och blir förstådd och mottagen då tänker jag att man har de bästa förutsättningar att göra något åt symtomen.”

Några informanter tänkte att familjeterapi är en metod för att ge sammanhanget ett salutogent perspektiv och att det därigenom också blev verksamt som metod för patienten. En terapeut uttryckte det så här ”Skapa nytt sammanhang, som något annat än bara bekymmer, skapa möjligheter till nått som är bättre.”

På olika sätt betonade informanterna värdet av samtalet och dess betydelse, att de berörda får möjlighet att tala och lyssna på varandra. En informant sa ”Att alla berättelser får komma fram och få bli tydliga, att de får bli lyssnade på av de andra i familjen det tänker jag egentligen är det som är verksamt” och att det fanns någon som styr och guidar dem till ett en förändring. Informanten belyste vikten av balans i samtalen som en familjeterapeut kunde hålla i detta citat:

När jag frågar familjer så får jag oftast svaret att vi har gett dem utrymme att träffas på det här sättet och att vi haft en samtalsledare som styr och att vi gjort vissa förändringar hemma, det är basala grejor som att låta dem komma till tals och lyssna på allas perspektiv.

Informanterna resonerade om att specifika tekniker var hjälpsamma för att nå önskat resultat, här tog gruppmedlemmarna exempel på olika familjeterapeutiska interventioner som livslinje, genogram, och menade att tekniker kunde ge ett engagemang, att det kunde få in fler perspektiv. En av gruppmedlemmarna uttryckte det så här ”Det kan finnas specifika tekniker utifrån den eller metoden eller modellen.” En annan deltagare sa att ”Externalisering eller mirakelfrågan vill man ju gärna tro är verksamt.” Det blev ett samtal om olika familjeterapeutiska interventioner som terapeuterna använde sig av som de fann verksamma. Genomgående för dessa interventioner var betoningen på det relationella arbetet, det var angeläget att beröra alla eller som en av dem sa ”få alla engagerade.” Teknik kan också ge salutogena förklaringar och informanterna menar att förståelse var en viktig del i symtomlindring eller tillfrisknande.

De resonerade om alliansens betydelse för resultat och några tänkte att det var mest betydelsefullt. En av informanterna sa ”Alliansen är avgörande” medan någon annan av informanterna tänkte att familjeterapeuter var duktiga på att få folk med sig men att det var skillnad på allians och familjeterapi. Informanten sa ”Man tar interventioner och försöker skapa allians men inte kommit till själva behandlingen och där kan man vara duktig på att få folk med sig med det är inte det som är familjeterapi.”

En systemisk utbildning i familjeterapi betonades av informanterna som en viktig detalj i familjeterapin. Det var en skillnad med en utbildning i metoden än utan. För att kunna tänka på helhetsperspektiv behövdes kompetens. Flera informanter betonade detta och en av dem uttryckte det så här ”kompetensen behövs, annars tror jag vi hamnar i andra metoder där man inte tänker helhet så mycket.”

Deltagarna uppehöll sig mycket, i sina samtal, kring svårigheten med termerna familjeperspektiv och familjeterapi. terapeuterna diskuterar de olika termerna och skillnader, och en av deltagarna i gruppen menade att ”familjeperspektiv skall genomsyra alla kontakter men det är inte alla familjer som skall erbjudas familjeterapi.” Några informanter kopplade det också till vad som faktiskt kunde vara verksamt, att de som familjeterapeuter hade en grund att stå, att arbetet blir metodiskt. Informanterna kopplade kompetens till ett metodiskt arbete som också genom ett tydligt syfte utgjorde ett målinriktat relationistiskt arbete. En informant beskrev det så här ”ja det stämmer nog med mig att jag inte bara slänger mig in i något relationistiskt mönster utan att veta vad jag vill och varför och syfte.” Några andra terapeuter uttryckte ”och de får en hemuppgift och går hem, då kan jag, ja, jag vet varför jag gjorde det och det.”

Ett resonemang bland terapeuterna fördes också i anslutning till familjeterapi som behandlingsmetod eller förhållningssätt. Några informanter menade att kunskap och kompetens också kunde göra att man gick från ett perspektiv till en metod ”Det är ju intressant att tänka på familjeperspektiv för det gör jag ju alltid men sedan blir det ju någon slags familjeterapi, det glider liksom.” Just att det gled, att för den som hade kompetens, att använda familjeterapeutiska interventioner, blev viktigt att benämna ordet familjeterapi för att ordet tydligt markerade skillnaden mellan synsätt och behandling. En informant sa ”Jag tänker att ordet terapi blir viktigt, för att det andra är ett synsätt och terapi en behandlingsform och ibland kan det kännas som vi inte alltid äger ordet familjeterapi.” Terapeutgruppen var relativt enade om att familjeterapi hade ett förändrande syfte och var något mer än ett förhållningssätt. Någon terapeut sa att ”Säger man behandling så har man väl ändå ett förändringssyfte och det behöver

man ju inte ha i ett familjeperspektiv” och för det var kompetensen en betydelsefull grund för att veta vad man gjorde, var och ville.

Informanterna talade också om att de anpassade sig, familjeterapi var inte alltid möjlig som metod. De anpassade sig efter dem som de mötte. En terapeut sa ”Man anpassar sig mycket, jag gör det efter den jag har framför mig”. De flesta terapeuterna uttryckte på olika sätt att de tänkte att det var möjligt att arbeta relationellt i andra metoder. En röst lät så här:

Jag tänker att familjeterapi kan vara att göra KBT att man kanske inte använder begreppet men jag menar att om de skall träna om ett barn är oroligt så skall han tränas i sin situation och då gör man ångestkurva och så och sedan är det Familjeterapeutens interventioner som genomförs hemma.

Några andra informanter tänkte att de använde sig av familjeterapeutiska interventioner i väntan på andra metoder, en av dem uttryckte det på detta sätt ”men cool kids kommer inte i gång förrän till hösten då tänker jag så här då jobbar jag med familjen då eller med andra familjeterapeut interventioner ” och terapeuterna menade att familjeterapi användes på olika sätt på BUP men att BUP inte ofta tänkte familjeterapi initialt. Informanterna hade olika funderingar kring orsaker till detta men flera av dem uttryckte att det inte skulle erbjudas behandling av tradition eller slentrian. En terapeut sa ”Förr gjorde man familjeterapi av allting, som egentligen skulle erbjudas något annat.” Någon terapeut menade att familjeterapi användes som metod på BUP om andra metoder inte fungerar. Hon säger ”Det intressanta är ju att det känns som om KBT är högt rankat men fungerar inte det då kan man tänka sig att testa familjeterapi det är ju lite intressant hur det kan vara så.”

Behöver familjeterapi som metod synliggöras mer som behandlingsform på BUP, om familjeterapi har avgörande moment i terapin behöver de synliggöras mer på BUP?, och får detta någon betydelse för familjeterapi som metod på BUP?

Familjeterapeutgruppen hade tankar om betydelsen av att säga orden familjeterapi och kontrakt och vad det gjorde med dem. Det förekom olika sätt att se på och att benämna det som skedde i terapirummet men det var fler informanter som vittnade om betydelsen att vara transparent för att bedriva terapi. En informant uttryckte det så här ” För att bedriva terapi behövs ett kontrakt, då är jag fri att följa metoden. ” I just det citatet ovan påvisades också att informanterna tyckte transparensen gav dem större trygghet och tydlighet att använda sig av familjeterapi som behandlingsmetod på BUP. En terapeut betonade särskilt mandatet från patienterna som viktigt ”Mandat att arbeta relationellt behövs.” Och att känslan av att vara fri att utöva sin metod påverkar. En informant uttryckte sig så här ”när jag är fri utövar jag det

jag kan mer renodlat.” Och informanterna kopplade det till att det blev mer stringens i metoden.

Någon terapeut uttrycker att den tänkte att det blev en övergreppssituation om terapeuter bedrev familjeterapi utan ett mandat ”De behöver säga ja, säger de inte ja till familjeterapi så tycker jag det ju är ett övergrepp att arbeta med familjerelationer, de måste säga ja” och tydligheten som transparensen gav dem att utöva metoden syntes återigen i vad den här terapeuten uttryckte ”Vi har att erbjuda familjeterapi och då är det mer stringent då man har fått det mandatet.” Informanterna menade att familjeterapi som metod behövde stöd för att utövas annars fanns det risk för att den försvann som metod på BUP. En av dem menade att ” jag tror att familjeterapi är lite på väg ut, jag tror inte jag skulle kunna få ett ärende med ångestproblematik på en remisskonferens och att jag skall jobba språkssystemiskt med detta.” Informanterna resonerade om hur kraven på evidensbaserade metoder påverkade BUP:s val av metoder och nödvändigheten i att påvisa evidensbaserade resultat. Samma informant uppgav ”Jag tänker att det oftast saknas studier i familjeterapi inte att den är dålig.” och fortsatte sedan.” Familjeterapi hade kunnat bli mer valbart om det funnits mer RCT studier.”

Terapeutgruppen resonerade om att koppling till symtomen behövde påvisas än mer i metoden, att det faktiskt blev en symtomlindring genom att använda sig av familjeterapi som behandlingsmetod. En av terapeuterna uttryckte det så här ”jag tror man måste koppla det till symptomet på nått sätt och även till det stöd som finns för att skall fungera annars tror jag att det är lite dödsdömt” och en annan informant la till att det som uppfattades som resultat för dem behövde verifieras för metodens och familjeterapeuternas trovärdighets skall även om de som terapeuter såg en symtomlindring, eller att familjen märkte en symtomlindring. Terapeuten uttryckte det så här ”För vår trovärdighets skall kanske men sen kan man ju bli ivrig och visst tycka att det hjälper.”

Andra tänkte att man i alla behandlingsformer egentligen visste lika lite om vad som hjälpte i en terapi för familjeterapin som för andra terapiformer. En terapeut sa ”Man vet egentligen inte vad som är verksamt i familjeterapi lika lite som man vet i de flesta terapier, det vet man väldigt lite egentligen, man kan ha sina egna tankar.”

Gruppen av informanter samtalande om olika symtomgrupper i samband med evidens och hur familjeterapin som metod användes för BUP:s olika symtomgrupper. De flesta informanterna kände att familjeterapi kunde bli en integrerad del i annan behandling, eller hämta tekniker från andra metoder. En av informanterna menade ” Att de här kunde gifta sig med varandra på lite olika sätt och den problematiken är ofta mångfacetterad och då behöver man pröva på lite olika håll och hantera att man behöver hämta tekniker och kunskap från lite olika

modeller. ”Informanterna tänkte att före och eftermätningar på egna mottagningen kunde ge en fingervisning om mätningen kopplades till symtomlindring men att det inte räknades som ett godkänt resultat då det inte är en RCT studie. Informanterna tryckte mycket på att behovet av evidens i metoden var viktig för att bli valbar som metod för BUP. En terapeut sa ”Och där tror jag att om vi skall överleva där tror jag det är viktigt att det behöver vara evidens även om man inte kanske behöver det för egen skull så för överlevnadens skull.” Och utifrån de förändringar terapeuterna upplevde på BUP tänkte de att omfattningen av familjeterapi som metod blev anpassad. Att BUP:s metoder kommer till att bli mer specifika för olika symtomgrupper. Detta återkom terapeutgruppen till vid flera tillfällen och en av dem uttryckte det så här ” Så tror jag att det kommer bli specifika metoder för specifika symtom och då jobbar vi med dem”. Några informanter hade funderingar över hur patienter och deras familjer kommer att påverka utvecklingen av vård eller förändringar på BUP. En av informanterna uttryckte det så här ” Patienterna kommer kanske att hjälpa, de kommer att läsa mer och jag fick en mamma som kom och sa att hon ville att behandlingen skall bygga på den senaste forskningen ”. Flera informanter bekräftade detta.

Det förekom flera tankar om att familjeterapi som metod inte skulle stagnera, att det behövde finnas en utveckling i metoder och att en del i det handlade om att vara öppen för att förändra själva metoden. En terapeut menade:

det låter som vi skall hålla något vid liv, som skall se likadant ut vi måste väl ändå tänka utveckling och ny kunskap och då måste vi integrera den kunskapen som kommer det går ju inte att familjeterapi skall vara samma sak hela tiden.

Gruppen av informanter menade att familjeterapi behövde som metod hänga med i tiden. En uttryckte det så här ”Jag håller med dig det får inte vara ett självändamål det måste integreras med ny kunskap som utvecklas hela tiden.” Andra informanter tänkte att familjeterapi behövde bli bättre på att matcha samhällsbehovet ”Vi måste bli bättre på att definiera våra familjer vi kan inte vara generellt trevliga och fortsätta med mamma pappa barn om vi skall matcha alla nya familjer.”

Informanterna samtalande kring BUP som organisation och dess förändring som skett över tid samt vad som har hänt familjeterapi på BUP som behandlingsform. En informant sa att ”BUP är ju lite speciellt, det är ju definierat som en medicinsk verksamhet så där finns det ju ett större tryck på att familjeterapi måste förändras om den skall överleva.” Det förekom tankar om att socialtjänsten är den som hade mer familjeterapi idag. En terapeut sa att ” Det har skett stora förändringar de sista 10-12 åren i alla fall där socialtjänsten har mer familjeterapi.” De flesta informanter hade olika synpunkter på den symtom ”fixering” som förekom.

En annan terapeut menade att ”det är mycket medicinskt och då tänker jag att det mesta andra försvinner” medan andra informanter i gruppen samtidigt menade att det var en verklighet för familjeterapi att förhålla sig till. En av dem hävdade att ”vi kommer inte i fråga att det är definierat som en medicins specialitet och det har vi att förhålla sig till vare sig vi vill det eller inte.” Familjeterapeuterna fick förhålla sig till det inom vilken kontext de verkade. Och de resonerade om när och hur familjeterapi kom på tal som metod där några informanter tänkte att BUP sällan använde familjeterapi som behandlingsform först. Terapeuten sa att. ”Oftast tänker man inte FT initialt.”

Resonemanget fördes vidare om BUP:s påverkan på metoden och att det kunde vara skillnad beroende på och i vilken kontext man arbetar som familjeterapeut. En informant uttryckte sig så här om det. ”Men det handlar ju mer om hur barnpsykiatrien definierar oss” och det förekom ett resonemang om att det på BUP inte fanns något gehör för att sätta familjediagnoser. En terapeut uttryckte sig om det så här ” Vi sätter inga familjediagnoser, det finns ju de som försökt byta ut DSM mot relationella diagnoser, det finns ju inget gehör för det i barnpsykiatrien.” Terapeutgruppen förde återigen in evidensen som en påverkan för att välja andra metoder på BUP. En av den menade ”Jobbar jag privat kan jag ta mig vissa friheter men jobbar jag på BUP så är det sagt att vi skall jobba evidensbaserat då i grunden är jag positiv till det.”

Informanterna samtalade om tidsandans påverkan, och uttryckte att de upplevde att de höll på att förlora en grupp barn och familjer och om svårigheten att få in familjeperspektivet. En av informanterna menade ”Jag tycker att man ibland får kämpa med att få in familjeperspektivet.” Att det förekom funderingar om att, och hur ledning och organisation styr arbetet blev tydligt när en av informanterna uttryckte att ” Jag tycker att ledning och organisation stöttar det synsättet med andra att det är förankrat och accepterat och skall jag jobba i motvind blir det jobbigt tycker jag.” Återigen fördes svårigheterna med den förväntan som kunde förekomma från ledning att arbeta evidensbaserat med de symtomgrupper BUP har ”Det är svårt att säga att nu jobbar vi lösningsfokuserat på den här mottagningen därför att samtidigt finns förväntningarna att vi skall jobba med det som är evidensbaserat och det som finns stöd för de diagnosgrupper som vi har.”

Informanterna samtalade om att på BUP var de också en annan slags behandlare, en ”BUPPARE”, med ett annat slags ansvar och vikten av att veta vad som förväntades av dem i olika domäner på samma arbetsplats. En av terapeuterna tyckte att ” Där är jag nog inne att tänka på det där med domäner, först gör jag något som stämmer bra i en domän och sedan behöver jag byta domän när jag börjar en behandling.” Tanken att svårigheten att verka i två

domäner kunde påverka stringensen i metoden uttrycktes på olika sätt för gruppen, en av informanterna menar så här:

jag tror jag skulle kunna känna mig lite fri att släppa BUP ansvaret och jag skulle fungera mer som familjeterapi i den kontexten än när jag känner att jag måste vara i båda och behålla balansen jag hade hoppats att BUP hade tyckt det var bra men jag vet inte.

Genom informanternas samtal förekom det många olika uttryckssätt på deras intresse att vara flexibla och att anpassa sig till rådande förhållanden. De var öppna för att deras metod påverkades av kontext och tidsanda. De spekulerade, på olika sätt, om familjeterapis utveckling på BUP. En av informanterna tänkte att:

Familjeterapin kommer att bli en integrerad del av andra behandlingsinslag, jag tycker inte att det har ett egenvärde att familjeterapi, att man håller fram någon familjeterapeutisk flagga utan det viktigaste är väl att vi kan erbjuda bra hjälp runt de problem och de symtom familjerna söker för sedan kan man ju kalla det, det ena eller det andra.

Andra informanter tänkte att det påverkade stringensen i metoden när de förväntades göra mycket annat arbete på BUP. Detta uttryck av en informant så här ”Det är svårt att höja stringens i metoden på BUP eftersom jag gör så mycket annat behandlings och utredningsarbete.”

Det var många som återkom till den medicinska kontext de befann sig i och såg att familjeterapin kunde påverkas av både tidsandan, kontexten och influenser men att familjeterapin behövde förhålla sig till det. En terapeut tyckte att ” Familjeterapin påverkas av vetenskapen, biologin och medicinen och behöver förhålla sig till det.”

I gruppen av terapeuter förekom det olika funderingar kring om familjeterapin som metod behövde synliggöras mer på BUP. Flera tyckte att behandlingsmetoden var väl representerad ex vis i remissgruppsammanhang. En informant uttryckte sig ” jag tycker det har blivit bättre än förut, nu tycker jag man kan sitta och prata om det” medan någon annan uttrycker att ”där vissa uttrycker att man inte behöver bli bedömd i ett familjesammanhang.” Här förekom också ett resonemang om arbetsplatskulturer och dess påverkan på vad som hördes mest eller minst och på vilket sätt. En informant menade att kulturen på arbetsplatsen påverkade hur terapeuterna pratar om behandlingsformer, och hur väl representerade familjeterapeuterna var i behandlingsmanualen. Terapeuten uttryckte ” Jag tycker också kulturen på arbetsplatsen påverkar. ”Det hördes flera olika förslag till att synliggöra familjeterapin och för en del av informanterna föll ansvaret på terapeuterna själva. En av terapeuterna sa ” Vi behöver verka på olika nivåer om vi vill synliggöra familjeterapin som metod mer, berätta det vi

gör i vår metod som visar på en förbättring, systematisera oss.” Det förekom flera funderingar kring att barnpsykiatrin syntes för lite i forskningssammanhang och att man kunde göra mer den vägen. Detta belyste en informant genom att konstatera att ” Barnpsykiatrin kan göra mer beträffande forskning.” Flera informanter återvände till att tycka att de behöva tala mer om metoden på BUP, visa på vad metoden gör och hjälper mot samt att vi också skulle använda det vetenskapliga språket för detta. En av deltagarna i terapeutgruppen menade att ”Vi kan inte tala ett annat språk när det pratas evidens vi kan inte gå på vår entusiasm då och tro att det skall räcka i något sammanhang.” En annan informant menade ”Moment i familjeterapin skulle kunna bli mer talbar och därigenom tydligt för familj och organisation.” Gruppen av informanter uttryckte att hur de själva behandlade metoden så kunde det få olika konsekvenser. ”Hur vi beskriver och tänker om vår behandling får olika konsekvenser” sa en informant. Informanterna resonerande också om att metoden var valbar som metod på BUP och att den var möjlig att använda för vissa diagnosgrupper. En av dem sa att ”Familjeterapin är en metod som jag kan använda mig av, den är valbar.”

Att genomföra gemensamma utbildningar i familjeterapeutiska modeller specifikt anpassade för olika diagnosgrupper menade några var ett bra sätt att synas på. En informant tyckte: ” Som ABFT, det var ju fantastiskt när vi var där och så många olika som jobbar med olika inriktningar och jag uppfattar att de flesta tyckte det är bra, det är ett bra sätt för familjeterapin att synas.”

När metoden är tydlig framstod det som om det var lättare att både prata om den och arbeta efter den. Informanterna pratade fortsatt om behovet av evidens i sin metod och kände trygghet när metoden var rekommenderad. En terapeut åskådliggjorde det så här ”Ja men det är ju också rekommenderat, då blir det ok.” En utbildning gav stöd och trygghet för att använda sig av metoden. En terapeut menade att ”Utbildningen gör att jag vågar profilera mig mer.” Det blev också lättare att använda ordet familjeterapi när informanterna hade en trygghet i sin utbildning vilket en av informanterna uttryckte så här ” Sen är det lättare att säga nu när man har gått steg två så har jag börjat våga säga Familjeterapi lite grand.”

Vikten att våga prata om sin metod och visa på symtomreducering var ett sätt att synliggöra metoden och att det är en god start. Det påvisades genom denna informants kommentar:

Att våga säga det man gör att göra en systemteoretisk analys när man drar ett ärende att kunna visa hur jag jobbar, här har jag jobbat stenhårt på pappa dotter relation och att det är betydligt mindre ångest när jag jobbade med de relationerna

Diskussion

Resultatdiskussion

Vad är familjeterapi på BUP för dig och vad blir betydelsefullt för patientens tillfrisknande i metoden på BUP?

Det är tydligt att informanterna menar att familjeterapi är en metod som är valbar och möjlig för familjeterapeuter att använda för symtomlindring, symtomförbättring eller tillfrisknanden för barnet på BUP. Den är målinriktad och ett metodiskt arbete med en behandlare som har specifik kompetens. För familjeterapi som behandlingsmetod är det lika viktigt som för andra att äga den terapeutiska processen, att veta vad, hur, när och varför. Familjeterapi beskrivs särskilt som ett målmedvetet, analytiskt arbete för att kartlägga och anpassa interventioner som en viktig del i tillfrisknandet, men också som en viktig del i själva behandlingsmetoden. Terapeuterna beskriver ett flertal tekniker och interventioner som de alla tror är till nytta för deras patienter men det som huvudsakligen blir viktigt för dem är helhetsperspektivet över individen och att ge en möjlighet att skapa nya salutogena perspektiv (Lundsbye, et al., 2010). Särskilt intressant är att också BUP lägger en särskild tonvikt på helhetsperspektivet samt barnets sammanhang (Stockholms läns landsting, 2011/1) men det blir oklart hur det skall betonas, i bedömningsarbete, eller i behandlingsarbete, när och varför blir det specifikt och när och varför är det generellt? Det framstår som att det i samtalet finns en mer eller mindre uttalad samstämmighet att relationellt arbete påverkar barnets symtom och att bli sedd och hörd, få höra och bli lyssnad på får en stor betydelsefull del i ett tillfrisknande. De samtalar om att länka individens samman med sitt system, att länka systemet samma med dess individer och skapa och återskapa (Sprenkle, 1999) relationer som får en känslomässig betydelse och ett tillfrisknande, ett bättre mående. Informanterna belyser att arbeta direkt med intersubjektiviteten kopplat till symtom med olika interventioner vilket Lundsbye, et al. (2010) menar är fullt möjligt då symtom har en dubbel natur och att allt arbete är relationellt. Borgegren betonar också (2009) själva mötet, som en del i som blir verksamt. Att komma samman, ta tid med en som leder ett samtal.

Informanterna trycker på kompetens, en utbildning betyder. En utbildning för dem betyder att de vet vad de gör att det finns målsättning en struktur och ett analytiskt arbete som påverkar en förändring. Målet är att patienten skall må bättre och att en bestående förändring skall ske så familj klarar av att reglera sig vid nästa svårighet de stöter på. Informanterna menar att familjeterapi är inget slumpmässigt som bara sker utan är väl underbyggt och är något som är för mer än ett familjeperspektiv. Någon av informanterna tänker att det precis som i de flesta metoder inte finns så mycket bevis på vad det är som fungerar i en terapi och samtalet

om evidens och forskning visar på en önskan om bättre forskning för familjeterapi särskilt inom barnpsykiatri och en forskning där det relationella arbetet kopplas till symtom på ett annat sätt än tidigare.

Samtidigt är det svårt med gränsdragningar och tydlighet. Det verkar också påverka dem, informanterna tror på sin metod och är generösa med tanken att den behöver utvecklas och följa med sin tid men man kan ana en osäkerhet hur förväntningarna är på dem som familjeterapeuter att bedriva terapin. Det visar sig nedan i resonemanget om önskan om stöd och trygghet samt mandat från både familjer, forskning och BUP. Genomgående visar samtalet på svårigheten med sammanhangsmarkering kring gränsdragningar på BUP. Familjeterapin beskrivs ju ha utvecklats genom kliniskt arbete och har i efterhand kopplats teoretisk. (Borgegren & Wahlström, 2008). Resan från det som skulle kunna sägas vara ett synsätt till en metod betyder inte att synsättet försvunnit. Det generella mottagande på vår BUP mottagning skall präglas av samma grundvalar som i familjeterapin. Här talar informanterna om familjeperspektiv och familjeterapi. Initialt i samtalet framstår det inte som viktigt att särskilja detta men längre in i samtalet blir det tydligt att familjeterapi var något som var både mer och annorlunda och inte skall blandas ihop med familjeperspektiv. Men det är svårt och de säger att det glider lite för dem ibland mellan synsätt, familjeperspektiv och metod, familjeterapi. Informanterna menar att det är både det generella avstampet på BUP som påverkar dem till detta men också deras kunskap och kompetens. Sundelin (2015) menar att familjeterapeutens kompetens är sådan att den kan användas på tre olika nivåer på BUP men att det behöver tydliggöras när kompetensen används på de olika sätten. Allt en familjeterapeut gör är inte familjeterapi och det är viktigt för både metod och terapeut att göra dessa sammanhangsmarkeringar tydliga. Sundelin (2015) sätter fingret på det som borde vara självklart men inte är det nämligen att det borde vara en självklarhet att skilja på ett systemiskt synsätt (bemötande) och en legitimationsgrundad psykoteraeutisk metod. Han uttrycker sig så här ”Är man inte nogga med detta blir familjeterapi allt och ingenting och i värsta fall allt som inte är preciserat!” (Sundelin, 2015 s 9).

Några av informanterna beskrev detta fenomen som att de skulle vara något som var för mer, än deras grundprofession och deras kompetens som familjeterapeut. Någon kallade detta begrepp för ”behandlare” någon annan för ”buppare” och det skulle innebära bland annat att ha ett familjeperspektiv och samtidigt röra sig mellan olika domäner och nivåer. Visst arbete förväntas du genomföra i din grundprofession, annat arbete inom ett bedömningsarbete och utredningsarbete och också ett behandlingsarbete. Behandlingsarbetet är också ett arbete där flera metoder och fler roller över tid blandas. Humberto Maturanas språkliga domä-

ner beskriver (Lundsbye., et al, 2010) vikten att medvetet definiera det sammanhang terapeuten är i för att också förstå vilka förväntningar som finns på resultat utförande och innehåll som ställs. Det blir viktigt att kunna röra sig fritt i de olika domänerna men också navigera och det framstår som att det arbetet kan vara mer viktigt för en familjeterapeut, då reflektions och produktionsdomänen ligger nära varandra, på grund av likheterna mellan ett familjeterapeutiskt perspektiv och en familjeterapi.

Precis som Glisson (2007) tar upp arbetsplatskulturen och dess påverkan på terapeuter och behandling gör informanterna det. De samtalar om kulturen på arbetsplatsen och hur det påverkar dem till att anpassa familjeterapin på BUP. Betydelsen av detta är inte alltid menligt utan menas också vara en framgång och en fördel för metoden. De anpassar metoden efter de patienter som kommer men de anpassar sig också efter mottagningens krav och riktlinjer. Det är dock ett dilemma för dem vilket visar sig längre fram i samtalet när de upplever behov av stöd, tydlighet och trygghet där vissa informanter tydligare än andra upplever att ledningen styr på ett sätt som de inte alltid uppskattar. Informanterna är noga med att vilja följa evidens och informanterna är noga med att vara en del av behandlingssystemet och därigenom också ha behandlingssystemet med sig. Informanterna tänker att Familjeterapi som metod är en transparent metod och som Sprenkle (1999) menar så påverkar det också en positiv förändring och positiva möten. Även Sundelin (2016) visar på transparensens betydelse för metoden.

Behöver familjeterapin som metod synliggöras mer som behandlingsform på BUP, om familjeterapin har avgörande moment i terapin behöver de synliggöras mer på BUP? och får detta någon betydelse för familjeterapi som metod på BUP?

I samtalet framkommer att kontexten som informanterna har får betydelse för dem att utöva familjeterapi och att det är något för dem att förhålla sig till. Skillnaden i behandling och bedömning mellan det tydliga individuellt diagnostiserande perspektiv mot det cirkulära systemiska relationella perspektivet är inget som informanterna ser som en komplikation. Verksamheten de arbetar i är en medicinsk specialitet och det får informanterna anpassa sig till. Hur de förhåller sig till det är inget de resonerar vidare om utan konstaterar att det är en positiv förbättring från ”förr” när olika behandlare hamnade i olika läger om vilken behandlingsmetod som var bäst eller när behandlare på BUP använde familjeterapi som lösning på alla problem. Det förekommer en del synpunkter på hur informanterna tror att BUP kommer att förändras och att specialistvården går mot en än mer diagnosfokusering med specifika riktlinjer för specifika symtom. Huruvida det kommer att påverka metoden eller inte är osagt lika så om det är något som värderas. Flera av informanterna är nöjda med hur de uppfattar att

familjeterapi är representerat i metodbanken, i diskussioner på remisskonferenser och behandlingskonferenser.

Informanterna är flexibla och anpassningsbara, deras flexibilitet gäller både inom verksamheten men också mot familj och patient och uttrycker att de kan precis som Hansson gjorde (2004) se att familjeterapin i framtiden blir en integrerad del i andra behandlingsformer på BUP och att familjeterapin inte nödvändigtvis behöver se ut som den gör idag utan kanske måste utvecklas för att hänga med. Det förekommer flera synpunkter på att flera av familjeterapeutiska interventioner ”gifter sig” bra med andra metoder och samtidigt som det kan finnas några av dem som kan oro sig för att utarma metoden. Det förekommer ett resonemang om att man som familjeterapeut behöver vara ödmjuk för att metoden inte är verksam för all psykisk ohälsa eller psykiatriska symtom och gör en koppling till att arbeta kostnadseffektivt på BUP och lyssna aktuell forskning. Många delar uppfattningen om att familjeterapeuter behöver vara ödmjuka för metodens begränsningar och samtidigt finns det ett visst missnöje hos några att familjeterapi används när inga andra metoder fungerar. Det framstår som ett dilemma att inse att metoden har begränsningar inom kontexten BUP och att det också påverkar metodens stringens.

Informanterna är splittrade i frågan om synliggörande av familjeterapi på BUP där flera är nöjda med den förbättring som skett över tid på mottagningarna och beskriver svårigheter och motsättningar som förekom tidigare där olika behandlingsformer slogs mot varandra.

Informanterna resonemang visar samtidigt på svårigheterna för familjeterapi som metod. De tror att familjeterapin som metod får ett annat gehör beroende på vilket språk man använder när man pratat om den och om man har vetenskapliga belägg för det man hävdar. Det berör också Sundelin (2016) som menar att det behövs kännedom om vetenskapliga belägg för familjeterapi och också att med säkerhet kunna kommunicera denna.

Informanterna resonerar en del runt egenansvar för att synliggöra familjeterapi på BUP och nämner också språket, ur en annan synvinkel än tidigare, som en del av synliggörandet. Precis som både Sundelin (2015) men också Wahlström (2010) menar informanterna att de behöver ta till sig ett annat språkbruk beroende på vilken nivå de befinner sig på. På remiss och behandlingskonferenser skulle det vara bra att förtydliga effekter av målmedvetet familjeterapeutiskt arbete genom att använda sig av familjeterapeutiska termer och visa på symptomförbättring och att också använda det vetenskapliga språket när det behövdes. De samtalade om att våga benämnda processer och det behandlingsarbete som de faktiskt gör och visa på effekter på cirkulärt arbete och systemsikt tänkande. Så informanterna framstår ur ett

perspektiv i behov av stöd, vilket de också uttrycker på olika sätt – det blir lättare att använda metoden, att prata om metoden när det är vedertaget att använda mot en specifik symtomgrupp, eller när man fått mandat av familjen. Utbildning och kompetens ger ett stöd men det framstår också som det behövs stöd från enheten, och att en eventuell brist på stöd eller hur enheten formulerar sig kring metoden får en konsekvens för terapeuten. Betydelsen av stöd kan också hjälpa till i hur terapeuter kan göra svårförklarade moment i relationellt arbete tydliggjort och talbart och en känsla av tillit från enheten.

Det framstår inte som det generellt förekommer någon särskild oro för att familjeterapin som metod var på väg ut från BUP, även om det fanns de informanter som uttryckte detta. De menade att familjeterapin som metod behövde i så fall anpassa sig och utvecklas så att den bättre passar och blir mer användbar. Hos några informanter fanns en oro att tappa målgrupper och att det relationistiska arbetet därigenom minskar på BUP och de menar att det är en styrning från ledningens sida. Någon kopplar att ”överleva” som metod på BUP till forskning och forskningsresultat men det blir svårt för dem med vokabuläret, ordet överleva blev för några som om metoden skulle vara statiskt över tid och inte följa med sin tid och utvecklas.

Samtidigt som de menade att de behövde förhålla sig till den medicinska kontext de verkade i menade de inte alltid att det var enkelt. Det påverkade dem och det påverkade familjeterapin. De uttrycker att det är viktigt för dem att få stöd för att använda sig av metoden, både genom evidens och genom forskning men också av enheten. Det är också viktigt att få mandat från patienter att använda sig av metoden och arbeta relationellt. Det kan i vissa sammanhang framstå som det finns en försiktighet att använda sig av metoden fullt ut, och en vilja att göra rätt. Det är möjligt att denna osäkerhet härstammar till Lundhs (2009) resonemang om kulturer eller så kan det vara det Sundelin (2015) tar upp som ett dilemma med att vara sjukvårdsanställd, arbeta med familj och barnperspektiv och samtidigt behärska ett individuellt diagnostänk. Sundelin betonar vinsten av dubbelt språkbruk och specifikt för familjeterapeuter som relaterar mer till familjediagnoser, kommunikationsmönster och sammanhang. Den medicinska verklighet som påmint, ett linjärt tänkande och individuella symptom samt svårigheten att definiera sitt familjeterapeutiska arbete i den medicinska kontexten kan ju också vara något som påverkar en försiktighet i att använda metoden. Samtidigt är informanterna angelägna om att oavsett ta sitt ansvar i ett ökat synliggörande och de ser att deras eget handhavande och hur de samtalar om sitt arbete och sin metod så får det konsekvenser, positiva som negativa och det finns en tanke om att de kan göra avgörande moment talbara och använda mer familjeterapeutiska termer.

Diskussionen om forskning och evidens finns med i samtalet över tid. Informanterna belyser både behovet och intresset för stöd i evidens. De gör också en koppling till att familjeterapiforskning behöver förekomma i större utsträckning, fler RCT studier men också att forskningen behöver utvecklas. Vikten av att kunna visa på en symtomlindring, eller symptomförbättring framstår som viktigt i den medicinska kontexten. Kopplingen att ett intersubjektivt arbete med relationer leder till direkt symtomlindring behöver påvisas tydligt. Dilemmat är ju tydligt och svårigheten med detta verkar försvåra för familjeterapi som behandlingsmetod. Inte för att den är dålig utan för att den är svår att göra mätbar. Informanterna tänker också att stringensen i metoden kunde förändras, men inte bara på grund av undermålig forskning utan också för att familjeperspektiv – familjeterapi ligger nära varandra, att familjeterapeuter arbetar med andra arbetsuppgifter också på BUP samt att kontexten är medicinsk. Informanterna menar att barnpsykiatri är dåligt representerad i forskningssammanhang, men också används där den rekommenderas, för ätstörning till exempel. Det förekommer några funderingar över att mycket forskning är för vuxna och passar kanske inte för barn men det framstår också som det fattas ett led eller två som kunde representera familjeterapiforskning på BUP.

Metoddiskussion

I kvalitativa metoder föreligger det en svårighet att dra generaliserande slutsatser från studierna. Valet av metod har styrts av mitt syfte med studien. Metoden har också visat sig vara en väl fungerande metod för ändamålet. Gruppen har producerat en mängd information för att uppfylla syftet med studien. Urvalet av informanter är selekterat, och subjektivt styrt utifrån syftet med studien. Informanterna har en specifik kompetens utöver sin grundprofession i en specifik kontext på BUP i Blekinge, som är ett litet län. Fokusgruppen har haft ett bortfall vilket också kan ha påverkat fokusgruppen. Informanternas deltagande under samtalet var aktivt och det framkom mycket information.

Deltagarna i fokusgruppen är tillfrågade och erbjudna att delta, de är trots det kollega till mig. Det är en faktor som skulle kunna påverka innehåll i information. Deltagarna i gruppen kommer också från tre olika arbetsplatser, där både arbetsplatskultur och ledning kan vara olik och dess historia kan också vara en påverkande faktor. En grupprocess är omöjlig att förhindra och det är inte osannolikt att vid val av mer renodlad intervju hade svar divergerat och gett andra indikationer. Jag har valt att inte fokusera på processen i gruppen men kan se att – som i alla grupprocesser - så formas gruppen efter mer eller mindre osynliga regler och som också påverkar innehåll och ton samt samtalsklimat.

Avslutande reflektioner

Syftet med studien var att ta del av informanternas reflektioner över de frågeställningar som diskuterats. Informanternas reflektioner ger mig en bild över hur de ser på frågeställningarna men samtidigt genom deras sätt att resonera och samtala gav det också en bild över just dessa familjeterapeuters styrka i deras ansträngning att möta deras patienter och göra ett seriöst och gediget behandlingsarbete. Deras flexibilitet och lojalitet gentemot sitt sammanhang är beundransvärd.

Genom valet av metod har utfallet också påverkats. Genom ett böljande samtal är påverkan stor och vissa röster och åsikter fick periodvis större påverkan på gruppen än andra. Det ligger i en sådan här grupps struktur. Med tanke på att gruppen samtidigt var relativt homogen och dessutom van att ha konsensus i åtanke blev de ofta på gruppnivå eniga om frågeställningar samtidigt som det på individplan förekom både mindre och större skillnader i deras synpunkter. Det förekommer en del intressanta dilemman i informanternas diskussioner och genom hela diskussionen finns det en dualism inom informanterna som gjorde sig påmind och som också gjorde analysarbetet svårt men angeläget i både tolkningsavseende och beskrivande. De kunde både vara tydliga och otydliga, de kunde tycka och inte tycka, de ville gärna uppnå konsensus men la fram fler och nya förslag på hur de själva menade. Det blev ett i allra högsta grad ett roligt och levande dokument. En del reflektioner har varit förvånande att ta del av och det mesta har varit intressant och glädjande att höra. Andra reflektioner har varit svårare att förstå och har skapat fler frågor.

Medvetenheten om behovet av att kommunicera vetenskapliga belägg och aktuell forskning föreligger för informanterna men frågan är hur det kan möjliggöras. Precis som den nuvarande forskningen säger ger informanterna också prov på att det fungerar att arbeta med familjeterapi på BUP, att arbeta med relationer för en symtomlindring. Men det finns en önskan om mer forskning och en bättre forskning och en relationsforskning som visar tydliga mätbara resultat på individens symtom. Samt att barnpsykiatrin skulle vara mer representativ i det sammanhanget. Det blir tydligt att det är svårt att både bedriva behandling och ha kontroll över det vetenskapliga läget. Det framstod också att familjeterapeuterna var ödmjuka i att familjeterapin kan komma att förändras på BUP. Det fanns ingen större oro för detta. Att låta familjeterapi gifta sig med andra behandlingsformer kan vara framtidens familjeterapi på BUP. Att den medicinska kontexten skulle kunna påverka metodens utarmning eller försvinnande var inget som gruppen reflekterade särskilt på vilket jag fann intressant. Den utveckling som BUP genomför i dag i och med första linjens införande är att specialistvården tenderar att bli mer och mer styrd av riktlinjer för specifika diagnoser med ett specifikt tillvägagångsätt

för behandling och bedömning. Tyngdpunkten ligger i ett individperspektiv med fokus på beteendeförändring.

Det verkar finnas en komplexitet att bedriva familjeterapi på BUP av flera tänkbara skäl. En del av de skälen kan kanske härröra till begreppsförvirringen om familjeperspektiv, familjebehandling, familjeterapi och den eventuella verkan ett behandlingsarbete med barn och dess system kan få på barnets individuella diagnos. Samt att familjeterapi är en behandlingsmetod som är möjlig att välja och att den som utför metoden har kompetens för det. Att vara familjeterapeut är sålunda ingen identitetsmärkning utan mer en kvalitetssäkring för en viss metod och skall inte sammanblandas med det övriga arbete man som anställd skall utföra på BUP. Ett annat skäl kan vara att det krävs en tydlighet beträffande domänperspektivet vilket verkar ligga såväl på terapeutens ansvar men också arbetsplatsens kultur och klimat där ledningen ingår.

En fundering som ofta återkom var kontextens olika inverkan på terapeuten, och behandlingen. Sundelins formuleringar om familjeterapi som förlorad för BUP (Sundelin, 2016) skapar frågor om den verkligen är förlorad eller om den ”bara” anpassat sig. Och hur det i så fall påverkar familjeterapins kliniska relevans. Sundelin (2016) precis som fler andra familjeterapeuter påtalar hur angeläget det är att påvisa evidens för att familjeterapi fungerar, så att familjeterapi fortsätter att vara en användbar behandlingsmetod på BUP. Hansson, Sundelin och Wirtberg (2008) utmanar familjeterapin och familjeterapeuter med vikten av att professionalisera sig och menar att forskningen behöver bli tydligare och visa på en tydligare effektivitet för att kunna argumentera för sin plats inom den kliniska världen. Samtidigt finns det många studier som visar på att familjeterapi fungerar (Cederbladh, 2015), och vad är det då som påverkar behandlingsmetoder på BUP? Westerströms (2010) resonemang känns uppriktigt och också innerligt när han tittar på sig själv som familjeterapeut i sin kontext. Han upptäcker att i den kontexten har arbetet har det medicinska språket tagit över mer och mer och det familjeterapeutiska språket utarmats. Westerström upptäckte att han började tänka mer linjärt än cirkulärt. Vi blir påverkade av vårt eget sammanhang. Även Sundelin(2016) för fram tankar om att förändrings och utvecklingsarbete måste komma inifrån med ett starkt stöd av dess ledning. Han menar att det behövs interna piloter som arbetar för att implementera ny och aktuell forskning. Vi påverkar också vårt sammanhang.

Framtida forskning

Familjeterapin har genom åren utvecklats och förändrats för att ta plats i den omvärlden den skall existera i. Utvecklingen kommer att fortgå både för metoden och för dess kontext. Det är intressant att tänka sig hur de relationella arbetsmetoderna skall gifta sig med det mer

individuella perspektiv men också varför och till vilken kontext? Det är också svårt att inte låta sig tro att de ekonomiska ramarna också är med och styr både beträffande användandet av metoder och forskning och att det finns risker förknippade med det och det finns många frågor som hade varit intressanta att forska vidare kring. Både från familjeterapins synvinkel och från BUP. Kanske de framtida frågorna också skall ställas till andra representanter för vårdens bedrivande idag och inte bara BUP? Följande frågor är något som jag efter detta arbete har svårt att släppa.

Hur skall familjeterapi forskning utvecklas för att kunna fungera och vara aktuell för kliniska sammanhang? Hur skall forskning om familjeterapi användas i kliniska sammanhang? Hur vill BUP använda sig av familjeterapi och bidra till en bättre forskning?

Referenser

Andersen, T. (1995). Klienter och terapeuter som samforskare för att öka terapeutens sensitivitet. *Fokus på familjen* 4/95.

Borgegren, M. (2009). *Bra familjeterapi vad är det?* Hämtad 2018-01-18 från <http://kongress.sfft.se/dokument/Marianne%20Borgengren.pdf>

Borgegren, M., & Wahlström (2008). *Vad i det familjeterapeutiska arbetet ger förändringar?* Philips, B., & Holmqvist, R. (red). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber

Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic intervention for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 32(4) 409-451.

Cederblad, M., Petitt, B., & Wirtberg, I. (2015). *Par- och familjeterapi fungerar! En översikt över internationell systemisk-, par- och familjeterapiforskning.* Hämtad den 24 maj 2015 från <http://www.sfft.se/dokument/Familjeterapifungerar2015-03-09.pdf>.

Davey, M.P., Davey, A., Tubbs, C., Savla, J., & Anderson, S. (2012). Second order change and evidence-based practice. *Journal of Family Therapy*, 34, 72 – 90.

Glisson, C. (2007). Assessing and Changing Organizational Culture and Climate for effective Services. *Research on Social Work Practice*, 17, 736-747

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Hansson K. (2004). *Familjebehandling på goda grunder en forskningsbaserad översikt.*

Stockholm: Förlagshuset Gothia

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lundh, L-G. (2009). *Vetenskapsteori för psykoterapeuter*. Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Kompendium

Lundsbye, M., Sandel, G., Währborg, P., Fälth, T., & Holmberg, B. (2010) *Familjeterapins grunder – ett interaktionistiskt perspektiv baserat på system-, process och kommunikationsteori* Stockholm: Natur och Kultur

Lundqvist, S. (2011/1). *Bup rapport- Grunder i barn och ungdomspsykiatriskt arbete om värderingar möten förhållningsätt och bedömningar*. Barn och ungdomspsykiatri Stockholm läns landsting Karlskrona: Printfabriken ISBN 978-91-86981-00-6

Philips, B., & Holmqvist, R. (red). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.

Sandell, R. (2004). Teknik eller relation? Kritiska faktorer i psykoterapi. *Läkartidningen*, vol. 101, nr 15-16, 1418-1422.

Schjödtt, B., & Egeland, TA. (1994). *Från systemteori till familjeteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stewart, D., Shamdasani, P., & Rook, D. (2007). *Focus Groups. Theory and practice*. Thousand Oaks: Sage

Sjöström, U. (1994). *Hermeneutik- att tolka utsagor och handlingar*. Starrin, B. & Svensson P. (Red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Sprenkle, D.H., Davis, S.D., & Lebow, J.L. (2009). *Common factors in couple and family therapy – the overlooked foundation for effective practice*. New York: The Guilford press

Sveriges kommuner och landsting. (2009). *Rätt insatser på rätt nivå för barn och ungdomar med psykisk ohälsa*. Stockholm: FS: Grafisk produktion ISBN nummer 978-9-7164-458-9 2009-09-17

Stockholms läns landsting. (2012). *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2012*. Barn och ungdomspsykiatri. Karlskrona: Printfabriken ISBN 978-91-86981-03-7

Sveriges kommuner och landsting. (2017). *Hur mår BUP. En nulägesbeskrivning av barn och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av uppdragpsykiiskhälsa*. Hämtad 2018-03-09 från <https://www.uppdragpsykiiskhalsa.se/assets/uploads/2017/11/Hur-mar-bup.pdf>

Sundelin, J. & Hansson K. (1999). Intensive Family Therapy - a way to change family functioning in multiproblem families. *Journal of Family Therapy*, 21.

Sundelin, J., Hanson., K & Wirtberg, I. (2008). *Familjeterapeuternas professionalisering*. Hämtad 2018-02-22 från

<http://www.johansundelin.com/nya%20texter/professionalisering.pdf>

Sundelin, J. (2015). *Så här gör jag familjeterapi*. Hämtad 2018-01-18 från

<http://www.sfft.se/Kongress2015/anforande-Sundelin.pdf>

Sundelin, J.(2016). Familjeterapi och BUP – ett förhållande i kris. *Fokus på familjen* 03/2016 volym 44 DOI: 10.1826/issn.0807-7487-2016-03-02

Thurèn, T. (2007). *Vetenskapsteori för nybörjare* Malmö: Liber AB

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

Wibeck, W. (2010). *Fokusgrupper – Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.