



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Låt oss prata om den rosa elefanten

— en kvalitativ intervjustudie om familjebehandlarens upplevda hinder och möjligheter samt använda kunskapsformer i arbetet med familjer där en förälder har psykisk sjukdom

Maja Svensson

Ester Andersson

Kandidatuppsats SOPA63

VT 2022

Handledare: Hanna Edgren

Abstract

Authors: Maja Svensson and Ester Andersson

Title: Let's talk about the pink elephant [translated title]

Supervisor: Hanna Edgren

Assessor: Eva Palmblad

[The purpose of the study has been to investigate family therapists experience of working with families where a parent has mental illness. More specifically, how they experience obstacles and opportunities in this work and which forms of knowledge that get expressed when they describe their work with these families. The study has a qualitative approach, and six semi-structured interviews were conducted with family therapists working in six different municipalities. As the data processing method, we chose a thematic analysis, and for the theoretical framework, we used Julie Drury Hudson's theory about professional knowledge in social work, empowerment, and systems theory. The result of the study shows various factors impacting the work: the professionals' approach and methods, the clients' conditions, the population size of the municipalities, coworkers, access to new research and methods, and cooperation with, for example, caseworkers. Concerning expressed forms of knowledge, the result shows that the family therapists, based on Hudson's theory, use theoretical and empirical knowledge as well as practice wisdom throughout their work, while personal knowledge and procedural knowledge are less common. In the final discussion, we emphasize the need for more research in this area and the need for mental illness to become its own recognized category.]

Keywords: social work, family support, family preservation, family therapists, parental mental illness

Nyckelord: socialt arbete, familjebehandling, föräldrars psykiska sjukdom

Förord

Vårt varmaste tack vill vi rikta till de sex familjebehandlare som gjort denna studie möjlig genom att ge oss utrymme i deras fullbokade scheman. En annan betydelsefull person vars råd varit outhärliga; är vår härliga, ärliga och ibland besvärliga handledare Hanna Edgren. Stort tack för att du orkat bolla frågeställningar, teori och struktur med oss!

Till sist önskar vi att ge en hyllning till våra kära familjemedlemmar och vänner som agerat både autocorrect och hejarklack.

Maja och Ester

Veberöd och Lidköping, juni 2022

Innehåll	
Inledning	6
1.1 Problemformulering	6
1.2 Syfte och frågeställningar	8
1.3 Definitioner och avgränsning	8
1.3.1 Familjebehandling	8
1.3.2 Psykisk sjukdom	9
Kunskapsläge	9
2.1 Familjebehandling	10
2.2 Familjebehandling när en förälder har psykisk sjukdom	11
Teori	14
3.1 Julie Drury Hudsons teori om professionell kunskap	15
3.3 Empowerment	17
3.4 Systemteori	18
Metod och urval	19
4.1 Arbetsfördelning	19
4.2 Metodologiska överväganden	19
4.3 Urval och rekrytering	19
4.4 Genomförande av intervjuer	20
4.5 Bearbetning av empiri och analysförfarande	21
4.6 Metodologisk reflexivitet	22
4.7 Studiens tillförlitlighet	23
4.8 Etiska ställningstaganden	23
Resultat och Analys	24
5.1 Presentation av intervjupersoner	24
5.2 Metoder och förhållningssätt i mötet	25
5.2.1 Programverksamhet för föräldrar	25
5.2.2 Enskilt samtalsstöd med föräldrar	28
5.2.3 Mötet med barnet	31
5.3 Andra faktorer med inverkan på mötet	35
5.3.1 Kommunens storlek	35
5.3.2Handledning och kollegialitet	37
5.3.3 Utbildning och ny forskning	40
5.3.4 Socialtjänstens utformning av uppdraget	41
5.3.5 Vuxenpsykiatri	42
Avslutande diskussion	43
Referenser	47
Bilagor	50

8.1 Bilaga 1 — Informationsbrev	50
8.2 Bilaga 2 — Kort informationsbrev	52
8.3 Bilaga 3 — Semistrukturerad intervjuguide	53

1. Inledning

1.1 Problemformulering

Idéen till denna studie grundar sig i våra egna upplevelser från den verksamhetsförlagda terminen på socionomprogrammet i Lund. Vi praktiserade inom socialtjänstens myndighetsenhet för barn och unga respektive på en råd- och stödenhet med familjebehandling. Trots olika kommuner och verksamheter uppmärksammade vi båda hur familjebehandlarna har svårigheter i arbetet med familjer där en förälder är deprimerad eller bipolär. Det tog sig uttryck i långsamma förändringsprocesser, uppdrag som ofta behövde förlängas av handläggare på myndighet och/eller krävde nya mer ingripande insatser för barnet i familjen. Detta fick oss att fundera på och bli intresserade av familjehandlarens upplevelser av sitt arbete med denna målgrupp. Nedan följer en vidare beskrivning för vilken anledning ämnet är viktigt att studera.

Föräldrar med psykisk sjukdom kan vara välfungerande i vardagen men de kan också i perioder vara farliga för både sig själva och andra (Folkhälsomyndigheten 2016, s. 24f). Folkhälsomyndigheten (ibid.) förklarar att psykisk sjukdom kan påverka förälderns lyhörighet och relation till sitt barn. Trötthet, koncentrationssvårigheter, ångest och oro är andra möjliga konsekvenser; vilka i sin tur kan leda till att föräldern upplevs som svårbegriplig, avvisande och otillgänglig. Olika psykiska sjukdomar innebär olika konsekvenser för barnet men på ett eller annat sätt, påverkas relationen och/eller anknytningen till föräldern samt familjedynamiken (ibid.). Folkhälsomyndigheten (2016, s. 25) påvisar ett samband mellan psykisk sjukdom hos föräldern och psykisk ohälsa hos barnet. Samspelet i familjen och förutsättningar i omgivningen är exempel på komponenter som har en inverkan på denna utveckling (ibid.). Nevriana et al. (2020, s. 1) får i sin undersökning fram ett resultat som tyder på att barn som har en förälder med psykisk sjukdom även löper högre risk att få fysiska skador, särskilt under de första åren. Att öka förälderns tillgång till föräldrastöd kan förebygga att barn i dessa miljöer far illa (ibid.).

Trots att antalet barn som blir utsatta för våld och vanvård globalt har ökat, har verksamheter inom familjevården brist på resurser och finner sig oförmögna att möta efterfrågan på tjänster (Van Huyssteen & Styrdom 2016, s. 547). I uppdrag från regeringen, genomförde Socialstyrelsen (2009, s. 7) en studie med syftet att inventera öppenvårdens metoder för att

bland annat skapa ett underlag för framtida diskussioner kring metodval, ge stöd åt införandet av evidensbaserade metoder samt ge grund för vidareutbildningar. Från resultatet framgick att det i drygt hälften av kommunerna finns utvecklade metoder för barn med psykiskt sjuka föräldrar. Däremot finns verksamhet för barn som bevittnat våld i något fler och metoder riktade till barn med föräldrar som missbrukar, förekommer i nästan samtliga kommuner i Sverige (Socialstyrelsen 2009, s. 18). Rapportens resultat visar inga tecken på att val av metod och arbetssätt skulle bero på kommunernas storlek eller var i landet de geografiskt befinner sig (Socialstyrelsen 2009, s. 8).

Enligt Socialstyrelsen (2009, s. 8) indikerar ovanstående på ett stort intresse hos socialtjänsten att ta del av och använda systematiska och strukturerade förhållningssätt i arbetet. Samtidigt framhåller rapporten brist på utvärderingar och tydliga innehållsbeskrivningar av de arbetssätt som är individuellt konstruerade. I rapportens slutsats framgår även att det är av stor betydelse att vidhålla ett evidensbaserat arbete, vilket förutsätter ett nationellt stöd och nationella riktlinjer med tydliga rekommendationer till de professionella (ibid.). En annan viktig aspekt är att åskådliggöra de förutsättningar som finns för samverkan mellan olika verksamheter. Detta kräver en samordning i planeringen, genomförandet och uppföljningen för ett optimalt utfall för barnet (Socialstyrelsen 2009, s. 9). Folkhälsomyndighetens (2016, s. 39) resultat tyder på att förebyggande insatser är effektiva gällande att minska risken för att barnet utvecklar liknande psykisk sjukdom som sin förälder. Även ett förbättrat samspel mellan barnet och föräldern påvisas. Däremot finns det inte tillräckligt omfattande statistik och utvärderingar för att göra några ytterligare konstateranden kring vilka effekter insatserna har på barnet och familjen, exempelvis gällande barnets kognitiva förmåga och sociala funktion, samt vilken intervention som har koppling till vilken effekt (ibid.).

Mot bakgrund av ovanstående studier önskar vi att åskådliggöra hur familjebehandlare upplever arbetet med familjer där en förälder har psykisk sjukdom.

1.2 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att utifrån intervjuer med familjebehandlare skapa en djupare förståelse för familjebehandlarens arbete med familjer där en förälder har psykisk sjukdom.

- ❖ Vilka hinder och möjligheter upplever familjebehandlaren i sitt arbete?
- ❖ Vilka kunskapsformer ger familjebehandlaren uttryck för att använda i sitt arbete?

Andra frågeställningen är mer deskriptiv och används huvudsakligen för att möjliggöra en bättre förståelse för varför vissa faktorer upplevs som hinder respektive möjligheter i arbetet.

1.3 Definitioner och avgränsning

1.3.1 Familjebehandling

Enligt Folkhälsomyndigheten (2016, s. 26f) har familjebehandling flera syften: ge föräldern perspektiv kring hur egna problem inverkar på barnet, minska konflikter, stärka föräldrarollen och minska beteendeproblem för barnet samt skapa en funktionell vardag genom att bearbeta hela samspelet mellan barnet och föräldern. Löwenborg och Sjöblom (2009, s. 56f) beskriver att familjebehandling är en vanligt förekommande insats inom socialtjänstens individ- och familjeomsorgs öppenvård, som i stora drag handlar om att nyttja familjens egna resurser för att hantera problemen inom familjen.

I denna studie fokuserar vi på programverksamhet och enskilt samtalsstöd, två av de kategorier Socialstyrelsen (2009, s. 15f) delar in familjebehandling i. Programverksamhet innebär att färdiga program används som insats för ett kunskaps-, färdighets- och/eller beteendemässigt ändamål. Programmen genomförs ofta i grupp under en specifik tidsperiod och det kan handla om bland annat föräldrautbildning eller organiserad verksamhet för barn i riskmiljö. Det enskilda samtalsstödet kan vara behandlande eller rådgivande och har som fokus att stödja barnet, föräldrarna och familjen (ibid.).

Tydliga internationella motsvarigheter till det svenska begreppet familjebehandling menar Löwenborg och Sjöblom (2009, s. 58) saknas, något vi uppmärksammat och beaktat när vi läst tidigare forskning. Löwenborg och Sjöblom (ibid.) använder USA som exempel och

redogör för deras åtskiljande av ”family support” och ”family preservation”, varav en kombination av dessa överensstämmer lämpligast med familjebehandling. Med anledning av svårigheterna kring att översätta familjebehandling används flera begrepp för att hitta relevant forskning i kommande avsnitt av uppsatsen, exempelvis ”family preservation”, ”family support” och ”family therapy”.

1.3.2 Psykisk sjukdom

Folkhälsomyndigheten (2020) erbjuder en begreppsförklaring av det breda begreppet psykisk hälsa och hur det kan delas in i psykisk ohälsa respektive psykiskt välbefinnande. I denna studie finns ett intresse för den underkategori av psykisk ohälsa som benämns *psykiska sjukdomar* (och syndrom). Folkhälsomyndigheten (ibid.) beskriver att psykiska sjukdomar innefattar depression, utmattningssyndrom, psykossjukdomar, bipolaritet samt alkohol- och drogmissbruk.

I studien innefattar vår användning av begreppet psykisk sjukdom inte problematik kring alkohol- och drogmissbruk som Folkhälsomyndigheten (2020) inkluderar i sin definition. Vi väljer istället att förhålla oss till Statens institutionsstyrelse (2021, s. 4) som intresserar sig för en samsjuklighet av psykisk sjukdom och missbruk och därför skiljer på begreppen. Därtill ser vi i tidigare forskning (Gatsou et al. 2017; Yates och Gatsou 2021; Power et al. 2015), hur missbruksproblem exkluderats för att beskriva innebörden av begreppet ”Parental Mental Illness (PMI)”. Hädanefter använder vi i denna studie **FPS** - ”Förälder/-rar med Psykisk Sjukdom”, som en liknande men svensk förkortning av begreppet.

2. Kunskapsläge

För att undersöka kunskapsläget inom det aktuella området för studien användes främst sökmotorn LUBsearch. Till en början användes framförallt de engelska sökorden ’family therapy’ och ’mental illness’ vilka gav oss de mer relevanta begreppen ’family preservation’, ’family support’ och ’parental mental illness’. Svenska sökord som användes var ’familjebehandling’ och ’föräldrar med psykisk sjukdom’. Inledningsvis presenteras i följande avsnitt tidigare forskning kring familjebehandlande arbete mer generellt, för att sedan fokusera på forskning angående familjebehandlande arbete när det finns en förälder

som har psykisk sjukdom. Detta med anledning av att forskning inom området ännu är begränsad.

2.1 Familjebehandling

Intervjuer som Van Huyssteen och Styrdom (2016, s. 549-552) höll med socialarbetare som arbetar med familjebehandling i Sydafrika, synliggjorde att praktiserandet eftersträvar att utbilda föräldrar och utveckla deras föräldraförmåga samt stärka familjesystemet. Ungefär hälften ansåg att alla familjemedlemmar bör inkluderas i detta arbete för att stärka banden och utnyttja alla resurser inom familjen (Van Huyssteen & Styrdoms 2016, s. 554). Vischer et al. (2020, s. 18) betonar att det finns en risk att behandlingens fokus enbart hamnar på föräldrarna, eftersom deras förmåga är huvudobjekt för bedömningen samt då familjebehandlaren vill skapa en allians med de vuxna. Det är betydelsefullt att inte glömma barnperspektivet under processen, barnet befinner sig i en sårbar situation och behöver övervakas noga (ibid.). Ett förhållningssätt som uppmärksammas ha en positiv inverkan i familjebehandlingen är *empowering* - att som professionell visa att man tror på förälderns förmåga att ta hand om sitt barn, vilket inbringar föräldern hopp och tro på sig själv (Ryding 2020, s. 626).

Flera studier kring familjebehandling inriktar sig på olika metoder och förhållningssätt. Ryding (2020, s. 615) och Santens et al. (2020, s. 1483) uppmärksammar att en evidensbaserad praktik (EBP) har kommit att rekommenderas och tillämpas alltmer inom människobehandlande organisationer. Familjebehandlarna i Rydings (2020, s. 624) intervjustudie återger hur evidensbaserade metoder kan inbringa en känsla av trygghet då det möjliggör att basera arbetet på något utöver egna åsikter, något som i sin tur lugnar föräldrarna. Deltagarna menar dock att det är nödvändigt att förstå innebörden av kunskapen samt veta varför viss forskning används och refereras till för att säkerställa kvaliteten på tillämpningen av metoderna. Likväl betonade intervjupersonerna erfarenhet, intuition, förkunskaper och praktiska kunskaper som viktiga komplement till den evidensbaserade metoden (ibid.).

Ett fåtal av intervjupersonerna i Santens et al. (2020, s. 1488f) studie skildrar istället hur en del manualstyrda evidensbaserade metoder inte ger utrymme för att inkorporera varken sin personliga behandlingsstil eller andra tekniker. En av Rydings (2020, s. 624) fokusgrupper

diskuterade för- och nackdelar med metodtrohet. En deltagare beskrev att det kan vara riskfyllt att plocka ihop en egen metod av det evidensbaserade materialet. En annan menade dock att kännedom om flera olika metoder möjliggör komponeringen av ett arbetssätt bäst lämpat för den specifika familjen (ibid.). Samtliga intervjupersoner i Van Huyssteen och Styrdoms (2016, s. 554) undersökning svarade att de föredrar att utföra behandlingen enskilt med familjer framför användningen av familjebehandlande metoder som baseras på grupparbete.

I princip allt resultat från tidigare forskning synliggör bristen på resurser i egenskap av tid, utbildning och kunskap, pengar samt personal som hinder inom den familjebehandlande praktiken (Vischer et al. 2020, s. 18; Nhedzi & Makofane 2015, s. 356f, passim; Ryding 2020, s. 629; Santens et al. 2020, s. 1489; Van Huyssteen & Styrdom 2016, s. 551, 562f). Utöver detta ser yrkesutövarna hindrande faktorer som otillräcklig eller felaktig information om familjens problematik, föräldrars brist på motivation till förändring samt det faktum att dessa familjer oftast inte är tillgängliga för grupparbeten under veckan/arbetstid (Vischer et al. 2020, s. 18f; Nhedzi & Makofane 2015, s. 361; Van Huyssteen & Styrdom 2016, s. 551, 561ff). Resultatet som Ryding (2020, s. 625ff) presenterar åskådliggör hur familjebehandlarna anser det nödvändigt att ha en reflektiv förmåga, kritiskt tänkande och sunt förnuft för att förstå varför man arbetar på ett visst sätt och på så vis bli mer legitim. De lyfter även vikten av att vara självständig från andra verksamheter och ta ansvar för att hjälpa klienten (ibid.). Nhedzi och Makofane (2015, s. 357) identifierar även organisatoriska problem som orsakar förvirring och ineffektivitet bland socialarbetare såsom otillräcklig utbildning, bristande rolltydlighet samt orealistiska förväntningar från politiker och agendor av politiker. Stöden och hjälpen påverkas också av otillräckligt med specialiserade tjänster samt vägledning och stöttning för de professionella (ibid.).

2.2 Familjebehandling när en förälder har psykisk sjukdom

Power et al. (2015, s. 547) redogör för hur psykisk sjukdom hos föräldrar kan ha en negativ effekt på hela familjens välmående, bland annat blir barnet särskilt utsatt emotionellt och socialt. En liknande diskussion förs av Gatsou et al. (2017, s. 388) som belyser att det kan bilda ett negativt avtryck hos barnet - både interpersonellt, beteendemässigt, akademiskt och socialt; samt att barnet befinner sig i riskzonen för att utveckla egen psykisk ohälsa. Yates och Gatsou (2021, s. 103) beskriver hur psykisk sjukdom hos föräldrar kan utgöra en påfrestning

på föräldrarnas relation till sitt barn, samt att barnet kan uppleva motsägande rollförväntningar när föräldern mår bättre respektive sämre. Situationen för dessa föräldrar och barn försvåras ytterligare av att nämnda konsekvenser koexisterar med ett stigma kring psykisk sjukdom (Gatsou et al. 2017, s. 388).

En stor mängd forskning finns beträffande fördelarna av att arbeta med hela familjen i de fall en förälder har psykisk sjukdom (Power et al. 2015, s. 547; Gatsou et al. 2017, s. 388). Gatsou et al. (ibid.) förklarar hur program för detta kan minska barnens börda, ha effekt på familjemedlemmarnas känslomässiga välbefinnande samt minska framtida kostnader för sjukvården. Däremot påvisar Gatsou et al. (ibid.) att det saknas enade arbetssätt för familjer påverkade av psykiskt sjuka föräldrar, vilket illustreras genom att referera till Storbritanniens användande av metoder som oftast inte är evidensbaserade och har ett bristande fokus på familjerelationer. Därför menar Gatsou et al. (ibid.) att det generellt fortfarande saknas utökad forskning kring hur psykisk sjukdom hos föräldrar påverkar familjen och i sin tur vilka insatser som är framgångsrika. Jämförligt beskriver Power et al. (2015, s. 548) hur forskningen är begränsad kring implementeringen av arbete med dessa familjer. Detta drabbar främst verksamheter där eventuell psykisk sjukdom hos föräldern inte behandlas som det huvudsakliga problemet; bland annat familjeterapi, familjerådgivning och annan välfärdsservice för familjer med komplex problematik (ibid.).

Power et al. (2015, s. 548f) har ambitionen att redovisa resultat användbart för de professionella som kommer i kontakt med familjer med en FPS. Resultatet lyfter fram flera utmaningar kring att synliggöra denna form av problematik (Power et al. 2015, s. 552ff). I de fall där föräldrarnas psykiska sjukdom inte är det framförda problemet, är ett återkommande dilemma huruvida de professionella ska lyfta ämnet eller avvakta med avsikt att låta familjen själv göra det. De professionella är motiverade till att prata om det; samtidigt är de högst medvetna om känsligheten och risken att införa känslor av skuld och skam i samtalet, därtill risken att skada klientrelationen. Ett annat dilemma är hur diskussionen om den psykiska sjukdomen ska prioriteras i en kontext av omfattande och varierande problematik, där de professionella inte alltid känner sig självsäkra kring vikten av att lyfta ämnet (ibid.). Vidare framhåller resultatet tre centrala överväganden för möjligheten till att beröra ämnet och påbörja en diskussion (Power et al. 2015, s. 555f). De professionella behöver säkerställa emotionell säkerhet hos familjemedlemmarna, ha insikt i hur språket inom familjen har

konstruerat förståelsen för psykisk sjukdom, samt ha förutsättningar att lära ut grundläggande fakta om hur psykisk sjukdom kan komma till uttryck och hur det kan hanteras (ibid.).

Gatsou et al. (2017 s. 389) studie syftar till att redovisa utgången av genomförandet och utvärderingen av ett program konstruerat för familjer med en FPS. De professionella beskriver hur de innan programmet misslyckades med att ta hänsyn till hur psykisk sjukdom påverkar alla familjemedlemmar, svårigheter kring att lyfta den psykiska sjukdomen som samtalsämne, bristande självförtroende i arbetet med ämnet samt bekymmer med stigmatisering. Det framgick också en avsaknad av konsekventa eller strukturerade tillvägagångssätt; för mycket tillit till utomstående instanser för remiss, ingripande eller bedömning; samt resursbrist i form av hög arbetsbelastning och tid till engagemang (Gatsou et al. 2017, s. 391). De professionella upplevde att programmet hade en positiv inverkan på deras praktik (ibid.). Samtliga kände en större självsäkerhet i arbetet, både gällande att lyfta ämnet och att arbeta effektivt med det. Detta med grund i deras nya djupare förståelse för och kunskap om problematiken, samt de redskap som tillämpningen av programmet medförde (Gatsou et al. 2017, s. 394). Yates och Gatsou (2021, s. 110) beskriver hur samma program gör att de professionella påverkas mindre av stigmat kring psykisk sjukdom och blir mer självsäkra i att samt hur ämnet behöver adresseras.

Vidare diskuterar Yates och Gatsou (2021, s. 113f) vilka möjligheter kontra utmaningar det finns med ett arbete inriktat på hela familjen när det finns en FPS. Deras resultat framhåller att den främsta svårigheten är resursbrist, bland annat i form av tid och ledningsstöd. Det beskrivs även vara särskilt problematiskt med den press anställda upplever kring att genomföra klientarbete snabbt och effektivt, då det är många klienter som behöver råd och stöd; vilket motarbetar möjligheterna till att kunna skapa en långsiktig förändring för familjerna. Stigmatiseringen av psykisk sjukdom och rädslan många klienter känner gentemot utomstående hjälp, förutsätter dessutom att det finns tid och utrymme för varje enskilt ärende att bygga upp en tillitsfull relation att utgå ifrån. Med grund i detta, resonerar deltagarna kring risken av en tillbakagång till arbetsplatsens tidigare kultur och metoder.Handledning och regelbundna gruppdiskussioner nämns som bra tillvägagångssätt för att förhindra en sådan återgång. De professionella ser även möjligheter i att programmet inte har bestämda regler kring att samtliga steg behöver tillämpas (ibid.). Att ta användning av utvalda delar av ett särskilt program diskuteras även av de professionella i Power et al. (2015, s. 559) studie;

vilka nämner möjligheten att skapa egna verktyg bestående av frågor och användbart språk för att lyfta den psykiska sjukdomen i samtalet.

Power et al. (2015, s. 559f) lyfter vidare vikten av att de professionella prioriterar att reflektera och utveckla effektiva tillvägagångssätt för att engagera familjer kring betydelsen av föräldrarnas psykiska sjukdom. I ärenden där de professionella inte var förberedda på att introducera ämnet förlorades möjligheter till att lyfta det, i synnerhet om det därutöver fanns mer akuta problem inom familjen. Vidare för Power et al. (ibid.) ett resonemang kring huruvida EBP och utbildning inom området har betydelse för hur förberedda de professionella är på att lyfta den psykiska sjukdomen. Både Power et al. (ibid.) och Gatsou et al. (2017, s. 395) menar att det är av central betydelse, däremot tyder Gatsou et al. (ibid.) resultat på att det i praktiken inte är välfungerande. Särskilt poängteras bristen på tillräckliga färdigheter, kunskaper och självförtroende hos de professionella som hinder och utmaningar i arbetet med familjer där det förekommer psykisk sjukdom hos föräldrarna (ibid.).

Med bakgrund i att tidigare forskning är begränsad, kan vi konstatera att problemet i fokus är högst aktuellt och oroande samt berör en stor del av hälso- och välfärdssektorn globalt. De studier som idag finns inom området undersöker inte specifikt *familjebehandlarens* egna upplevelser och erfarenheter av sitt arbete med familjer som har en förälder med psykisk sjukdom, följaktligen finns heller ingen svensk studie.

3. Teori

För att kunna besvara studiens andra frågeställning gällande vilka kunskapsformer familjebehandlarna ger uttryck för att använda i sitt arbete, är det av relevans att ha en teori som förklarar och problematiserar olika kunskapsformer för det sociala arbetet. Därav har vi i denna studie valt att använda oss av *Julie Drury Hudsons teori om professionell kunskap inom socialt arbete*. Vidare har familjebehandlarnas metoder och förhållningssätt i stor utsträckning en grund i *empowerment* och *systemteori*; vilket gjorde att även dessa valdes som teoretiska perspektiv för att bättre förstå familjebehandlarnas upplevelse av hinder och möjligheter i arbetet.

3.1 Julie Drury Hudsons teori om professionell kunskap

Socialarbetaren Julie Drury Hudson (1997, s. 37f) har konstruerat en modell för professionell kunskap bestående av fem huvudsakliga källor för kunskap: teoretisk, empirisk, personlig, praktisk och processuell (ibid.). En professionell, skicklig och effektiv socialarbetare använder alla fem kunskapsformer för att göra ett medvetet val om det bäst tillämpade tillvägagångssättet (Hudson 1997, s. 44).

Teoretisk kunskap hjälper professionen att förklara, beskriva, förutsäga och kontrollera världen genom att en teori återger en organiserad syn av ett fenomen; vilket är nödvändigt för att socialarbetaren ska kunna kontrollera egna perspektiv (Hudson 1997, s. 37). Uppfattningen av en social situation är inte självklar, inte heller en produkt av själva problemet utan blir vad socialarbetaren väljer att ta upp samt handlingsätt att tillämpa, beror på vilken förklaringsram som finns (ibid.). Vilken teoretisk ram socialarbetaren väljer att applicera på en situation förklarar Hudson (1997, s. 38) beror på vad som visat sig vara effektivt i tidigare, liknande sammanhang. Hudson (ibid.) uppmärksammar att vissa författare på grund av socialarbetarens varierande arbetsuppgifter, hävdar att socialarbetare måste vara skickliga i en mängd olika teorier och metoder. En ståndpunkt som av andra kritiserar för en eklekticism¹ som bidrar till bristen på konsekventa resultat och en osammanhängande kunskapsbas. De som är för en eklektisk praktik menar dock att dessa konsekvenser är ett utfall skapat av ineffektiv koppling mellan teori och praktik. Två alternativa problematiska typer av utövare orsakade av detta, redovisar Hudson (ibid.) är en socialarbetare som praktiserar allmänna färdigheter i frånvaro av en medveten användning av teori eller en socialarbetare som lär sig en teori och sedan försöker tillämpa den på alla fall.

Hudson (1997, s. 39) redogör för att *empirisk kunskap* är kunskap som härrör från forskning och används bland annat av socialarbetare för att söka efter objektiv kunskap och legitimitet. Kritiker som menar att empirisk kunskap inte är användbar inom socialt arbete, lyfter att vem och vad en individ är inte kan kvantifieras med vetenskapliga metoder och att praxis formas i sökandet efter en gemensam vision för framtiden. De menar också att till exempel problemlösningsmetoden är en produkt av forskning som bidragit till att effektivitet är den avgörande faktorn för handling och att socialarbetare ignorerar eller försöker omforma

¹ Principen att använda begrepp, perspektiv, metoder, etcetera från flera olika teoretiska ståndpunkter utan att förankra dem i en övergripande teori. Det kräver att yrkesutövaren har kunskap om en mängd olika teorier och förmågan att tillämpa den som passar den unika situationen bäst (Hudson 1997, s. 38).

problem om de inte passar modellen (ibid.). Motsatt sida hävdar istället att det är otillförlitligt att låta subjektivitet (exempelvis intuition) styra praktiserandet istället för evidensbaserade metoder; dock med betoning på att den professionella har ett ansvar att vara påläst på ny forskning och de metoder som hen tillämpar (Hudson 1997, s. 39f).

Somliga anser därmed att en praktik grundad på empirisk kunskap är opersonlig och att socialt arbete, där socialarbetarens uppgift är att tolka och förstå världen från klientens ståndpunkt, i verkligheten till stor del bygger på *personlig kunskap* (Hudson 1997, s. 40). Hudson (ibid.) redovisar tre former av personlig kunskap: intuitiv, kulturell och sunt förnuft; vilka ofta överlappar varandra. Intuitiv kunskap är baserad på instinkt och känsla; kulturell kunskap härstammar från en grupp människors kollektiva betydelser och delade erfarenheter; medan sunt förnuft definieras som att se, tro och handla enligt riktlinjerna för vad som är socialt acceptabelt (Hudson 1997, s. 40f).

Praktisk visdom ernås genom att arbeta med ett antal ärenden gällande liknande problematik eller rörande olika problem, som har dimensioner eller förståelser vilka är överförbara till det aktuella problemet (Hudson 1997, s. 42). Kunskapen kan även fås genom konsultation med erfarna arbetare och professionell handledning. Exempelvis finns det yrkesutövare inom varje verksamhet som anses ha stor kompetens på det de gör, vilket kollegor kan nyttja. Däremot ska hänsyn tas till att en persons praktiska visdom kan vara specifik endast för en viss kontext och bör analyseras innan applicering på nya situationer. Praktisk visdom förespråkas av de som anser att vilken kunskap som är mest relevant ska bestämmas av de som faktiskt använder den - inte av en oberoende forskningsprocess. Således ska denna form av kunskap införlivas i teorin. Kritiken bygger på att visdom är situationsbaserad och mer troligt baseras på vaga minnen än en systematisk utveckling. Det finns också en sannolikhet att en socialarbetare som i hög grad förlitar sig på praktisk visdom, inte kan klargöra varför hen har agerat annorlunda i två till synes likartade situationer (ibid.).

Den sista formen av kunskap som Hudson (1997, s. 42) presenterar är *processuell kunskap*, vilken innebär den policy och lagstiftning samt de organisatoriska regler och riktlinjer som styr en profession. Processuell kunskap är viktigt då det organisatoriska sammanhanget påverkar vilka kunskaper och metoder som används av socialarbetare. Problematiken kring att fatta beslut utifrån processuell kunskap är att riktlinjer ofta är politiskt-, ekonomiskt- och

värderingsstyrda, samt att efterlevnaden av procedurer avleder socialarbetaren från att fatta beslut som är individanpassade och skapa välplanerade handlingsplaner (Hudson 1997, s. 43).

3.3 Empowerment

Moula (2009a, s. 19) förklarar att *empowerment*, ibland översatt till svenskans egenmakt eller hjälp till självhjälp, bygger på uppfattningen om att styrkan finns i och kring individen samt dennes miljö. Således innebär empowerment intentioner och processer vars målsättning är att identifiera och utveckla dessa styrkor/resurser inom och kring individen men även grupper, familjer och lokala samhällen.

En komponent som hjälper professionella i empowermentarbete uppger Moula (2009a, s. 21) är förståelse för kopplingen mellan det emotionella och kognitiva. Exempelvis är skam en emotion som uppstår när man genom andras ögon bedömer sig själv negativt eller förväntar sig en sådan reaktion, vilket kan fungera både konstruktivt och destruktivt (Starrin 2007, s. 65f). Skam som reparerar sociala band är konstruktiv medan skam, till exempel förlöjligande, som orsakar sönderingar i de sociala banden är destruktiv. Att bli utsatt för den sistnämnda formen kan påverka ens självtillit och resultera i att man inte vågar ta egna initiativ utan gör som man blir tillsagd - motpolen till empowerment (ibid.). Kollektiv empowerment, att samtala med andra individer som också har erfarenhet av skam, är ett tillvägagångssätt att kämpa för sin värdighet och människovärde som historien visat fungerar (Starrin 2007, s. 73).

I empowermentssamtal med familjer redovisar Moula (2009b, s. 127) fem punkter viktiga att ta hänsyn till: varje familjemedlem har sin egen verklighet, alla har rätt till att bli empowered, föregående punkt kräver samarbete familjemedlemmarna emellan, familjen ska kunna fungera utan experthjälp, samt att alla ska få chansen att bli aktiva i förändringsprocessen. Follesø (2007, s. 140f) beskriver hur empowermentorienterat arbete ska söka, finna och bygga vidare på barns och familjers egna resurser så att familjemedlemmarna tillsammans kan fatta beslut som blir bäst för dem. Något som ofta sker genom individ- och familjebaserade metoder som har som målsättning att stärka nätverket och förbättra förmågor - metoder som oftast inte tar hänsyn till att problem kan orsakas av andra faktorer, exempelvis sjukdom och arbetslöshet, utöver relationella företeelser inom familjen (ibid.).

3.4 Systemteori

Schjødt och Egeland (1989, s. 45ff) redogör för samlingsbegreppet *systemteori* som innefattar flera olika teorier med samma grundenhet, system. Systemteorierna är en fundamental komponent i nästan alla familjeterapeutiska modeller och erbjuder ett perspektiv för hur arbete med familjer kan förstås. Schjødt och Egeland (1989, s. 47) använder Hall och Fagens (1956) klassiska definition av nyckelbegreppet system: ”’Ett system är en uppsättning komponenter (objekt) med relationer mellan komponenterna (objekten) och mellan deras egenskaper.’”. Definitionen betonar hur helheten studeras, vilken utgörs av delarnas interaktion sinsemellan (ibid.). Vidare är ett system inte en isolerad enhet utan kan förstås i ett sammanhang av en större helhet (Schjødt & Egeland 1989, s. 49). Systemet kan nämligen tillhöra ett suprasystem som utgörs av flera system med gemensamma faktorer. Ett system kan även vara medlem i flera suprasystem på en gång; exempelvis en familj kan ha grannarna, släkten eller den socioekonomiska klassen som suprasystem. Utöver detta tillhör respektive familjemedlem egna suprasystem, till exempel en mamma i en arbetsgrupp (ibid.).

Vidare menar Schjødt och Egeland (ibid.) att det i arbetet med familjer är av central vikt att ta hänsyn till och analysera familjemedlemmarnas samspel och relation till suprasystemen. *Suprasystemen* förklarar att det sammanhang som familjesystemet verkar inom och effektiva åtgärder för att hantera utomstående förhållande som påverkar familjen, kan vara lika verkningsfulla att ta hänsyn till som familjestrukturen och medlemmarnas kommunikation. Detta kan innefatta att fokusera på till exempel familjemedlemmars eventuella missbruksproblem eller skolmiljö (ibid.). Öquist (2008, s. 31) beskriver hur ett systemsynsätt erbjuder ett perspektiv på sjukdom och behandling som går emot skolmedicinens företrädare vilka förespråkar att behandla ett symptom enskilt. Systemteorin avser istället att se en diagnos utifrån *funktion* och *nytta*. Öquist (ibid) exemplifierar hur ett barn som får diagnostiserad ADHD kan skapa förståelse och lättnad inom familjen för den påverkan det har på deras vardag och livssituation. Systemteorin menar nämligen att skilda delar aldrig kan plockas ur sin helhet eftersom det är helhetssituationen som ger förutsättningar för att problem uppstår, likväl det som möjliggör förändring (ibid.).

4. Metod och urval

Studien bygger på en insamling av empiri genom semistrukturerade intervjuer med familjebehandlare. Hur urvalet gjorts samt hur materialet samlats in kommer att redovisas mer konkret i följande metodavsnitt. Därefter beskrivs bearbetning och analys av empirin. Avslutningsvis presenteras en metodologisk reflexivitet samt vad vi gjort för att säkerställa ett genomtänkt och etiskt försvarbart tillvägagångssätt för hela processen.

4.1 Arbetsfördelning

Under uppsatsprocessen har vi arbetat i samförstånd och samtliga intervjuer har genomförts tillsammans. Vi delade upp skrivandet och transkriberingen av intervjuerna i viss mån men har alltid läst igenom varandras text i syfte att kontrollera språk samt för att eftersträva en enhetlig uppsats.

4.2 Metodologiska överväganden

Under arbetsprocessen har ett antal metodologiska överväganden gjorts. Valet att genomföra en kvalitativ intervjustudie grundar vi på att metoden är bättre lämpad med hänsyn till studiens syfte och frågeställningar. Beslutet att genomföra enskilda intervjuer grundar vi på att familjebehandlarna i fokusgruppsdiskussioner riskerar att påverkas av varandra, exempelvis viljan att inte få sin verksamhet att framstå som sämre i jämförelse med de andras eller oförmåga att ta plats i en grupp (Dahlin-Ivanoff 2015, s. 83).

4.3 Urval och rekrytering

I studien har vi använt oss av ett *målstyrt urval* - intervjupersoner har valts utifrån huruvida de uppfyller kriterierna, i detta fall att de är verksamma familjebehandlare, för att möjliggöra att studiens syfte besvaras (Bryman 2018, s. 498). Sammantaget har vi intervjuat sex stycken verksamma familjebehandlare. Vi eftersökte främst geografisk variation då vi för syftet, där familjebehandlingen och inte enskilda individer står i fokus, anser att det är mer betydelsefullt med intervjupersoner från olika arbetsplatser än med exempelvis en viss ålder (Bryman 2018, s. 496). Av denna anledning efterfrågade vi två familjebehandlare från två olika kommuner inom respektive landsdel: Götaland, Svealand och Norrland. Inga specifika krav ställdes på

kommunerna utan vi valde slumpvist mellan Sveriges 290 kommuner² vilka att kontakta. Variation hade även kunnat ernås genom att ta hänsyn till intervjupersonernas ålder, könsidentitet, utbildning och antal verksamma år som familjebehandlare.

Under processen med att ta fram intervjupersoner, formulerade vi ett informationsbrev att skicka ut till respektive kommun (se Bilaga 1). Informationsbrevet förmedlade i huvudsak vårt syfte, en kort beskrivning av det aktuella problemområdet samt de etiska principer arbetet sker utefter. En förenklad version, anpassad efter vilken kontaktuppgift som erhöles från kommunens/familjebehandlingens hemsida, konstruerades också för att sedan bifoga det mer ingående brevet i mailkontakten med den potentiella intervjupersonen (se Bilaga 2).

Fyra kommuner gav snabb återkoppling, varav tre uttryckte intresse av och samtycke till att ställa upp på en intervju. Den fjärde vidarebefordrade mailet till familjebehandlarna i kommunen men efter två veckor utan återkoppling, trots påstötning, valde vi att kontakta en ny kommun inom samma landsdel. Efter en vecka av uteblivet svar från de två resterande kommunerna, tog vi telefonkontakt med respektive kommun vilket resulterade i två inbokade intervjuer. Eftersom två veckor gått vid tidpunkten för att hitta den sista intervjupersonen, tog vi kontakt via telefon direkt. I telefonsamtalet mottog vi mailadresser till fyra av kommunens familjebehandlare som samtliga kontaktades. Samma dag inkom återkoppling från en av dem som ställde upp på en intervju. Vid samtliga kontakter bestämdes dag och tid för den digitala intervjun.

4.4 Genomförande av intervjuer

Med anledning av att Eriksson-Zetterquist och Ahrne (2015, s. 42) uttrycker hur det i kvalitativa intervjustudier krävs omkring sex till åtta intervjupersoner för att utvinna ett material oberoende av individens egna åsikter kring fenomenet som undersöks, riktade vi in oss på sex intervjupersoner. Det är dock centralt att poängtera det Bryman (2018, s. 501) uttrycker angående att uppnå en *mättnad i data* - att insamlandet av empiri fortsätter tills dess att inga nya svar eller svarsmönster framkommer. Vid fjärde intervjun började vi känna en sådan mättnad men med grund i det Ryen (2004, s. 87) redogör kring att för få intervjupersoner kan medföra problem i analysfasen, valde vi trots det att genomföra ytterligare två intervjuer som planerat.

² Antalet kommuner i Sverige är inhämtat från Statistikmyndigheten SCB (2010).

Vi bestämde oss för digitala intervjuer på grund av det geografiska avståndet till samtliga intervjupersoner samt den rådande situationen efter pandemin. I samband med detta övervägde vi noga de för- och nackdelar digitala intervjuer medför. En nackdel Bryman (2018, s. 263) lyfter med avseende på telefonintervjuer är hur det inte går att tyda intervjupersonens ansiktsuttryck, vilket exempelvis kan ge uttryck för hur en fråga inte förstås. Därför valde vi att genomföra intervjuerna över Teams istället för på telefon. Däremot ser vi hur det likaledes påverkar möjligheten att uppfatta kroppsspråk och medvetengör att det inte gjordes i full bemärkelse.

Fem av sex intervjuer varade mellan 40 till 57 minuter och den sjätte i 72 minuter. Vi eftersträvade att intervjuerna skulle ta mellan 30 till 60 minuter, varav vi var inställda på att överväga att ta kontakt med fler intervjupersoner om samtliga befann sig under 30 minuter. Vid samtliga tillfällen inledde vi samtalet med en sammanfattning av det som även framgått i informationsbrevet: det centrala kring studien, konfidentialiteten, samtycke till att intervju spelas in samt rätten att avsluta intervjun. Därefter startade vi ljudinspelning genom en applikation i våra mobiltelefoner, varpå vi började intervjun med att få deras muntliga samtycke till att delta. Vi förhöll oss i samtliga intervjuer till den formulerade semistrukturerade intervjuguidens teman: (1) Övergripande, (2) Programverksamhet, (3) Enskilt samtalsstöd och (4) Avslut (se Bilaga 3).

Under intervjuerna uppmärksammade vi tendenser till att vilja tala gott om sin arbetsplats och kommun. Det blev också uppenbart för oss att psykisk sjukdom inte är ett entydigt begrepp utan kan tolkas att inkludera olika diagnoser, tillstånd och svårighetsgrad. Med detta till grund kompletterade vi det inledande samtalet med ett förtydligande kring deras anonymitet - hur det inkluderar både personuppgifter och kommun, samt studiens definition av psykisk sjukdom. I övrigt gjorde vi inga större förändringar i upplägget eller intervjuguiden från första till sista intervjun.

4.5 Bearbetning av empiri och analysförfarande

Efter respektive intervju sparade vi ljudinspelningarna och förde över dem till våra datorer för att kunna förvara dem säkert på USB-enheter, varje intervju i två upplagor för att vi båda skulle ha tillgång till samtligt material. Efter fem av intervjuerna påbörjade vi

transkriberingen. Sista intervjun transkriberades och analyserades i ett senare skede då den var inbokad en vecka efter femte intervjun. I transkriberingen var vi noggranna med att skriva dialogen exakt som den sades och om ett ord inte gick att tyda från inspelningen framgick det (Bryman 2018, s. 581). Däremot är citaten korrigerade utifrån Brymans (ibid.) rekommendation att ta bort utfyllnadsord.

Därefter påbörjade vi analysen av materialet; vilket hanterades i linje med det Rennstam och Wästerfors (2015, s. 220) förklarar kring att materialet ska sorteras, reduceras och argumenteras för. *Sortering*, även kallat kodning, innebar att vi kommenterade det transkriberade materialet i marginalen (Rennstam & Wästerfors 2015, s. 224). Detta skedde först öppet utan tankar på helheten och blev sedan mer begränsat (ibid.). Exempelvis uppmärksammade vi först olika resonemang om till exempel hur man arbetade med arbetskollegor, vilket vi sedan specificerade till "Hinder och möjligheter, kollegor" och "Hinder och möjligheter, chef". För att underlätta en öppen och opåverkad initial kodning beslutade vi att huvudansvar för det låg på varandras transkriberade material. Koder vi fann markerades och formades vid den fokuserade fasen till fyra teman: Bakgrund, Metoder och Förhållningssätt, Hinder och Möjligheter, samt Övrigt.

Följande steg av reducering och argumentering gjorde vi i samförstånd för att möjliggöra diskussion samt säkerställa att vi tänkt lika kring materialet. Vid *reduceringen* arbetade vi liknande det Rennstam och Wästerfors (2015, s. 229f) illustrerar med sitt exempel; först identifierades intresseväckande fenomen för att sedan välja dem med störst relevans för studien. Under processen var vi grundliga med att detta gjordes i samma grad för respektive intervju. Vi förhöll oss sedan till det som Rennstam och Wästerfors (2015, s. 231f) benämner som att *argumentera*, vilket handlar om att bli självständig från tidigare forskning och att framhäva hur man bidragit med nya perspektiv. Valet av teoretiska perspektiv till vår analys grundar sig i att vi både hade en förförståelse av den sociala verklighet vi valde att undersöka samt utgick från det insamlade materialet - en *abduktiv* ansats (Svensson 2015, s. 218f).

4.6 Metodologisk reflexivitet

En viktig metodologisk reflexion att lyfta belyser hur våra erfarenheter och förkunskaper om familjebehandling format studien. Grunden till studien härstammar från den verksamhetsförlagda utbildningen då vi båda praktiserade inom individ- och

familjeomsorgen. En risk vi ser om intervjupersoner har vetskap kring intervjuarens förkunskap och förståelse av forskningsområdet, är att de i sina svar kan ge uttryck för underförstådd information och kortare beskrivningar som lätt kan feltolkas. Detta hanterades genom att vi i samtliga intervjuer inledde med att redogöra för hur de gärna fick berätta om arbetet med utgångspunkt i att vi inte visste något om det. I övrigt upplever vi oss ha haft stor användning av vårt inifrånperspektiv gällande hur vi kunde ställa fördjupande följdfrågor.

4.7 Studiens tillförlitlighet

Bryman (2018, s. 465ff) redogör hur begreppen *tillförlitlighet* och *äkthet* kan användas för att granska och säkerställa kvalitén av kvalitativ forskning. De är vanligt förekommande begrepp för att motsvara den kvantitativa forskningens fokus på reliabilitet och validitet. Äkthet belyser mer generella forskningspolitiska konsekvenser (Bryman 2018, s. 470). För att påvisa studiens kvalitet väljer vi därför att fokusera på tillförlitlighet och begreppets fyra delkriterier: trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och konfirmerbarhet (Bryman 2018, s. 467).

Huruvida studiens resultat är *trovärdigt* eller inte beror på om undersökningen genomförs i överensstämmelse med de regler som finns (Bryman 2018, s. 467). Vi har ökat trovärdigheten genom att vara transparenta gällande vårt tillvägagångssätt samt genom att vi har flera gedigna citat. Då vi ger någorlunda täta beskrivningar av intervjupersonerna och deras arbetsplats, utan att röja anonymiteten, kan andra individer göra en bedömning av hur *överförbart* resultatet är till en annan kontext (Bryman 2018, s. 467f). Generaliserbarhet är dock inget vi eftersträvar i denna studie. Genom detta metodavsnitt, vilken fungerar som en redogörelse av hela forskningsprocessen, samt med hjälp av en handledare som läser igenom och granskar all text; skapar vi ett material som är *pålitligt* (ibid.). Redovisningen av hur vi bland annat beaktat olika val, tillsammans med att intervjupersoner delvis tagits fram slumpvist, har bidragit till en ökad *konfirmerbarhet* (Bryman 2018, s. 470).

4.8 Etiska ställningstaganden

All forskning, även studenters, ska utföras på ett etiskt försvarbart sätt; vilket innebär att forskaren ska inhämta informerat samtycke, beakta de etiska kraven samt reflektera över sitt projekt (Eldén 2020, s. 39). Genomförandet är etiskt försvarbart med hänsyn till att vi haft en reflekterande inställning till det insamlade materialet och värnat om intervjupersonernas självbestämmanderätt och integritet. Ärlighet och noggrannhet präglar arbetet.

Utöver det reflekterande, respektfulla och ärliga förhållningssättet har vi inhämtat informerat samtycke och beaktat de etiska kraven. De fyra forskningsetiska grundprinciper som formulerats av Vetenskapsrådet (2002) har vi eftersträvat att upprätthålla genomgående i arbetsprocessen. Intervjupersonerna har först skriftligen (se Bilaga 1) och sedan muntligen mottagit information om studiens syfte och omfattning samt deras villkor som deltagare, bland annat att medverkan är frivillig och att de kan välja att avbryta utan närmare motivering. Samtliga familjebehandlare gav ljudinspelat samtycke i början av respektive intervju. Således har vi tillgodosett både *informationskravet* och *samtyckeskravet*. Även studiens *konfidentialitet* tydliggjorde vi i informationsbrevet och i samtal före det att intervjun inleddes. Det insamlade materialet, vilket vi förvarade säkert och raderade i samband med att uppsatsen publicerades, och personuppgifter fick enbart vi skribenter som avlagt ett muntligt tystnadslofte ta del av. Familjebehandlarna deltog anonymt och därmed har alla markörer som riskerar att röja deras identitet eller specifika arbetsplats utelämnats i resultatet. Empirin användes enbart för detta ändamål och kommer inte att lånas eller lämnas ut för annat bruk då det strider mot *nyttjandekravet*.

5. Resultat och Analys

Med anledning av att de hinder och möjligheter samt kunskapsformer familjebehandlaren ger uttryck för skiljer sig åt beroende på olika arbetssätt samt andra faktorer; kommer resultat och analys delas upp utifrån det och inte utefter de två frågeställningarna. Första delen berör således familjebehandlarnas programverksamhet och enskilda samtalsstöd med föräldrar respektive barn. Den andra delen behandlar andra faktorer som påverkar familjebehandlarnas upplevelser av sitt arbete med familjer med en FPS.

5.1 Presentation av intervjupersoner

Då det har relevans för kommande resultat och analys, presenterar vi här övergripligt de deltagande familjebehandlarnas bakgrund och kommunens befolkningsstorlek. Intervjupersonerna och deras respektive kommun har försetts med konfigurerade namn. För att folkmängden inte ska vara för avslöjande avrundas antalet invånare till 10 000, 15 000, 20 000 eller 100 000.³

³ All statistik kring folkmängd är inhämtad från Statistikmyndigheten SCB (2022).

<p style="text-align: center;">Anna</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Kommun A i Norrland 100 000 invånare</p> <p>Anna är utbildad socionom och har jobbat som familjebehandlare i nästan 10 år. Sen en tid tillbaka jobbar hon med serviceinsatser och familjer som direkt sökt sig till enheten. Tidigare arbetade hon på uppdrag från socialtjänsten, biståndsinsatser. Anna är utbildad i Första hjälpen till psykisk hälsa.</p>	<p style="text-align: center;">Clara</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Kommun C i Svealand 20 000 invånare</p> <p>Clara har arbetat som familjebehandlare i fem år, både på hem för vård eller boende och nu på en öppenvårdsenhet. Innan det jobbade hon med försörjningsstöd och på ungdomsboende. I grunden är Clara socionom men hon har även läst andra vidareutbildningar, bland annat inom metoderna Trappan, Taping och Childrens Program samt psykoterapi.</p>	<p style="text-align: center;">Erika</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Kommun E i Götaland 10 000 invånare</p> <p>Erika har varit verksam familjebehandlare de senaste fem åren och är numera även arbetsledare. Hon har byggt sin egen utbildning genom fria kurser, framförallt i socialt arbete men även lagstiftning, socialrätt, handikapprätt och psykiatri. Utöver det har hon läst bland annat återfallsprevention, samtalsterapeut, Traumamedveten omsorg och annat som hon anser viktigt för sitt behandlingsarbete.</p>
<p style="text-align: center;">Berit</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Kommun B i Norrland 10 000 invånare</p> <p>Berit är utbildad fritidsledare och har tidigare arbetat på fritidsgårdar inom skola och flyktingförläggning samt som hemterapeut. Hon har jobbat som familjebehandlare i cirka 17 år. Hon beskriver att hon gått en kortare utbildning, en glesbygdsvariant av Multisystemisk terapi, kring metoder som strukturell familjeterapi. Även kortare utbildningar och föreläsningar efter i ABC, psykisk ohälsa och BRA.</p>	<p style="text-align: center;">Diana</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Kommun D i Svealand 15 000 invånare</p> <p>Diana är socionom och har jobbat som familjebehandlare sedan tre år tillbaka. Tidigare har hon arbetat flera år som handläggare inom olika enheter. Diana ska gå en utbildning som vänder sig till de som vill bedriva grupper för anhöriga till alkohol- och drogberoende samt familjeterapi.</p>	<p style="text-align: center;">Frida</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Kommun F i Götaland 15 000 invånare</p> <p>Frida har varit familjebehandlare i tio år. Efter att hon tog sin socionomexamen jobbade hon först som barnvårdsutredare. Frida är bland annat utbildad Marte Meo terapeut.</p>

5.2 Metoder och förhållningssätt i mötet

5.2.1 Programverksamhet för föräldrar

Föräldrastöd som serviceinsats erbjuds i samtliga intervjupersoners verksamheter. Alla förutom Anna, vars enhet enbart riktar sig till föräldrar, arbetar även med familjebehandling som biståndsinsats. Detta stöd till föräldrarna kan ges genom antingen programverksamhet, enskilt samtalsstöd eller bådadera. Program ger familjebehandlare möjlighet att ta del av och applicera det som Hudson (1997, s. 37ff) kallar för teoretisk och empirisk kunskap, som tillför en förklaringsram respektive en vetenskaplig grund. Såväl vilka program som verksamheterna erbjuder, som familjebehandlarnas metoder och förhållningssätt i det enskilda samtalet, skiljer sig åt. Inledningsvis kommer familjebehandlarnas upplevda hinder och möjligheter med programverksamheten att redovisas. För att kunna göra detta nämns först vilka program som främst diskuteras under intervjuerna.

Både Berit, Erika och Dianas verksamheter har nyligen implementerat Alla Barn i Centrum (ABC). Andra evidensbaserade och manualstyrda program som nämns är bland annat Marte Meo, Aktivt föräldraskap, Community Parent Education, Barn i Föräldrars Fokus, Trygghetscirkeln, International Child Development Programme och Parenting Young Children. Ingen av de nyligen nämnda programmen beskrivs av intervjupersonerna ta särskild hänsyn till FPS. Att ingen har ett program som uttalat tar hänsyn till FPS, överensstämmer med Gatsou et al. (2017, s. 388) rapportering om att sådana program är sällsynta och att familjebehandlare istället använder arbetssätt som inte är förankrade i evidens. Likaså bekräftar det Follesøs (2007, s. 140f) kritik kring att familjebaserade metoder oftast inte tar hänsyn till sjukdom vilket kan vara ett hinder i behandlingen. Dock uppmärksammar Diana programmet Beardslee, som riktar sig till familjer där det finns en depression, som hon tror kan vara en verkningsfull teoretisk kunskapskälla i arbetet med FPS.

I samtliga intervjuer diskuteras hur anpassningsbara programmen är. Från Erika och Berit, som båda arbetar med ABC, får vi två olika perspektiv på hur väl ett program går att anpassa efter FPS. Erika betonar att det är svårt att gå utanför evidensen eftersom det är den man vet fungerar; det vill säga om man inte är en kritiker till att använda empirisk kunskap inom socialt arbete (Hudson 1997, s. 39). Däremot redogör hon för att det finns möjligheter att göra materialet mer lättläst och format efter FPS. Berit förklarar att ABC:s filosofi bygger på boken *Fem gånger mer kärlek* av Martin Forster (2011) och att det går att plocka relevanta delar utan att förstöra konceptet. I och med detta ser Berit möjligheter av att använda mer allmängiltiga program som ABC i arbetet med FPS. Även om Berit ser möjligheter med att anpassa materialet till att passa flera olika familjer, ser Hudson (1997, s. 38) risker med att tillämpa en och samma teori på alla ärenden då det kan bli en ineffektiv koppling av teori till praktik.

Anna redogör för två konsekvenser av att anpassa de evidensbaserade metoderna:

[...] om man pratar med föräldrar som gått det här så kan det vara olika upplevelser utifrån vem det är man haft. Kanske vad man väljer att fokusera mer på eller vad man väljer att lyfta fram. Så det kan leda till att man får olika både kvalitet och vad man får för kunskap med sig utifrån vad den som håller i gruppen väljer att liksom fokusera på. Det tänker jag kan vara [en nackdel] men ibland kan det ju också handla om att lyssna i gruppen vad behoven... 'vad är behoven just i den här gruppen?' Kanske liksom fokusera mer på de

bitarna också. Så det finns väl för- och nackdelar tänker jag. Det gäller ju att liksom inte tappa som ni säger, den evidens som är grunden. (Anna)

Det positiva med att ändra i programmen menar Anna är att behoven kan tillgodoses mer effektivt. Samtidigt uppstår svårigheten kring att skapa en praktik som ger klienterna likvärdiga behandlingar. Bristen på konsekventa resultat används enligt Hudson (1997, s. 38, 42) för att kritisera att det sociala arbetet är en eklektisk praktik eller som ett utfall skapat av utövare som inte har en medveten användning av teori, utan istället till exempel förlitar sig för mycket på sin praktiska visdom. Att det finns både för- och nackdelar med att plocka ihop sitt eget program är något som på ett liknande sätt diskuterats i tidigare forskning (Ryding 2020, s. 624).

Tre av intervjupersonerna lyfter fram att gruppverksamheter är mer manualstyrda än enskilda möten, något som i många fall ses som ett hinder i ärenden med FPS. Frida förklarar att gruppbehandling är problematiskt exempelvis med anledning av svårigheter som uppstår när föräldrar har psykiska sjukdomar som är varandras motsatser. Även då många saknar orken att överhuvudtaget ta sig till gruppmöten, vilket kan bidra till en ineffektiv behandling för hela gruppen. När vi pratar med Frida angående huruvida hon och hennes kollegor kan anpassa programmen efter familjen, beskriver hon följande:

[...] Marte Meo till exempel är också [anpassat] skulle jag vilja säga, eftersom detta inte är en gruppverksamhet utan en individuell sak så blir alla de insatser individuellt anpassade efter vilken person det är man är hos. Där kan det vara en utmaning, man jobbar ju med att hitta klipp på fungerande samspel och det finns många föräldrar där det är en stor utmaning att hitta fungerande samspel. Man kanske får ta klipp, jag vet en förälder jag hade där klippen var 8 sekunder där man kunde hitta 'här är det bra', resten är ganska dåligt samspel. Då får man anpassa sig efter det [...] sen tänker jag Aktivt föräldraskap; det är ju alltid svårare med gruppverksamhet för då finns det de som är fullt fungerande och är Svensson deltagare, sen finns det de som är på en helt annan nivå. Det är ju det som är utmaningen med gruppverksamhet överhuvudtaget, att hur ska alla här få ut något av detta. Om man delar in folk i grupper, hur ska man komponera grupperna så att ingen ska känna 'oh jag passar inte in här, jag är dum i huvudet' eller någon annan tänker 'vad är det här för gäng, här sitter ju en skock, de är inte alls på min nivå'. Det skulle jag säga är utmaningen i all gruppverksamhet och det är där någonstans fingertoppskänslan kommer in i att vara gruppleddare i gruppverksamheter, att man ska liksom kunna lyfta de som behöver lyftas och få alla att trivas på olika sätt och bli sedda [...]. (Frida)

I ovanstående citat framför Frida hur det till viss del är lättare att anpassa ett enskilt program jämfört med en gruppverksamhet eftersom individerna har olika behov. Hon framhäver att det är familjebehandlaren roll att genom "*fingertoppskänsla*", det vill säga genom användning

av personlig kunskap (Hudson 1997, s. 40), få en grupp att fungera. Anna påpekar likt Frida att det är lättare att arbeta enskilt även då man byggt upp en relation med FPS, med anledning av den skam och skuld som psykisk sjukdom kan innebära. Att familjebehandlarna prefererar att jobba i enskilda samtal har även betonats av intervjupersonerna i Van Huyssteen och Styrdoms (2016, s. 552ff) undersökning.

Berit och Clara ger dock ett annat perspektiv på gruppsamtal, nämligen möjligheterna med att sätta FPS i ett sammanhang där de kan dela erfarenheter. Clara uttrycker att FPS då kan *”få den upplevelsen av att man inte sitter själv i det här och avlastas skam och skuld”*. Å andra sidan är Berit senare i samtalet mer i linje med Annas ståndpunkt om att det är lättare att ha enskilda samtal med FPS. Starrin (2007, s. 73) talar om kollektiv empowerment, som handlar just om att individer som känner skam tillsammans kan kämpa emot det genom att dela sina berättelser, i positiv bemärkelse.

5.2.2 Enskilt samtalsstöd med föräldrar

Vi ska nu fördjupa oss mer i det enskilda mötet med FPS. I dessa samtal arbetar familjebehandlarna inte manualstyrt och deras förhållningssätt varierar beroende på klient, vilket Clara i nedanstående citat uttrycker som väsentligt:

[...] Sen när man möter föräldrar så handlar det mycket om att anpassa tänker jag, utifrån deras förutsättningar och förmåga. Vilka krav man ställer, vad ska en förälder klara av och vad är good enough för barnets skull tänker jag. Att det inte blir för höga krav för det blir bara, ja det blir inte bra. (Clara)

Clara menar att det är viktigt att anpassa kraven på föräldern och att möta individen där den befinner sig. Anna och Erika uttrycker detsamma samt betydelsen av att fokusera på föräldrarnas styrkor, vilket är i linje med grundtankarna i empowerment (Moula 2009a, s. 19).

Anna förklarar att hon och hennes kollegor arbetade mer manualbaserat i början av karriären men sedan utgått mer från erfarenhet när de hittat sitt eget arbetssätt. Hudson (1997, s. 42) presenterar praktisk visdom som förvärfvas genom att arbeta med flera liknande ärenden och på så sätt lära sig vad som fungerar - med andra ord praktisk erfarenhet. Numera har Anna ett systemiskt och salutogent förhållningssätt. Ett salutogent förhållningssätt kan hon dock se inte alltid fungerar med FPS, detta då det kan bli provocerande för den deprimerade föräldern att behandlaren försöker vara uppmuntrande. Erika arbetar mycket med samtalsmetoden

motiverande samtal (MI) men kan se att den inte heller alltid är lämplig. För att illustrera detta beskriver hon en situation där föräldern blivit irriterad på att hon har varit upprepan, vilket Erika förklarar att MI kan uppfattas som då metoden bygger på att återberätta, bekräfta och betona det som är bra. Dessa två arbetssätt kan utifrån Moulas (2009a, s. 19) förklaring, delvis bygga på samma filosofi som empowerment eftersom alla tre poängterar betydelsen av att identifiera och utveckla föräldrarnas egna resurser och styrkor. Utifrån Hudsons (1997, s. 37ff) teori kan detta uttryckas som att familjehandlarna inte låter den teoretiska och empiriska kunskapen styra det enskilda samtalet i samma utsträckning som i gruppverksamheter. Däremot tar de fortfarande användning av kunskapsformerna.

Likaledes betonar Frida vikten av bemötande och lyhördhet för att skapa ett sammanhang och få föräldern att känna sig förstådd, vilket skapar möjlighet att välja bäst lämpat förhållningssätt i det enskilda samtalet. Att definiera problematiken och utifrån den välja teoretisk utgångspunkt, kan enligt Hudson (1997, s. 38) ses som ett sätt för familjehandlaren att kunna jämföra med tidigare ärenden och se vad som visat sig vara en lämplig teoretisk ram. Detta innebär även att familjehandlaren nyttjar sin praktiska visdom (Hudson 1997, s. 42). Frida menar att detta är viktigt då föräldern kan komma med känslan av och skammen kring att inte vara tillräckligt bra efter en utredning. Ryding (2020, s. 626) uppger att empowerment är ett lämpligt förhållningssätt för att inbringa hopp och självsäkerhet, genom att fokusera på föräldrarnas styrkor och vara uppmuntrande i samtalet. Detta är dessutom i enlighet med Starrins (2007, s. 65f) beskrivning av hur den destruktiva formen av skam fungerar och hur empowerment är behjälpligt emot det.

Bristande motivation tar Frida upp som en ytterligare möjlig konsekvens av socialtjänstens utredning, något som enligt både henne och tidigare undersökningar är essentiellt för en lyckad behandling (Vischer et al. 2020, s. 18f; Nhedzi & Makofane 2015, s. 361; Van Huyssteen & Styrdom 2016, s. 551, 561ff). Frida och Erika menar på att det överlag är komplicerat att jobba med personer med en psykisk sjukdom då de ofta inte inser sin problematik, saknar förmågan att ta till sig stödet eller många gånger inte ens förstår varför de är där; vilket skapar hinder i behandlingen. Anna för också ett resonemang om föräldrarnas och familjehandlarnas olika syn på syftet med föräldrastödet:

Sen tänker jag att vi är många som jobbar utifrån att akta sig för att säga 'gör si, gör så' utan att utforska och tillsammans komma fram till lösningar; för att inte sen kunna säga 'ja men

nu gjorde jag så'. Sen tänker jag att man kan ge tips men att det är föräldrarna som ska göra jobbet liksom, att vi är stöd och att man utforskar tillsammans. Så är det lika om ungdomen eller barnet kommer med men att många föräldrar vill att vi ska prata barnet till rätta. Men det är ju att stärka föräldrarna med att 'det är ni som är viktigast för barnet'. Det är därför vi tror på det här föräldrastödet, att det är de som behöver göra förändringen. (Anna)

I ovanstående citat lyfter Anna betydelsen av att få föräldern att inse att det är hen som är viktig för barnet och behöver skapa förändring. Att familjen ska kunna fungera väl utan familjebehandlarens stöd är en av de fem punkter som Moula (2009b, s. 127) uppger ska beaktas i empowerment-samtal med familjer.

I samtliga intervjuer förs ett resonemang kring relationens betydelse för möjligheterna att lyfta den psykiska sjukdomen i behandlingen av FPS. Anna beskriver hur hon idag med mer erfarenhet, oftare har modet att närma sig samtalsämnet om föräldern tillåter. Clara anser att det är viktigt att vara nyfiken och utforska om det är något som inte känns talbart, exempelvis psykisk sjukdom, även om det bara är en magkänsla. Att agera på sin magkänsla är enligt Hudson (1997, s. 39ff) en form av personlig kunskap, intuition, vilket de som förespråkar empirisk kunskap dock anser kan vara riskfyllt att agera utifrån. Intervjupersonerna redogör inte för om det finns riktlinjer gällande om och hur den psykiska sjukdomen ska lyftas i samtalet. Enligt Hudson (1997, s. 43) utgör riktlinjer en del av den processuella kunskapen som är viktig då den påverkar bland annat metodval.

Anna, Diana och Frida uttrycker ett behov av mer kunskap kring psykiska sjukdomar då bristen på det utgör hinder i arbetet. Diana förmedlar att hon däremot har fått en del kunskap om ämnet genom tidigare arbeten:

[...] Jag fick jättemycket erfarenhet [på myndigheten för missbruk och socialpsykiatri] utav att arbeta med samsjuklighet och lärde mig mycket av de här sjukdomarna som ni nämnde. Inte bara teoretiskt då utan även hur det fungerar i vardagen. Det här också ologiska, att livet kan fungera bra i perioder och sen är det katastrof eller fungera på vissa delar oerhört bra och på andra delar katastrof. (Diana)

Genom sin tid som handläggare inom missbruk och socialpsykiatri, har Diana skaffat erfarenhet av hur personer med psykisk sjukdom fungerar och får därför ärenden med denna problematik. Erfarenhet är något som Frida också anser bidrar till en vana. Trots att alla ärenden med familjer där en förälder har psykisk sjukdom är unika, vet hon mer om vad hon

kan förvänta sig och hon är inte rädd för att bemöta till exempel en mamma som visar sina skärsår. Frida nämner ett tillvägagångssätt hon tillämpar för att ta upp ämnet och minska på känslor av skam och skuld, nämligen att berätta allmänna fakta om psykisk sjukdom. Frida tar även upp sitt privatliv där hon har en familjemedlem med psykisk ohälsa, som en tillgång i arbetet med FPS. Således lyfter intervjupersonerna behovet av flera av de kunskapsformer Hudson (1997, s. 39ff) utformat - praktisk, empirisk och personlig.

I samtliga intervjuer diskuterades huruvida familjebehandlarna blir påverkade till att inte prata om den psykiska sjukdomen om föräldern själv känner skam kring och/eller undviker ämnet, vilket ingen av intervjupersonerna upplever att de blir. Erika förklarar att hon lätt undgår den formen av *”känslomitta”* genom att fokusera på evidensen (empirisk kunskap) och tänka *”hur kan vi göra detta bättre?”*. Detta är ekvivalent med resultatet av Yates och Gatsous (2021, s. 110) studie där de medverkande också tog stöd i programmet för att inte påverkas av stigmat kring psykisk sjukdom. Erika menar att om man blir medberoende så borde man inte jobba kvar, vilket kan jämföras med Rydings (2020, s. 625ff) uppfattning att ett reflektivt och kritiskt tänkande är väsentligt för familjebehandlare.

5.2.3 Mötet med barnet

Under samtliga intervjuer behandlades vilka möjligheter deras arbetsplats har att erbjuda stöd till barn i familjer med FPS. Stödet benämns främst i form av enskilda barnsamtal och barngrupper. Fridas kommun är den enda som har en barnverksamhet för anhöriga barn till FPS. Detta i form av en barngrupp som baseras på metoden *Children are people too*; vilken riktar sig till anhöriga barn till föräldrar med psykisk sjukdom, missbruksproblematik och/eller som utövar våld. Återigen finns en tydlig koppling till teoretisk kunskap i grupprogram (Hudson 1997, s. 37f). Emellertid ska Claras enhet starta barngrupper för FPS och har *Childrens Program* för anhöriga barn till föräldrar som missbrukar. Diana förmedlar följande tankar om det programutbud som finns för denna målgrupp:

[...] Jag och en kollega ska gå något som heter Grupp utbildning på [stadsnamn] och det handlar om grupper med barn i missbruksmiljö. Då har [stadsnamn] en verksamhet som heter [namn] dit barn med föräldrar med missbruk kan gå i grupper och så. [...] Alltså det är ju egentligen många paralleller en kan dra mellan missbruk och psykisk ohälsa i familjen eller psykisk sjukdom. Så jag tänker att även om den utbildningen är riktad mot missbruk och beroende så kommer jag att ta med mig mycket ifrån den till arbete med barn eller familjer där det finns psykisk sjukdom. (Diana)

Enligt Diana finns det möjligheter att arbeta med barn till FPS utifrån kunskap tagen från utbildningar med fokus på missbruk då de har flera gemensamma nämnare. Hennes reflektion liknar den de professionella i Power et al. (2015, s. 559) studie hade kring att välja delar från särskilda program och forma dem till ett för arbetet användbart språk. Detta är samtidigt något som Rydings (2020, s. 624) resultat framhåller som potentiellt riskfyllt om det skulle bli att egna metoder formas utifrån delarna. Förutom Diana, berör också Clara och Frida barngrupper för barn med föräldrar som har missbruksproblematik respektive psykisk sjukdom. De menar alla tre att anhöriga barn vid båda formerna av problematik har liknande behov och att det därmed finns anpassningsmöjligheter vid grupprogram.

Angående enskilda barnsamtal beskriver samtliga intervjupersoner sådana samtal som en mer integrerad del av familjebehandlingen än barngrupper, samtidigt som omfattningen av det ser olika ut. Berit beskriver ett bristande fokus på barnen:

Ja, det vi har pratat om i arbetsgruppen är att få lite mer undervisning eller vad ska man säga... lite mer kunskaper kring barnsamtal även om bästa vägen till att skapa förändring i en familj är att förändra föräldrarna. För [föräldrarna] påverkar ju sina barn men att få hjälpa barn att uttrycka sig. [...] En samvetsfråga men ja, så kan det faktiskt vara. Inte överlag men i vissa fall kan det ju ha blivit så, att det har blivit mest fokus på föräldrastödet.
(Berit)

Genom att säga ovanstående förmedlar Berit hur barnsamtal inte alltid prioriteras i behandlingen på grund av bristande kunskap i det, vilket medför att mest fokus hamnar på föräldrarna. Erika framhåller att det främsta stödet ges till föräldrarna. Detta bekräftar Van Huyssteen och Styrdoms (2016, s. 549-552) resultat om att familjebehandling till stor del handlar om att utbilda föräldrar och utveckla föräldraförmågor. Berits citat ger också uttryck för vikten av ett barnperspektiv, något Vischer et al. (2020, s. 18) beskriver är angeläget samtidigt som det är lätt att glömma då förälderns förmåga är i fokus för bedömning, samt då familjebehandlaren till stor del fokuserar på att bilda allians med föräldern. Berits beskrivning går dock mest i linje med det Nhedzi och Makofane (2015, s. 357) skriver om otillräcklig utbildning, i detta fall kring barnsamtal, som ett organisatoriskt hinder för effektivitet.

Frida är den intervjuperson som tydligast lyfter betydelsen av barnsamtal och att överhuvudtaget inte glömma barnperspektivet i arbetet med familjer med FPS.

Barnperspektivet kan här ses utgöra en förklaringsram baserad på teoretisk kunskap (Hudson 1997, s. 37). Hon avslutar intervjun med att belysa barnperspektivet på följande sätt:

Det som jag tänker är väldigt viktigt ur mitt perspektiv i detta är att det blir mycket när man pratar om vuxna med psykisk ohälsa, hur jobbigt det är för den vuxna och det är det ju naturligtvis på olika sätt. De behöver ha vård och de behöver ha hjälp, behöver ha medicin och uppföljning och så vidare. Där är det väldigt lätt att tappa bort barn. Barn som kanske är duktiga barn som går till skolan varje dag, har bra betyg i skolan och så vidare. Man tänker att 'det verkar inte vara något som påverkar dem, de verkar ju ha det bra' och då tänker jag att 'så enkelt är det ju inte'. Utan det här är ju barn som ofta har fått bli väldigt duktiga därför att de har inget vuxenstöd. Det kan ju gå åt båda håll, antingen barn som är jättestöriga och får jättemycket problem eller också de här duktiga flickorna som blir duktiga på olika sätt och vis och som man lätt glömmer av då man har väldigt mycket fokus på den sjuka. [...]. (Frida)

Enligt citatet innebär saknaden av barnperspektivet ett hinder i behandlingen då man som familjebehandlare inte ser hur barnet mår. Frida menar att till ytan välfungerande barn, till exempel de som varje dag går till skolan, egentligen kan ha påverkats negativt av problematiken inom familjen. I kontrast till Frida resonerar Berit att en fungerande skolgång och fritid kan ses som "friska tecken" hos barnet. Deras båda fokus på barnets hälsa vid FPS menar Power et al. (2015, s. 547) är av central vikt utifrån att barnet i familjen är särskilt utsatt emotionellt och socialt vid FPS. Deras tankesätt är även i enlighet med systemteorin som framhåller att se till hela familjesystemet, vilket inkluderar att ta hänsyn till barnet (Schjødt & Egeland 1989, s. 47). Frida och Berits uttalanden visar även hur barnets mående och beteende kan tolkas olika, vilket problematiserar Gatsou et al. (2017, s. 388) beskrivning av den negativa påverkan FPS kan ha på barnet interpersonellt, beteendemässigt, akademiskt samt socialt.

I Clara, Erika och Fridas intervjuer framkom mer specifika diskussioner kring ifall barnet i familjen bör och blir involverad i förälderns psykiska sjukdom under familjebehandlingen. När ämnet berördes gjordes det ofta i en kontext av familjesamtal, vilket mer eller mindre är en del av samtliga intervjupersoners arbete. Erika och Frida är exempel på två som har delvis skilda uppfattningar kring hur barnet ska inkluderas. Erika säger att "*[...]oftast är det ju föräldrarna som behöver stödet. [...]Barnen har man nog mer i uppdraget och föräldrarna har man i samtalsstödet[...]*" och förklarar att barnets bästa är att skyddas från frågeställningar rörande FPS för att inte få "*vuxenansvarets bekymmer på sig*". Hon vidareutvecklar sedan

med att tonåringar är viktigare att inkludera än småbarn. Likt Erika uttrycker Clara och Diana också en försiktighet, som till stor del handlar om att den psykiska sjukdomen behöver vara uttalad men att det regelbundet händer att den inte är det. Utifrån Schjødt och Egeland (1989, s. 49) redogörelse för betydelsen av att ta hänsyn till suprasystem, exempelvis psykisk sjukdom, i arbetet med familjer indikerar ovanstående att det ofta är svårt då föräldrarna inte samtycker till att prata om det.

I intervjun med Frida framkommer istället betydelsen av att prata öppet med barnet om alla problem:

Det finns ju ofta den här stora rosa elefanten [psykiska sjukdomen] i vardagsrummet som kanske ingen har pratat om och där försöker vi att prata med föräldern om att barnet har märkt. Det är så att föräldrar kan säga 'nä men det vet inte han om att jag är bipolär' och 'det har han inte förstått' och 'det vill inte jag att han ska veta'. Då lägger man en del tid på att prata om att 'det har han förstått, det förstår alla barn, han märker att du i perioder ligger i sängen i en månad och sen kommer en annan månad då du är uppe halva natten och bakar bullar'. [...] Så det brukar faktiskt gå ganska bra tycker jag, att man pratar öppet om det och har med naturligtvis föräldern när man pratar om det här. Kanske barnet får sitta och lyssna och så ställer vi massa frågor till mamman, så förklarar hon och så frågar man barnet 'vad har du tänkt sedan sist vi pratade om det här med bipolaritet', 'jag men jag har tänkt på det här...'. Många barn i början sitter ju sådär 'jag vet inte, jag vet inte' och känner sig jättepessade i den situationen och vet att 'nu pratar vi om den rosa elefanten, det är det här vi aldrig pratar om'. Sen när man har gjort det här öppet ett tag så blir det en helt annan stämning på kanske möte tre och fyra där barnet säger och har massa frågor, 'jag har tänkt på detta...'. Föräldern blir också väldigt lättad av att kunna prata om det öppet. [...]. (Frida)

Frida skildrar i ovanstående citat hur barnet förstår mer än vad föräldern tror och att tillsammans prata om problematiken kring "*den rosa elefanten*" är en möjlighet för både barnet och föräldern att få "rensa luften". Frida berättar senare om att det finns barn som är involverade i sin förälders psykiska sjukdom och att barnets behov av att bli involverad blir omvänt; vilket hon ser utgör ett större hinder för familjebehandlingen än om en förälder sagt för lite till sitt barn, eftersom barnet ofta saknar förmågan att på egen hand bearbeta informationen på ett bra sätt. Situationen Frida beskriver kring att barnet tar på sig rollen som förälder, är i linje med det Yates och Gatsou (2021, s. 103) redogör för att det är vanligt för barn till FPS att uppleva motsägande rollförväntningar. Berit lyfter likt Frida vikten av att höra barnets perspektiv och nämner i samband med det att kommunen håller på att implementera

Barns Rätt som Anhöriga, en samtalsmetod för att ge den professionella verktyg för detta ändamål.

5.3 Andra faktorer med inverkan på mötet

5.3.1 Kommunens storlek

En central del i alla intervjuer förutom Anna och Erikas var diskussion kring för- och nackdelar med att arbeta inom en mindre respektive större kommun. Avsaknaden av tillräckligt med underlag för att kunna förestå med gruppverksamheter för en stor variation av problematik, nämner Diana och Frida som ett hinder med att arbeta i en mindre kommun. Diana menar att det måste löna sig att utbilda familjebehandlarna i nya program och att risken med en liten kommun med få deltagare, kan vara att de utbildade inte kan upprätthålla kunskapen. Att lägga upprätthållandet av empirisk (och teoretisk) kunskap på möjligheten till att tillämpa den i praktiken går dock emot det Hudson (1997, s. 39f) framför kring att det är den professionellas ansvar att vara påläst på de metoder som hen använder.

Diana och Clara ser också möjligheten för en större kommun att ha mer "specialiserade" familjebehandlare. Frida problematiserar diskussionen gällande kommunens storlek med att säga:

Sen tror jag att i [kommunen] är det också så att det är så litet så det går inte att jämföra med [en storstad] eller så, där man kan dra på med hur mycket gruppverksamhet som helst. Vi har inte underlag för jättemycket grupper och därför har vi också ganska mycket enskilda kontakter. Men jag tror, jag kan tänka mig, att även i storstaden är det svårt att ha gruppverksamheter för föräldrar med psykisk ohälsa utifrån att det är väldigt olika behov, det är väldigt individuellt helt enkelt. Jag tänker också att många av de har faktiskt problem att komma ur sängen, att de ska komma till någon gruppverksamhet och orka vara delaktig, då får man lägga sin energi på att klara av barnen istället och så. (Frida)

I ovanstående citat menar Frida att storstäder har ökade möjligheter att genomföra gruppverksamhet. Samtidigt ser hon hur de också kan ha problem med det utifrån att psykisk sjukdom kan handla om flera olika typer av individuella behov. Tidigare forskning berör inte diskussionen kring hur kommunernas befolkningsstorlek kan ha betydelse för vilka hinder och möjligheter familjebehandlare upplever i sitt arbete. Istället framförs hinder som brist på tid, pengar, utbildning, kunskap och personal som vanligt i familjebehandlarens praktik

(Vischer et al. 2020, s. 18; Nhedzi & Makofane 2015, s. 356f, passim; Ryding 2020, s. 629; Santens et al. 2020, s. 1489; Van Huyssteen & Styrdom 2016, s. 551, 562f).

Berit, Clara och Frida talar om hur deras mindre kommuner har vuxenbehandlarna i samma byggnad som familjebehandlarna, vilket de menar skapar utökade samarbetsmöjligheter och att dubbla insatser lättare kan verkställas för familjer vid behov. Frida upplever att samarbetet med vuxenbehandlarna är bra:

Det är också så här i [kommunen] att vi sitter i samma [lokal]. Vi är ju sammanlagt bara 10 stycken, vi har liksom våra teammöten tillsammans och äter lunch tillsammans. Jag tänker, jobbar man i [en storstad] eller [en storstad] och man sitter på olika ställen och inte vet var de andra är blir det på ett helt annat sätt än om man jobbar och värmer sin mat i mikron och samtidigt kan prata om klienten man varit på hembesök hos som man har gemensamt. Man får ett väldigt tätt samarbete då. Så det är en av fördelarna också med att jobba i en liten kommun, att man har nära till varandra. (Frida)

Frida menar att en liten kommun med behandlarna i samma lokal öppnar upp för möjligheter som att ha teammöten samt kunna äta lunch tillsammans och då prata om den gemensamma klienten. I Yates och Gatsous (2021, s. 113) resultatdiskussion framhålls den huvudsakliga svårigheten i arbetet med FPS vara resursbrist. Ovanstående citat påtalar snarare en resurstillgång som inte nämns i tidigare forskning - det lättillgängliga samarbetet med andra professioner som möjliggörs av en nära kontakt både fysiskt och i professionella sammanhang. Berit och Fridas positiva perspektiv på dubbla insatser där vuxenbehandlarna fokuserar på FPS, går även i linje med Schjødt och Egeland (1989, s. 49) redogörelse för den hänsyn systemteorin menar att familjearbetet behöver ge suprasystem.

I citatet nedan resonerar Frida kring för- och nackdelar med att samma familjeärende behandlas av olika professionella:

[...] Fördelen är ju att man inte tappar barnperspektivet [...] Sidoproblem kring den psykiska ohälsan är väldigt bra för oss att kunna lämna till någon annan [vuxenbehandlare] för att hålla fokus på barnet. Sen kräver ju det naturligtvis att vi går hand i hand med vår kollega och det gör vi, vi träffas mycket och så. Får vi ett godkännande av föräldern att vi får ha kontakt med varandra också kan hon säga att 'Svea här har inte betalat hyran' och 'hon kommer att vråkas' och 'Kalle bor hos sin pappa och har inte kommit tillbaka på så och så

länge'. Så har vi ju kontakt kring det men att jobba kring själva frågan tycker jag nästan alltid faktiskt är bra att ha uppdelat. (Frida)

Här lyfts av Frida främst fördelarna kring att ha uppdelade fokusområden, utifrån att den psykiska sjukdomen lätt tar stor plats och att barnperspektivet kan hamna i skymundan. Däremot uppmärksammar hon att det kräver ett gott samarbete. Frida använder även uttryck som *"inga vattentäta skott"* och att *"allt hör ihop"* för att förtydliga hur ett uppdelat arbete kräver ett fungerande samarbete med vuxenbehandlaren. Sammantaget går det i linje med det Schjødt och Egeland (1989, s. 49) framför om systemteorin - att åtgärder mot suprasystem kan vara lika effektivt som att endast arbeta med familjestrukturen och familjemedlemmarnas kommunikation. Uppdelningen av ärendet är enligt Frida också ett tillvägagångssätt för att säkerställa barnperspektivet, vilket i enlighet med systemteorin handlar om att systemets helhet ska tas hänsyn till (Schjødt & Egeland 1989, s. 47).

5.3.2Handledning och kollegialitet

I samtliga intervjuer framkom samtal kring handledning med en extern handledare på arbetsplatsen. Alla intervjupersoner förutom Erika, har en positiv inställning till sin handledning och de berör ämnet utifrån att det ger möjlighet att få råd och stöd i familjebehandlingen. Av Berit, Clara, Diana och Frida framgår att deras handledare är utbildade psykologer eller psykoterapeuter och/eller har erfarenhet samt kunskap av arbete kring psykisk sjukdom. Clara uppger bland annat:

Vår nuvarande handledare är psykoterapeut. Tidigare så hade vi en psykolog. Båda har erfarenhet av familjebehandling eller jobbar eller har jobbat mycket med beroende. Så den tidigare vi hade har jobbat mycket på BUP, psykiatrin, han hade god kunskap inom många områden. [...] Sen generellt i handledning blir det att man ändå får syn på väldigt mycket, både av ens kollegor och av handledaren, att man kan få hjälp i en riktning i hur man kan prata om det eller hur man kan gå vidare om man fastnar. (Clara)

Clara beskriver ovan hur hon genom handledning med individer med annan kunskap, kan ta sig över hinder som uppstår i familjebehandlingen. Denna kunskapsform är i likhet med vad Hudson (1997, s. 42) beskriver som praktisk visdom, vilken en individ ofta tillgodoses genom professionell handledning eller konsultationer med erfarna arbetare. Erika har en delvis motsatt upplevelse av detta:

[...] Jag tror hon var coach. Vi hade henne två gånger och hon var bara för svag. [...] Vi ställde sådana frågor eller vi hade sådant som hon inte kunde svara på för vi var ju så pass pålästa själva. Så vi har sagt upp den handledningen för den gav oss inget. Men då har chefen redan betalat så vi ska få enskilda samtal med henne istället, så det kan ju bli intressant. [...]. Jag tror jag hade velat haft mer, någon person som var väldigt konkret 'så här kan ni göra', tips och råd 'så här och så här'. För det här var mest att bara sitta och småprata och det ger inte mig något. (Erika)

I ovanstående citat av Erika förmedlar hon en besvikelse kring den nyligen uppsagda handledarens kunskap och personlighet. Erikas upplevelse handlar om att handledaren delade med sig av för lite erfarenhet och kunskap, där hon önskar sig en handledare som gjorde det i större utsträckning. Återigen kan därför en koppling göras till Hudsons (1997, s. 42) kunskapsform praktisk visdom.

Samtliga intervjupersoner arbetar på arbetsplatser där respektive familjebehandlingsteam består av 4-12 familjebehandlare. Resultatet visar att samtliga intervjupersoner i denna studie lyfter kollegorna som en tillgång i deras arbete, både generellt och vid arbete för specifikt familjer påverkade av förälderns psykiska sjukdom. De nämner kollegornas betydelse genom att betona flera aspekter i positiv mening. Bland annat uppmärksammar Frida möjligheten kring kollegial handledning:

[...] Man har också väldigt stor nytta av sina egna kollegor, mer det dagliga där man kan fråga 'hur är det med det, hur gör ni med det, hur jobbar ni med henne?'. Så att jag tycker nog man har ganska god hjälp av varandra faktiskt, inte minst en handledning som är underskattad för där har man väldigt mycket att lära varandra där man jobbar med olika saker, som också finns till hands varje dag. (Frida)

Frida betonar betydelsen av att använda kollegorna som ett verktyg i arbetet med FPS - en lättillgänglig kunskapsväg som grundar sig i utbyte av kunskap och färdigheter familjebehandlarna sinsemellan. Berit beskriver dessutom hur två av hennes kollegor har en särskild utbildning i att utbilda arbetslaget i just psykisk ohälsa. Gatsou et al. (2017, s. 395) redogör för hur bristande kunskap, otillräckliga färdigheter och bristande självförtroende hos professionella är en del av de utmaningar och hinder i arbetet med FPS. Utifrån Frida och Berits resonemang kan kollegial handledning vara ett effektivt tillvägagångssätt för att angripa dessa svårigheter.

Erika har också en positiv inställning till kollegialitet och belyser den sammanhållning det innebär samt glädjen som den medför:

Just den gruppen vi har nu den är så bra och den fungerar så gott. Vi har verkligen varandras stöd och vi ringer nästan till varandra efter jobbet och 'åh vilken dag det var' [...] Vi passar, vår samsyn tror jag gör det. Vi är här för människorna, dem vi jobbar för och vi har nog ungefär samma värdegrunder och då är det jättekul att jobba. Det är jätteroligt.
(Erika)

Den goda kommunikationen mellan kollegor som Erika förmedlar ovan menar hon grundar sig i deras lika samsyn. Att dela erfarenheter och samsyn, menar Hudson (1997, s. 41) genererar i kulturell kunskap - andra formen av personlig kunskap. Att regelbundet kommunicera med sina kollegor kring arbetet är något även de andra intervjupersonerna ger uttryck för. Annas arbetsplats visar exempel på en tydlig struktur för just detta, nämligen schemalagd kamrathandledning en gång i veckan. Regelbundna gruppdiskussioner och handledning nämner Yates och Gatsou (2021, s. 113f) som ett tillvägagångssätt för att förhindra tillbakagång till tidigare arbetskulturer, där det under tider av hög arbetsbelastning användes sämre anpassade metoder för arbete kring FPS. Samtliga intervjupersoners upplevelse av kamratskap inom arbetsgruppen, visar hur det kan motarbeta sådana tillbakagångar.

Samtliga intervjupersoner förmedlar hur deras arbetslag har olika utbildningar och/eller arbetar mot särskilda problemområden, exempelvis missbruk; vilket kan påverka ärendefördelningen samt utgöra en god tillgång kunskapsmässigt. I samband med presentationen av sitt team, som bland annat består av en industriarbetare och en barnskötare, säger Berit: *"Det handlar så mycket om människan i mötet tänker jag och sen kan man ju fylla på med kunskaper för att bättra på det."* I citatet framgår att hon ser kollegornas olika erfarenheter som en kunskapsmässig tillgång snarare än ett hinder, då man i efterhand kan erhålla den kunskap som saknas. Med utgångspunkt i Hudsons (1997, s. 42) teori om kunskapsformer, ger Berits beskrivning av ett familjebehandlingsteam med bred och varierad kunskap uttryck för att de professionella till stor del delar sina praktiska visdomar med varandra. Återigen med koppling till det Gatsou et al. (2017, s. 395) säger om bristande kunskaper och otillräckliga färdigheter som hinder för arbetet med FPS, speglar ovanstående citat likt tidigare stycke hur detta kan hanteras med olika utbildnings- och arbetsbakgrund hos familjebehandlingarna.

5.3.3 Utbildning och ny forskning

Familjebehandlarna synliggjorde i sina intervjuer den teoretiska och empiriska kunskapens betydelse för familjebehandlingens effektivitet. I samband med detta fördes även ett resonemang kring arbetsplatsens inställning till ny forskning och utbildning. Anna, Berit och Clara förmedlar att de har möjlighet till att avsätta tid för att läsa in sig på ny relevant forskning. Däremot påpekar både Anna och Clara såväl som Diana, Erika och Frida att det är någonting som ofta inte hinns med. De ser betydelsen av att ta del av ny forskning men menar att det prioriteras bort på grund av bristande ork och tid. Berit upplever inte att tid är ett hinder för att ta del av forskning:

Inte schemalagt men om det är så att jag känner att det är någonting jag vill läsa på, nå men då kan jag sätta av tid själv. Eller om jag ser att det är en fredagseftermiddag, då kan det vara svårt att boka folk, då kan man ju lägga läsning där. Så det står oss fritt att göra. (Berit)

Berit utnyttjar tiden som ingen familj vill schemalägga till att läsa och skapar på så vis möjligheten att kunna prioritera inläsning av nya studier. Om empirisk kunskap ses som avgörande för socialarbetarens praktiserande, påvisar Hudson (1997, s. 39) för att familjebehandlaren har ett ansvar att vara insatt i forskning och tillämpade metoder. Ett ansvar Berit i citatet kan anses ta.

Diskussionerna kring möjlighet till utbildning, liknar de som fördes gällande ny forskning. Anna och Clara upplever att de uppmuntras till att gå på utbildningar, vilket de ser som positivt. Å andra sidan tar Berit, Diana och Erika upp att faktorer som tid, motivation och pengar begränsar möjligheterna till utbildning. Berit och Diana förklarar att de inte kan gå på vilken utbildning de vill, utan att ett behov av den kunskapen/programmet/metoden behöver finnas samt att det behöver vara en lönsam investering. Erika berör ämnet på följande vis:

Nä jag tänker att vi har en bra arbetsplats. Vår chef är väldigt stödjande. Hon vill ge oss utbildningar, hon vill ge oss utrymme och det kostar ju pengar. Alla utbildningar, det är ingen billig historia men det gör ju förutsättningarna bra. Det som blir en utmaning är när vi har så mycket klienter att vi knappt får plats med det vi ska göra. Men förutsättningarna finns, men vi har mycket klienter ibland. (Erika)

Erika menar att trots en tillmötesgående överordnad, utgör kostnads- och tidsaspekter hinder. Resultatet i Nhedzi och Makofanes (2015, s. 357) studie tyder på att otillräcklig utbildning orsakar förvirring hos socialarbetare och att de blir mindre effektiva i sin praktik. Kritiker till betydelsen av empirisk kunskap menar dock att strävandet efter effektivitet hindrar socialarbetaren från att se problem för vad de faktiskt innebär, i försök att applicera forskning och evidensbaserade metoder (Hudson 1997, s. 39).

5.3.4 Socialtjänstens utformning av uppdraget

Hur effektivt och bra familjebehandlarna upplever att samarbetet med socialtjänstens myndighetsutövare fungerar, varierar i intervjupersonernas utsagor. Ämnet berörs främst med anledning av att alla (förutom Anna) ofta jobbar med biståndsinsatser och därmed har kontakt med socialsekreterare utifrån uppdragen. Gällande detta finns det skilda meningar angående hur väl uppdragen inkluderar FPS i beskrivningen av familjen och/eller för målen med uppdraget. Vidare framförs vikten av ett gott samarbete med den socialsekreterare som är aktuell i respektive biståndsärende. Endast Berit anser att socialsekreterarna oftast tar med föräldrarnas psykiska sjukdom i uppdragen. Diana är likt resterande intervjupersoner av en annan uppfattning och menar följande:

[...] Det är ganska vanligt att vi får ett uppdrag på ett bekymmer och i kontakten så uppdragas det väldigt, väldigt mycket mer och det är ju väldigt mycket lättare att komma till förändringsarbete om man faktiskt kan prata om den rosa elefanten [psykiska sjukdomen] än att den bara står där. Det blir som att, kan vi inte prata om den rosa elefanten så pratar man om symptomen, om konsekvenserna, men inte om grunden till det. (Diana)

Diana beskriver hur uppdragen ofta inte inkluderar all problematik inom familjen, något som innebär hinder för förändringsarbetet i behandlingen. Power et al. (2015, s. 559f) betonar också vikten av att de professionella är förberedda på att introducera samtal kring FPS för att inte förlora den möjligheten. Dianans citat, tillsammans med att flera av intervjupersonerna uppfattade liknande problem, gör att vi kan konstatera att det Power et al. (ibid.) lyfter är ett problem i deras arbete. Även Vischer et al. (2020, s. 18f), Nhedzi och Makofane (2015, s. 361) samt Van Huyssteen och Styrdom (2016, s. 551, 561ff) anser att otillräcklig/felaktig information om familjens problematik är ett vanligt hinder i familjebehandling. Att samtliga intervjupersoner mer eller mindre talar om vilken betydelse det har att i uppdragen få kännedom om föräldrarnas psykiska sjukdom, går i linje med systemteorins grundläggande begrepp suprasystem. Suprasystem, exempelvis en familjemedlems psykiska sjukdom, är

betydelsefullt att arbeta kring för att ta hänsyn till hela det sammanhang familjen verkar inom (Schjødt & Egeland 1989, s. 49).

Trots bristande inkludering av föräldrarnas psykiska sjukdom i uppdraget, nämner flera intervjupersoner hur en dialog med socialsekreteraren ger möjlighet till att hantera nya framkomna problem i klientärendet. Clara beskriver detta så här:

Det är också lite upp till handläggare när man liksom pratar om det. Vissa är väldigt flexibla och vi uttrycker det och familjen uttrycker det att 'nej vi behöver fortsätta jobba vi är inte klara'. Jag upplever att vi kanske många gånger får prata om att oavsett vad så tar förändring tid. Det här är någonting som ofta har pågått under väldigt lång tid, det är mönster som sitter fast. Det är inte bara att liksom jobba i tre månader och sen så är det klart, utan det kräver ofta lång tid men det varierar hur mycket tid vi får tycker jag. Många gånger upplever jag ändå att vi har stor möjlighet att påverka att beslutet förlängs. (Clara)

I citatet poängterar Clara att det finns en god möjlighet till att ändra uppdragens tidslängd, trots det faktum att deras inflytande och möjlighet till att påverka ofta är beroende av vilken socialsekreterare som ansvarar för klientärendet. Samtliga intervjupersoner uttrycker ett liknande samarbete med socialsekreterare inom deras respektive kommun. Detta i relation till det Yates och Gatsou (2021, s. 113) redovisar kring att professionella ofta känner press att genomföra klientarbete snabbt och effektivt, vilket kan förhindra familjers möjlighet till långsiktiga förändringar, visar på att intervjupersonerna i denna studie har strategier för att hantera när sådan problematik uppstår.

5.3.5 Vuxenpsykiatri

Ingen av de sex intervjupersonerna har ett befintligt samarbete med vuxenpsykiatri och de synliggör konsekvenserna av detta. Clara och Frida förklarar att de istället tar kontakt med deras kollegor på vuxenheten som i sin tur hjälper föräldern vidare till psykiatri. Anna och Diana önskar dock ett tätare samarbete gällande FPS. Anna förmedlar en frustration över att föräldrar som inte får hjälp av psykiatri (på grund av överbelastning) hamnar i deras knä. Särskilt är så fallet på hennes nya arbetsplats som saknar information om FPS:s eventuella befintliga kontakt med psykiatri eftersom de inte jobbar utifrån uppdrag. Saknaden av samarbete kan enligt Anna bidra till att verksamheterna dubbelarbetar samt förhindra att alla delar av problematiken behandlas. Diana önskar ett närmare samarbete då mycket av

problematiken kring FPS är dolt för henne och att det kan stagnera behandlingsprocessen. Diana skildrar följande vision för samarbetet:

Jag tänker att det är lite svårt. Helst så vill jag... i mitt drömscenario så blir jag inbjuden av psykiatrin på ett avdramatiserat sätt att hjälpa till i att hitta det här förhållningssättet, både barn och vuxen, och prata om det och att det är en del utav behandlingen. (Diana)

Möjligheten ett samarbete med psykiatrin skapar, menar Diana, är ett förhållningssätt som bidrar till en bättre anpassad och därmed mer verkningsfull behandling. Tidigare forskning har inte behandlat de konsekvenser ett samarbete mellan familjebehandlingsenheter och vuxenpsykiatrier har.

Orsaken till att det inte finns ett närmare samarbete mellan familjebehandlarna och vuxenpsykiatrin är enligt Clara och Erika att det råder sekretess och att föräldrarnas samtycke därav krävs. Även på grund av föräldrarnas brist på motivation att jobba med det som familjebehandlaren tycker är nödvändigt. Dock framhåller samtliga intervjupersoner, i varierande utsträckning, att de i sitt arbete prioriterar att rekommendera och hänvisa vidare FPS till psykiatrin/vårdcentral. Frida säger att det är viktigt att inleda arbetet med att hänvisa FPS till psykiatrin för att få eventuell diagnos och medicinering, därigenom möjliggöra en mer effektiv familjebehandling. Detta går att koppla till systemteorins begrepp funktion och nytta, vilket beskriver den djupare förståelse för tillvaron som kan inbringas hos alla i familjesystemet när en av familjemedlemmarnas egen problematik diagnosticeras (Öquist 2008, s. 31). Det framgår inte om det är riktlinjer som säger att familjebehandlare ska handla på det här sättet när en psykiatrikontakt finns/behövs. Kännedom om riktlinjer och lagstiftning med relevans för arbetet ger enligt Hudson (1997, s. 42f) processuell kunskap, vilken är viktig för att den professionella ska veta hur hen ska praktisera.

6. Avslutande diskussion

I denna studie har vi undersökt hur familjebehandlare upplever hinder och möjligheter samt vilka kunskapsformer de ger uttryck för att använda, i sitt arbete med familjer med en FPS. Vi kommer i slutdiskussionen diskutera resultat och analys uppdelat utifrån studiens två frågeställningar.

I fråga om hur familjebehandlarna upplever hinder och möjligheter i arbetet med familjer med FPS, redogör de till en början för hur deras verksamheter saknar program specifikt utformade för FPS samt anhöriga barn. Detta omfattar samma problematik som Power et al. (2015), Gatsou et al. (2017) samt Yates och Gatsou (2021) beskriver. Med anledning av detta fördes en diskussion kring familjebehandlarnas anpassningsmöjligheter av de befintliga programmen (ofta i gruppform). Några menar att det finns möjlighet att inkludera barn med olika anhörigproblematik i samma grupp. Angående FPS i grupprogram diskuterades det utifrån att programupplägg ofta inte tar hänsyn till individuella förutsättningar och gruppdynamik, samtidigt som grupsammanhang ses kunna vara verkningsfullt mot FPS:s känslor av skam och skuld, kopplat till kollektiv empowering (Starrin 2007). I det enskilda samtalsstödet menar familjebehandlarna att det finns fler anpassningsmöjligheter i arbetet med FPS. Detta genom att de lägger vikt vid att bygga upp förtroendet samt relationen och förhåller sig till föräldrarnas individuella förutsättningar - strategier med samband i ett empowermentorienterat arbete (Moula 2009). Familjebehandlarna menar att manual- och evidensbaserade metoder ofta kan anpassas utan att evidensen förloras, de förmedlar likväl hur det behöver vara genomtänkt och inte är optimalt. Familjebehandlarna lyfter även hinder och möjligheter kring att ha ett barnperspektiv i arbetet med dessa familjer.

Vidare tyder resultatet i denna studie på att kommunernas storlek har betydelse för metodval och arbetssätt, vilket står i motsats till det Socialstyrelsen (2009) rapporterar. De flesta argumenterar för att större kommuner har fler möjligheter gällande vilka programverksamheter (framförallt i grupp) de kan erbjuda till familjer i behov. Samtidigt belyser familjebehandlarna att den mindre kommunen tillåter ett gott och nära samarbete med vuxenbehandlare eftersom de sitter i samma kontorsbyggnad. Detta är emellertid inga hinder och möjligheter som familjebehandlaren från den större Kommun A nämner i sin intervju. Andra samarbeten som ses ha betydelse för arbetet med FPS, är de med uppdragets handläggare samt (beroende på FPS:s situation) med psykiatrin.

Som påpekats innan, uttrycker familjebehandlarna ett behov av ytterligare kunskap och förmedlar hur deras brist på motivation och/eller tid, stoppar dem från att prioritera att inhämta kunskap från ny forskning. Gatsou et al. (2017) framför att det fortfarande saknas forskning kring arbetet med FPS. Vi ser därför att det är av än större vikt att hålla sig uppdaterad beträffande nya studier gällande denna målgrupp. Det är först i samband med diskussioner om utbildningsmöjligheter som resursbrist i form av tid, pengar och personal

förekommer i samtalen med familjebehandlarna; vilket vi utifrån tidigare forskning förväntade oss skulle påtalas mer (se till exempel Vischer et al. 2020; Nhedzi & Makofane 2015; Ryding 2020). Familjebehandlarna berättar dock hur kunskapen kan inhämtas på andra sätt - genom handledning och konsultation med andra professionella samt mer erfarna.

Familjebehandlarna redogör för att de i behandlingen med FPS och deras familjer använder sig av evidensbaserade program och metoder samt praktisk erfarenhet. Det framgår att gruppverksamheter är mer manualstyrda än enskilda samtal i vilka familjebehandlarna istället formar ett eget arbetssätt utifrån program, metoder och praktisk erfarenhet. Med utgångspunkt i Hudsons (1997) kunskapsmodell, bidrar program och metoder med teoretisk och empirisk kunskap, medan praktisk erfarenhet bidrar till praktisk visdom. Således utgörs familjebehandlarnas egna arbetssätt främst av dessa tre kunskapsformer. Enligt en av familjebehandlarna baserar man arbetet mer på teoretisk och empirisk kunskap i början av karriären innan man erhållit praktisk visdom. Detta kan likställas med Rydings (2020) intervjupersoners ståndpunkt - att evidensbaserade metoder renderar en känsla av säkerhet. Således ser vi hur empirin går att tolka som att desto säkrare familjebehandlaren blir i sin professionella roll, desto mindre blir behovet av att underbygga sitt arbetssätt med teoretisk och empirisk kunskap. Att familjebehandlarna uttalar ett behov av mer teoretisk och empirisk kunskap gällande psykisk sjukdom anser vi även bekräftar denna teori. Eftersom de, likt deltagarna i Power et al. (2015) undersökning, inte alltid är självsäkra kring om och hur de ska ta upp den psykiska sjukdomen.

Familjebehandlarna uttrycker inte användning av Hudsons (ibid.) andra kunskapsformer i samma utsträckning. Den processuella kunskapens betydelse för arbetet framgår inte alls utöver sekretesslagen och endast hälften beskriver hur de brukar sin personliga kunskap. Utifrån att tidigare forskning uppmärksammar bristande processuell kunskap som bland annat visar sig i rollkonflikt och orealistiska förväntningar av politiker (Nhedzi & Makofane 2015); förväntade vi oss att familjebehandlarna skulle lyfta hur denna kunskapsform påverkar deras arbetssätt. Detta ser vi som ett tecken på att riktlinjerna för arbetet med familjer med en FPS inte är tydliggjorda eller existerar överhuvudtaget. Därmed ser vi ett behov av att undersöka vidare kring hur både verksamheternas, programmens och politikernas riktlinjer har inflytande på arbetet med familjer med FPS.

Avslutningsvis vill vi uppmärksamma hur vårt resultat genomsyrats av att familjebehandlarna, trots vårt uttryckta fokus på psykisk sjukdom, många gånger berörde behandlingsarbetet utifrån missbruksproblematik. Av familjebehandlarnas uttalanden framgår att de tillfällen psykisk sjukdom beaktas, används program och metoder där grundfilosofin är kopplad till missbruksproblematik. Familjebehandlarna talar om psykisk sjukdom utifrån att det är psykiatrins ansvar trots att de regelbundet förmedlar, i likhet med tidigare forskning, att det är av vikt att ta upp psykisk sjukdom i familjebehandlingen (Power et al. 2015; Gatsou et al. 2017). Deras ofta systemteoretiska tillvägagångssätt innebär dessutom, enligt Schjødt och Egeland (1989), att suprasystem som psykisk sjukdom bör beaktas i familjebehandlingen för att kunna komma åt hela problematiken. Ovanstående, tillsammans med att familjebehandlarna tenderade att benämna psykisk sjukdom som psykisk ohälsa, ser vi kan grunda sig i att psykisk sjukdom är stigmatiserat - mer än psykisk ohälsa och än mer än missbruk. Med andra ord är psykisk sjukdom ur flera aspekter den rosa elefanten som *alla* behöver prata mer om.

7. Referenser

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. 3. uppl. Stockholm: Liber AB.

Eldén, Sara (2020) *Forskningsetik - Vägval i samhällsvetenskapliga studier*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson-Zetterquist, Ulla och Göran Ahrne (2015) Intervjuer. I: Göran Ahrne och Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber AB.

Folkhälsomyndigheten (2016) *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld: en systematisk översikt av översikter*. Solna: Folkhälsomyndigheten.

Folkhälsomyndigheten (2020) Vad är psykisk hälsa?
<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/vad-ar-psykisk-halsa/>, [Hämtad 2022-04-07].

Follesø, Reidun (2007) Ungdom i den sociala barnvården - offer eller resurs?. I: Ola Petter Askheim och Bengt Starrin (red.). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups.

Gatsou, Lina, Scott Yates, Nigel Goodrich och Dan Pearson (2017) The challenges presented by parental mental illness and the potential of a whole-family intervention to improve outcomes for families. *Child & Family Social Work* 2(1): 388-397.

Hudson, Julie Drury (1997) A model of professional knowledge for social work practice. *Australian Social Work* 50(3): 35-44.

Löwenborg, Christina och Yvonne Sjöblom (2009) Föräldrars och ungdomars erfarenheter av familjebehandling inom socialtjänsten. *Socialvetenskaplig tidskrift* 16(1): 56-71.

Moula, Alireza (2009a) Inledning. I: Alireza Moula (red.). *Empowermentorienterat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Moula, Alireza (2009b) Samtal i empowermentorienterat socialt arbete. I: Alireza Moula (red.). *Empowermentorienterat socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Nevriana, Alicia, Matthias Pierce, Christina Dalman, Susanne Wicks, Marie Hasselberg, Holly Hope, Kathryn M Abel och Kyriaki Kosidou (2020) Association between maternal and paternal mental illness and risk of injuries in children and adolescents: nationwide register based cohort study in Sweden. *BMJ* 2020;369:m853.

Nhedzi, Felistas och Mankwane Makofane (2015) The experiences of social workers in the provision of family preservation services. *Social Work/Maatskaplike Werk* 51(3): 354-378.

Power, Jennifer, Rose Cuff, Hanna Jewell, Fiona McIlwaine, Imogen O'Neill och Greg U'Ren (2015) Working in a family therapy setting with families where a parent has a mental illness: Practice dilemmas and strategies. *Journal of Family Therapy* 37(4): 546-562.

Rennstam, Jens och David Wästerfors (2015) Att analysera kvalitativt material. I: Göran Ahrne och Peter Svensson (red.). *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber AB.

Ryding, Jennie (2020) Professional Learning in Family Support Social Work in Sweden: Practitioners' Integration of EBP and Reflection. *Advances in Social Work* 20(3): 615-636.

Ryen, Anne (2004) *Kvalitativ intervju - från vetenskapsteori till fältstudier*. Malmö: Liber.

Santens, Tara, Karin Hannes, Suzanne Levy, Guy Diamond och Guy Bosmans (2020) Barriers and facilitators to implementing attachment-based family therapy into a child welfare setting: A qualitative process evaluation. *Family Process* 59(4): 1483-1497.

Schjødt, Borrik och Thor Aage Egeland (1994) *Från systemteori till familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen (2009) Socialtjänstens öppna verksamheter för barn och unga. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2009-126-145_2009126145_tryckfil.pdf, [Hämtad 2022-03-28].

Starrin, Bengt (2007) Empowerment som förhållningssätt. I: Ole Petter Askheim och Bengt Starrin (red.). *Empowerment i teori och praktik*. Malmö: Gleerups Utbildning AB.

Statens institutionsstyrelse (2021) Integrerad behandling av missbruk och psykisk sjukdom: Pilotimplementering inom LVM-vården. https://www.stat-inst.se/contentassets/fff2a282e262473f824e0db938902872/sis_rapport_1_2021.pdf, [Hämtad 2022-03-28].

Statistikmyndigheten SCB (2010) Karta över Sveriges kommuner. <https://www.scb.se/contentassets/1e02934987424259b730c5e9a82f7e74/kommunkarta09.pdf>, [Hämtad 2022-03-28].

Statistikmyndigheten SCB (2022) Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2021 och befolkningsförändringar 2021. <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/helarsstatistik--kommun-lan-och-riket/folkm>

[angd-i-riket-lan-och-kommuner-31-december-2021-och-befolkningsforandringar-2021/](#)
[Hämtad 2022-04-20].

Svensson, Peter (2015) Teorins roll i kvalitativ forskning. I: Göran Ahrne och Peter Svensson (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. 2. uppl. Stockholm: Liber AB.

Van Huyssteen, Josane och Marianne Styrdom (2016) Utilising group work in the implementation of family preservation services: Views of child protection social workers. *Social Work/Maatskaplike Werk* 52(4): 546-570.

Vetenskapsrådet (2002) Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.
https://www.lincs.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf,
[hämtad: 2022-04-15].

Vischer, Anne-Fleur W.K., Wendy J. Post, Hans Grietens, Erik J. Knorth och Elisa Bronfman (2020) Development of atypical parental behavior during an inpatient family preservation intervention program. *Infant Mental Health Journal* 41(1): 5-23.

Yates, Scott och Lina Gatsou (2021) *Undertaking family-focused interventions when a parent has a mental illness: Possibilities and challenges. Practice: Social Work in Action* 3(2): 103-118.

Öquist, Oscar (2008) *Systemteori i praktiken: konsten att lösa problem och nå resultat*. 3. uppl. Stockholm: Gothia.

8. Bilagor

8.1 Bilaga 1 — Informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter från Lunds Universitet som just nu påbörjat skrivandet av vår kandidatuppsats. Uppsatsen kommer syfta till att undersöka vilka erfarenheter ni familjebehandlare har av att jobba med familjer där en förälder har en psykisk sjukdom, samt er upplevelse av era förutsättningar för att kunna göra detta.

Tidigare forskning redogör för att det finns starka kopplingar mellan familjer där en förälder har en psykisk sjukdom och fattigdom, diskriminering samt socialt utanförskap. I synnerhet kan det komma att ha en negativ inverkan på barnets/-ens hälsa och välbefinnande. För att minska barns börda och förhindra sådan påverkan, säger vissa undersökningar att familjen bör gå i program där fokus ligger på familjesammanhang och relationer. Därmed är det av relevans att studera hur familjebehandlare i Sverige arbetar med dessa familjer och om de upplever att deras kontext ger dem de förutsättningar som krävs för att lyckas med detta arbete.

Vi vill med detta informationsbrev fråga dig om deltagande i en intervju gällande dina erfarenheter och upplevelse av att arbeta med familjer där en förälder har en psykisk sjukdom. Genom en slumpgenerator har vi fått fram 2 kommuner från varje landsdel. Med detta hoppas vi få en större variation än om undersökningen skett i endast en region. Om du har möjlighet och kan tänka dig att göra en intervju med oss får du gärna besvara detta mail. Du är även välkommen att kontakta oss per telefon (se kontaktuppgifter nedan). Efter detta kommer vi ta vidare kontakt för att stämma tid för ett möte efter ditt önskemål. Intervjuerna kommer att ske via någon av de digitala tjänsterna Zoom eller Teams. För att kunna göra din berättelse rättvis i resultatet och för att förenkla transkriberingen, kommer samtalet att spelas in. Intervjun beräknas inte att ta mer än en timme.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst avbryta din medverkan utan närmare motivering. Informerat samtycke lämnas i samband med intervjun. Insamlat materialet kommer att avidentifieras, behandlas konfidentiellt samt förvaras i ett låst skåp där ingen obehörig kan ta del av det. Resultatet kommer att presenteras i form ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Lunds universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när examensarbetet är godkänt. Du kommer ha möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia av arbetet

Vid funderingar får du gärna kontakta oss eller vår handledare Hanna!

Varma hälsningar,

Maja Svensson — 99majasvensson@gmail.com eller XXX-XXXXXX

Ester Andersson — ester.andersson@hotmail.com eller XXX-XXXXXX

Handledare: Hanna Edgren — Hanna.Edgren@soch.lu.se

8.2 Bilaga 2 — Kort informationsbrev

Hej!

Vi är två socionomstudenter från Lunds Universitet som just nu påbörjat skrivandet av vår kandidatuppsats. Uppsatsen kommer syfta till att undersöka vilka erfarenheter familjebehandlare har av att jobba med familjer där en förälder har en psykisk sjukdom, samt deras upplevelser av sina förutsättningar att kunna göra detta.

För att kunna utföra denna studie behöver vi få kontakt med familjebehandlare som har möjlighet att besvara några frågor kring ämnet. Genom en slumpgenerator har vi fått fram sex av Sveriges 290 kommuner till studien, eran blev en av dem. Om intresse att delta finns får ni gärna skicka kontaktuppgifter till en familjebehandlare inom er verksamhet, alternativt att ni ber en familjebehandlare att ta kontakt med oss. Vi kommer då ge mer ingående information genom ett informationsbrev.

Då vi arbetar under tidspress får ni gärna besvara detta mail så fort som möjligt.

Vid funderingar är ni välkomna att kontakta oss eller vår handledare Hanna.

Tack på förhand!

Varma hälsningar,

Maja Svensson — 99majasvensson@gmail.com eller XXX-XXXXXX

Ester Andersson — ester.andersson@hotmail.com eller XXX-XXXXXX

Handledare: Hanna Edgren — Hanna.Edgren@soch.lu.se

8.3 Bilaga 3 — Semistrukturerad intervjuguide

Övergripande

1. Har du fått information om vad intervjun syftar till och samtycker till att delta på den?
 2. Kan du berätta lite om din bakgrund? Vi tänker till exempel utbildning och tidigare arbetslivserfarenhet.
 3. Hur ser din nuvarande arbetsposition ut?
 4. Hur skulle du beskriva att familjerna ser ut som får hjälp ifrån er?
-

Programverksamhet

5. Har er verksamhet några program som ni erbjuder barn, föräldrar och familjer?
 6. Hur upplever du att programmen är anpassade till ärenden där föräldern/-arna har en psykisk sjukdom?
-

Enskilt samtalsstöd

7. Hur skulle du beskriva ditt förhållningssätt i stödsamtal med barn, föräldrar och familjer?
 8. Hur arbetar du med familjer där föräldern/-arna har en psykisk sjukdom?
-

Avslut

9. Vi har nu frågat en del om programverksamhet och enskilt samtalsstöd, vilken av dessa två former av familjebehandling skulle du säga är bäst anpassad till föräldrar med psykisk sjukdom? Varför?
10. Finns det något ytterligare du vill tillägga?
11. Har du några frågor till oss?
12. Finns det någonting du känner att vi ska ändra eller tänka på inför nästa intervju?