



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Dom har liksom inte förstått att det är dom som måste hjälpa sitt barn”

En diskursanalytisk studie om föräldrar och professionella vid
barnhabiliteringen

Abstract

Title "They kind of don't get they are the ones who have to work with their child"
A discourse analysis of parents and professionals in a
pediatric habilitation center

Author Tina Hermansson

Keywords Habilitation; discourse; parents; profession; focus group talks; late modernity

Common practice today in pediatric habilitation care involves the complete family in every aspect of the treatment. Research within the field of service for young people with disabilities shows that the professionals have assumed a consulting role in relation to parents and the children's network. In that sense the relationship between the professionals and the parents become important and crucial for the treatment of the child. In view of this, the aim of the study is to examine how professionals in pediatric habilitation express themselves regarding their possibilities to exercise their practice based on statements about their professional function and the children's parents. The main research question is: What discourses operate in the practice of pediatric habilitation and how can these be understood and problematized according to the professional space and function in the late modern society? From this main research issue two sub research issues are outlined: How is the parent constructed within the pediatric habilitation? How do professionals in pediatric habilitation position themselves in relation to their practice? Theoretically the study is based on social constructionism. Central theoretical concepts are discourse as a regulated order for conversation, subject position and interpretative repertoire. The study is qualitative and practice-centred. Data have been generated from conversations within six focus groups in different teams in pediatric habilitation in autumn 2015. The analysis has focused on how the verbal utterances in the practice are constructed, varied and what functions they fill. The result is presented in two parts. The first part presents the professionals constructions of the parent. The second part presents the positionings of the professionals. Two overall interpretative repertoires are highlighted: habilitation as human support and habilitation as educational institution. The result is problematized in the perspective of the late modern society and of professional space in the organization. Issues about the child's opportunity to support as well as the specialist function within pediatric habilitation are discussed.

Abstract

- Titel** ”Dom har liksom inte förstått att det är dom som måste hjälpa sitt barn”
En diskursanalytisk studie om föräldrar och professionella vid barn-
habiliteringen
- Författare** Tina Hermansson
- Nyckelord** Habilitering; diskurs; föräldrar; profession; fokusgrupper; senmodernitet

Idag deltar familjen i alla delar av habiliteringsarbetet. Forskning visar att verksamma inom barnhabiliteringen har en konsultativ roll gentemot föräldrarna och att behandlaren fått en mer arbetsledande roll som handledare för föräldrar och nätverk. Relationen mellan professionella och föräldrar blir därmed mycket viktig och avgörande för barnens behandling. Mot bakgrund av detta är syftet med studien att undersöka hur yrkesverksamma vid barn- och ungdomshabiliteringen uttrycker sig om sina möjligheter att utöva sitt uppdrag utifrån föreställningar om den egna professionella funktionen och om barnens föräldrar. Forskningsfrågan formuleras på följande sätt: Vilka diskurser verkar i barnhabiliteringens praktik och hur kan dessa förstås och problematiseras utifrån professionens utrymme och funktion i det senmoderna samhället? Ur denna forskningsfråga ställs följande två underordnade forskningsfrågor: Hur konstrueras föräldern i barnhabiliteringen? Hur positionerar sig professionella inom barnhabiliteringen i förhållande till sin praktik? Studien vilar teoretiskt på en socialkonstruktionistisk grund. Diskurs som reglerad samtalsordning är utgångspunkten för studien, liksom de centrala begreppen subjektspositionering och tolkningsrepertoar. Studien är kvalitativ och praktknära. Empiri har genererats ur sex fokusgruppsamtal med yrkesverksamma team inom barnhabiliteringen under hösten 2015. Analysen har inriktats mot hur språkliga uttalanden om praktiken konstrueras, hur de varierats och vilka funktioner de fyllt. Resultatet presenteras i två delar. Den första delen presenterar de professionellas konstruktion av föräldern och den andra delen de professionellas positioneringar. Två övergripande tolkningsrepertoarer lyfts här fram: Habiliteringen som medmänskligt stöd respektive Habiliteringen som utbildningsinstitution. Resultatet problematiseras mot bakgrund av det senmoderna samhället och professionens utrymme i organisationen. Frågor om barnets möjlighet till stöd liksom barnhabiliteringens specialistfunktion diskuteras.

Innehåll

1 Inledning.....	1
Syfte och frågeställningar.....	3
Avgränsningar	3
Disposition	3
2 Forskningsfält – habilitering och familj i det senmoderna samhället.	4
Barn- och ungdomshabiliteringens framväxt	4
Barnhabiliteringens praktik	5
Verksamheten.....	5
Vårdprocessen	7
Habiliteringen och föräldrarna	7
Habiliteringen som människobehandlande organisation.....	8
Familjepraktik	9
Det senmoderna samhället	10
Sammanfattning	12
3 Teoretiska utgångspunkter	13
Socialkonstruktionism.....	13
Diskursteori	14
4 Metod och metodologi	16
Kvalitativ metod.....	16
Genomförande.....	16
Datainsamling och urval.....	16
Fokusgruppsamtal	18
Analys.....	18
Metodologisk diskussion.....	20
Etiska överväganden	21
5 Resultat.....	23

Konstruktion av föräldern	23
Föräldern som behandlande	23
Föräldern som kritisk och kravställande	26
Föräldern som oförstående	28
Föräldern som svag	30
Sammanfattning	33
De professionellas positioneringar	33
Den professionelle som relationsskapare	34
Den professionelle som (motvillig) specialist	39
Den professionelle som (obekväm) konsult	44
Den professionelle som maktlös överlämnare	47
Sammanfattning	50
6 Diskussion	51
Motstridiga konstruktioner	51
Samhälleliga förutsättningar	52
Den diskursiva förskjutningen	53
En avprofessionaliserad verksamhet?	54
Avslutande reflektion och en blick framåt	54
7 Bilagor	56
Bilaga 1	56
Bilaga 2	57
8 Referenser	58

1 Inledning

Hur ett barn får tillgång till habilitering och vilka behandlingsinsatser barnet får är beroende av flera faktorer. En betydelse för habiliteringens insatser är funktionsnedsättningens svårighetsgrad hos barnet och dess inverkan på vardagen (Sundqvist 2014). Föräldrarnas möjligheter att stödja barnet har också betydelse för vilken behandling barnet erhåller. Idag deltar föräldrar i alla delar av habiliteringsarbetet. Behandlingspersonalen har numera en konsultativ roll gentemot föräldrarna (Hesselberg, Schiörbeck & Von Tetzchner 2013). Bohlin (2009) visar att habiliteringspersonal fått mer av en arbetsledarroll som handledare för föräldrar och nätverk. Relationen mellan professionella och föräldrar har under senare decennier blivit alltmer viktig vilket blir avgörande eftersom föräldrarna är de som tillsammans med andra i barnets närmiljö utför den dagliga träning/behandling som barnet behöver (Dempsey & Dunst, 2004; Espe-Sherwindt, 2008; Keen, 2007; Nijhuis, Reinders-Messelink, de Blécourt, Hitters, Groothoff, Nakken, Postema, 2007) Olika modeller för föräldrar i syfte att öka deras kunskap och medvetenhet prövas och diskuteras i forskning (Shepherd & Kervick 2016). Utformningen av barnets habilitering sker idag i relation till föräldrarnas önskemål, professionellas bedömningar och verksamhetens uppdrag vilket kan innebära att olika föreställningar krockar med varandra. Mot bakgrund av detta blir det intressant att undersöka vilka föreställningar om föräldrar och den egna professionella funktionen som idag råder vid barnhabiliteringen. Kan denna typ av föreställningar också vara en grund för vilka behandlingsinsatser barnet ges möjlighet att få? Denna fråga är det yttersta forskningsintresset i föreliggande studie.

Mötet mellan professionella och föräldrar ligger därmed till grund för barnets träning och behandling. Det blir därför även intressant att studera vad som händer i mötet, och hur de professionella positionerar sig i relation till sitt uppdrag och sin profession. Professionella i habiliteringen liksom i andra människobehandlande organisationer har till uppgift att utreda, bedöma och åtgärda behov. De är underställda regler och förordningar men måste även beakta individens specifika förutsättningar och situation. Ett arbete som kräver professioner med stort handlingsutrymme. För detta krävs en tillit till de yrkesverksammas förmåga att göra kloka kunskapsbaserade bedömningar och till deras förmåga att fatta beslut utan inblandning av personliga värderingar (Johansson, Dellgran & Höjer 2015).

Mötet mellan föräldrar och professionella måste dock förstås ur ett historiskt perspektiv. Barnhabiliteringens verksamhet byggdes upp under 1960-talet (Bille & Olow 2009). Sedan dess har verksamheten utvecklats mot att habiliteringens insatser idag ska bidra till att barnen och ungdomarna utvecklar och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga utifrån sina förutsättningar. Insatserna ska även skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet (Socialstyrelsen 2016). Under de ca femtio år som barnhabiliteringen har funnits som stöd till barn med funktionsnedsättningar har stora förändringar skett i samhället. Det har handlat om exempelvis förändringar kring föräldraskap och familjeliv likväl som förändringar inom välfärdssektorn och dess organisering.

När det gäller familjers samlevnadsformer menar Asplund (1991) att det inte längre finns en entydig innebörd i vad som karaktäriserar föräldraskap och familjeliv. Familjegemenskapen kan ha olika innehåll och form, den kan bygga på känslor eller ekonomi eller en blandning av dem båda. Giddens (1997) hävdar att moderna relationer utgörs av tillfälliga förbund som

hålls vid liv så länge båda parter tillmäter varandra lika värde. Ansvar för barnens fostran delas idag mellan föräldrar och välfärdsstat. I moderna teoribildningar ligger fokus på politiska intentioner. Regleringar, informativa och ekonomiska styrmedel används för att styra föräldraskapet. Exempel på detta är familjelagstiftningen, jämställdhetsbonus vid delad föräldraledighet, informationskampanjer och föräldrautbildningar (Bergman, Eriksson & Klinth 2011).

Forskning visar att svenska föräldrar idag ser familjelivet som ett individuellt livsprojekt. Forskningen visar dock att familjelivet utmärks av en spänning mellan det individuella och det gemensamma. För att få en fungerande vardag krävs ständiga förhandlingar (Bäck-Wiklund & Bergsten 1997). Att vara förälder till ett barn med funktionsnedsättning innebär att familjepraktiken innehåller än mer utmaningar, aktiviteter och rutiner än vad föräldraskapet i allmänhet har att hantera (Broberg, Norlin, Nowak & Starke 2014).

De stora förändringarna inom välfärdssektorn har bland annat skett genom globaliseringen och den tekniska utvecklingen. Men den förändring som i hög grad påverkat organiseringen av offentlig sektor har sedan slutet av åttiotalet skett genom införandet av en marknads- och företagslogik i syfte att effektivisera den offentliga förvaltningen. Denna förvaltningspolitiska lära brukar benämnas New Public Management (NPM). Tidigare synsätt inom offentlig förvaltning tydliggjorde vikten av att offentliga verksamheter utformade sina egna styr- och ledningsinstrument utifrån sina specifika förutsättningar. Kritiken mot NPM är stor och det finns inget vetenskapligt stöd för att NPM har bidragit till förbättringar inom den offentliga sektorn. Istället har dess negativa konsekvenser beskrivits utifrån en enorm ökning av administrativa åtgärder och utifrån en försvagning av professionellas roll och inflytande, en underminering av ett flexibelt och helhetsfokuserat arbetssätt. Kritik har även framförts när det gäller den ökande fragmentiseringen av verksamheter. Förutsättningar för teamarbete kan antas förändras då de professionella i takt med en ökad individualisering får svårare att identifiera sig med arbetet självt eller kollegorna (Lauri 2016). Barnhabiliteringens patienter har omfattande och mångfacetterade behov. I takt med att människobehandlande organisationer förändras och renodlar sin kärnverksamhet ökar kraven på samverkan och samarbete med andra, något som inte stämmer överens med de ideologier som ligger bakom New Public Management (Grape 2015).

Mot bakgrund av dessa samhällsförändringar blir det intressant att reflektera över hur barnhabiliteringen lyckats anpassa sin verksamhet till dagens moderna familjer. Beroende på lokala kulturer kan olika tolkningar och förståelser ha skapats. Att habiliteringspersonal har fått en mer handledande roll (Bohlin, 2009) kan antas påverka såväl förståelsen av den egna professionella funktionen som barnets föräldrar, men diskurserna kan förstås ta sig lite olika uttryck i de olika lokala praktikerna. Här finns dock ingen självklar sanning, utan snarare ska olika förståelser ses som flera sanningsanspråk eftersom den kunskap som finns inom habiliteringen, liksom inom alla organisationer, är en produkt av förhandling mellan olika synsätt och ideologier. Hur de professionella i verksamheten själva förstår sitt uppdrag, och hur de positionerar sig, det vill säga vilka antaganden de väljer att göra till sina, blir därmed centralt för denna studie. Normer och värderingar (Börjesson, 2003), det vill säga de diskurser, som styr de professionellas föreställningar om såväl sig själva som om föräldrarna är här väsentligt för studien. Hur verkligheten i barnhabiliteringen skapas, eller konstrueras, är därmed föreliggande studies forskningsfokus.

Syfte och frågeställningar

Mot bakgrund av ovanstående är syftet med studien att undersöka hur yrkesverksamma vid barn- och ungdomshabiliteringen uttrycker sig om sina möjligheter att utöva sitt uppdrag utifrån föreställningar om den egna professionella funktionen och om barnens föräldrar. Syftet kommer att besvaras med hjälp av följande huvudfråga:

Vilka diskurser verkar i barnhabiliteringens praktik; hur kan dessa förstås och problematiseras utifrån professionens funktion i det senmoderna samhället?

Ur denna forskningsfråga ställs följande två underordnade, mer analysnära forskningsfrågor. Den första fokuserar på vilka idéer som de professionella inom barnhabiliteringen väljer att identifiera sig med, vilka diskursiva positioneringar de intar i diskussionen om sig själva som professionella. Den andra inriktas mot föreställningar om föräldern, hur föräldern skapas, konstrueras, i samtal med habiliteringens professionella. Sammantaget svarar båda underordnade forskningsfrågor upp mot huvudfrågan, att undersöka diskurser i barnhabiliteringens praktik.

Hur positionerar sig professionella inom barnhabiliteringen i förhållande till sin praktik?

Hur konstrueras föräldern i barnhabiliteringen?

Avgränsningar

I föreliggande studie är syftet med studien att undersöka hur yrkesverksamma vid barn- och ungdomshabiliteringen uttrycker sig om sina möjligheter att utöva sitt uppdrag utifrån föreställningar om den egna professionella funktionen och om barnens föräldrar. Studien syftar inte mot att undersöka professionell autonomi eller jurisdiktion, inte heller är avsikten att skapa kunskap om vilka organisatoriska gränsdragningar som görs vid barnhabiliteringen.

Disposition

Efter detta inledningskapitel presenteras i kapitel två barnhabiliteringen, dels utifrån ett historiskt perspektiv och dels utifrån nuvarande idé och organisation. Därefter görs en koppling till studier om människobehandlande organisationer och det senmoderna samhället. I uppsatsens tredje kapitel redovisas studiens teoretiska utgångspunkter och i det fjärde redogörs för val av metod och hur jag gått tillväga med empiriinsamling och analys. Det femte och mest omfattande kapitlet utgör studiens resultat. Här analyseras materialet och presenteras med hjälp av citat ur empirin. Kapitel sex problematiserar och diskuterar resultatet mot bakgrund av studiens teoretiska perspektiv kopplat till tidigare forskning. Avslutningsvis görs en kort reflektion över studien som helhet och hur resultatet kan förstås och återkopplas till praktiken.

2 Forskningsfält – habilitering och familj i det senmoderna samhället.

För att förstå dagens barnhabilitering presenteras i detta kapitel först vården och omsorgen om barn med funktionsnedsättning ur ett historiskt perspektiv. Studiens syfte att undersöka hur yrkesverksamma vid barnhabiliteringen uttrycker sig om sina möjligheter att utöva sitt uppdrag kräver ett avsnitt om barnhabiliteringens praktik utifrån mål, organisering och vårdprocess. Forskning om människobehandlande organisationer ges här ett utrymme i syfte att kontextualisera och förstå barnhabiliteringen. Eftersom verksamheten vänder sig till barn förutsätts ett samarbete med föräldrar. Det blir därför nödvändigt att även reflektera över familj och föräldraskap. Slutligen görs en övergripande presentation av det senmoderna samhället i syfte att förstå familjens förutsättningar idag och barnhabiliteringens nutida verksamhet.

Barn- och ungdomshabiliteringens framväxt

Habiliteringsverksamheten i Sverige har två ursprung: habilitering för rörelsehindrade och omsorger om personer med intellektuell funktionsnedsättning inleddes i slutet av 1800-talet med att ortopedier i Sverige började ägna sig åt ”vanföra” och ”lytta”. Vården bedrevs genom privata initiativ eller föreningar. 1885 invigdes Eugeniahemmet som tog emot obotligt sjuka barn. Verksamheten utvecklades till att så småningom bli en kombination av skolhem och en modern sjukvårdsinrättning för rörelsehindrade med tonvikt på ortopedi. Med erfarenhet från efterkrigsårens rehabilitering av vuxna utvecklades under 40-talets senare del habilitering för barn i USA och Storbritannien. Ett nytt omhändertagande av barn med rörelsehandikapp och en ökad förståelse av barnets behov ledde till en snabb utveckling av barnhabilitering även i Holland, Danmark och Norge. Under 50-talet nådde de nya behandlingsidéerna Sverige och små behandlingsenheter knutna till sjukhusen växte fram som skulle stödja behandlingen av barnen som nu ansågs ha det bäst hemma hos sina familjer. Verksamheten riktades främst till de spastiska barnen (senare cerebral pares). Under 60-talet öppnade habiliteringen även upp för barn med andra rörelsehinder och perceptuella och motoriska störningar (Bille & Olow 2009).

Även kring omsorgen av barnen med kognitiv funktionsnedsättning har det funnits ett samhälleligt intresse sedan 1800-talet. Vid industrialismens genombrott började personer med kognitiv funktionsnedsättning kategoriseras som en särskild grupp. Anstalter och institutioner som från början hade en omhändertagande och positiv ambition etablerades. Liksom för barnen med rörelsehindrade barnen med en filantropisk grund. Under mellankrigstiden hårdnade klimatet både ekonomiskt och attitydmässigt och man upptäckte både att gruppen var stor och att medicinska insatser hade dålig effekt. Ambitionen blev nu istället att skydda omvärlden mot personer med utvecklingsstörning vilket motiverade institutionalisering och sterilisering. Under efterkrigstidens ekonomiska expansionsperiod byggdes nya institutioner upp som möjliggjorde en mer differentierad omsorg om barnen. Målsättningen var nu den omvända, barnen med utvecklingsstörning ansågs behöva skydd mot omvärlden.

Under 70- och 80-talen var det politiska budskapet normalisering och integrering och av-institutionaliseringen tog fart (Larsson 2001). 1967 kom den första omsorgslagen som gav

personer med kognitiv funktionsnedsättning rätt till vård, boende, utbildning och sysselsättning, ansvaret åvilade staten och landstinget SFS (1967:940). 1985 kom en ny omsorgslag som stärkte rättigheterna för personer med kognitiv funktionsnedsättning, förvärvade hjärnskador och barndomspsykos (senare autism). Ansvaret för vård och boende gick nu över till kommunerna SFS (1985:568). 1994 infördes Lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387) och omfattar personer med omfattande, bestående funktionsnedsättning efter särskild prövning (Tideman 2000). Organiseringen av vård och omsorg förändrades i samband med lagens införande. De habiliterande vårdinsatserna organiserades av landstinget och distriktsteam byggdes upp med läkare och beteendevetare. Organiseringen av vården av barn med funktionsnedsättningar har drivits som två parallella verksamheter. För barnen med rörelsehinder var habiliteringen inriktad på medicinsk behandling och rörelseträning. För barnen med kognitiv funktionsnedsättning låg fokus på omsorg, anpassning och träning av sociala förmågor (Bohlin 2009). De två olika traditionerna skulle nu smälta samman i en organisation. Verksamheten utvecklades, olika specialiteter samverkade och tekniska hjälpmedel utvecklades. Dessa tankar om samordnad habilitering förordades redan på 70-talet. Det ansågs att förutsättningarna för en helhetssyn på barnens behov skulle öka om stödet gavs från en organisation. Carlhed (2007) har studerat hur habiliteringen formades mellan 1960 och 1980. Genom studier av trosföreställningar och symbolisk makt inom habiliteringen beskrivs hur praktiken vann status genom medicinens kraft, och hur befintliga yrkesgrupper definierades och omdefinierades för att passa in i den medicinska diskursen. Vidare pekar hon på hur professioners status och jurisdiktion skiljde sig åt beroende av hur väl de lyckades med denna anpassning. Carlhed visar hur handikapprörelsen och föräldraföreningar tillsammans med professionella i ett gemensamt ”Vi” arbetade för ”Saken” som innebar att bidra till bättre liv för barn med funktionsnedsättningar. En allians mellan målgrupp och professionella växte fram genom exempelvis brukarföreningars finansiering av kunskapspridning och utbildning för professionella.

Idag har i stort sett alla landsting en samordnad habilitering och nu samsas de två diskurserna, den ”medicinska” och den ”sociala” även om de fortfarande delvis har skilda mål och prioriteringar gällande behandlingsinnehåll (Carlhed 2007). Habiliteringens vardagspraktik kan därmed sägas utgöra ett psykosocialt händelseförlopp där livskvalitet och vikten av att se barnet i sitt sammanhang betonas, samtidigt som habilitering är en medicinsk specialitet (Bohlin 2009). Historien visar på en utveckling från en diskurs där barnets funktionsnedsättning med skada eller sjukdom var centralt för habiliteringens insatser, mot en diskurs där omgivningens attityder och föreställningar om skadan eller sjukdomen blir vägledande för vilket stöd barnet och familjen erbjuds (Lindqvist 2012).

Barnhabiliteringens praktik

Verksamheten

Målet med habiliteringsarbetet är att barnet genom träning och eget inflytande kan förebygga beroende och skapa utveckling för att minska glappet mellan krav och kompetens. Habiliteringen arbetar med utredande och behandlande åtgärder med utgångspunkten att förbättra, stärka och bibehålla funktioner, samt utveckling av strategier och verktyg för att kompensera funktionsnedsättningen och nå aktivitet och delaktighet. Förutom en yrkesmässig kunskapsram ska även habiliteringen inneha en kulturell kunskapsram präglad av samtidens

religiösa och politiska värderingar. Personalen ska sträva efter att skaffa sig en insikt i den enskilda familjens föreställningar om barnets funktionsnedsättning (Hesselberg, Schiörbeck & Von Tetzchner 2013). Sveriges Habiliteringschefer skriver i sitt policydokument (2016) att habilitering till barn och ungdomar sker i nära samarbete med föräldrar och andra i barnets nätverk. Delad kunskap och gemensamma mål lyfts fram som betydelsefullt och kunskapsförmedling till nätverket utgör en central del av verksamhetens innehåll. Detta nära samarbete är inte komplikationsfritt. Professionella kan ha olika tankar om vad som är barnets bästa vilket kan medföra förtroendeglapp och tillitsproblem (Bohlin 2009).

Habiliteringens verksamhet regleras genom hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). I paragraf 3b stadgas att landstinget/regionen ska erbjuda habilitering till dem som är bosatta inom landstinget/regionen. Vidare ska habilitering enligt lagen planeras i samverkan med den enskilde och planerade och beslutade insatser ska framgå av planen. Barnhabiliteringens målgrupp är barn och ungdom med medfödda eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar (Socialstyrelsen 2016). Habiliteringens verksamhet är utformad på olika sätt i Sverige. Diagnosgrupper, organisation och tillgänglighet kan skilja sig åt. I Västra Götalandsregionen är habiliteringens målgrupp barn med intellektuell funktionsnedsättning, autismspektrumtillstånd, förvärvad hjärnskada och fysiska funktionsnedsättningar. Liksom på de flesta håll i Sverige erbjuder Västra Götalandsregionen habiliterande insatser genom lokala mottagningar. En del av habiliteringsutbudet som gruppbehandling och utbildning samordnas i regionen. För att få tillgång till vården krävs remiss från annan vårdgivare eller egenremiss kompletterad med utredning som styrker målgruppstillhörighet (Habilitering och Hälsa, Västra Götalandsregionen 2016). I andra landsting som exempelvis Stockholms län finns visst habiliteringsutbud som föräldrar kan få tillgång till utan remiss. En sådan är ”Tittut”, en verksamhet för föräldrar och små barn under två år (Habilitering och Hälsa, Stockholms läns landsting 2016). Uppsala län erbjuder ett mobilt team där riktade insatser ges i hemmiljö, förskola/skola och korttidshem (Hälsa och Habilitering, Uppsala 2016). Både i Uppsala och Stockholm kan föräldrar söka till separata kris- och samtalsmottagningar skilda från de lokala mottagningarna. I andra landsting och regioner finns ytterligare exempel på variation av hur habiliteringsuppdraget utformas.

Habiliteringen tillhandahåller medicinsk, pedagogisk, social och psykologisk kompetens. Personalen har specialistkompetens inom funktionshinderområdet och en gemensam habiliteringskompetens utvecklas i teamarbete. (Sundqvist 2014). Teamarbetet sker genom formaliserade möten där åtta professioner kan ingå: sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, logoped, psykolog och specialpedagog, sjuksköterska och läkare. Thylefors (2005) använder begreppet tvärprofessionella team för att beskriva samverkande professioner organiserade i arbetslag. Hon har tagit fram en modell för att typologisera team utifrån olika aspekter av specialiserade yrkesroller, styrning och samordning. I en studie (Thylefors et al. 2000) av barnhabiliteringsteam fann Thylefors att teamledning var väsentlig för professionellas upplevelse av inverkan på varandra och upplevelse av meningsfullt mötesinnehåll.

Även Bohlin (2009) har studerat barnhabiliteringen utifrån teamarbetet. Hon såg att de medicinska och sociala tolkningsramarna samexisterar och fortfarande konkurrerar om tolkningsföreträde och att det sociala perspektivet är underordnat det medicinska. Medicinska skador och konsekvenser prioriteras högt i teamets strategiska arbete, och liksom Carlhed (2007) ser hon den klassiska hierarkin med läkaren som den tongivande professionen.

Vårdprocessen

För att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet arbetar de professionella i habiliteringen utifrån en sammanhållen vårdprocess där hälsotillstånd utreds och hälsoproblem behandlas. Vårdprocessen för barnhabiliteringen beskrivs bestå av två delar. Dels att åtgärda hälsoproblem som innefattar att bedöma behov och planera behandlande insatser. Därefter aktivitet och utvärdering. Aktivitet beskrivs som att möta patienten och genomföra behandlande åtgärder (Sundqvist 2014). Begreppet behandling har ingen entydig innebörd. Olika professioner och organisationer tycks lägga in olika betydelse i begreppet. Socialstyrelsen (2016) definierar begreppet behandling som ”åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara den enskildes hälsotillstånd”. Exempel som anges är läkemedelsbehandling, funktions- och aktivitetsträning, psykologisk och psykosocial behandling, förebyggande behandling, manuell behandling och medicinteknisk behandling. Socialstyrelsen klassificerar även andra vårdåtgärder (KVÅ) som exempelvis information och undervisning som syftar till att ge den enskilde och dennes närstående ökad kunskap om aktuellt hälsoproblem och hur detta ska skötas. Grunden för vårdprocessen är klassifikationssystemet ICF-CY, International Classification of Functioning Disability and Health – Children and Youth. Klassifikationerna är utvecklade av Världshälsoorganisationen WHO, och gavs först ut för vuxna 2001. Barn- och ungdomsversionen är en vidareutveckling av vuxenklassificeringen och publicerades 2006 (Socialstyrelsen, WHO 2010). Det övergripande målet med klassifikationen är att säkerställa ett standardiserat språk och en struktur i beskrivning av funktionsförmåga och funktionshinder i relation till hälsa. Klassifikationen kan användas av olika discipliner över nationella gränser för vidareutveckling av policy, service och forskning riktad till barn och ungdomar. Klassifikationen har flera syften: att ge en vetenskaplig grund för att förstå hälsorelaterade tillstånd och dess konsekvenser; användande av ett gemensamt språk för att beskriva hälsa; förbättra kommunikation mellan olika användare, människor med funktionsnedsättningar, politiker, sjukvårdsanställda och forskare och slutligen för att möjliggöra jämförelser av data mellan olika länder och kulturer (Socialstyrelsen, WHO 2010, Granlund & Pless 2011). Redan ett år efter att barn och ungdomsklassifikationen infördes i Sverige studerade Adolfsson (2011) svenska habiliteringsteam utifrån användningen av ICF-CY för kartläggning och habiliteringsplanering. Enligt Andersson (2015) uppfyller ICF ännu inte det tänkta syftet. Definitionen av, och avsikten med begreppen är inte förankrade i de professionellas vardagspraktik och innebörden ännu inte synliggjord för barn och föräldrarna.

Habiliteringen och föräldrarna

Novak, Broberg och Starke (2013) har studerat föräldrar till barn med funktionsnedsättningar utifrån deras upplevelser av stöd och har bl.a. funnit att stödet till föräldrarna måste utformas och anpassas individuellt för att inte medföra merarbete och stress. Flera utländska studier pekar åt samma håll. I en australiensisk studie av David och Gavidia-Payne (2009) visar resultatet att familjecentrerat professionellt stöd anpassat efter de unika behoven hos varje familj var en av de starkaste predikatorerna för familjers livskvalitet. Motsvarande resultat går att återfinna i en nederländsk studie av föräldrar till barn med flerfunktionsnedsättning (Jansen, van der Putten & Vlaskamp 2012). Jeglinsky et al. (2011) har i en finsk studie kring barn med cerebral pares funnit att förutsättningar för att kunna ge familjecentrerat stöd ökar om vården organiseras i tvärprofessionella team.

Broberg, Norlin, Nowak och Starke (2014) redovisas att det råder en osäkerhet kring ansvarsfördelning av stödinsatser till föräldrar. Vidare uppmärksammas att det finns brister i samverkan, att det finns behov av mer förebyggande psykologiskt stöd och att stödet till familjer försämras i takt med barnets stigande ålder. Forskarna fann också att föräldrar födda utanför Sverige önskade mer stöd än de föräldrar som var födda i Sverige. I en fördjupad analys fann de även att det fanns skillnader i behov av stöd mellan fäder och mödrar. Mödrar vars barn har funktionsnedsättningar efterfrågar mer emotionellt stöd än fäderna. Utrikesfödda föräldrar önskade i större utsträckning än svenskfödda föräldrar, att träffa andra föräldrar vars barn har funktionsnedsättningar (Nowak, Broberg, Starke 2016).

Habiliteringen som människobehandlande organisation

Habiliteringen är som specialistvård en människobehandlande organisation. Människobehandlande organisationer, dit även exempelvis socialtjänst, skola och sjukvård, spelar en stor roll för människors välbefinnande (Hasenfeld, 1982/2010). Den här typen av organisationer definieras ofta utifrån dess funktion. Utifrån Hasenfeldts teorier kring människobehandlande organisationer sammanfattar Johansson, Dellgran och Höjer (2015) organisationernas funktion utifrån åtta gemensamma karaktärsdrag: För det första har människobehandlande organisationer som huvuduppgift att skydda, bibehålla eller förbättra det personliga välbefinnandet bland människor genom att definiera, förändra eller bibehålla deras egenskaper. Barnhabiliteringens patienter har alla dessa tre behov (Socialstyrelsen 2008). Det andra karaktärsdraget fokuserar verksamhetens kärna vilken är interaktionen mellan dess personal och samhällsmedborgaren. Inom barnhabiliteringen är just interaktionen mellan de professionella och barnets föräldrar centralt för verksamheten (Föreningen Sveriges habiliteringschefer 2016). För det tredje handlar människobehandlande organisationer om att värdet av att organisationens arbetsmetoder är i samklang med rådande kulturella normer och värderingar vilket framhålls i habiliteringens uppdrag (Hesselberg, Schiörbeck & Von Tetzchner 2013). Det fjärde karaktärsdraget är att verksamheten är ställd under demokratisk/politisk styrning. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) skall landstinget erbjuda habilitering. Den femte punkten lyfter fram att verksamheten innehåller stora osäkerheter och risker för att människor ska skadas, vilket kräver arbetsmetoder utförda av professioner med betydande handlingsutrymme. Punkt nummer sex visar på att verksamheten är föremål för administrativ/byråkratisk och juridisk styrning. Karaktärsdrag sju åsyftar att de behov organisationernas målgrupper har ofta förutsätter samordning, samverkan och samarbete mellan olika huvudmän, organisationer och professioner. Habiliteringen ska utifrån den enskildes behov samverka med övrig hälso- och sjukvård, andra aktörer och patientens nätverk (Socialstyrelsen 2008). Det åttonde och sista karaktärsdraget handlar om maktförhållanden som ständigt närvarande i människobehandlande organisationers praktik. Inom barnhabiliteringens praktik skulle de förhandlingar kring val av behandlingsmetoder och utförande av behandling som pågår mellan professionella och föräldrar förstås som ett exempel på denna typ av maktförhållande (Bolin 2009).

Studier av människobehandlande organisationer återfinns inom det stora och ständigt växande, mångvetenskapliga fältet organisationsforskning (Dellgran & Höjer 2015). Föreliggande studie har ingen organisationsteoretisk ansats, men det är ändå av vikt att knyta till forskning från detta fält för att kunna besvara studiens syfte att undersöka hur yrkesverksamma vid barnhabiliteringen ser på sina möjligheter att utöva sitt uppdrag utifrån föreställningar om den egna funktionen. Frågor om tillsyn, styrning, utvärdering och

kvalitetsmätning har sedan slutet av nittioalet fått ett allt större utrymme i vårt samhälle och i de människobehandlande organisationerna. Intresset för, och kraven på kvalitetsmätning i Sverige följer trender i andra länder och internationella organisationer. Kvalitetssystem administreras av alla offentliga myndigheter, av internationella organisationer och på senare år även av privata aktörer (Lindgren 2014). Power (2000) beskriver den explosionsartade utvecklingen i västvärlden som lett fram till att vi idag lever i ett granskningsamhälle. Kritiska och postmoderna perspektiv på organisationer har inspirerat till studier inom denna granskningskultur (Johansson 2015). Här kan nämnas Ball (2003) och Bewan och Hood (2006), vars forskning handlar om verksamheters tendens att utforma och dokumentera sina verksamheter med tanke på att de ska vara möjliga att utvärdera. Utvärdering förväntas ha praktisk nytta. Under 70-80 talen sågs utvärdering som medel för verksamhetsförbättringar. Idag verkar den expanderande kontrollinriktade utvärdering som utförs i efterhand istället vara i fokus. Denna typ av utvärdering syftar till att säkerställa att verksamheter uppfyller mål om förväntad effektivitet och tycks inriktad på resultat i stället för kvalitet. Lindgren (2014) menar att offentliga verksamheter har svårt att operationalisera mål som kan mätas i siffror. Svårsmätta mål som handlar om effekter och resultat ignoreras medan fokus läggs på prestationsmått som lätt låter sig kvantifieras. Resultatstyrning är en av huvudprinciperna i New public management (NPM). Traditionellt i Sverige har ledare inom offentlig sektor styrt sina verksamheter av tillit från politiker och folket. Numera verkar dock en mer instrumentell syn vara rådande. Tillit anses inte tillräckligt, ledare för offentliga verksamheter ska systematiskt rapportera resultat (Lindgren 2014).

Professionellas autonomi har förändrats i takt med att verksamheternas krav på olika styrningsbehov har ökat. Tidigare har människobehandlande organisationer varit styrda av yrkesprofessionell logik. Idag är det istället idéer om organisationsprofessionalism som är ledande. Intern och fortlöpande kollegial kvalitetskontroll under arbetets alla faser har ersatts av externt formulerad kontroll som utförs i efterhand (Aamodt, 2014; Evetts 2011; Lauri 2016; Lindgren 2014). Förändringen kan utgöra ett hot mot professionellas handlingsutrymme, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten för den enskilda patienten/klienten (Lauri 2016; Liljegren & Parding 2010).

Bejerot, Hasselbladh och Gustavsson (2008) har studerat hur nya former av styrningsregimer överskrider organisatoriska gränser inom svensk hälso- och sjukvård. Exempel på dessa styrningsregimer är lagar och föreskrifter, evidensbaserade metoder, EBM, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Prioriteringscentrum, vårdgarantier, arbetsprocesser, nya organisationer mm. I habiliteringens uppdrag (Sundqvist 2014) redogörs för hur ovanstående övergripande styrningsregimer har arbetats in i habiliteringsarbetet i form av prioriteringsdokument, vårdprocess, sortering av vårdåtgärder och evidensbaserade metoder. Långsiktiga konsekvenser av denna styrning uppges vara en medveten och omedveten diskursiv styrning av kunskapsformer, ideal och praktiker. Vidare spås en förskjutning av makt från professionell nivå till styrningsregimens egenvärde.

Familjepraktik

Begreppet familj är inte entydigt och har definierats på många sätt (Asplund 1991). När Morgan (2011) använder begreppet familjepraktik menar han att vardagens rutiner, viktiga

händelser och aktiviteter, *doing family* (s.5) är familjelivets grund. Bekkengen (2011) däremot diskuterar definitionen familj utifrån relationer och positioner, relationen vuxen-vuxen och relationen vuxen-barn. Relationen till barnet är ofta den mest centrala relationen för föräldrarna. Betydelsen av barn har blivit större när andra familjeband blivit instabilare och skilsmässor och separationer har ökat.

Föräldraskap kan utövas på olika sätt. Halldén (1992) gör två distinktioner. Den första, där barnet ses som varande, där barndom och utveckling ses som en naturligt driven process. I det andra sättet att förstå föräldraskap ses barnet som projekt, vilket innebär att föräldern blir viktig som aktivt styrande av barnets utveckling. Faktorer som geografi, kultur, social bakgrund och kön spela roll för vilket synsätt som blir dominerade. Män verkar i större utsträckning uppfatta barnet som styrd av egna inneboende krafter (Bäck-Wiklund & Bergsten 1997).

Män och kvinnor spenderar allt mer tid på sitt arbete, familjens behov konkurrerar med arbetets dragningskraft. Hochschild (1997) benämner arbetet som det nya hemma och visar på arbetets komplexa kulturella värde för människors välbefinnande och lycka. Studier har visat att människors stressnivåer är generellt lägre på arbetet än i hemmet. Detta kan delvis förklaras med svårigheterna att förena de båda livsuppgifterna (Damaske, Smyth & Zawadzki 2014). För familjer som har barn med funktionsnedsättningar är denna utmaning än svårare. Det finns idag mycket forskning kring dessa föräldrars livssituation. Den fysiska och psykiska hälsan påverkas liksom relationer, förvärvsarbete och ekonomi. (Kilic et al 2013; Lee 2009; Norlin & Broberg 2013; Raina 2006). Föräldrar påverkas starkt av alla de kamper de måste föra för sina barns rätt till god vård och utbildning (Fereday, Oster & Darbyshire 2010). Norlin och Broberg (2013) har i sin forskning funnit att föräldrar till barn med intellektuella funktionsnedsättningar är särskilt sårbara för påfrestningar i parrelationen. Deras forskning visar också att mödrarna i högre utsträckning än fäderna upplever stress och uppvisar en högre grad av psykisk ohälsa.

Det senmoderna samhället

Föräldrars livssituation skiljer sig till mycket stor del från den tid då habiliteringen växte fram på 1950- och 60-talen. Teoretiker talar om att vi lever i ett senmodernt samhälle vilket kännetecknas av stora förändringar i livsformer, familjeliv och människors uppfattningar om sig själva och världen. Begreppet senmodernitet introducerades i Sverige genom ungdomsforskningen på 1980-talet, samtidigt som begreppet infogades i en beskrivning av svensk samhällsförändring. Senmodernitetens början brukar förläggas till slutet av 1950-talet. Under denna tid inleddes i Sverige en allmän strukturomvandling med stora förändringar inom näringsliv, arbetsmarknad, bebyggelsemönster och samlevnadsformer. Kvinnors deltagande i arbetslivet ökade och utbildning blev en möjlighet för alla (Bäck-Wiklund & Bergsten 1997). Denna samhällsförändring torde ha stor betydelse för familjer med barn som har funktionsnedsättningar. Dessa föräldrar måste kunna hantera både ett komplext yrkesliv och samtidigt klara av att hantera de extraordinära föräldrauppgifter som följer med att vara förälder till ett barn med en funktionsnedsättning (Bohlin 2009).

Flera europeiska samhällsteoretiker har analyserat denna strukturomvandling som betecknas på flera sätt. Förutom begreppet senmodernitet används begreppen reflexiv modernitet, och postmodernitet för att beskriva vår tid som kännetecknas av att rammar raseras och mönster

upplöses. ”Det tycks pågå flera spel samtidigt och varje spel förändrar sina regler medan det spelas” (Bauman, 2013, s. 153). Tidigare givna orienteringspunkter som fick världen att verka stabil och vägledde människors livsstrategier är under förändring. Bauman (1998) arbetar med begreppen modern och postmodern utifrån hur människan hanterar osäkerhet och ambivalens i tillvaron, där postmoderniteten kännetecknas av en osäkerhet och upplösning av etiska värden. En majoritet av befolkningen känner en osäkerhet över var de står och vart de är på väg. Jobb kommer och går, kompetenser nedvärderas och överträffas, aktiekurser går upp och ned, mål som är värda att investera i förändras och partnerskap ingås bara tills vidare.

En central utgångspunkt i senmoderna teorier är att samhällen blir alltmer komplexa. För några decennier sedan kunde människor själva bestämma över om de ville anamma ny kunskap. Idag finns inte samma möjlighet eftersom datoriseringen av samhället inneburit att människor i någon mening tvingas in i system. Den ökande kunskapsmängden ställer krav på individen att ta ställning i svåröverskådliga frågor. I takt med att traditionella och institutionella former som familjen, äktenskapet, könsroller, klassmedvetenhet och institutioner förlorar i betydelse tvingas individen klara problem och utmaningar på egen hand (Beck 1998). Därmed efterfrågas ofta expertkunskap inom området barn och föräldraskap. Samtidigt oroar sig föräldrar över att expertkunskapen har kort giltighetstid. Budskapen växlar snabbt över tid och experter har olika tankar om vad som är barnets bästa. Det blir därför angeläget att kommunicera med personer som har aktuella erfarenheter inom området. Föräldrar har sedan slutet av nittioalet använt internet för att interagera med andra föräldrar och söka stöd i frågor kring barnen. De engagerar sig på olika föräldrasajter och forum, men även slutna Facebook-grupper kan fylla denna funktion. (Plantin & Daneback 2010). Inläggen på föräldrasajterna kan vara starkt normativa och exkludering av oliktankande är inte ovanligt (Alstam 2013). Det finns trådar och grupper för olika teman, intressen, barn och föräldrars specifika behov. Konsekvensen av denna utveckling för föräldrar till barn med funktionsnedsättningar kan troligen upplevas som stödjande, men också skapa oro och stress.

Sedan början av nittioalet har välfärdsmodellen delvis nedmonterats och styrs nu av mer ekonomiserade system än de folkhemsideal modellen traditionellt bygger på (Hansson 2009). Välfärdsstaten anklagas för att inte lyckas med att göra människor oberoende och självförsörjande. Människobehandlande arbete bedöms efter verkningsgrad och kostnader. Omsorg om funktionshindrade, arbetsoförmögna eller sjuka har inget värde i sig, beroende har blivit ett fult ord (Bauman 2013). Utifrån professionella inrättningar som exempelvis habiliteringen kan det senmoderna samhället ses som problematiskt då kunskapsgrunder och erfarenheter tenderar att ses som mindre väsentliga. Giddens (1997) menar att det inte finns någon stabil social värld att skapa kunskap om. Världen konstitueras istället av *reflexivt tillämpad kunskap*, där kunskapen alltid revideras. Människor måste i allt större utsträckning konstruera *identitet* och livsvägar genom självreflektion och blir upptagna av frågor som vart ska jag, vart tar mig den väg jag har valt? Individen behöver vara uppmärksam på samhällsförändringar så att ny identitet kan väljas ifall den tidigare valda förlorar sin attraktionskraft (Bauman 2013). Individen formar idag sin egen identitet och livsväg utan att ta hänsyn till traditionella strukturer. Begreppet livsstil betecknar de beteenden, vanor och rutiner som individen utvecklar (Giddens 1997). Människor måste förhålla sig till den allt mer ökade *individualiseringen*, det är omöjligt att ställa sig utanför. Vad betyder det för habiliteringens verksamhet att motsättningar i samhället och strukturproblem ses som individproblem? Att individen själv måste kämpa med de risker som livet är fullt av, vad betyder det för familjerna? Samtidigt framstår familjelivet i dagens senmoderna samhälle inte

som lika centralt som tidigare. Istället är jobb och karriär i fokus. Människor likställs med yrke och ger information om inkomst, status, sociala kontakter, intressen och språklig förmåga. *Förvärvsarbetets betydelse* i det senmoderna samhället, där lönearbetet har fått en allt större betydelse, är avgörande för identitet och livsmening (Hochschild 1997). Hochschild skriver ingenting om specifikt föräldrar till barn med funktionsnedsättningar, men en reflektion kan vara att dessa föräldrar upplever extra stora svårigheter med att barnets omfattande behov ställs mot den egna yrkesidentiteten.

Sammanfattning

Barnhabiliteringen var under dess framväxt, under 1950-talet och framåt, indelad i två parallella verksamheter: en medicinskt inriktad för barn med rörelsehinder och en mer psykosocialt orienterad för barn med kognitiva funktionsnedsättningar. Redan under 1970-talet förordades dock tankar om en samordnad rehabilitering, vilket idag är kännetecknande för verksamheten. Från att ha fokuserat barnets skada eller sjukdom, riktas uppmärksamheten idag mot omgivningens attityder och föreställningar om funktionsnedsättningen (Bolin 2009; Carlhed 2007; Lindqvist 2012).

Barn- och ungdomshabiliteringen kan utifrån Johansson, Dellgran och Höjers (2015) definition betraktas som en människobehandlande organisation. För människobehandlande organisationer har senmoderniteten inneburit att tidigare folkhemsideal som styrts verksamheten har ersatts av mer ekonomiserade system. Idéer om styrning utifrån organisationsprofessionalism står nu i fokus i stället för logik utifrån yrkesprofessionalism. (Hansson 2009; Lauri 2016)

Det senmoderna samhället har också inneburit stora förändringar för familjepraktikerna. Yrkeslivet har fått ett allt större värde och konkurrerar med familjelivet. Föräldraskapet kännetecknas av reflexivitet och föräldern förväntas ständigt ta ställning till ny kunskap om barns behov och fostran. Att förena de båda livsuppgifterna familj och yrkesliv, samt hålla sig uppdaterad om ny kunskap, blir en extra stor utmaning för föräldrar som har barn med en funktionsnedsättning. Dessa föräldrar uppvisar också en högre grad av psykisk ohälsa (Hochschild 1997; Giddens 1997; Norlin & Broberg 2013).

Mot bakgrund av ovanstående genomgång av tidigare forskning och de förutsättningar som barn- och ungdomshabiliteringen idag lyder under blir det intressant att undersöka hur yrkesverksamma vid rehabiliteringen själva konstruerar sin verklighet. Sedan barnhabiliteringens start under 1950-talet har såväl samhället som verksamheten förändrats radikalt och tidigare forskning pekar på en rad aspekter som torde påverka vilka diskurser som blir styrande för både hur konstruerar sin egen funktion som professionell i den egna verksamheten och hur ser på barnets föräldrar. Med utgångspunkt i detta intresse läggs i studien därmed stor vikt vid hur professionella i barnhabiliteringen talar med varandra om detta i sin vardagliga sociala praktik och hur kunskap om barnhabiliteringen produceras i dessa samtal. I nästa kapitel presenteras studiens vetenskapsteoretiska grund där kunskap förstås som något som skapas i språklig interaktion bunden till kultur och sociala praktiker.

3 Teoretiska utgångspunkter

I detta kapitel presenteras de teorier jag använder mig av för att analysera och diskutera min empiri. Mot bakgrund av det syfte jag ställt upp för min undersökning, att undersöka föreställningar om den egna professionella funktionen och om barnens föräldrar, blir en socialkonstruktionistisk teoretisk grund relevant. En socialkonstruktionistisk grund öppnar upp för att undersöka vilka föreställningar i form av värderingar, normer och ordningar som skapas i en praktik (Börjesson, 2003), i detta fall barnhabiliteringens praktik. Det finns inte en given sanning om hur man inom barnhabiliteringen bör se och förstå barns föräldrar och tidigare forskning har visat att det idag även finns en viss osäkerhet kring barnhabiliteringens uppdrag (Bohlin, 2009). Här blir därför idéer kring föräldrar och barnets behov särskilt väsentliga att undersöka. Med en socialkonstruktionistisk utgångspunkt kan studien inriktas mot hur verksamma inom habiliteringen i social interaktion skapar sin egen förståelse kring dessa frågor centrala, liksom hur dessa förståelser etableras som faktiska. Med utgångspunkt i intresset för hur förståelser skapas blir diskursbegreppet därmed användbart. Diskurs kan förstås på många sätt, men det gemensamma är intresset av att problematisera hur betydelser konstrueras (Burr, 2003), i detta fall, betydelsekonstruktioner inom barnhabiliteringen och mer specifikt idéer kring den egna professionen och barnets föräldrar. Inledningsvis presenteras den socialkonstruktionistiska grunden. Därefter ges en begreppsförklaring till det diskursbegrepp som används i studien.

Socialkonstruktionism

Ontologiskt utgår socialkonstruktionismen från en teori om att verkligheten är socialt konstruerad (Sohlberg & Sohlberg 2014) vilket innebär att människor i social interaktion skapar olika definitioner/konstruktioner som blir styrande för deras liv. I alla organisationer, även i habiliteringen, skapas i interaktion versioner av verkligheten, vilka etableras som naturliga och logiska. Dessa sociala versioner, eller konstruktioner, förhåller sig alltid till processer i det förflutna och är i den meningen rekonstruktioner.

Inom Socialkonstruktionismen betonas hur vi subjektivt uppfattar sociala strukturer eller institutioner, inte strukturens eller institutionernas objektiva eller verkliga existens (Fangen 2005). Burr (2003) förklarar socialkonstruktionismen genom fyra centrala aspekter. (1) Den första är det kritiska förhållningssättet mot förgivettagen kunskap som uppmanar oss att vara misstänksamma mot våra antaganden om hur världen ser ut. Det sätt på vilket vi kategoriserar världen behöver inte nödvändigtvis vara verkligheten. (2) Den andra centrala aspekten visar på att hur vi förstår världen är kulturellt och historiskt betingat och är beroende av de särskilda ekonomiska och sociala dispositioner som råder i kulturen vid en viss tidpunkt. (3) Den tredje aspekt som Burr lyfter fram som kännetecknande för socialkonstruktionismen är att kunskap hålls vid liv genom sociala processer. Dagliga interaktioner mellan människor fabricerar just den egna kulturens kunskap. All interaktion, inte minst den språkliga, är intressant för socialkonstruktionister. (4) Den fjärde och sista centrala aspekten är att kunskap och social handling är förbundet med varandra. Alla olika konstruktioner för med sig olika handlingar av människor. Konstruktioner upprätthåller vissa handlingsmönster och utesluter andra. De är därmed förknippade med maktutövande då de implicerar vilka handlingar som är tillåtna (Burr 2003).

För en människobehandlande organisation blir det viktigt att konstruera sin klient/patient med avseende på de egenskaper organisationen ska hantera (Sohlberg & Sohlberg 2014). På motsvarande vis blir det viktigt att uppmärksamma hur professionella i denna typ av organisationer konstruerar sig själva i interaktion med såväl kollegor som klienter/patienter. Utifrån ett socialkonstruktivistiskt perspektiv, där konstruktioner ses som upprätthållande för handlingsmönster, kan detta vara avgörande för i vilken mån organisationerna når förväntat resultat eller ej.

Diskursteori

Forskare inom olika discipliner, bland andra antropologi, historia, sociologi, pedagogik, statsvetenskap och lingvistik använder sig av diskursteori i studier, som i likhet med denna, intresserar sig för produktion av sanning. Diskurs får olika betydelse, räckvidd och tillämpning beroende av inom vilken teoretisk ram den används (Howarth 2007). Michel Foucault, som var den som lade grunden till diskursbegreppet, studerade hur diskurserna utövar makt över människors sätt att tänka och förstå världen. Diskurser synliggör enligt Foucault hur sanningsregimer lyckas etablera viss kunskap som sann, medan annan undertrycks (Foucault 1971/1993). Makten kopplas dock inte till någon individs eller grups vilja till maktutövande (Sohlberg & Sohlberg 2014), men i teorin kan vem som helst utöva makt genom diskurs. Inom diskursteori ses det därmed som väsentligt att vara uppmärksamma på den diskursiva makt som utövas i en viss grupp av människor eller institution (Burr 2003). Foucault lanserade också begreppet *governmentality* (Foucault 1978/1991), som på svenska kan översättas till styrningsmentalitet. Med begreppet ville han visa hur en slags förinställning av grupper av människor i alla tider kom att bli styrande för hur de kategoriserades och behandlades i samhället. Foucault visade i sina studier hur människor internaliserar värderingar och normer i kontroll av sig själva (Gottzén 2011). Med Foucault som grund definierar Börjesson (2003) diskurs som en reglerad samtalsordning med institutionaliserade framställningsprocedurer. Mer specifikt ser Börjesson (2003) diskurser som representationer eller föreställningar av verkligheten, samtidigt som diskurser skapar världen genom tyngdpunkter och selektiva skildringar. Med diskurser skapas mening, sammanhang och förståelse. Diskursen fångar det-för-givet-tagna, det vill säga det dolda och självklart sanna i en kontext (Börjesson 2003). Avsikten i denna studie är att lyfta fram och granska självklara sanningar inom barnhabiliteringen

I föreliggande studie är dock begreppet *tolkningsrepertoarer* mer användbart då detta begrepp används för att understryka de diskursiva resursernas flexibilitet i synliggörandet av kommunikation, social handling och konstruktion av det egna jaget och andra. Här är just kommunikationen kring den egna positionen och föräldrarna i fokus, utifrån ett intresse av att empiriskt studera interaktion i barnhabiliteringen på en diskursiv mikronivå. I enlighet med detta används här tolkningsrepertoarer för att karaktärisera och problematisera vad som lyfts fram i interaktionen mellan människor (Potter & Wetherell 1996). Begreppet används inom diskurspsykologin, som i sig är en variant av diskursanalys, utvecklad inom socialpsykologin. Diskurspsykologin uppfattar identiteter som diskursiva då subjektet konstrueras i diskursiva lokala praktiker (Winther-Jørgensen & Phillips 2000). Med diskursiva menas i detta fall att meningskonstruktioner som läggs fram inom habiliteringen bygger på ett socialt konstruerat system av regler och betydelsefulla skillnader (Howarth 2007). Winther- Jørgensen- Philips (2000) skriver om social identitetsteori som ett användbart angreppssätt inom diskurspsykologin för att avgöra vad som sker med människor i grupsituationer, hur deras

identitet, värderingar och motivationer formas på mikronivå. Social identitetsteori ser kategoriseringar som en social process snarare än något statiskt på förhand givet. Identiteten är mer social än personlig när människor kategoriserar sig som medlem av en grupp. Gemensamma idéer om gruppen blir bas för självuppfattning. Därför används begreppet *subjekt* istället för identitet där subjektet positionerar sig på olika sätt beroende på den diskursiva kontexten. Subjektspositioner skapas därmed alltså i förhållande till diskurser, och beroende av inom vilken diskurs subjektet verkar kan det inta olika positioner (Howarth 2007).

Betydelsen av att vara medlem av ett habiliteringsteam kan, sett ur ett diskurspsykologiskt-teoretiskt perspektiv, ge en fördjupad förståelse för de förhandlingar som sker i förståelsen av relationen mellan föräldrar och personal. I föreliggande studie, där det empiriska materialet är framtaget genom gruppsamtal, blir den teoretiska förståelsen av språket väsentligt att klargöra. Enligt diskurspsykologin konstitueras den subjektiva psykologiska verkligheten genom språket, språket är inte bara ett uttryck för upplevelser (Potter & Wetherell 1996). Hur professionella inom barnhabiliteringen talar om sin funktion kan förstås på olika sätt, det är sällan givet hur vi ska förstå eller förklara människors uttryck. För att förstå andra människors uttalanden och uppfattningar uttolkar vi en värld som redan är uttolkad av subjekten själva (Karlsén 2012). Hur vi tänker om språkets funktion blir därmed viktigt. Det går inte att veta om det människor uttalar sig om säger något om vilken inställning de *egentligen* har. Men det intressanta är varför den verbala utsagan produceras och vad den åstadkommer (Alvesson 2003). Grunden i detta resonemang är att olika uppfattningar och identiteter skapas genom språket. Språkliga kategoriseringar blir styrande för vår tanke och är ofta möjliga att placera i något slags meningssammanhang. Vid varje företeelse vi uppmärksammar har språket föregått oss (Börjesson 2003). Ett uttalande under ett samtal om relationen mellan professionella och föräldrar säger ingenting om praktiken, men det kan däremot säga något om vilken repertoar av tolkningar medlemmarna har tillgång till. Denna tolkningsrepertoar kan ge information om vilka handlingar utsagorna öppnar för, hur praktiken utformas (Burr 2003). Uttalandena ingår som viktiga komponenter när en verksamhet som barnhabiliteringen skapar och reproducerar sig. De bidrar till att verksamhetens värderingar och attityder består (Alvesson 2003). Det blir därmed väsentligt att analysera de verbala uttalandena hos habiliteringspersonalen i studien för att förstå varför vissa ord och meningar i talet om föräldrar och det egna uppdraget blir framträdande och andra inte.

4 Metod och metodologi

Studien är kvalitativ, det vill säga den är inriktad mot analys av icke-kvantifierbara data, i denna studie analys av samtal. Studien är praktisknära i syfte att fånga röster från verksamheten och här har fokusgruppsamtal valts för produktion av empirin. Denna metod skapar förutsättningar för analys av hur behandlingspersonal inom barnhabiliteringen konstruerar mening och positioner i social interaktion. Diskursanalys som metod synliggör de specifika och unika kulturer som verkar styrande för vilka tolkningsrepertoarer som verkar inom barnhabiliteringen. Metodologin är induktiv och analysen baseras på en generalisering av det studerade materialet genom kodningar av identifierade samtalsteman i grupperna (Sohlberg & Sohlberg 2014).

Kvalitativ metod

Metoden utgår från de medverkandes, habiliteringspersonalens, perspektiv, empirin är mångtydig och öppen (Alvesson & Skoldberg 1998). Nylén (2013) reder ut begreppet kvalitativ forskning och visar att begreppet har flera betydelser. Målsättningen är inte att finna mängd och egenskaper utan betydelse och mening. Kvalitativ forskning är starkt knuten till teoriutveckling och öppnar möjligheter att bedrivas utifrån olika ontologiska och epistemologiska uppfattningar där metoderna är hämtade från många samhällsvetenskapliga discipliner. Kvalitativ forskning bedrivs i en miljö där forskaren spelar en avgörande roll för forskningsbidraget som ofta har en tolkande ambition. I föreliggande studie är jag som forskare själv en del av praktiken, vilket i sig kan ses som problematiskt men också som en stor möjlighet. Med mångårig erfarenhet av arbete inom barnhabiliteringen har jag en större möjlighet att ställa praktisknära frågor till det empiriska materialet. Samtidigt, att som kvalitativ forskare konstruera barnhabiliteringens praktik i form av begrepp och klassifikationer och att göra selektiva val mot bakgrund av min goda kännedom av praktiken kan riskera att bli starkt normativt om inte analysen drivs av teoretiska utgångspunkter. Mouzelis (1995) talar om två typer av teorier inom samhällsvetenskapen. Den ena som jag finner användbar, är att se teorin som en begreppsram för att för att organisera tänkandet och skapa fokus för forskningen. Teorin kan hjälpa till att se sammanhang mellan olika fenomen genom att ordna och strukturera verkligheten (Sohlberg & Sohlberg 2014), i detta fall ur ett socialkonstruktionistiskt perspektiv.

Genomförande

Datinsamling och urval

Insamlingen av min empiri har skett genom fokusgruppsamtal med tvärprofessionella team. I teamen på habiliteringen ingår kurator, sjuksköterska, psykolog, arbetsterapeut, sjukgymnast, specialpedagog och logoped. Sjuksköterskan har ofta sin tillhörighet i flera team. På vissa mottagningar ingår även en läkare i teamen. I de fall där det är så serverar läkaren liksom sjuksköterskan flera team. Eftersom mitt syfte varit att analysera verkamma arbetsplatsnära diskurser har jag valt ut personer som till vardags arbetar nära varandra och därigenom är vana att samtala och diskutera med varandra. Teamkonstellationen i sig har däremot inte varit i fokus för min analys. Då min avsikt ej heller har varit att analysera utifrån yrkesprofessioner och jurisdiktion blev det inte relevant att beakta vilka specifika

yrkesprofessioner som anmälde sitt intresse att delta i fokussamtalen. För att fånga variation har urvalet skett med hänsyn till habiliteringsmottagningarnas storlek och upptagningsområde. Mottagningarna är geografiskt spridda, en är belägen i storstad, övriga fem mottagningar i mindre kommuner. Teamens målgrupper skiljer sig något åt, ett team arbetade enbart mot ungdomar, två team var specialiserade mot rörelsehinder, två mot kognitiva funktionsnedsättningar och autism. I min analys har jag inte tagit hänsyn till detta då mitt fokus varit att fånga diskurser verksamma i barnhabiliteringen i regionen.

Min första kontakt med mottagningarna skedde via mail (bil.1) med dess chefer tre månader innan planerade intervjuer för att få deras godkännande av att personalen delta. Fangen (2005) skriver om vikten av att kontakta en central person för den grupp eller miljö som ska beforskas, hon använder ”portvakt” som metafor för sådana personer (s.72). Sju mottagningschefer kontaktades, två svarade snabbt och godkände att personalen deltog i min studie. Efter ett påminnelsemail svarade ytterligare tre chefer, varav en tackade nej till medverkan med anledning av en besvärlig personalsituation. En av dessa chefer gjorde mig uppmärksam på att studiens syfte och personalens medverkan bör godkännas av regionens avdelning för Forskning och Utveckling, vilket i detta skede av förberedelser föranledde en kontakt med habiliterings FoU-representant som gav klartecken för fortsatt arbete med studien. Två mottagningars chefer hörde aldrig av sig. Jag nöjde mig med denna svarsfrekvens då redan fem mottagningar blivit aktuella för intervjuer och jag bestämde mig för att jag därmed skulle få ett tillräckligt stort underlag för min studie.

Mottagningscheferna gav mig kontaktuppgifter till processledarna för de olika teamen. Dessa nyckelpersoner kontaktades via mail med ytterligare information om studien och mitt önskemål om att antalet deltagande personer skulle vara 4-6. Tursunovic (2002) erfar å ena sidan att grupper om upp till fem deltagare ger större utrymme för deltagarnas synpunkter. Å andra sidan kan deltagarna vara mer anonyma i grupper om mer än fem. Tursunovic poängterar dock att alltför stora grupper bör undvikas om man vill ha insikt i vad var och en tycker om frågeställningen. På en mottagning var tio personer intresserade, denna grupp fick då delas i två.

Två veckor innan intervjuerna fick varje deltagare ett mail med information om studiens syfte, metoden, aidentifiering och handledare (bil.2). Sammanlagt 34 personer i sex olika team anmälde intresse. Då sjukdom och prioriterade arbetsuppgifter kom i vägen i några av grupperna deltog slutligen 27 personer. Gruppernas storlek varierade mellan 3-7 deltagare. Platsen för samtalen var små konferensrum eller grupprum på deltagarnas arbetsplatser. Grupperna samtalade under ca 1½ timma. Samtalen spelades in med ljudbandspelare.

För att få en bredd av erfarenheter, attityder och uppfattningar (Tursunovic 2002) har strävan varit att få en varierad representation utifrån kön, ålder, år i yrket, anställningstid på habiliteringen. Alla förekommande yrkesprofessioner förutom läkare är representerade: sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopeder, specialpedagoger, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer var representerade i grupperna. Endast en sjuksköterska deltar i samtalen, och då endast i en av grupperna, vilket förklaras av att sköterskan oftast arbetar i flera team. Habiliteringens läkare har ingen teamtillhörighet utan arbetar enhetsövergripande eller verksamhetsövergripande och fick därav ingen förfrågan om medverkan. Åldern på deltagarna varierade, från unga nyutexaminerade till personer med över fyrtio år i yrket. Flertalet har arbetat inom barnhabiliteringen i över tio år. En grupp skilde ut sig från övriga då fyra av fem teammedlemmar endast arbetat mellan en månad och två år. Barn- och ungdomshabiliteringen

är en kvinnodominerad arbetsplats så ambitionen med variation utifrån kön blev omöjlig att uppnå. Bland de 34 personer som anmälde sitt intresse att delta fanns endast en man, samme man som sedan även deltog i samtalen. I några fall har personliga pronomen använts i analysen, dock inte i mannens uttalanden, detta för att garantera hans anonymitet. På grund av att det endast var en man som deltog i hela studien gavs heller inte utrymme att analysera ur ett genusperspektiv.

Fokusgruppsamtal

Empirin samlas in med hjälp av gruppsamtal i form av så kallade fokusgrupper. Till skillnad mot gruppintervjuer är målet med fokusgrupper att deltagarna fritt ska diskutera med varandra utifrån ett givet ämne (Wibeck 2000). Metoden lämpade sig väl för min studie då jag vill analysera personalen i samtal med varandra (Silverman 2003) och hur de konstruerar sin verksamhet i interaktion och i grupp (Winther Jörgensen & Philips 2000). Fokusgrupper ger utrymme för deltagarna att utforska varandras åsikter och för dem viktiga frågor diskuteras. Det blir möjligt att se hur deltagarna samfällt skapar mening och förmedlar en bild av de processer genom vilka mening konstrueras i vardagen (Bryman 2011). Valet av att använda fokusgrupper för insamling av material framstod som lämpligt då jag var intresserad av att fånga de tolkningsrepertoarer som är verksamma i barnhabiliteringen samt hur positioneringar görs i kommunikationen mellan de professionella.

Fokusgruppsdeltagarna fick möjlighet att samtala fritt utifrån temat behandlingsrelationen, professionella och föräldrar. Detta samtal introducerades genom att jag som samtalsledare bad deltagarna att tala om samarbetet med föräldrar. Med behandlingsrelation avses här samarbetet mellan professionella och föräldrar i syfte att nå ett gemensamt mål för barnets utveckling. Strukturerade intervjufrågor valdes bort eftersom det var värdefullt att fånga det grupperna själva valde att lyfta fram. Vid behov fanns möjlighet att samtala utifrån flera teman som knöt an till huvudtemat och som jag konstruerat i förväg: möjligheter och svårigheter i samarbetet med föräldrar; kommunikation kring barnens behov; initiativ och beslut om insatser; etik i mötet med familjen. Alla grupper startade sina samtal genom att prata om möjligheter i samarbetet. Samtalet fick sedan flyta fritt, några grupper hittade vidare på egen hand, andra grupper behövde hjälp i samtalet genom att jag styrde vidare in i nästa undertema. Ett stimulusmaterial för att väcka frågor och diskussioner (Wibeck 2000) i form av autentiska avidentifierade fallbeskrivningar hade förberetts, men behövde aldrig användas eftersom deltagarna själva tog ansvar för att samtalen flöt på.

Analys

Diskursanalys är både en teori och en metod. Som metod granskar den språkliga processer som konstituerar socialt liv, både muntliga och skriftliga diskurser (Nylén 2013). Som tidigare nämnts på sidan 14, ses i denna studie diskurs som en reglerad samtalsordning med institutionaliserade praktiker, vilket betyder att de samtal som förs inom habiliteringen styrs av historiskt och kulturellt givna regler i den specifika kontext som habiliteringen utgör. I analysen problematiseras de uttalanden som görs utifrån kategoriseringar och kulturella förgivettagna konstruktioner av habiliteringen.

Diskursanalys intresserar sig för hur verkligheten blir till. Diskurserna skapar mening, sammanhang och förståelse och fångar det dolda självklart sanna i en organisation (Börjesson

2003), i detta fall barnhabiliteringen. Målet med diskursanalysen i denna studie är att synliggöra hur barnhabiliteringens praktik framställs, vilka mönster det finns i utsagorna och vilka de sociala konsekvenserna blir. Mot bakgrund av att diskurser skapar gränser mellan sant och falskt och att därmed vissa handlingar görs relevanta och andra inte (Winther Jörgensen & Phillips 2000), är fokus här att uppmärksamma dessa gränser. Här har jag i enlighet med detta strävat efter att förhålla mig till den bild av verkligheten som de professionella förmedlar, deras utsagor måste förstås utifrån de specifika sammanhang de yttras i (Alvesson & Sköldberg 1998), det vill säga fokusgruppsamtalen. Eftersom jag som forskare är intresserad av hur vissa uttalanden från de professionella blir accepterade som sanna, har jag försökt att ställa mig främmande till materialet trots att jag själv är en del av kulturen (Winther Jörgensen & Phillips 2000).

Min utgångspunkt i analysen har varit att undersöka hur uttalanden konstrueras, vilka sammanhang de ingår i och vilka funktioner de fyller. I enlighet med diskursanalytisk forskning har jag inte begränsat mig till att studera den diskursiva nivån, språkanvändandet, utan även intresserat mig för föreställningar, värderingar, innebörder och idéer utifrån tolkningar av utsagor (Alvesson & Sköldberg 1998)

Analysen har skett i flera steg. Redan inledningsvis vid fokusgruppsamtalen skedde en form av analys vilket kan räknas som steg 1. Under samtals gång var jag uppmärksam på vilka teman deltagarna valde att lyfta fram. Detta kan sägas vara förstadiet till de kategoriseringar som gjordes i ett senare steg. Under samtalen blev jag också varse på graden av samstämmighet i grupperna. I direkt anslutning nedtecknade jag dessa reflektioner som en slags fältanteckningar.

Analysens andra steg innebar en närläsning av det empiriska materialet i samband med transkriptionen. Linell (1994) delar in transkription i tre nivåer, där nivå 1 är en detaljerad transkription där talspråksformer används. Nivå 2 är också ordagrann men konventionell stavning används huvudsakligen. Nivå 3 är skriftspråksnormerad, det vill säga, texten består av fullständiga meningar (Wibeck 2000). Jag har huvudsakligen använt mig av en nivå mellan två och tre. Alla ord har tagits med, även sådana som har avbrutits eller upprepats, ljudningar som hm, mm har skrivits ut. Pauser som har markerats med (.), längre pauser har markerats med tidsangivelse, till exempel (2.). När andra än den som talar, och om någon illustrerat tal med gester, har detta beskrivits inom parentes. Överlappande tal har markerats genom att sättas inom hakparentes []. Betoningar har fetstil och avbrutet tal har markerats med tecknet -. Under denna närläsning i samband med transkriptionen uppmärksammades fortsatt övergripande kategoriseringar.

I analysens steg 3 startade det konkreta analysarbetet med att jag gjorde en kodning av materialet genom att jag identifierade centrala teman som var intressanta utifrån mina frågeställningar. Detta analyssteg krävde flera genomläsningar och från början identifierades flera teman i varje grupp. Här använde jag mig av grundläggande analytiska begrepp inom diskursiv psykologi (Potter & Whetherell 1996). Begreppet *variation* användes för att urskilja hur deltagarna konstruerade mening på olika sätt, det vill säga vilka tolkningsrepertoarer de byggde sina uttalanden på. Begreppet *funktion* (Potter & Whetherell 1996) användes för att analysera vilken strategi som användes för att legitimera en viss utsaga hade i samtalet. I detta sammanhang blev de retoriska konstruktionerna i samtalet viktiga att uppmärksamma, det vill säga hur trovärdighet och fakta konstruerades. Här handlar det om att uppmärksamma hur något görs övertygande genom exempelvis faktakonstruktion, generaliseringar eller

kategoriseringar (Börjesson 2003). Jag identifierade flera kategoriseringar av föräldrar i de olika fokusgrupperna. Framställningarna gjordes på lite olika sätt och de olika grupperna hade olika sätt att uttrycka sig på. Vid genomläsningar av utskrifterna av fokusgruppsamtalen hittade jag nio återkommande kategoriseringar: föräldern som svag; som upptagen; som kunnig; som behandlande; som privat; som kodknäckare; som oförstående; som kravställare och som avvisande. De kategoriseringar som hade samma funktion slogs samman och andra som återkom i mindre än fem av grupperna togs bort helt, för att i resultatet presenteras som fyra. Detta för att skapa förutsättningar för slutsatser baserade på generaliseringar.

I steg 4 uppmärksammades vilka möjliga subjektspositioner (Winther Jörgenssen & Phillips 2000; Howarth 2007) kör ihop som deltagarna intog. Även detta analyssteg innebar flera genomläsningar för att identifiera återkommande subjektspositioneringar i grupperna. Vid analysens början identifierades tio positioneringar, som i nästa steg fick slås samman eller tas bort. Alla tio återfanns inte i tillräckligt många grupper och några av dem uttryckte liknande innebörd. De positioneringar som inledningsvis uppmärksammades var: Den professionella som tydlig; som kunnig; som anpassningsbar; som tassande; som lärare; som konsult; som tillmötesgående; som relationsskapare; som lyhörd och som ambivalent. Som tidigare redogjorts för fick samtalen i fokusgrupperna löpa fritt och deltagarna valde att ha mycket fokus på sig själva. Slutligen i steg 5 var avsikten att diskutera de tolkningsrepertoarer och subjektspositioner som framkommit i tidigare steg och sätta in dessa i en samhällelig kontext. Detta ska inte ses som ett försök att förklara tolkningsrepertoarens existens (Winther Jörgenssen & Phillips 2000). Snarare är syftet att spegla och problematisera de identifierade tolkningsrepertoarerna och subjektspositionerna i ett senmodernt perspektiv (Giddens 1997; Bauman 1998).

Jag har valt att ge det empiriska materialet ett stort utrymme med hjälp av citat. Detta utifrån en ambition att studien ska ha en genomlysighet och att slutsatserna ska bli tydliga för läsaren och kunna spåras i resultatet. Urvalet av citat har gjorts utifrån flera ställningstaganden. Jag har velat fånga variation av betydelsen kring vissa konstruktioner och positioneringar och vilken funktion dessa får. Jag har även haft en ambition att synliggöra hur retoriken varierar för hur en konstruktion framställs. Slutligen har jag också valt citat utifrån hur de illustrerar legitimitet utifrån olika kategoriseringar. För att läsaren ska kunna se att citat har hämtats från samtliga fokussamtal och att olika personer har citerats har grupperna har namngetts från A-F och deltagarna med siffror utifrån den ordning de kom in i samtalet.

Metodologisk diskussion

Traditionella positivistiska kvalitetskriterier för forskning som generaliserbarhet, validitet och objektivitet behöver anpassas eller ersättas för att passa den kvalitativa forskningen (Nylén 2013). Guba & Lincoln (1994) föreslår att kriteriet tillförlitlighet används för bedömning av kvalitativa undersökningar. Tillförlitligheten består av fyra delkriterier. De första två, trovärdighet och överförbarhet motsvaras av den kvantitativa forskningens validitetsbegrepp. Det tredje kriteriet, pålitlighet, kan jämföras med reliabilitetsbegreppet och det fjärde, konfirmerbarhet, motsvarar objektivitet. Ett viktigt kvalitetskrav i kvalitativ forskning är att höga krav ställs på *konfirmerbarhet* vilket innebär att studiens resultat ska kunna bekräftas i rapporten. Slutsatserna ska kunna spåras i det empiriska materialet (Nylén 2013). I denna studie finns en hög grad av transparens då resultatet presenteras med en stor mängd empiriska citat. Jag har även genomgående eftersträvat transparens i uppsatsens alla delar för

att läsaren tydligt ska kunna följa vägen från syftet genom val av metod och teori fram till diskussion (Tivenius 2015). Ett annat kvalitetskrav är trovärdighet, eller *trolighet* (Nylén 2013) vilket främst handlar om hur datainsamlingen genomförts. Hög trolighet förutsätter en nära kontakt med studerade miljön (Nylén 2013). Eftersom jag arbetat många år inom barnhabiliteringen har jag naturligt en hög grad av insyn och förförståelse. Jag agerade själv moderator i fokusgruppsamtalen och deltog emellanåt i diskussionen, dock i liten utsträckning eftersom mitt fokus var att ge akt på interaktionen mellan deltagarna och titta på hur olika tankegångar samspelade, argument i diskussionen (Wibeck 2000). Under arbetet med transkriptionen märkte jag dock att jag i de två första gruppsamtalen var mer aktiv än i senare samtal, vilket kan förklaras av att jag från början inte kände mig helt bekväm i rollen som moderator.

Valet av att använda diskursanalys som metod gjordes utifrån att jag under flera år försökt förstå vad det är som är styrande för de yrkesverksammas bedömningar och prioriteringar. Det intressanta för mig har dock inte varit att förstå den organisatoriska eller juridiska styrningen. Snarare har jag velat uppmärksamma det nätverk av styrande sanningssystemer som de professionella själva är en del av. Därmed blev diskursanalys som metod, men även som teori, användbar i min studie som tidigt inriktades mot att kritiskt granska den verksamhet som jag själv är en del av. Denna kritiska granskning ställer stora krav på *reflexivitet* (Alvesson 2003). Självprövningen har i denna studie inneburit att jag återkommande systematiskt läst igenom min empiri för att kunna betrakta materialet från olika synvinklar och undvika att ”välja ut” data som passar in i min argumentation och utifrån min förförståelse. Jag har också i analysen varit uppmärksam på hur materialet eventuellt färgats av min egen funktion som moderator. I de fall som mina inlägg har varit alltför styrande har jag valt att tolka dem i ljuset av denna styrning. Det reflexiva förhållningssättet är givetvis inte enkelt. Bara det faktum att jag gör mig till talesman och uttolkare av andras uttalanden är problematiskt. På vilka grunder tar jag mig denna rätt? Det blir viktigt att framhålla att de i resultatet framkomna tolkningsrepertoarerna enbart är analytiska konstruktioner (Burr 2003). Ett eventuellt problem skulle kunna uppstå om deltagarna väljer att undvika att tala om något som skulle kunna vara relevant för studiens resultat. Med ett diskursanalytiskt perspektiv blir det dock omöjligt att svara på om det samtal som förs mer eller mindre genuint (Börjesson, 2003). Diskursanalysens funktion är just att visa på hur olika sanningar produceras i den specifika kontext som studeras och i den specifika samtalskontexten. Inte heller är det möjligt att generalisera kvalitativ forskning av detta slag. Det väsentliga för en studie av denna typ är istället att bidra till fördjupad kunskap om hur förhandsinställningar av människor kan bli styrande för hur kategoriseringar och positioneringar sker. I mitt fall består detta bidrag av att lyfta fram och granska självklara för givet tagna sanningar inom barnhabiliteringen.

Etiska överväganden

Det faktum att jag delar samma vardag som deltagarna och har ett ”inifrånperspektiv” kan ha inneburit att deltagarna kände sig helt fria och trygga under samtalen. Att jag som moderator även var kollega innebar att deltagarna visste om att jag var känd med kulturen och dess språkliga uttryck. När jag gjorde mitt urval av fokusgruppsdeltagare var jag noga med att inte bjuda in team som jag arbetat tillsammans med eller där det fanns personer jag kände sedan tidigare. Att få ihop grupper med för mig helt okända personer var dock omöjligt utifrån att habiliteringskuratorer i regionen träffas några gånger per år och därmed är det möjligt att jag

kan ha träffat några av deltagarna tidigare. Möjligt är att deltagarna med en utifrån kommande moderator skulle varit mer eftertänksamma och återhållna i sina framställningar. Motsatt hade kanske en okänd moderator också kunnat skapa en mer öppen och frispråkig inriktning på samtalet, då min egen förförståelse om fältet kan ha påverkat deltagarna att uttala sig på ett visst sätt.

Jag har följt Vetenskapsrådets forskningsetiska regler (Gustavsson, Hermerén & Peterson 2011) och förhållit mig till rådande principer för god forskningsetik. För att uppfylla informationskravet fick alla deltagarna i god tid innan fokusgruppssamtalen information om studiens syfte och vilken deras roll skulle komma att bli. De informerades om att samtalen skulle ljudinspelas och om hur denna inspelning kommer att hanteras. Vidare informerades deltagarna om namn på institution och handledare samt kontaktuppgifter till denna. Samtyckeskravet uppfylldes genom att deltagarna själva fick anmäla sitt intresse om deltagande. Innan fokusgruppssamtalen startade informerades deltagarna muntligt om att de när som helst hade möjlighet att avbryta sin medverkan, de informerades även om att de i efterhand kunde be mig att ta bort något inlägg som de inte kände sig bekväma med. Kravet på konfidentialitet har tillgodosetts genom att jag själv transkriberade det ljudinspelade materialet och att alla deltagare avidentifierades. Det framgår inte heller vilka habiliteringsmottagningar som deltagit. Dessa hänsyn till konfidentialitet informerades deltagarna om muntligt. Ett etiskt dilemma som kan uppstå med fokusgrupper är dock att moderatören aldrig kan garantera att deltagarna inte själva sprider uppgifter som de fått genom sin medverkan i fokusgruppen (Wibeck 2000). Nyttjandekravet uppfylls genom att mitt empiriska material förstörs efter godkänd uppsats. Materialet går därmed inte att användas till något annat.

Valet av metod har noga övervägts ur ett etiskt perspektiv. Gustavsson, Hermerén och Peterson (2011) påpekar att när ett forskningsprojekt sätts igång ska man välja en metod som har de minsta tänkbara negativa konsekvenserna för deltagarna. I föreliggande studie har deltagarna bestått av professionella med höga krav på utbildning och yrkesetik och har genom sin anställning i Västra Götalandsregionen ett krav på sig att bidra till verksamhetens utveckling. Fokusgruppssamtalen har ägt rum på deltagarnas arbetsplatser, dels för att erbjuda en bekväm vardagsmiljö, men även för att minimera tidsåtgången för deltagarna.

5 Resultat

I detta kapitel presenteras resultatet i två delar. Det första, presenterar resultatet av analysen av deltagarnas *konstruktion av föräldern*. Det andra, handlar om hur *de professionella positionerar sig själva*. Denna andra del är mer omfattande på grund av att samtalen i hög utsträckning kom att inriktas mot frågor om arbetsituation, uppdrag och yrkesidentitet.

Konstruktionerna och positioneringarna ska förstås som analytiska enheter och är därmed inte skilda från varandra i deltagarnas uttalanden utan hänger ofta samman. Deltagarna talar inte sällan i flera tolkningsrepertoarer samtidigt. På motsvarande vis är konstruktionerna analytiska i den meningen att de framställs i ett kontinuum, det vill säga graden av polarisering är mer eller mindre stark i de olika uttalandena.

I resultatets båda delar presenteras ett flertal empiriska citat. Syftet med denna empirinära presentation är dels att skapa en mer levande bild av tolkningsrepertoarerna för läsaren och dels att värna om den praktiska utgångspunkt som valts för studien. Kapitlet avslutas med ett avsnitt där resultatet från de två delarna sammanfattas på en mer övergripande nivå.

Konstruktion av föräldern

Under samtalen i fokusgrupperna konstruerades föräldrar på flera sätt. Här identifierades fyra konstruktioner som särskilt framträdande: (1) Föräldern som behandlare, (2) föräldern som kritisk och kravställande, (3) föräldern som oförstående, och slutligen (4) föräldern som svag.

Föräldern som behandlande

I samtliga fokusgruppssamtal konstrueras föräldrarna som behandlare, som de som utför träningen/behandlingen med barnet. Föräldern som behandlare återkommer i samtliga grupper, dock varierar retoriken kring hur denna konstruktion framställs. I flera av samtalen kom deltagarna in på detta ganska tidigt i samtalet. Materialet visar dock att denna konstruktion framställs på något skilda sätt beroende av vad samtalet handlar om.

Föräldern som behandlare framställs entydigt och med emfas. Ett exempel på detta illustreras i nedanstående citat där det råder konsensus kring denna konstruktion. Samtliga i gruppen instämmer genom jakande och hummande kommentarer.

Deltagare 3: Ja men så är det ju för mig också. Det är ju egentligen föräldrarna som gör behandlingen oftast om man tänker alternativ och kompletterande kommunikation. Det är ju dom som ska använda det tillsammans med sitt barn (ja) Det är ju så barnet lär sig (mm). Jag visar ju bara hur man gör men det kommer ju inte få barnet att använda det (nä, nä) Så det är ju om föräldrarna förstått, och om de inte använder det blir det ju inget i slutändan (nä) (mm). (grupp A)

I citatet ovan blir det också tydligt hur det som sägs legitimeras genom den frekventa användningen av ”ju”. Detta skapar en självklarhet kring konstruktionen, den är sann och föräldrarna som behandlare kan inte ifrågasättas.

I nedanstående citat visas hur föräldrarnas behandlingsansvar till viss del kan kompletteras av andra viktiga personer i barnets omgivning:

*Deltagare 2: Jag tänkte det är inte alltid att det är som en extra vinst att man får med föräldrarna, ofta är det allt eller inget, alltså får man inte med dom har man ingenting (mm) Barnets behandling utgår från vad föräldrarna gör, eller lyckas ta till sig eller så. Sen i vissa fall kan det bli lite grann som ett mervärde att få med sig föräldrarna (ja) eller inte men i de flesta fall tycker jag är det som är det grundläggande (mm). För vi har inte **direkt**, vi har ingen möjlighet att behandla barn direkt. De kan inte tillgodogöra sig det, mm. Sen är det klart, sen kan andra personer väga upp, assistenter eller förskolepersonal eller så, ifall föräldrar inte är helt engagerade ju. Men det blir ju aldrig lika bra som om de vore med. (grupp D)*

Ovanstående uttalande är inte lika entydigt som det tidigare citatet. De ordval som används signalerar en viss tveksamhet kring konstruktionen av föräldern som behandlare. Samtidigt uttrycks tydligt, utan någon osäkerhet, att de professionella inte kan ge direkt behandling till barnen. Detta konstateras kort och koncist och legitimeras genom hänvisning till barnen. I slutet av citatet uttrycks ett normativt ställningstagande som till viss del tar udden av de tidigare uttalandena som handlat om att andra än föräldrarna kan utföra kompletterande behandling.

I citaten som följer rättfärdigas konstruktionen av föräldrar som behandlare utifrån en omtanke om barnen.

*Deltagare 2: Sen är det väl viktigt med små barn eller nya remisser (ja) att då, då är det lite mer (ja) så i början att man kommer hit lite flera gånger, men att man redan där måste va tydlig med att **nu**, nu visar vi, sen kommer du att få lite tips och idéer och sen sköter du mycket hemma, och sen har vi avstämningar, men (mm) men att man gör klart ordningen där lite (mm)*

Deltagare 6: [och va tydlig med varför vi jobbar så]

Deltagare 2: ja precis att det är för att få in det i vardan, att inte är, jag skulle kunna ha tid med, det skulle kunna komma tio barn om dan till mig (ja) som jag tränade 45 minuter om dan (mm) alltså det skulle det kunna göra (mm) absolut, men vad ska vi utsätta, det handlar ju om vad vill vi utsätta, vad ska barnet ha för - -

Deltagare 2: Och dom har sitt funktionshinder hela livet, dom ska inte rehabiliteras en kort period (nä) o och försvinner sen.

*Deltagare 6: Jag tror att när föräldrarna tänker på det sättet, att barnet ska få leva så vanligt det **går** (mm) då är det ju mycket lättare och finna varann, om man förklarar det på det viset, än och säga, **nej** det har vi **inte** tid med (nä) (nä precis)*

Deltagare 2:[man måste förklara varför]

*Deltagare 6: ja och det är ju för att vi har ju sett att det är det mest verksamma. (mm) (mm) och då, det blir ju också en lättnad (mm) för föräldrarna (mm) nej men vi **behöver** inte, träningsläger. (grupp F)*

I ovanstående citat, hämtade från grupp F, framgår att de professionella träffar yngre barn eller barn som nyligen fått kontakt med habiliteringen oftare än vad som är brukligt senare. Inledningsvis är uttalandet försiktigt genom att ord som ”väl” och ”lite mer så” används. Att detta arbetssätt inte är det vanliga framgår genom att deltagaren poängterar vikten av att redan i ett tidigt skede informera föräldrarna om det gängse konsultativa arbetssättet. I detta citat tas ställning till vad som är barnets bästa, vilket skiljer ut sig från den retorik som användes i övriga grupper. Det konsultativa arbetssättet som här konstrueras legitimeras utifrån en idé om en omtanke om barnet vilket ställs emot idén om habiliteringen som behandlande. Legitimiteten stärks genom frågande formuleringar kring vad barnet ska utsättas för, vilka skapar en bild av behandling utförd av personal i habiliteringens lokaler som något mindre bra för barnen.

I citaten från de två nedanstående grupperna konstruerar deltagarna ett ansvar för hur föräldrarna mår och har det i relation till habiliteringen. I nedanstående citat illustrerar deltagare 4 detta genom att räkna upp ett flertal övningar som föräldrarna åläggs att ta hand om, vilka framställs som alltför många.

Deltagare 4: Och vad lägger vi på dom i all välmening, det är bara att göra dom här små stretchövningarna, och så imiterar du lite där (mm) och så är det bara, så har du lite rullstolsträning på eftermiddagen och så (mm)(skratt) alltså varje liten sak kanske inte blir så mycket i våra ögon (nä) men om man plussar ihop allt som vi tipsar om (mm) då är det rätt så mastigt (mm)(mm) (2s) (grupp B)

Genom alla instämmande hummanden i citatet ovan blir det tydligt att det råder stor enighet kring en oro över hur föräldrarna ska orka. Uttalandet väcker dock också skratt, vilket kan tolkas som att deltagarna ser det som lite komiskt med dessa övningar som åläggs föräldrarna. En alternativ tolkning kan vara att deltagarna uppvisar självkritik och känner genans.

Deltagare 3: Det är ju jobbigt när dom förstår det att det ligger mycket på föräldrarna och deras förmåga att (mm))mm). Därför tycker jag att det är bra att vi inleder med det och att vi pratar om det att syftet för oss är att se till att det fungerar så bra som möjligt för barnet i barnets vardag liksom. (mm) Att det handlar inte om att komma hit en gång i veckan och träna nånting.

Deltagare 2: Det måste vara jättetydligt, ja jättetydligt. (grupp E)

I dialogen mellan deltagare 3 och 2 i grupp E ovan presenteras en något motstridig bild av hur deltagarna möter dilemmat kring föräldrarnas ork och barnens habiliteringsbehov. Tydlig information om det konsultativa arbetssättet framställs som ett medel för att avlasta föräldrarna samtidigt som barnets vardagsfungerande lyfts fram som syftet med habiliteringsåtgärderna, något som förstärks genom ”jätte-”. Deltagaren uttrycker att habiliteringen ska säkerställa att det fungerar så bra som möjligt för barnet i vardagen. Detta

kan förstås som om deltagaren konstruerar en kontrollerande och övervakande habiliteringsfunktion.

Föräldern som kritisk och kravställande

I samtliga grupper finns uttalanden som konstruerar föräldrar som kritiska och kravställande. Konstruktionen legitimeras utifrån olika kategoriseringar. En sätt att legitimera konstruktionen grundar sig i ställningstagandet att föräldrar är pålästa och kunniga och som sådana därigenom har större möjlighet att vara kritiska och ställa krav. Det kan t ex handla om uttalanden om föräldrars kunskapsinhämtande från internet likväl som från föräldranätverk där erfarenheter delas. Ett annat sätt att legitimera den kritiska och kravställande föräldern grundas i antaganden om den nära relationen mellan föräldrar och habiliteringsperson vilket möjliggör för föräldrarna att ställa krav. Ett tredje sätt att legitimera föräldern som kritisk och kravställande görs genom att kategorisera föräldrar som påstridiga och missnöjda.

De två nedanstående citaten är exempel på när konstruktionen om den kritiska föräldern legitimeras utifrån missnöje. I det första citatet citerar deltagaren en förälder i uttalandet ”**gör** nåt” vilket skapar trovärdighet för uttalandet. Deltagaren berättar att föräldrarnas önskemål om direkt behandling till barnet uppfylls men det ses inte som meningsfullt, varken för barnet eller de professionella:

*Deltagare 5: ja för det har jag stött på föräldrar som kommer, **gör** nåt, kan inte du prata med barnet och sådär, visst jag kan träffa barnet men, och så träffar man ungen, barnet och den är fullkomligt ointresserad (ja) (mm) av att prata med mig liksom. (grupp E)*

I det andra citatet berättar deltagaren om en familj som fått olika hjälpmedel och lägger tyngd åt uttalandet genom att lägga till ”allting” när hon räknar upp vad familjen fått. Hon uttalar ordet ”ändå” med emfas för att förstärka ställningstagandet om att föräldrarna inte tyckte att behandlingen var tillräcklig och att de behandlingsinsatser som givits överlag dessutom inte var de rätta:

*Deltagare 3: I det fallet jag tänker på så hade dom fått både, vad heter det (1s) **BIG Mack** och sånt, underlägg och kartor och allting och dom tyckte **ändå** att det inte var nånting och sen kom det ju fram att dom inte tyckte det var rätt insatser,, han var på en högre nivå då så att (ja) men nä (nä) så det är- - (grupp C)*

Nedanstående två grupperns citat illustrerar konstruktionen kritisk och kravställande förälder utifrån idén om betydelsen av relationen mellan habiliteringen och föräldrarna:

*Deltagare 2: det är ju det som är bra för barnet, det är så vi ska tänka men där tror jag det är svårt att komma runt det **egna**, där ska man inte tänka så här, men det blir lätt ens egen **relation** till den här **föräldern** (mm) är där och spökar i bakhuvudet på en (jättemycket) vad man gör och inte gör. Vad har jag och den här föräldern för relation. (ja) (mm)*

*Deltagare 5: Och vad ställer dom för **krav** på mig i olika sammanhang för, det är en del då som har **väldigt** mycket krav och kanske kritik (mm) och*

*mycket fordringar på en (mm) (mm) och då kanske man är snabbare på, att stänga dörren för vissa saker (ja), nej, det där får du, menas man kanske om det är nån som vill (mm) nej där tror jag att man **gör** godtyckliga bedömningar ibland, (mm) utifrån känslor och hastiga - - (mm) (grupp F)*

Inledningsvis resonerar deltagare 2 kring relationens betydelse för vilken behandling som erbjuds. Uttalandet signalerar en osäkerhet kring vad relationen kan betyda. När deltagare 5 fortsätter att resonera på samma tema förmedlas en tydligare idé om hur professionaliteten kan äventyras vid långvariga relationer och att ”godtyckliga bedömningar” kan göras. Föräldrar konstrueras här som kravställare vilket i sin tur framställs som riskfyllt i det att bedömningar kan påverkas negativt.

I citatet från grupp D nedan återfinns idén om relationen som problematisk i de fall där föräldern har krav:

Deltagare 2: Jaa, jag tänker ibland träffar vi, i och med att vi har de här långa kontakterna det är verkligen på gott och ont (mm) att antingen att man får ett förtroende som är förstört(mm) och då är det jättesvårt att komma in(ja) eller så får man ett gott, men att man blir ju lite hemmablind (mm) kan jag tänka eller också så vissa föräldrar som styr (lite uppäten) ja lite (också ibland) ja och man kan också tappa bort lite vad som är det objektiva kan jag tänka (ja) (mm). Mmm men också har ju föräldrarna sedan tidigare, alltså kommer man med ett barn på sex sju år så kan dom ju ha väldigt gamla önskemål som inte har mötts av, professionerna, och att det här kommer vi inte komma förbi om vi inte möter det på något vis (mm) föräldrar som har väldigt starka tankar, åsikter om vad som är det som man bör göra, så har ingen velat göra det (mm) då tänker jag, då får man ta ställning till är det värt att efterfråga då, det som föräldrarna efterfrågar för att kunna diskutera det med föräldrarna, det här verkar ju inte ha funkat, eller det har funkat av någon anledning, fast ingen kunde trott det (mm) ähm, eller är det värt att inte göra nånting alls (mm) och säga du vill inte göra det vi tror på och då blir det ingenting (mm). (grupp D)

Även här skapas en berättelse där den starka kravställande föräldern ställs emot den osäkra habiliteringspersonalen. Deltagarna förstärker varandras uttalanden genom att instämma i varandras tal. I citatet synliggörs en föreställning om att föräldrars krav överordnar professionella bedömningar vid långvariga relationer. Att gå emot föräldrars krav framställs som en risk att sätta relationen på spel. Nästa citat som exemplifierar konstruktionen föräldern som kritisk och kravställande legitimeras genom kategoriseringen påläst och kunnig. Denna konstruktion förstärks utifrån skillnader förr och nu.

*Deltagare 6: Vi lär oss ju väldigt mycket av föräldrarna, tycker jag, hur vi ska, för vi hade kanske stängt på i samma om inte den här föräldern hade sagt då att hon, eller ja att det inte hade kommit upp att hon inte **förstod** orden (mm) eller innebörden (mm) eller så. Det har ju förändrats över tid tänker jag på, på dom här, när du började på habiliteringen att föräldrarna har andra krav idag.*

*Deltagare 7: Ja mer **pålästa** och så är det ju.*

Deltagare 6: Förut kanske det var mera att de tog emot det dom fick.

*Deltagare 7: Och en och annan som ställde **oerhörda** krav det var liksom på nåt sätt, allt eller inget (mm) mer.*

Deltagare 6: Så vårt jobb har ju förändrats också tycker jag (mm). (grupp D)

Samtalet rör sig mellan två deltagare och det blir här tydligt att konstruktionen av den kravställande föräldern varierar. Dagens förälder framställs av deltagare 6 som mer informerade än föräldrar förr, vilket denna deltagare ser som något positivt i det att personalen därigenom ges kunskap, en konstruktion som dock inte samtliga deltagare instämmer i.

I det sista citatet ställs konstruktionen av den kritiska föräldern i relation till dagens habilitering med professionell bedömning, professionella kollegor och handledare.

Deltagare 5: men jag upplever att det svåra, det jag har hunnit uppleva är när föräldrarna, när föräldrarna inte godtar det man säger (precis) och det finns, och man går igenom, man går igenom, i mitt fall utredningar, och det finns, och dubbelkollar och kollar med kollegor.

Deltagare 1:[och du har handledare]

*Deltagare 5: ja jag har handledare som så, och man kan inte förändra sin utredning. (nä) och bedömningen, det **finns** ingen annan bedömning (nä) och dom föräldrarna som inte godtar det (mm). För då är det, alltså- (grupp E)*

Deltagare 5 beskriver den problematiska kravställande föräldern i relation till en positionering av sig själv som professionell bedömare med resurser som utredningar, kollegor och handledare. I uttrycket signaleras att den kravställande föräldern, trots dessa resurser, utmanar professionen. Kännetecknande för denna konstruktion är att retoriken signalerar en vilshenhet kring hur denna förälder ska förstås och hanteras.

Sammantaget kan konstateras att det inte råder någon konsensus kring hur konstruktionen av föräldern som kritisk och kravställande skapas. Å ena sidan framställs den kravställande förälder som något positivt då föräldern bidrar med kunskap, å andra sidan som negativt då föräldern utmanar professionens kunnande.

Föräldern som oförstående

Vikten av att föräldrar har kunskap och förståelse lyfts fram i samtliga fokusgrupper. Det kan handla om kunskap och förståelse om barnets funktionsnedsättning, och kunskap om olika behandlingsmetoder och hur dessa påverkar barnet. Men även vikten av att föräldrarna har kunskap om habiliteringens verksamhet och arbetssätt lyfts fram, en verksamhet som framställs som komplex och svårförståelig av de professionella. I ett par grupper finns uttrycket: "föräldrarna måste knäcka koden", vilket kan förstås som att föräldern måste hitta det rätta sättet att förhålla sig till habiliteringen. Konstruktionen om oförstående föräldrar är

genomgående i grupperna. Samtalen handlar ofta om hur de professionella ska möta denna bristande förståelse.

*Deltagare 3: Fast jag tycker jag har bättre koll idag, jo men jag förstår vad vi gör och varför och så, jag har full förståelse att man inte förstår det, och för och inte tala om invandrarfamiljer som [nej det blir] [nej kära nån] aldrig förstår, men det låter bra och vi ser glada ut så att (skratt) därför kommer dom tillbaka. (mm) **men** det finns ju dom som säger det att det tog, dom som vi har avslutat att det tog många år innan det landar, poängen, polletten, varför man skulle hit, och varför man skulle (mm) det här att vi finns, ta kontakt när det behövs, vi kallar inte, men vi finns kvar, och nu ser ju det annorlunda ut i och för sig kanske, men (mm). Det är flummigt liksom (mm). (grupp E)*

Genom att deltagaren här intar ett självkritiskt förhållningssätt genom att lyfta fram sina egna bekymmer med att förstå habiliteringen förstärks bilden av habiliteringens verksamhet som svårförståelig. På detta vis förmedlas en ödmjukhet inför föräldrars svårigheter att förstå verksamheten. Föräldrar med en icke svensk bakgrund beskrivs som en grupp som aldrig förstår, vilket förstärks av andra i gruppen. Dessa familjer framställs som motiverade till kontakt med habiliteringen utifrån vad som beskrivs som ett glatt och trevligt bemötande. Skrattet skulle kunna vara ett uttryck både för komik och självironi. Fortsatt lyfts övriga föräldrars svårigheter att förstå fram genom användningen av olika metaforer. Detta sätt att konstruera föräldrar kan uppfattas som ett förminskande av föräldrars kognitiva förutsättningar samtidigt som verksamheten i sig lyfts fram som flummig och oklar.

I nedanstående citat skapas en trovärdighet kring idén om oförstående föräldrar genom att deltagaren citerar föräldrar som protesterar mot behandlarrollen. Deltagaren uttrycker här ett missnöje över att inte ha en kunnig förälder som mottagare för sina insatser. Här är framställningen annorlunda än i det föregående citatet. Den självkritiska hållning gällande habiliteringens arbetssätt som tidigare lyfts fram märks här inte av. Ord som ”är” och ”måste” skapar tyngd åt uttalandet.

*Deltagare 2: men ibland kan jag tänka när man träffar en del föräldrar att man hör sånt som, men ska **jag** göra detta med mitt barn (mm) kan inte idrottsläraren göra det, ska **jag** hålla på , nä liksom jag har nog med mitt, så (1s) de har liksom inte förstått att det är det dom som måste hjälpa sitt barn med det här för att det ska gå framåt (nä) utan det kan någon annan göra, fixa det bara så (fixa)(mm) då är de ju inte där än. Då har man ju ingen mottagare(nä) (grupp A)*

I konstruktionen om föräldern som oförstående blir olika typer av utbildning väsentligt. I nedanstående citat hämtat från en annan grupp illustreras ett exempel på detta. Här används en berättelse om en mamma för att skapa trovärdighet för idén om föräldrautbildning.

Deltagare 2: Ja jag kan också känna så att är det också en brist på generell kunskap om vad är det vi pratar om i alla fall inom mina områden som kan vara lite luddiga,[---] Ähm det har vi en mamma nu som tidigare varit ganska krävande med specifika saker som har gått hela den här föräldrautbildningen [---] Alltså väldigt omfattande kurs om vad vi menar

överhuvudtaget om de här sakerna och hon tycker att det har hjälpt jättemycket att lyfta blicken och inte se de här små specifika sakerna (mm) för hon, alltså hon säger att hon inser själv att hon fokuserat på fel saker (mm) och då kunde vi stått där och stångats hur länge som helst när det egentligen bara behövdes fortbildning (mm.)(grupp D)

Inledningsvis framställs ett problem med föräldrars bristande kunskap. Deltagaren lyfter fram ett problem med att föräldrar inte har samma kunskap som de professionella och inte förstår fysionomin eller de medicinska begreppen. Genom att berätta om en mamma som erhållit insikter genom en omfattande föräldrautbildning ges uttalandet tyngd åt behovet av att utbilda föräldrar. Här används ordet ”fortbildning” vilket signalerar att utbildningen ges i syfte att vidareutbilda yrkesmänniskor, som om föräldrarna jämföras med professionella.

Föräldern som svag

I samtliga fokusgrupper pratar deltagarna mycket om föräldrars svagheter. Föräldrar konstrueras som svaga på flera sätt, de framställs som trötta, i kris, med dåliga förutsättningar och med egna svårigheter eller egna funktionsnedsättningar. Svaghet uttrycks också ibland som att föräldrar är alltför upptagna för att kunna ta emot habiliteringens insatser. Vem som bär ansvaret för barnens habilitering diskuteras ofta när föräldrar framställs som svaga.

Deltagare 2: Eller när det är sådana situationer där föräldrarna brakar ihop de orkar inte (3s) många av våra föräldrar har ju själva bekymmer också (mm ja) (deltagare 2)

Deltagare 1: vilket påverkar också hur de kan ta emot--

Moderator: Är det egna funktionsnedsättningar då eller vad är det?

*Deltagare 2: Ja det kan det vara (mm) (2s) och många föräldrar har ju svårt att **hålla ihop familjen**, det blir ju också **kris** då (mm) (mm) och svårt att ta emot behandling. (grupp A)*

I ovanstående citat lyfts svårigheten med föräldrar som inte orkar. Deltagare 2 berättar om situationer där föräldrar inte orkar av olika anledningar. Deltagare 1 bryter in med att det påverkar hur de kan ta emot, och antas mena stödet från habiliteringen. Det ospecifika uttrycket ”bekymmer” har i flera fokusgrupper använts istället för funktionsnedsättning vilket föranleder moderatören att fråga om det är funktionsnedsättning deltagare 2 menar. Hon instämmer till det och fyller på med att föräldrar även kan ha svårigheter att ”hålla ihop familjen”. Deltagaren framhåller att en konsekvens av det är kris i familjen och därmed svårigheter att ta emot behandling.

Nedanstående citat har föregåtts av en diskussion kring jämlik vård och de professionellas ansvar alternativt icke-ansvar för att barnen får sina habiliteringsbehov tillgodosedda.

Deltagare 1: Det är också, jag hade en diskussion med logopeden om detta och hon hade då, ja men man har sin tid måndag till fredag (ja) (mm) och så ska man få in, och så bara nu har jag ett barn jag har jobbat med detta gång på gång på gång vi kommer ingen vart, föräldrarna tar inte till sig,

alltså det krävs att, ska jag lägga mer resurser här? Eller ska jag satsa på ett barn där jag vet att familjen bara kommer, Tjoho (mm) och så kanske kunna ha fyra barn på den tiden (mm) ett barn tar (mm) så då prioriterar man bort det barnet (mm) (mm) (grupp B)

Deltagaren resonerar kring prioriteringar och framhåller resursåtgång som en parameter för prioritering. Genom att använda ”man” blir uttalandet om tidsbrist mer generellt och blir gällande för fler än deltagaren själv. Ett dilemma kring barnens utsatthet presenteras. Barn som har föräldrar som kan ta till sig habiliteringens rekommendationer prioriteras före barn till resurssvaga föräldrar. Osäkerheten kring beslutet blir synligt genom frågeställande. Deltagarens ”tjoho” ges här en funktion av att framställa arbetet med vissa familjer som mer enkelt än andra.

Även i nästa citat behandlas ansvarsfrågan.

Deltagare 2: Jag tycker också för vad problemet är, jag tycker ibland, har föräldrar en helt annan bild än en själv vad problemet är i en situation. (mm) (mm) De har en annan bild av det, dom själva ser att det är skolans fel, eller den här personens fel, och man själv kanske ser nånting hos föräldern kanske, och då är det riktigt illa eller (suck) ja (mm). (grupp F)

Ett dilemma kring olika problemförklaringar konstrueras. Förälder och professionella har olika förståelser av vad som är orsaken till en problemsituation. Deltagaren gör ett försiktigt uttalande om eventuella brister hos föräldern vilket framställs som mycket problematiskt vilket förstärks med en suck.

Till skillnad mot de två föregående grupperna presenteras i nästa citat en mindre kluven inställning till ansvarsfrågan kring behandlingen av barn till föräldrar som upplevs ha egna svårigheter.

*Deltagare 4: Nej för att vi har ju föräldrar som har egna svårigheter också, mm och vi utgår ju mycket från vad man kan (mm) vilka möjligheter som finns i hemmet, i närmiljön. (mm) Det måste vi ju göra för vi är ju inte i hemmet och jobbar dagligen, det **kan** vi ju inte vara, så vi **måste** anpassa och tänker jag att när man tittar tillbaka, varför misslyckades vi, då har man kanske lämnat för mycket åt, eller gjort för få uppföljningar eller (mm), för lång tid? Om man rannsakar sig själv så tror jag många gånger det är det (mm) man tycker att det är enkelt (mm) och så tycker dom inte det, och det kanske också är många gånger att dom inte vågar uttrycka det själva heller, att dom inte förstår (nä). Det är ju också sånt där, man gör egna tolkningar då (ja) för vissa kan ju säga jag har de här svårigheterna själv, och jag kan inte det här. Många är ju så ärliga (mm) men dom som inte är det, då blir det ju mina tolkningar, jag antar att det är det (ja) och då gäller det ju också att dom vågar säga det (Is) det är det ju inte alla som gör (nä). Sen tänker jag också vi sitter med dom här barnen, som är svårt att hitta som är svårt att hitta lösningar för, där har vi ju många föräldrar som tycker, man sitter och har mycket nätverksmöten (mm) och det händer egentligen ingenting utan man blir bara, man står och trampar och går på massa möten och det blir ju också en frustration, men jag vet inte hur man*

ska komma åt det för där är vi ju lite bakbundna själva, mm eller om jag kan uttrycka mig så. (mm) (mm) Det finns ju dom också som är jättekomplexa där jag förstår föräldrarnas frustration, nu har jag vart på, fem möten här liksom, och det händer ju ändå ingenting, vad är det? (grupp D)

Deltagaren använder genomgående ordet ”man” vilket skulle kunna ge en funktion av deltagaren som språkrör för många. Deltagaren berättar om föräldrar med egna svårigheter (läs funktionsnedsättningar) där samarbetet fungerar mindre bra. I uttalandet framkommer självkritik som handlar om habiliteringens bristande stöd, som i vissa fall också till och med uttrycks som en slags misslyckande. Ansvar blir på detta vis habiliteringens istället för föräldrarnas. När deltagaren pratar om svårigheterna i får hon instämmande hummanden. Dock signalerar uttalandet en viss osäkerhet (”eller om jag kan uttrycka mig så”) när det gäller huruvida denna självkritiska hållning är legitim.

Även nästa citat illustrerar de professionellas upplevda svårigheter att möta svaga föräldrar.

Deltagare 3: Jag tycker det är svårt också när det är, det är som att jag har en gräns där också, när man kan tycka att det är OK, alltså när man märker att det är så på gränsen till att de här föräldrarna mäktar med överhuvudtaget, hela föräldrasituationen, och samarbeta då när det är så omöjligt att få till nån form av samarbete för föräldrarnas brister är så stora och man vet att det är så många andra inne, och man verkligen utreder och ser om möjligheterna finns, då kan man hamna i ett sånt vakuum, eller liksom ska jag satsa på det här eller, det är som att dom har (1s) [vänt sig] dom har inte riktigt rätten till, alltså det- - - (grupp E)

Deltagaren framställer en grupp föräldrar där svagheterna är så stora att föräldrarollen är för svår. Deltagaren beskriver en situation kring samarbetet som liknas med ”vakuum” då samarbete ses som omöjligt. En osäkerhet över om de professionella ska erbjuda stöd uttrycks och genom att använda ”dom” skapas en anonym bild av föräldrarna där funktionen kan vara att skapa en generell bild av gruppen extrasvaga föräldrar. I deltagarnas något vaga uttalande skapas en bild av något bortom en uttalad rekommenderad hållning. Uttalandet signalerar att detta något som delas av andra.

Det sista citatet under konstruktionen föräldern som svag illustrerar ett i grupperna återkommande tema om dagens upptagna föräldrar. Citatet hör hemma under denna konstruktion utifrån att föräldrarna beskrivs som pressade i sin vardag.

Citatet är intressant utifrån att det lägger ett historiskt perspektiv på habiliteringens arbete och på hur synen på föräldrar har förändrats. Deltagaren talar om att det förr var lättare att få föräldrar att följa habiliteringens rekommendationer och markerar trovärdigheten i sitt uttalande genom att poängtera att föräldrars upptagenhet märks väldigt tydligt vilket samtliga i gruppen instämmer i.

Deltagare 2: Och jag kommer att tänka på, om jag tänker tillbaka på hur det var när jag började jobba, att föräldrar och familjer är under en helt annan press idag, de är mycket mer upptagna, mycket mer uppstyrda, så dom har mindre tid att göra det som vi kanske tänker. (mm) (mm) och det

märker jag väldigt tydligt. (mm) (ja) (precis) Svårt att få till möten (ja) också för att dom är så pressade i sina arbeten. (grupp C)

Sammanfattning

I detta avsnitt har fyra olika sätt att konstruera föräldrar presenterats, alla med utgångspunkt i fokusgruppsdeltagarnas resonemang och val av samtalsinriktning. *Föräldern som behandlare* tog stor plats i samtalen och legitimerades utifrån en omtanke om barnen och en övertygelse om ett konsultativt arbetssätt. Denna konstruktion kan förstås som en slags motdiskurs till *föräldern som oförstående* och *föräldern som svag*. Föräldern som behandlare centreras runt en kategorisering av föräldern som kompetent och tillgänglig, medan föräldern som oförstående och föräldern som svag centreras runt en kategorisering av föräldern som upptagen eller med bristande ork och förmåga. Den fjärde konstruktionen däremot, *föräldern som kritisk och kravställande*, legitimeras utifrån en annan typ av kategorisering. Här är det föräldrars missnöje som lyfts fram, exempelvis utifrån att de framställs som pålästa och kunniga eller utifrån ett missnöje med habiliteringen och behandlingen.

Konstruktionerna av föräldern kan ses som motstridiga. Den ena förhandsinställningen är förälder som svag, trött, varandes i kris och med bekymmer i äktenskapet. Den andra är föräldern som kompetent och kunnig. Överordnat båda dessa förhandsinställningar om föräldern ligger dock en konstruktion av föräldern som behandlare, men utan tid och möjlighet att prioritera barnets behandling. Denna bild överensstämmer med hur forskning problematiserar föräldraskapet i förhållande till lönearbete. Här skrivs föräldrar fram som mer stressade, men arbetet framställs också ha ett komplext kulturellt värde för välbefinnande och lycka (Hochschild 1997; Damaske, Smyth & Zawadski 2014). I studier som specifikt berör föräldrar till barn med funktionsnedsättningar framkommer att dessa föräldrar i högre grad också upplever psykisk ohälsa, ökad stress och oro över att inte orka som förälder. Föräldrarna upplever en negativ påverkan på hela livssituationen: relationer, förvärvsarbete och ekonomi (Fereday, Oster, Darbyshire 2010; Kilic et al 2013; Lee 2009; Norlin & Broberg 2013; Raina 2006).

Övergripande kan sägas att i samtliga konstruktioner av föräldrarna lyfts relationens betydelse fram, vilket överensstämmer med tidigare forskning, där relationen mellan professionella och föräldrar blivit alltmer viktig (Dempsey & Dunst, 2004; Espe-Sherwindt, 2008; Keen, 2007). Likaså lyfts i samtalen fram en osäkerhet bland deltagarna över hur dessa olika föräldrar ska bemötas (Nijhuis 2007 et al).

De professionellas positioneringar

Relationens betydelse, vilken lyftes fram i föregående avsnitt, återkommer i presentationen av de professionellas positioneringar i detta avsnitt. Analysen resulterade i fyra övergripande positioner. Dessa är: (1) Den professionelle som relationsskapare, (2) den professionelle som motvillig specialist, (3) den professionelle som (obekväm) konsult, (4) den professionelle som maktlös överlämnare.

Den professionelle som relationsskapare

Det tydligaste och mest frekventa samtalstemat i fokusgrupperna handlade om deltagarnas förståelse av relationens betydelse. Relationen till föräldrarna framställs som avgörande för all behandling. Deltagarna använder olika positioneringar för att nå en god relation till föräldern. I berättelserna framkommer att stor vikt läggs vid att förstå föräldern, lyssna och skapa förtroende. Deltagarna framställer sig som tålmodiga, tassande och med stora möjligheter till anpassning.

Den goda relationen framställs dock inte som helt enkel att skapa i alla lägen. Ibland framställs strävan efter den goda relationen som något motstridig andra viktiga aspekter i det behandlande arbetet. I det första citatet synliggörs en sådan konflikt mellan att å ena sidan stå för en professionell bedömning, och å andra sidan behålla relationen.

Deltagare 2: Det är svårt att veta vad man ska förhålla sig till, alltså vad vi tycker är "rätt" sätt att jobba på också. Man vill gärna likställa sig med andra delar av vården där det inte alls är samma långtidsperspektiv tänker jag (nä). Man vill komma ifrån det här med att man är inskriven, och det ser vi ju fördelar med, men samtidigt så –

Deltagare 6: Men som om du går i öppenvården och har fått en diagnos diabetes så vill man ju inte, du kommer att få problem med detta, detta, detta och detta, för att man vet vilka (ja) problem, vad som komma skall (ja). Eller, du, även om blodsockret ligger bra finns risk för detta, och det vet du ju även vid andra diagnoser (mm). Men vi vill ändå inte skrämmas, vi vill liksom, vi vill ju ha en bra dialog (mm) (mm). (grupp D)

När deltagare 2 formulerar en osäkerhet kring det egna förhållningssättet vad gäller verksamheten och arbetssättet. Deltagare 6 jämför habiliteringen med annan sjukvårdande verksamhet där relationens betydelse framställs som mindre och en tydlighet kring konsekvenser av sjukdom/funktionsnedsättning kan påtalas utan risk. Jämförelsen blir effektiv i argumentationen för relationens betydelse i en verksamhet som framställs som annorlunda än sjukvårdens.

Nedanstående citat exemplifierar positioneringen utifrån betydelsen av uthålliga långvariga kontakter. Särskilt viktigt anses detta vara i relationen med invandrade svenskar:

*Deltagare 3: Men både öppenhet och tid (ja) tänker jag och formen på möten ibland(mm) Jag tänker att det är väldigt(.) **hembesök** kan man ju säga mycket om men jag tänker ibland att det ger en extra fingertoppskänsla för (.)vem är det jag har framför mig och att man kan bygga relation under lång tid, jag tänker särskilt på våra invandrarfamiljer där)(mm) det **tar** lång tid att **förstå** (mm) för dom att förstå **oss** och för oss att förstå **dom**. Och där känner jag att man bara behöver finnas med att få vara den där bärande länken så (.) under lång tid (mm) Jag tänker på den, den never ending story (mm) (ja) som vi hade idag, när man har fått funnits med när det har gått, vi har hållit på med täta hembesök, ähm. Vi har kommit hem i olika konstellationer, men jag har funnits med som bärande*

*länk hela tiden, och nu kan mamma tänka sig och prata, och det har tagit
jättemånga år (mm)(mm) (grupp B)*

I citatet ovan exemplifieras hur problematiken med familjer med annan bakgrund än svensk ställer krav på en särskild typ av yrkesmässig kunskap vilken benämns som ”fingertoppskänsla”. Ett exempel där denna kunskap resulterat i en bra relation används för att förstärka detta uttalandes legitimitet.

Samtalet fortsätter med att deltagare 4 lägger en tidsaspekt på frågan om relationsskapande:

*Deltagare 4: Jag tänker att det handlar mycket om frekvens (mm) alltså, idag jobbar vi ju jättemycket med att vi träffar dom **ibland** och då tar det ju tid(ja) att bygga upp en relation eller få tillit till oss som behandlare eller(mm) veta (mm) om man går tillbaka hundra år i tiden, då hade vi mycket mycket tätare, alltså man hittade ett samarbete mycket fortare (ja)*

Deltagare 3: Och då träffades man, hur då? Flera gånger till en början?

Deltagare 4: Ja, så det är skillnad idag och då hur fort man kan bygga förtroende.

Moderator: Tycker du också att ni har en annan roll idag?

*Deltagare 4: Ja, jaa (.) vi **ska** väl ha det (mm) Ja sen är det ju några gamla (skratt) (mm) som jobbar på, på samma sätt (skratt) (ja) men, men att det inte blir lika tät kontakt och det kan jag se som en nackdel(mm) Man kanske skulle lägga jättemycket tid i början just på tillit och relationer(mm) och sen kan man glesa ut det (mm) (grupp B)*

Denna dialog är intressant då idén om relationens betydelse i habiliteringen legitimeras utifrån olika positioner. Deltagare 3 positionerar sig som möjliggörare för samarbetet mellan föräldrarna och övriga teammedlemmar. För att uppnå denna position framställs kontakt under lång tid som en förutsättning. Deltagare 4 hakar på och lägger till att även kontaktens frekvens har betydelse för hur relationsbyggandet går. Vid moderators fråga om habiliteringsprofessionens funktion är en annan idag (jämfört med tidigare) svarar deltagare 4 ett tydligt jakande och får medhåll från övriga. Deltagaren lägger dock in en reservation om att de äldre inte arbetar på samma sätt. Det ordval som används i formuleringen av dessa medarbetare (”några gamla”) utlöser skratt från övriga deltagare, vilket ger en funktion av igenkännande. Liksom i föregående citat framkommer en osäkerhet kring arbetsätt.

I nästa citat hämtat från grupp C samtalar de tre deltagarna om hur relationen till föräldrarna bibehålls utifrån en tassande och anpassande position.

Deltagare 3: Och det tycker jag nästan skulle vara förödande för barnet, om dom har en grej och så, då måste man ju anpassa (mm) (ja) för det barnet.

Deltagare 2: Och för föräldrarna också tänker jag, man har olika möjligheter som förälder (mm) också (absolut) och då får man stötta på

olika sätt, beroende på (ja) vad föräldrarna har för möjligheter och kompetens (mm) och kapacitet och allt vad det kan vara (mm)

Deltagare 1: Och det tycker jag ändå är en fördel när vi jobbar som vi gör, vi blir ju rätt så inne i familjer (mm) och utifrån det kan man ändå kanske, man tänker ju i alla fall, om det är nåt man inte tror är genomförbart så är man lite försiktig ändå (mm) med att föreslå det (mm) man känner ju av det (mm) Rätt eller fel kanske ibland, ibland kanske man är för försiktig att föreslå saker (mm) men jag vet inte det känns ju som att vi har ju ändå rätt så stor (mm) inblick i deras liv.

Moderator: Försöker du känna in vilken familj, och matcha då?

Deltagare 1: Ja lite så (mm) (mm)

Moderator: Utifrån deras förutsättningar eller utifrån barnets egentligen då behov?

Deltagare 2: Ja man måste ju(ja) se till båda sakerna (ja) (mm) och försöka få ut det bästa möjliga av det (ja) (ja)

Deltagare 3: För även om man ser behovet, vad dom egentligen skulle behöva men att dom kommer inte att fixa det, det blir nästan bara frustrerande (ja) det blir ju liksom, usch dåligt samvete hela tiden och mycket mer som läggs på. (grupp C)

I denna samtalssekvens intar deltagarna en enad skyddande position gentemot föräldrarna. Positionen försvaras utifrån en ingående kunskap om familjens livsvillkor. När deltagare 1 uttalar sig framställs en viss ambivalens kring den ansvarstagande hållningen, men som ändå i slutändan verkar uppfattas hållbar. Genom att använda ”ju” görs uttalandet till något allmänt vedertaget.

Nedanstående citat är ett exempel på hur den yrkesmässiga bedömningen får stå tillbaka till förmån för relationen med föräldrarna.

*Deltagare 2: men jag tänker på det du sa, det kan va ett mål i sig att skapa en god relation för att nå fram, att nå dit man vill (mm) och föräldrar kanske inte alls har samma synsätt (mm) från början, vad som är viktigt(mm) ofta är man ju inte överens om vad som är rätt väg, rätt åtgärd (nä) mm, av olika skäl (mm) de professionella skiljer sig från föräldrarnas tankar mycket om vad som är rätt(mm) (ja ((mm) och använder man AKK [alternativ och kompletterande kommunikation] försenar det talet även om **all** forskning pekar på tvärtom så kan man inte lita på det. Man har en känsla av att det här känns fel (mm) och där förstår jag att vi också behöver bli bättre på att **möta** för vi har lärt oss att man kommer ingen vart med att stå och stängas och säga ni har fel, jag har rätt (mm) så här kommer det, det kommer inte att hjälpa (nä) utan vi borde bli bättre på att möta föräldrarna och erbjuda en viss mängd talträning fast vi inte tror på det för **fem öre**, (mm) för att då kommer man mycket lättare vidare sen och ser att*

det här var inte så lätt(mm) det här kanske inte har gått så bra, vi kanske ska fundera ändå på det här andra eller göra båda två samtidigt, ähm för annars blir det ju barnet som blir lidande(mm) inget blir gjort för att vi ska stå på oss på nåt vis. (grupp D)

Denna deltagare framhåller ett behov av att utveckla förmågan att skapa möten med föräldrarna i syfte att hitta en gemensam idé avseende vilka behandlingsinsatser som behövs. Värdet av dessa möten illustreras genom att ordet ”möta” uttrycks med emfas. Svårigheten med att övertyga föräldrar utifrån kunskap lyfts fram i generaliseringen av forskning, vilket skapar en funktion av att ytterligare förstärka svårigheterna med att möta föräldrars önskemål. Anmärkningsvärt är att relationen framställs här som vägen att nå fram med den professionella bedömningen snarare än att utgå från forskning. Deltagaren kan sträcka sig så långt att hon erbjuder behandling hon inte tror på för att därefter få en chans att behandla enligt den metod den professionella bedömningen medger.

Även nästa citat är ett exempel på hur den förtroendefulla relationen beskrivs bana väg för en god behandling, även om relationen inte här framställs som målet i sig, något som uttalades tydligt i föregående citat.

*Deltagare 7: men det tänker jag också är viktigt att man måste liksom ha målet klart för sig (ja) vart hän vill man att det här ska bära men medlen att **komma dit** (mm) kan vara olika beroende på vilken familj man har **framför sig** (mm) och jag tänker för mig är det jätteviktigt oavsett om det är föräldrar eller skolpersonal eller vem det är man ska samarbeta med (ja) är det jätteviktigt att man skapar ett förtroende, att man skapar en god kontakt för det kan man **bygga** så mycket på (mm) i framtiden (mm) så därför är dom första mötena väldigt väldigt viktiga tycker jag (mm) (mm) (grupp D)*

I detta citat finns en motsägelse: Inledningsvis uttrycks att metoder kan variera beroende på familj. I direkt anslutning till detta uttrycks samtidigt att det är egalt med vem – den mest väsentliga metoden ses ändå som att skapa en god relation. Deltagaren använder ordet ”samarbeta”, snarare än ”behandla”, vilket signalerar en positionering där de professionella och föräldrar likställs. Deltagaren förstärker sin positionering kring skapande av förtroende och goda kontakter genom att upprepa förstärkande ord.

I citatet nedan från grupp E återkommer positioneringen kring relationsskapandet utifrån uttalanden om tidsaspektens betydelse. I denna sekvens dras dock inte paralleller till hur arbetet vid habiliteringen gestaltades förr. Här är det istället idén om att värdet av att skapa en långvarig relation med föräldrarna som förs fram som väsentligt:

*Deltagare 5: Ja och det är nåt jag tänker som **ny** om att, om jag fortsätter jobba i Habilitering att jag skulle vilja vara ganska länge på ett och samma ställe (.) för att kunna bygga upp den här relationen till familjen (mm) För jag tror att ju längre man är på ett ställe ju mer van blir familjen och då kanske dom tänker att den här personen **går** ingenstans(nä) den här personen vi kan **lita** på, vi kan lämpa över vår ångest och sorg (mm) (mm) vårt barn (mm) på den här personen, vi vet att den här personen kommer att va kvar. För det är ju ändå det, jag har stött på en del, att föräldrar blir lite osäkra så.*

*Deltagare 2: Ja det kan jag bekräfta som har jobbat så länge, att det kan komma en mamma och säga att tänk att jag tänkte så då, och jag haka upp mig så mycket på **det** och (ja) (mm, mm) nu kan jag se det från ett annat perspektiv och (ja)*

Deltagare 3: men ändå kommer det ju mycket in idag att ja, det nya tänket är ju inte så, man vet att man vänder sig till sjukvård och så, det är, man har ett problem, ett behov och så vänder man sig till en person, man kan inte, det här att dom vill möta samma (skratt) och förstår inte (precis) är det vi som tror det, är det vi som har behov av att det är samma?(grupp E)

Deltagare 5 framhåller tilliten till att habiliteringspersonal stannar som en förutsättning för en hållbar relation till föräldern. Deltagare 2 bekräftar detta ställningstagande genom ett exempel från en föräldrakontakt där mamman vunnit insikter genom en långvarig relation. När deltagare 3 uttalar sig är positioneringen inte lika entydig utan frågan ställs kring vems behoven är, föräldrarnas eller den professionelles? Deltagare 3 hänvisar till en ny diskurs i sjukvården för att ge stöd åt sitt uttalande. Hela denna dialog signalerar därmed en osäkerhet kring habiliteringens egentliga uppdrag.

I nedanstående citat framställer sig deltagaren utifrån en lyssnande position.

*Deltagare 5: Ja, jag tänker att det (1s) vi träffar ju alla dom föräldrarna som fastnar i negativa tankar **på grund av** att de inte blivit lyssnade på eller (mm) då kan det ju vara ett sätt i så fall (mm) att ta sig **vidare** (mm) att jo, men vi provar(mm) och så, kan man diskutera vidare sen. Jag tänker vi har ju många föräldrar som kommer här och säger, ingen har lyssnat på oss, vi har fått kämpa jag har fått vara som en, ja, nu tappade jag ordet för det, en varulv (skratt) (mm) (mm) för mitt barn, dom som uttrycker sig så, nej men jag tänker i föräldragruppen där som vi har att en pappa säger att jag får vara en person som jag egentligen inte vill vara (mm) och jag tycker att det är så **svårt** (ja) för att jag tycker egentligen inte om den personen. Och så upplever jag att många föräldrar har haft det när dom kommer hit (ja). Och att det är också nåt som formar så därför tänker jag att ett av mina **viktigaste** uppdrag i första mötena med föräldrar är att **lyssna** på dom. (mm) Och där tänker jag att gör jag det, att gör jag det, så har vi lättare att komma vidare sen (mm)(mm) för då lyssnar dom nog också på mig (mm) (mm) (grupp D)*

Deltagaren gör en koppling mellan föräldrar som framställs som inte blivit lyssnade på eller anses ha fastnat i negativa tankar. Hon beskriver detta som ett hinder för att relationen med föräldern ska utvecklas. Hon levandegör sitt uttalande genom ett narrativ om en pappas negativa erfarenheter, vilket skapar trovärdighet åt uttalandet. Skratten som följer på detta narrativ ges en funktion av instämmande. Lyssnandet beskrivs som det mest centrala uppdraget i de första mötena med föräldrar. Att lyssna på föräldern framställs även som strategi för att längre fram bli lyssnad på som professionell.

I det avslutande citatet som får exemplifiera positioneringen den professionelle som relationsskapare uttrycks relationen till föräldrarna som beroende av deras kulturella

bakgrund. Att arbeta med föräldrar från Somalia beskrivs som lättare än att arbeta med en familj som har svenskt ursprung;

Deltagare 2: Jag tycker det är mer att den professionella rollen är tydligare när jag sitter på mattan i en somalisk familj (ja) (mm) (ja precis) annars hade jag inte suttit här om jag inte hade varit professionell [Deltagare 5: nä det är sant] annars hade inte jag varit här. Men om jag sitter i soffan hemma hos en, någon i min egen ålder som hade fått barn eller så (ja) då blir det som att jag är professionell men samtidigt är det som om vi sak prata och umgås (precis) vi kan naturligtvis ha trevligt när vi sitter på mattan också men (mm) men det blir mindre tydligt tycker jag om jag är-- (ja).

Deltagare 5: Det är lättare att behålla professionaliteten.(ja)

Deltagare 2: Det är större skillnad mellan oss. (ja) (grupp F)

Deltagare 2 uttalar att relationen till föräldrar kan vara svår att hantera om den känns för nära, om föräldrarnas livssituation liknar den egna. Detta ställningstagande bekräftas av två andra deltagare i gruppen. Deltagare 2 förstärker dessutom uttalandet genom att lägga in vad som kan tolkas som en åtskillnad mellan människor med olika kulturell bakgrund. I relation till den problematik som ställs fram kring att arbeta med någon som har en kulturell bakgrund liknande de professionellas, framstår idén om att föräldrar som har utländsk bakgrund kan vara enklare att arbeta med som trovärdig. Detta uttalande får medhåll från övriga i gruppen. Uttalandena signalerar att professionell identitet konstrueras olika beroende av vem som är förälder i mötet.

Den professionelle som (motvillig) specialist

Samtliga deltagare presenterar uttalanden som visar på en kluven specialistroll. Framställningarna pekar på en svårighet för deltagarna att stå upp för sin kunskap och erfarenhet. En omsorg om, och ett ansvar för föräldrarna betonas i retoriken snarare än bedömning och behandling byggd på specialistkompetens. Deltagarna positionerar sig motvilligt in i specialistrollen.

Det första citatet illustrerar ett kluvet förhållningssätt till specialistens bedömningar och rekommendationer.

Deltagare 2: Vi kan ju egentligen bara ge ett förslag på det(mm)(mm) som vi har här(mm)

*Deltagare 3: Ja, och sen tycker jag också att ähm om man ser att barnet blir frustrerat över att inte kunna göra sig förstådd till exempel då tycker jag att man måste säga någonting eller säga vad man tror skulle vara **bra**, och sen om föräldrarna inte orkar eller kan just då det är ju en sak men jag tycker ändå att man måste lägga fram det (mm).*

Moderator: Att man har en slags professionell skyldighet på något sätt? (ja, jo)(mm)(mm)

Deltagare 1: Alltså våra insatser är ju frivilliga, det är ju ett slags förslag man presenterar tänker jag (mm) och så får ju föräldrarna

Deltagare 2: [ja och så får man ju kanske säga att ja, jag men jag förstår ju att ni kanske inte orkar just nu (ja) men ni kan ju fundera på det här så kan vi kanske ta det längre fram]

Deltagare 1: Ja vi kan ju säga att detta är vår erfarenhet utifrån att vi mött Kalle förut inte Kalle men andra Kallar så att säga (mm) och det här tycker vi brukar funka bra (ja) (mm) och sen kan vi ju inte tvinga nån men (nä (nä)

Deltagare 3: Fast ibland får man vara extra tydlig.

Deltagare 1: Det tror jag också, jättetydlig.

*Deltagare 3: Om ni inte tar emot det här nu om vi inte hjälper er med detta, då **kan** det hända att det händer såhär, det är inte säkert att det händer så här men det **kan** bli så (mm). Vår erfarenhet säger att det kan bli så (mm) (mm). Och därför brukar vi göra det i den här ordningen (mm) (mm) (deltagare 2)*

Deltagare 1: Det här är vad vi tror är - - - (ja)(2s) (grupp A)

I citatet ovan är tre deltagare inbegripna i samtalet. En förhandling kring hur tydlig habiliteringen ska vara kring sina bedömningar går att urskilja. Deltagare 2 inleder samtalssekvensen med ett försiktigt uttalande om vad barnet kan tänkas behöva, Deltagare 3 positionerar sig mer åt specialisthållet och framhåller vikten av att ändå säga vad man tror skulle vara bra för barnet. Detta görs dock med en osäkerhet vilket bl. a. hummandet tyder på. Uttalandet rättfärdigas av den förekomna anledningen att barnet i exemplet inte har det bra. Innan uttalandet avslutas mildras budskapet genom att ”måste” ändras till ”tror”. Efter moderatorns fråga om professionell skyldighet tonar deltagare 1 ned specialistrollen och knyter an till citatets första uttalande där ställningstagandet ”det ju är ett slags förslag man presenterar” presenterades men nu betonas även frivilligheten kring förslagen. Deltagare 2 fyller på och framlägger vikten av att förekomma föräldrarnas reaktion genom att berätta hur man skulle kunna säga för att minska risken för att föräldrar känner sig pressade. Deltagare 1 positionerar sig härefter lite mer åt specialisthållet genom att presentera en idé om att i samtalet med föräldern använda erfarenheter från arbete med andra barn. Argumentationen fortsätter för att legitimera positioneringen som specialist genom att deltagare 3 och 1 pratar om vikten av tydlighet när föräldrar ska informeras om vad som kan hända med barnet om hjälp inte tas emot. Specialistpositioneringen sker dock motvilligt vilket blir synligt genom att exemplet från föräldrasamtalet innehåller vaga och motstridiga formuleringar. Budskapet tonas åter igen ned i det sista uttalandet av deltagare 1.

Nedanstående citat har föregåtts av en diskussion kring en föreställning om dagens upptagna föräldrar. Deltagarna gör en jämförelse med hur arbetet med föräldrar upplevdes tidigare och påtalar skillnader på olika sätt.

Deltagare 2: det ställer ju mer krav på oss också (ja) (ja det gör det) eftersom dom har ju ett mycket större kunskapsinhämtande från nätet och

så.(ja) (ja precis) Det gäller att vi är medvetna om det och kan stå upp gentemot det, och sen tänker jag på många av våra nya familjer vi får, nysvenskar eller som har flyttat in. Dom har också en annan syn på vårt arbete (mm). Och där är vi ju mycket mer specialister och vi ska kunna och vi ska bota och vi ska- - (Grupp C)

I ovanstående citat positionerar sig denna deltagare som specialist genom att använda sig av just detta begrepp. Deltagaren uttrycker dock samtidigt att denna specialistposition inte är helt okomplicerad genom att hänvisa till såväl föräldrars kunskap inhämtad på nätet respektive föräldrars olika kulturella bakgrund.

I nedanstående citat återkommer den motvilliga specialisten. Positioneringen görs i relation till forskning, men signalerar samtidigt tydligt en osäkerhet kring huruvida detta kan utgöra en grund eller ej:

*Deltagare 2: Ja men det blir ju väldigt, det blir ju väldigt, vem är egentligen, för på nåt sätt har de sagt ja till att göra det (mm) eller har jag verkligen dubbelkollat att de **har** sagt ja till att de vill göra det eller är det jag bara som har lyft saker som dom kan göra hemma (mm)*

Deltagare 4: det är skillnad

Deltagare 2: för om jag ser att det skulle vara bra för barnen kan jag ändå inte säga att dom ska göra det hemma (mm) jag kan medverka och säga att det här har vi sett det finns forskning och så att det är bra att jobba med (mm) men jag kan ändå inte kräva egentligen, jag vet inte-

Deltagare 4: Du kan inte kontrollera det

Deltagare 2: nej jag menar jag kan inte kontrollera det på det sättet om vi inte inför sån här Skype-behandling (skratt) (ja) (ja). Jag menar det är en svår situation (mm) vad ska man utvärdera sen (mm) det är vi som i mötet, vad har vi inte behandlat och, ja (mm)

*Deltagare 4: Men sen handlar det ju jättemycket om tydlighet (mm) om jag säger det skulle vara **jättebra** om ni kunde göra det här tre gånger i veckan (mm) eller om jag säger att det är en förutsättning att ni gör det här tre gånger i veckan för annars, så (mm) (mm) (2s) (grupp B)*

I dialogen ovan blir den ambivalenta hållningen kring specialistrollen tydlig utifrån olika aspekter. Deltagarna framhåller svårigheten med att rekommendera en behandling utifrån att det inte är de själva som ska utföra den. Deltagarna pekar även på svårigheten med utvärdering av behandlingsinsatser eftersom de inte kan veta om eller hur behandlingen utförts eftersom de själva inte är närvarande. Den tredje aspekten som framhålls är en ambivalens kring behandlingsmetodernas effekt. Specialistpositionen synliggörs i uttalanden om forskning, utvärdering och behandling. Trovärdigheten i uttalandena kring svårigheter med att upprätthålla en specialistkompetens görs exempelvis med hjälp av direktcitrat från dialog med föräldrarna.

Ett ytterligare exempel på den motvilliga specialistrollen framställs nedan. Denna gång utifrån en osäkerhet över hur problem identifieras.

*Deltagare 2: Och det kan också va så att du ser ett annat problemområde än det dom spontant (ja ja) och då blir det också att man lyfter fram det och inte lyfter fram det för att det var det dom efterfrågade. Jag tänker det är alltid en balansgång mellan vår professionella kunskap kring problem jämfört med vad föräldrarna säger (ja) (mm). Ibland tycker jag vi riskerar att fastna i att det här har dom inte uttryckt det här har dom inte sagt (nä) och så tycker vi det är konstigt att dom inte säger det **MEN** vi låter det ändå nästan vara för att dom inte har uttryckt det (mm). Att vi ibland måste säga att det här kan ju var ett problem, känner ni igen det? (mm) Eller det här kan nog bli ett problem.*

Moderator: Det här med risker som ni kan se till följd av olika funktionsnedsättningar, när ni tänker framåt? Kan man förebygga? (mm) (mm)

Deltagare 2: Det känns som om hela verksamheten, vi pratar om det att vi inte riktigt har avstämningsmöten (nä) och kanske inte "får" ha det på samma sätt längre utan att föräldrarna ska liksom ange sina behov och så ska vi svara, alltså nackdelen där är ju att vi ska tappa saker som dom inte vet att dom ska fråga om. (mm)

Deltagare 1: Jag håller med det är synd.

Deltagare 2: Och att vi inte får nåt samlat grepp kring, att det kräver nån slags merstruktur från vår sida att vi fångar upp, att man har nån slags plan, på har man inte har hört nåt på länge, men vi tror ju ändå att det finns behov, hur ska vi göra då, vi får ju inte ha uppsökande verksamhet heller

Deltagare 7: nej men det finns en del

*Deltagare 5: I vissa lägen känner jag ju att vi **måste** ha det.(ja) (ja) Om jag vet att med den här diagnosen följer (ja) risk för skolios eller risk för, att då måste jag ha, då måste jag följa det barnet på ett helt annat sätt(mm). (grupp D)*

Den nedtonade specialistrollen blir synlig genom att deltagarna överlämnar ett ansvar på föräldrarna att identifiera och föra fram problem de vill ha hjälp med. I det första uttalandet beskrivs att professionella ibland ser barnets svårigheter men att de intar en avvaktande och inväntande hållning. Deltagare 2 framhåller förändringar i verksamheten som anledning till att barnets problem inte identifieras. En osäkerhet uttrycks kring vad man får göra. Citatets sista uttalare hävdar ändå att det i vissa lägen är nödvändigt att habiliteringen påtar sig ansvar för barnets utveckling. Det kan då handla om vissa diagnoser som är förenade med risker för komplikationer. Uttalandet är tydligt och får en funktion som skapar tydliga sanningsanspråk som legitimeras genom hänvisning till egna erfarenheter.

I följande citat uppenbarar sig en annan hållning till specialistrollen:

Deltagare 1: Vi får ju väldigt mycket, (1s) alltså tänker jag vi har ju inte så mycket doktorer (nä) dom är ju inte närvarande när jag vill ha dom (nä) (skratt) och vi får ju då sjukgymnaster och arbetsterapeuter får ofta ta (mm) en sån liten medicinroll (mm) så (mm) och det är, då kan man ju bli obekvämt ibland ju att man säger saker och ting (mm) som dom inte vill höra men, som vi av erfarenhet vet att det kommer att bli så här eller, och då det känns ju lite olustigt då tänker jag, trampar jag in på någons område kommer jag att bli fälld för det här (skratt) men, vi har faktiskt läkarnas förtroende där också. (mm) (ja) det klart vi kan inte säga vad som helst, men jag vet vi har haft ett barn där man hela tiden trodde att hon inte skulle behöva rullstol och så (mm) det fick vi ju till slut säga, det kommer att bli rullstol (mm)

Deltagare 2: Men det tänker jag också man måste använda den erfarenhet vi har och säga det här har jag varit med om förut (ja) (ja) och då har det brukat bli så här (ja) att man inte säger, ja det kan man inte svara på eller också (grupp E)

I ovanstående citat jämför deltagare 1 läkarrollen med specialistrollen. På grund av läkarbrist tillskrivs i uttalandet sjukgymnaster och arbetsterapeuter en medicinsk expertroll, vilken här framställs som naturlig att anta i detta specifika sammanhang. I denna roll legitimeras uttalanden som rör barnets förmodade utveckling, även om informationen anses kunna vara obekvämt för föräldrar att ta del av. Uttalandet ”vi har faktiskt läkarnas förtroende där också” kan ses som tydlig specialistpositionering. Även deltagare 2 intar en positionering som specialist i det att hon håller med om vikten av att ge föräldrar realistisk information och betonar nödvändigheten av att använda sig av tidigare erfarenheter från liknande frågeställningar.

Det sista citatet som får illustrera den professionelle som motvillig specialist är intressant utifrån att specialistrollen framhålls som besvärlig att inta med tanke på hur olika föräldrar är och reagerar. Det visar även på svårigheten i att ta sig mandat att inför föräldrar ha tankar om vad som är barnets bästa.

Deltagare 5: Eller det jag, samarbetet blir mycket bättre när det som jag levererar, i form av, vad jag nu levererar (.) innebär nåt positivt (mm) för föräldrarna (mm) (mm). Att det är nåt som blir bättre, eller en lättnad i att, om jag säger, att det är faktiskt ingen ide, att det här kan du faktiskt, strunta i detta . (mm) Och att det kanske blir en liten lättnad i deras vardag (mm). Medans andra kanske tar emot det med, va säger du att det inte hjälper och stretcha (mm) (mm). Då faller hela, eller då beror det (mm). Det var ju samma sak som jag sa (mm) (skratt) men- -

Deltagare 4: Ja, jag har ju jobbat jätte kort men jag tycker alltid det är klurigt det där med, man vill ju inte sänka nån genom att säga, det här, att hålla på med det här är nog inte jättemeningsfullt (nä) det tar jättemycket tid för er, det tar jättemycket tid för barnet (mm) vi borde, egentligen har man lust att säga det, ni borde lägga tid och energi på det här istället, få

*det att funka med mat och sömn kanske (ja) istället för att göra världens kommunikationssatsning, för det barnet, just nu är inte det barnet på den nivån att det är så funktionellt att dra igång med tecken och bilder och, liksom intensivträning och så liksom(mm) och då vill man samtidigt, å ena sidan att man egentligen vill **va** den personen, samtidigt som man inte vill det och säga, nää, alltså det här kommer inte att ge nånting (nä) (grupp F)*

Första uttalandet i citatet, där deltagaren positionerar sig som en specialist med kunskap om vad som är god respektive mindre god behandling, tas emot med instämmanden och skratt. Osäkerheten kring hur föräldrar ska reagera på det denna tydliga specialistkompetens verkar kännas igen av övriga i gruppen. Även deltagare 4, positionerar sig som en specialist, dock med kortare habiliteringserfarenhet, men signalerar en tydligare ambivalens än deltagare 5. Liksom i det första uttalandet skapas en bild av dilemmat med att som professionell våga tala om vad man tror på, men här är specialistpositionen något mer nedtonad. I uttalandet framläggs dessutom ett behov av att inför föräldrarna visa på betydelsen av att barnet i första hand får sina grundläggande behov tillfredsställda. Detta framställs som svårt i förhållande till allt extra föräldrarna antas tänka kring barnets behov.

Den professionelle som (obekvä) konsult

Deltagarna i fokusgrupperna positionerar sig utifrån en informativ utgångspunkt. De framställer sig som konsulter eller handledare vars primära funktion är att informera om kunskap. Stor vikt läggs i detta sammanhang vid att ha ett tydligt förhållningssätt. I samtalen framkommer dock att deltagarna inte alltid känner sig helt bekväma med positioneringen. I första citatet illustreras just bilden av deltagarnas osäkerhet i positioneringen som konsulter.

Moderator: Det tycker jag är jättespännande, för det är ju nån slags sjukvård det här på nåt sätt (mm)(mm), vi är en del av sjukvården (ja) (mm).

*Deltagare 1: Ja då kan vi ju säga att vi ger dom **behandling**, men blir det **det** då?(skratt) (ja)*

Deltagare 2: blir det det till barnet?

Deltagare 1: Ja blir det det till barnet eller ger vi bara information (mm) som sen inte blir till behandling(mm).(mm) (mm) beroende på hur föräldrarna?

Deltagare 3: [väljer att agera]

Deltagare 2: eller har möjlighet kanske, alltså möjlighet att tillgodogöra (mm)sig, jja] (mm) (mm) (2s) (grupp B)

Dialogen ovan startade i ett samtal kring habiliteringens funktion och i citatet ovan, hämtat från en bit in i samtalet, för moderator in ordet ”sjukvård” vilket resulterar i en livlig diskussion hos deltagarna där deltagarna fyller i varandras tal. Här blir det tydligt hur deltagarna ställer sig frågande till vad som är behandling kontra vad som är information. Deltagarna formulerar sig kring hur behandling ska urskiljas, är det då insatsen är riktad direkt

till barnet? Eller blir det behandling när råden till föräldrarna omsätts i relation till barnet i hemmet? Och är det säkert att råden omsätts? Retoriken är frågande. En stor osäkerhet utkristalliserar kring vad habiliteringen ger och vad barnet får.

I nästa citat framställs resursbrist som en avgörande faktor till att handledning ersätter behandling.

Deltagare 3: Det har ju ganska mycket med, i alla fall för logopederna har det mycket att göra med resurser, alltså det finns ju många barn där jag tänker att det skulle ju vara jättebra om jag skulle åka hem eller till förskolan flera gånger i veckan och göra det här tillsammans med barnet så att de ser det och, men, men det, den möjligheten finns ju inte (nä) det går ju inte, så då blir det ju att det blir mycket handledning. Man kan visa det en eller två gånger men man kan ju inte åka ut flera gånger i veckan (nä) och göra det här. Fast många insatser om man utgår från forskning så är det ju egentligen det man borde göra.(2s) (grupp A)

I början av citatet talar deltagaren om sig själv utifrån hur hon tänker att hon skulle vilja jobba med barnet, något som i sista meningen även uttrycks ha stöd i forskning. När svårigheten med att tiden inte räcker till framställs övergår deltagaren till att använda ordet ”man” och idén om handledning som arbetssätt görs därmed till allmän och vedertagen. Denna idé bekräftas av övriga i gruppen.

I nedanstående citat positionerar sig de professionella som både obekväma konsulter och utbildare, med andra ord som obekväma utbildningskonsulter;

*Deltagare 1: Det kan ibland vara lite svårt att få fram budskapet att vi jobbar så konsultativt, man får vara väldigt **tydlig** med det, men det är ju så att det vi gör det är ju inte så mycket (.) utan att man får informera föräldrarna om att det är ändå deras jobb som gör det hela fast vi är med som konsulter så, det tycker jag är **svårt** att vara tillräckligt tydlig i det. (mm) (ja)*

*Deltagare 3: För **flera** av dom familjerna vill ju ha kontinuerlig kontakt nästan(ja), en varje vecka*

Deltagare 2: Helst tre gånger i veckan (ja, ja)

Deltagare 3: Jo det också, (skratt) jodå.

*Deltagare 1: Jo det finns önskemål, det är sant och **det** är väldigt svårt att leva upp till (ja) eller det kan man ju inte, det har vi ju inte så. (nä, nä). I och med att vi jobbar mer konsultativt så, (mm) ja.*

Deltagare 3: Utbildar föräldrarna eller vad jag ska säga på ett bra sätt, så att dom kan utföra i träningen i vardagen, eller övningarna eller det som (mm) ja.

Deltagare 1: men det tar många gånger känner jag, och man får vara tydlig, och att jag tror att vi har varit lite dåliga på det man att man,

förklarar vårt uppdrag, att man är tydlig med det (ja) så att det inte blir missuppfattningar, eller förväntningar för att överhuvudtaget nå nånstans, tror jag. (ja) (ja).

*Moderator: Alltså, det måste ju vara svårt för vi säger att vi utför **behandling**. (ja) (skratt) (mm)*

Deltagare 2: det är en väldigt liten del av vårt arbete egentligen (ja), på nåt konstigt sätt. (ja)

Deltagare 3: Jag känner att det har blivit mindre och mindre, det är mer nischat, som att jag jobbar med intensivinläring, (skratt) det är ju behandling då säger vi men att det är inte så mycket behandling utöver det då, så.(nä) Utan det är. Ja. (grupp C)

Här skapas en bild av att habiliteringens uppdrag styr verksamheten mot ett konsultativt arbetssätt. Av samtalet framgår att denna är förankrad hos deltagarna i gruppen. Till skillnad mot i föregående citat framkommer här ingen tydligt ambivalent hållning till arbetssättet, även om deltagarna uttrycker en problematik med hur de kommunicerar med föräldrarna. De huvudsakliga bekymmer som framställs i citatet är svårigheterna med att få föräldrar att förstå uppdraget. Här betonas vikten av att informera och vara tydlig mot föräldrarna. När deltagarna pratar om föräldrars önskemål om täta besök hörs skratt vilket kan uppfattas som om deltagarna tycker att önskemålen är orimliga. När moderatorn bryter in och kommenterar kring begreppet behandling uttrycker deltagare 2 att behandling är något sällsynt men samtidigt görs en reservation mot detta uttalande. I nästa uttalande återkommer bilden av att det inte pågår så mycket behandling inom habiliteringen. Intensivinläring framställs dock som ett undantag.

I det sista citatet som positionerar den professionelle som (obekvä) konsult diskuteras betydelsen av att konsultrollen förmedlas till andra än föräldern.

*Deltagare 4: Jag tänker på det du sa, med kunskap från andra instanser, jag tycker det blir så, jag hade telefonsamtal idag med en patientmamma, det blev så tydligt där precis det **du** säger, ja men vi skickar dom till habiliteringen så löser ni det liksom (mm). Va bra nu får mitt barn träffa en logoped, ja då **löser** ni det här (mm) för det har den, nån annan sagt, bara man får träffa en logoped på habiliteringen så (mm) (mm).*

*Deltagare 3: Och samtidigt, jaa precis, jag tänker det blir ofta så, och då tänker jag så här då är det ju viktigt att vi här tar ansvar och informerar om vår verksamhet (ja) för det måste ju ligga på **oss** också, vilken information man har från andra verksamheter om vad vi gör. (absolut) (mm)*

Deltagare 2: Fast det är lite kämpa i motvind ibland, vad dom säger om oss (mm) man kan inte hindra dom från att, den gamla bilden sitter kvar rätt så mycket (mm) det finns olika bilder av vad habiliteringen är eller har varit (mm) som kommer tillbaka (mm). Men absolut som du säger, man får ligga

på där och säga, man kan inte, ibland känns det som man kan säga det flera gånger till en vårdgivare att vi jobbar med detta (mm) (mm) men det tar tid.

Deltagare 3: Och då kanske det återigen blir detta att det blir i samarbetet med föräldrarna när dom kommer (mm) vid nybesök och så (mm) justera (skratt) förväntningar och –

Deltagare 2: ja det är där man får lägga det liksom. (mm) (grupp F)

I samtalet presenteras en bild av hur förväntningar från föräldrar och andra verksamheter krockar med det som deltagarna anser att habiliteringen ska erbjuda. Habiliteringens idé framställs som annorlunda nu än förr. Dagens idé framstår inte heller som tydlig och klar genom uttalandet om olika bilder. När deltagare 4 refererar från ett samtal med en "patientmamma" signalerar detta att deltagaren talar i en medicinsk diskurs, vilket kan ses som märkligt i detta uttalande där samtidigt omgivningens förväntningar på behandling framställs som inaktuella och möts med information. Deltagarna beskriver ett mödosamt arbete med att få andra verksamheter att förstå och informationen måste upprepas. De sista två uttalandena signalerar en uppgivenhet kring uppdraget med att nå fram till andra verksamheter. Deltagarna tillskriver sig ett tydligt ansvar kring informationsskyldigheten vilket framgår av de medhåll deltagare 3 får i sitt uttalande.

Den professionelle som maktlös överlämnare

Deltagarna framställer sig som maktlösa. Maktlösheten uttrycks i förhållande till föräldrar men även i förhållande till organisationen. Maktlösheten över att inte kunna tillgodose att barnen får sina habiliterande insatser kan uttryckas genom att behandlingsansvar lämnas över till andra verksamheter. Maktlösheten i förhållande till organisationen framträder i uttalandena i form av inordnande och en slags lydriad. I citaten presenteras exempel på hur deltagarna ibland tar beslut om, eller utför sådant de inte tror på. Att som professionell känna sig maktlös och inta ett lydigt förhållningssätt gentemot organisationen kan tolkas som en positionering riktad mot ansvarsbefrielse.

Nedanstående citat får illustrera maktlösheten i förhållande till föräldrar.

*Deltagare 5: Ja precis, om man tänker då att det är **barnet** som är den som har behovet, då vill man ju så gärna att rätt*

Deltagare 4: [ja att det ska funka] (mm)

Deltagare 5: behandling ska ges till rätt barn, oavsett.

Deltagare 2: ja door-keeper, det är ju dom som (suck) det är ju väldigt svårt att komma runt det, vad det är som föräldrarna ser som problemet (mm) det är ju dom som väljer vad dom tar emot för vård (ja så är det ju). Deras bild av problemet är ju A och O om den inte går att ändra (mm) (mm) (grupp F)

I detta citat blir uppfattningen om föräldrars inflytande tydlig. Ansvar för bedömningen av barnets behov läggs över på föräldrarna. Samtidigt framställs en tydlig ambition hos

deltagarna om att kunna prioritera åtaganden utifrån barnens behov. Att denna ambition inte anses hållbar signaleras genom uttalandet om föräldrarnas konstruktion av problemet och föräldrarnas valmöjlighet.

Nästkommande tre citat belyser den professionelles lydiga positionering i förhållande till organisationen.

Deltagare 3: Och det blir ju jättekonstigt i detta då, för då är det så att återigen behöver man jobba genom föräldrarna (ja) dom behöver få stöd (precis) för att dom ska klara det här (precis) och det (Is) ska vi inte göra helst, eller jag vet inte vad vi ska göra men (skratt) (grupp E)

I uttalandet framhålls en tydlig ståndpunkt gällande behovet av föräldrastöd. Denna bedömning framställs inte som tillräcklig för att deltagaren ska känna sig fri att erbjuda föräldrastödande behandling. En överordnad diskurs synliggörs genom deltagens osäkerhet över vad hon förväntas göra.

I dialogen nedan hämtad från grupp D illustreras en inordnad och maktlös hållning som inleds med ett försiktigt uttalande av deltagare 2 om allt färre avstämningsmöten. Deltagare 1 instämmer i detta vilket föranleder deltagare 2 att fortsätta på samma linje men nu med ett skarpare uttalande om att uppsökande verksamhet inte är tillåtet. Tillägget ”heller” i slutet av uttalandet signalerar att ytterligare metoder ses som omöjliga:

Deltagare 2: Det känns som om hela verksamheten, vi pratar om det att vi inte riktigt har avstämningsmöten (nä) och kanske inte ”får” ha det på samma sätt längre utan att föräldrarna ska liksom ange sina behov och så ska vi svara, alltså nackdelen där är ju att vi ska tappa saker som dom inte vet att dom ska fråga om. (mm)

Deltagare 1: Jag håller med det är synd

Deltagare 2: Och att vi inte får nåt samlat grepp kring, att det kräver nån slags merstruktur från vår sida att vi fångar upp, att man har nån slags plan på, på har man inte har hört nåt på länge, men vi tror ju ändå att det finns behov, hur ska vi göra då, vi får ju inte ha uppsökande verksamhet heller. (grupp D)

I det tredje citatet ges ett exempel på hur den professionelle böjer sig för organisationens mål trots en professionell övertygelse.

*Deltagare 3: Ja jag kan uppleva det så faktiskt, att delaktighet till varje pris, då har vi, ja men nu generaliserar jag grovt. Då har vi ju uppnått vårt **mål** att Och patienten var med här, med vad hade patienten för nytta av det. (ja) Och liksom jag hade en kille en gång, han var tretton år och hade ganska svår autism och han satt i sin pappas knä hela tiden och bara hoppa upp och ner och han ville gå ut, och dom fick gå ut emellanåt. Och då tänker man så här, ja han var **med**, men jag skulle **aldrig** rekommendera det igen. (nä) (nä). För det är ju också, man kan ju inte tänka, eller man kanske tänker så här utifrån normalbegåvat ibland, men man får ju tänka*

han var på en, när vi testade han sen så var han på en 1,8-2 års nivå, alltså han var, ja då är det ju bättre att åka ut, göra en observation eller va med honom hemma eller lära känna han på det viset, men att dom kommer hit, och ibland är det ju jättejobbigt för många barn att bara komma hit, det är ju **fruktansvärt**, (mm) (mm) så det får man ju också tänka på, är det delaktighet att dom ska va med här (mm) (grupp C)

Uttalandet har en starkt ifrågasättande och ironisk ton. Här skapas en trovärdighet genom narrativet om pojken och hans pappa och starka uttryck som "aldrig igen" och "det är fruktansvärt" används. Uttalandet får en argumenterande funktion genom att deltagaren använder sin kunskap om barns psykologiska utveckling i retoriken, samtidigt som citatet illustrerar ett starkt missnöje. Organisationens mål om barnens delaktighet framställs här överordnat professionella bedömningar.

De sista citaten som positionerar den professionelle som maktlös överlämnare exemplifieras genom överlämnande av ansvar till annan verksamhet:

*Deltagare 2: Så har vi gjort några gånger, och att man på nåt sätt stöttar förskolan också med att se att förskolan säger ja men föräldrarna gör ju ingenting, vad ska vi göra då för (ja) ja då har vi fått lugna förskolan och säga att det är jättebra det **ni** gör (mm) vi får titta på timmarna som barnet är **här** och gör och sen ska vi förstås försöka stötta här och komma igång med - - se inte det som två delar, bara för att dom inte, eller vi inte gör så ska ni inte göra, utan se det istället som att eran uppgift är jätteviktig (mm). Det vet jag att vi har gjort (ja) (ja) förut på några barn. När vi inte har kunnat se att det är så stor brist att barnet far illa (mm) alltså socialtjänst(ja) (ja)*

Deltagare 3: [K det är en annan sak]

*Deltagare 2: Jag menar att de inte brister i föräldrarollen i hela- - (mm) (mm) För vi har ju inte, i alla fall inte jag har ju inte så att jag kan ta in någon på behandling, alltså **behandling** (mm) då menar jag att jag ska träffa dom hela tiden (mm) det beror ju naturligtvis på hur stora och små dom är (mm) men det finns ju en möjlighet också att man kan ibland, men annars tänker jag att så har jag gjort några gånger (mm) eller vi, då får vi jobba mot förskolan (grupp B)*

I ovanstående citat konstrueras behandling som täta träffar med barnet. Med hjälp av denna konstruktion möjliggörs överlämnande av ansvaret till förskolan. Genom formuleringarna kring vad som "görs" markeras en uppfattning om att ett görande är det viktiga. Uttalandet signalerar en otydlig yrkesroll då behandling framställs som något som kan överlåtas på andra.

Slutligen, i uttalandet av deltagare 3 i grupp C nedan förs en argumentation kring varför skola och förskola kan ses som lämpliga behandlare:

Deltagare 3: Ja, jag tänker på en familj vi har, vi träffas var tredje månad, men ändå verkar det som, ja vi får börja på scratch. (1s) Nej inte riktigt på

scratch, men nästan (mm) lite, lite grann har dom gjort men inte så mycket som man skulle önska (nä) och då har jag ändå jobbat en del med förskolan också. (ja)(mm). Och sen tänker jag ibland när föräldrar inte orkar och sånt då, då tänker jag så här att då är det bättre att dom lägger träningen på skola och förskola (mm) så att dom kan göra så mycket som möjligt där då. (grupp C)

Retoriskt används här ett narrativ om en specifik familj, vilket skänker trovärdighet åt uttalandet. Träffarna med denna familj var tredje månad framställs som en tillräcklig insats för att nå resultat. Detta ställningstagande synliggörs genom värderingarna som uttrycks kring vad familjen borde åstadkommit för barnet. Detta uttalande får funktionen som argument för retoriken kring överlämnande av ansvar till förskolan. Deltagarens tal om svaga föräldrar blir ett ytterligare argument för att förskolan tar över ansvaret.

Sammanfattning

Samtliga positioneringar kännetecknas av en osäkerhet och ambivalens, oavsett vad samtalet handlar om. Dock gestaltas denna ambivalens på något skilda sätt i de olika positioneringarna. Hos *den professionelle som relationsskapare* identifieras hur den överordnade betydelsen av relationen anses kunna ställa till bekymmer för den professionella bedömningen och valet av behandlingsmetoder. Det kan handla om att förutsättningar för relationen beskrivs förutsätta långa kontakter, vilket ses som svårt att finna med dagens moderna sjukvårdstänk (Bejerot, Hasselblad och Gustavsson, 2008; Lauri, 2016). Detta är också centralt i positioneringen som *motvillig specialist*, men här framkommer en kliven inställning kring den egna kompetensen och över mandat att rekommendera och besluta i relation till att inta en ödmjuk och inlyssnande attityd gentemot föräldrar. Den klivna inställningen kretsar också kring talet om svårigheterna med att behandling oftast utförs av andra än deltagarna själva. Denna position kan förstås som en förhandling med den egna professionaliteten (Carlhed, 2007).

Att det konsultativa arbetssättet idag är centralt i habilitering framkommer i tidigare forskning (Bohlin, 2009, Hesselberg, Schiörbeck & Von Tetzchner 2013). Detta är också något som speglas i positioneringen av *den professionelle som (obekväm) konsult*. Här framkommer dock också en ambivalens, centrerad kring en osäkerhet om vad habiliteringen som organisation egentligen ger och vad barnet får. Mer specifikt ställer sig deltagarna frågande till vad behandling är och vad information är. I flera av samtalen skapas en bild av att habiliteringens uppdrag styr verksamheten mot ett konsultativt arbetssätt. Retoriskt skapas utifrån tolkningsrepertoarerna även en möjlig position av *den professionelle som maktlös överlämnare*. Även denna positionering kännetecknas av en ambivalens och en känsla av att inte kunna utföra det uppdrag som uppfattas som riktigt utifrån en professionell hållning. Denna positionering är något som också diskuterats i tidigare forskning om människobehandlande organisationer (Aamodt, 2014; Evetts 2011; Lauri 2016; Liljegren & Parding 2010; Lindgren 2014). Centralt i denna positionering är att ansvaret för barnets behandling framförallt ligger hos föräldrar och verksamheter utanför habiliteringen.

6 Diskussion

Syftet med denna studie har varit att undersöka hur yrkesverksamma vid barn- och ungdomshabiliteringen uttrycker sig om sina möjligheter att utöva sitt uppdrag utifrån föreställningar om den egna professionella funktionen och om barnens föräldrar. Studien inriktas mot hur de professionella skapar sin egen verklighet. Denna verklighetskonstruktion är dock förstas inte tagen helt i luften, utan bär spår av större diskurser sprungna ur historien, omformade och förhandlade in i vår samtid (Foucault 1971/1993). Vilka diskurser som godtagits och etablerats som sanna, och vilka som förkastats har dock inte undersökts ur ett historiskt perspektiv. Däremot har jag intresserat mig för hur vissa utsagor blir accepterade i barn och ungdomshabiliteringen i dagens samhälle och vilka förhandsinställningar (Foucault, 1978/1991) som existerar kring såväl föräldrar som den egna professionen inom barnhabiliteringen. I detta kapitel diskuteras och problematiseras resultatet dels med utgångspunkt i den motstridighet som resultatet kännetecknas av, dels de samhälleliga förutsättningar som barnhabiliteringens professionella och föräldrar idag verkar och lever i och dels hur diskursiva förskjutningar påverkat verksamheten. Därefter diskuteras resultatet utifrån professionen. Slutligen görs en reflektion av studien som helhet och vilka forskningsfrågor som genererats ur resultatet och som eventuellt skulle kunna bilda utgångspunkt för fortsatt forskning.

Motstridiga konstruktioner

I analysen av konstruktionen av föräldern framkom motstridigheter; föräldern som behandlare kan ses som motstridig mot konstruktionerna föräldern som svag respektive föräldern som oförstående. Föräldern som behandlare centreras kring kompetens och tillgänglighet, föräldern som svag och föräldern som oförstående centreras kring ett tal om bristande ork eller förmåga. Den fjärde konstruktionen som blev synlig var föräldern som kritisk och kravställande. Relationens betydelse återfanns dock i samtliga konstruktioner. Att skapa en god relation mellan professionella och föräldrar är också något mycket centralt för dagens habilitering (Novak, Broberg & Starke, 2013; David & Gavidia-Payne 2009). I deltagarnas uttalanden kring den konstruktion som fick stort utrymme: föräldern som behandlare, synliggjordes habiliteringens informativa och pedagogiska framtoning (Blue-Banning, Summers, Frankland, Nelson & Beegle, 2004; Dempsey & Dunst, 2004). Denna tolkningsrepertoar framstår som centrerad kring frågor som mer kan ses som hemmahörande i en *utbildningsinstitution*.

Även i deltagarnas positioneringar synliggjordes motstridigheter. När de professionella framställde sig som kunniga specialister framkom även en ambivalent och osäker hållning till den egna kompetensen. Betydelsen av en bra och nära relation till föräldern lyftes fram som central men tillskrevs även utgöra en svårighet i de fall då relationen påverkade professionella bedömningar och beslutsfattande. Denna ambivalens och osäkerhet blir även tydlig när deltagarna positionerar sig som konsulter. Å ena sidan framhålls det konsultativa förhållningssättet som givet och självklart, å andra sidan uttrycks självkritik och ifrågasättande till vad som i så fall är habilitering och en osäkerhet kring vad barnet faktiskt får för stöd. Uttalanden som signalerar positioneringen maktlös överlämnare legitimeras både utifrån att barnets behandling sköts av andra, men även utifrån hänvisningar till uppdrag och styrning. Dock kan denna tolkningsrepertoar, i motsats till den utbildningscentrerade, ses som

mer inriktad mot *medmänskligt stöd*. Det handlar här om att skapa ett förtroende och vara inlyssnande i en god relation till föräldrarna (Carlhed, 2007) – trots den ambivalens som uttrycks.

Samhälleliga förutsättningar

Kanske går den motstridiga bild som framkommit i denna studie att problematisera utifrån det senmoderna samhället vi lever i, familjers livsvillkor och postmodernitetens osäkerhet och upplösning av etiska värden (Bauman 1998)? De professionellas uttalanden om föräldrarnas svårigheter att prioritera barnets behandling kan förstås utifrån förvärvsarbetets betydelse i det senmoderna samhället. Lönearbetet har fått en allt större betydelse och är avgörande för identitet och livsmening. Människor måste vara uppmärksamma på trender och samhällsförändringar för att passa in. Jobb kommer och går, individen måste förhålla sig till denna osäkerhet. Enligt Bauman (1998, 2013) måste människor förhålla sig till den ökade individualiseringen och han menar att det är omöjligt att ställa sig utanför. Mot bakgrund av denna individualisering kanske inte föräldrar har samma möjligheter att avstå från förvärvsarbete, något som barnhabiliteringen tidigare kunnat räkna med i planeringen av barnets insatser. Forskning visar också att familjer idag i allmänhet kämpar med att förena de båda livsuppgifterna familj och arbete. Denna kunskap är väl känd av professionella inom barnhabiliteringen, vilket skulle kunna ligga till grund för den ambivalenta hållning som genomsyrar de professionellas positionering som (obekväm) konsult i föreliggande studie.

De professionellas positioneringar kännetecknas överlag av en ambivalent och osäker retorik. Återkommande synliggörs i empirin en osäkerhet över hur förväntningar från organisationen ska tolkas och hanteras. Ambivalens och osäkerhet är kännetecknande för det senmoderna samhället, där kunskapsgrunder och erfarenheter tenderar att ses som mindre väsentliga. Världen konstitueras av reflexivt tillämpad kunskap där kunskapen alltid revideras (Giddens 1997). I fokusgrupperna framställs även osäkerheten i förhållande till det egna arbetet och den professionella identiteten. Bauman (2013) resonerar kring identitet som ständigt omskapande utifrån ändrade förutsättningar och riskkalkylerande. Osäkerheten kring den professionella identiteten presenteras också utifrån föreställningen om föräldrars möjligheter att tillägna sig kunskap på egen hand, vilket framställs som både en svårighet och en möjlighet för de professionella. Möjligheten konstrueras i relation till när det föräldrarnas behandlingsansvar och svårigheten i relation till föräldrarnas kunskap som konkurrerande med den professionelles. Den kunskap som föräldrar har möjlighet att tillägna sig via inte minst Internet är enorm. Här finns en problematik. Forskare menar att föräldrar oroar sig över att experters kunskap har kort giltighetstid. Det blir för dem därför angeläget att kommunicera med andra som har personliga erfarenheter inom området. Denna kommunikation sker ofta på olika föräldrasajter och i slutna Facebook-grupper (Plantin & Daneback 2010). Dellgran (2015) menar att alla professioner, oavsett auktoritet eller status idag har att hantera de förändringar som skapar osäkerhet och utmanar deras ställning.

Den diskursiva förskjutningen

När det konsultativa arbetssättet diskuteras i fokusgrupperna omtalas behandling som ett gammalt arbetssätt, något som inte längre är aktuellt och som föräldrar och andra i barnets omgivning måste förstå (se t ex. s.46) Här märks uttalanden som andas en fostrande attityd, både gentemot föräldrar och andra i barnets nätverk (se t ex. s.29). Redan när Bohlin (2009) skrev sin avhandling såg hon att yrkesverksamma inom habiliteringen försökte hantera samma dilemma, och att denna *diskursiva förskjutning* från behandling mot konsultation verkade ha pågått sedan slutet av nittio-talet. I föreliggande studie talar de professionella i denna konsultativa diskurs, en diskurs där behandling och information dock likställs.

Anmärkningsvärt är att denna konstruktion inte återfinns i styrande texter, vare sig kring habiliteringens uppdrag (Sundqvist, 2014; Föreningen Sveriges Habiliteringschefer 2016) eller i Socialstyrelsens definition av begreppet behandling (Socialstyrelsen 2016). Här finns istället en tydlig diskurs kring specifika metoder inriktade mot behandling av barnet. Dessa metoder legitimeras inte sällan av en idé om likvärdig vård. Likaså uttrycks en idé om jämlik vård (Habilitering och Hälsa, Västra Götalandsregionen 2016). Just denna fråga om jämlik vård blir ställd på sin spets i föreliggande studies resultat. I materialet, inte minst när det gäller konstruktionen av föräldern som behandlare och positioneringen av den professionelle som konsult, uppstår frågor kring barnets rätt till habilitering. Utifrån resultatet i studien kan barn till föräldrar som framställs som kunniga, kravställande och fungerande ”mottagare” av handledningen få sina behov tillgodosedda. Jag har i materialet inte funnit någon diskurs kring den professionelles eventuella behandlingsansvar för de barn vars föräldrar saknar dessa förutsättningar. Men utifrån tolkningsrepertoaren *habiliteringen som utbildningsinstitution* går det att förstå varför reflektionen uteblir. Den professionelles ansvar blir då naturligt endast att utbilda barnets nätverk. I en nyligen publicerad studie (Lauri 2016) diskuteras detta dilemma utifrån dagens rådande samhällsideal kring individens eget ansvar. Här förstås även en mer distanserad hållning till patienten utifrån de ekonomiserade och administrativa styrsystemen som formar människobehandlande organisationer.

Resultatet av denna diskursiva förskjutning synliggörs också i studiens resultat i det att de yrkesverksamma vid habiliteringen endast motvilligt positionerar sig som specialister (se t ex. s.39). Utifrån min förförståelse om verksamheten och min kunskap om habiliteringen ur ett historiskt perspektiv är jag lite förvånad över att jag inte hittade någon expertdiskurs. Bohlin (2009) hävdar att habiliteringens vardagspraktik idag både utgör ett psykosocialt händelseförlopp där livskvalitet och barnet i sitt sammanhang betonas, samtidigt som habilitering är en medicinsk specialitet. Vid en historisk tillbakablick framstår bilden av habiliteringen som annorlunda. Carlhed (2007) fann i sina studier från 60- till 80 tal att habiliteringspraktiken vann status genom medicinens kraft. När Bolin (2009) studerade habiliteringen i nutid fann hon att en medicinsk och en social diskurs samsades parallellt med varandra, även om den medicinska var tongivande. I föreliggande studie har, med ett undantag, ingen läkare eller sjuksköterska deltagit i fokusgruppssamtalen. Det är möjligt att positioneringarna hade sett annorlunda ut om dessa yrkesgrupper hade deltagit. De förhandsinställningar kring den egna professionen som synliggörs i resultatet kan spåras historiskt till den mer psykosocialt inriktade omsorgsverksamheten för barnen med kognitiva funktionsnedsättningar. Den mest tongivande positioneringen i studiens resultat, den professionelle som relationsskapare, går att förstå utifrån den allians mellan yrkesverksamma och föräldrar som växte fram i det gemensamma arbetet för att förbättra livsvillkoren för dessa barn (Carlhed 2007). Det handlade då om att vara ett nära vardagligt stöd till föräldrar i

hemmen där de professionella ofta utförde sina insatser (Bolin 2009). Det professionella jaget inriktades mot god omsorg och stöd, tillrättalägganden och anpassningar.

En avprofessionaliserad verksamhet?

Slutligen, när ansvaret för att identifiera problem och behandla barnet läggs på föräldrarna, utifrån en avvaktande hållning inför att fatta beslut och tala om vad man ser, framstår då verksamheten som avprofessionaliserad? Ambitionen att till varje pris behålla en bra relation till föräldern tycks skapa ett utrymme för de professionella att fatta beslut utifrån andra bevekelsegrunder än professionalitet. I resultatet framkommer att de professionella exempelvis uttrycker att de undanhåller smärtsam information eller prioriterar utifrån förälderns motivation, snarare än barnets behov (se t ex. s. 36) Habiliteringspersonalen tycks därmed förhandla med sin professionalitet gällande prioriteringar (Carlhed 2007). Som tidigare nämnts kännetecknas denna förhandling av osäkerhet och ambivalens, inte minst när samtalen handlar om specialistrollen, professionella bedömningar och ställningstaganden. Tillit till den egna kompetensen framställs som liten och det professionella handlingsutrymmet tycks krympa (se t ex. s. 41) Studiens resultat kan därmed sägas vara samstämmigt med resultat från en omfattande organisationsforskning som studerat människobehandlande organisationer utifrån ett kritiskt och postmodernt perspektiv (Johansson 2015). Sedan den förvaltningspolitiska diskursen kallad New Public Management (NPM) införlivades i den offentliga sektorn i slutet av åttiotalet har synen på ansvar och ansvarsutkrävande förändrats (Johansson, Dellgran & Höjer 2015; Lauri 2016). Granskningssamhället speglar ett misstroende inför professionellas kompetens, liksom mellan över- och underordnade (Power 2000), något som synliggörs genom deltagarnas framställningar i studiens fokusgrupper. Uttalanden som avspeglar denna misstro återfinns både i de professionellas positioneringar och i konstruktionerna av föräldern (se t ex. s. 48). Tilliten till yrkesprofessionen har ersatts av tillit till organisatoriska styrmekanismer. Utryckt med andra ord: man litar helt enkelt inte längre på att professionella gör sitt bästa efter yrkeskompetens och etik (Lindgren 2014). När tilliten till professionen inte finns skapas en risk att professionerna inte litar på sig själva. Detta är något som synliggörs i den professionelle som motvillig expert, en position som ser på sig själv som medicinsk specialist men utifrån en förhandsinställning om sig själv som underordnad, ansvarsbefriad och maktlös. Professionens bristande tillit till sig själv synliggörs också i konstruktionen av föräldern som kritisk och kravställande, en förälder som de professionella har svårigheter att bemöta. För barnen som är patienter vid barnhabiliteringen kan det innebära att prioriteringar inte styrs av hur stort vårdbehov barnet har. Prioriteringar verkar kunna göras utifrån förutsättningar att lyckas med behandlingen utifrån en ambition att kunna redovisa resultat och av organisationen uppsatta mål.

Avslutande reflektion och en blick framåt

Den fråga som styrde mig in i denna studie bottnade i att jag under mina år som kurator hade märkt en succesiv förändring vad gäller hur de yrkesverksamma vid barnhabiliteringen möter sitt uppdrag. En förändring både kring hur de positionerar sig som behandlare men även kring hur ansvarsfrågor hanteras. Mot bakgrund av mina erfarenheter från denna verksamhet hade jag en ambition att skapa en ökad förståelse för hur de professionellas identitet, värderingar och motivation formas. Jag ville även synliggöra och lyfta fram de professionellas

föreställningar om föräldrarna utifrån att jag ville förstå och öka kunskapen om vad det är som avgör vad barnet får för behandling. Nu ser jag min vardagspraktik delvis på ett annat sätt. Den bild av barnhabiliteringen som vuxit fram ur resultatet ter sig mer komplex än vad jag hade föreställt mig. Förståelse utifrån erfarenhet har kompletterats med en förståelse för hur strukturer i samtiden sätter ramar för vad som ses som möjligt att utveckla. Den diskursiva förskjutning, som med hjälp av den historiska tillbakablicken uppmärksammats i denna studie skulle kunna få stora konsekvenser för såväl de professionella som för barnen som är patienter. Diskurser som uttrycker kompetens och professionalism verkar ha ersatts av diskurser som signalerar osäkerhet och avsägande av ansvar. Förskjutningen bort från professionell diskretionen och professionellt handlingsutrymme kan ses som särskilt svår i förhållandet till barnhabiliteringens patienter, där funktionsvariationerna är stora. Här är det professionella handlingsutrymmet en nödvändighet för att garantera patienten god och jämlik vård (Liljegren & Parding 2010; Lauri 2016).

Valet att göra en kritisk granskning av diskurser inom barnhabiliteringen, där jag själv är verksam, var dock inte helt enkelt. Att kritiskt granska den egna yrkesverksamheten kan ses som riskfyllt i det att man utsätter sig själv för misstro från de egna leden. Det hade förstås varit mer tillfredsställande att lägga fram en studie vars resultat hade förståtts som mer tilltalande för verksamheten. Jag ser det dock som mycket väsentligt att de diskurser som begränsar de professionellas handlingsutrymme synliggörs. De tolkningsrepertoarer som framkommit i de lokala praktikerna är i hög grad produkter av en diskursiv styrning på samhällslig nivå, vilket jag har försökt att peka på i diskussionen.

Resultatet öppnar upp för nya intressanta studier. Vilka tolkningsrepertoarer om barnhabiliteringen hade blivit synliga om fokusgrupperna bestått av chefer och personer som arbetar med utveckling av verksamheten? Hur hade resultatet blivit om föräldrarnas röster hade fångats? Intressant hade också varit att mer ingående studera hur den diskursiva makten opererar i praktiska handlingar, i mötet mellan professionella och föräldrar.

Avslutningsvis är min förhoppning att studien på något vis ska komma till nytta i verksamheten på så vis att den ska kunna bidra till självkritiska diskussioner om den egna praktiken. Ska barnhabiliteringen ha någon reell funktion och vara till stöd för barn med funktionsnedsättningar krävs denna typ av utvecklande diskussioner. Jag hoppas och tror att denna typ av strategiskt och självreflexivt utvecklingsarbete kan stärka tilliten till den egna professionella kompetensen. Att granska diskurser och uppmärksamma förgivettagna sanningar i den egna praktiken kan vara ett första steg. Som praktiker är man förstås inte medveten om förändringar på diskursiv nivå, även om man självklart kan ha en känsla av att saker och ting förändras i den egna praktiken. För mig har denna studie inneburit en ny förståelse för vad som är styrande i barnhabiliteringens vardagliga verksamhet.

7 Bilagor

Bilaga 1

(Mail) Till habiliteringschefer vid Habiliteringsmottagningarna i Västra Götalandsregionen

Jag studerar på masterprogrammet i socialt arbete. Jag kontaktar dig med anledning av att jag nästa läsår kommer att skriva min masteruppsats där jag önskar er medverkan.

Min studie kommer att ha fokus på relationen föräldrar-behandlare på barnhabiliteringen. Intresset för detta ämne bottnar i mina mångåriga erfarenheter som kurator på barnhabiliteringen där jag sett komplexiteten kring barnets behov, föräldrars möjligheter, behandlares professionsansvar och habiliteringens uppdrag.

För att kunna genomföra studien behöver jag få möjlighet att samtala med habiliteringspersonal. Min avsikt är att använda mig av fokusgruppmetod, en intervjumetod som bygger på samtal i grupp utifrån ett antal givna teman. Jag önskar bjuda in en grupp om 4-6 personer från din enhet. Det är önskvärt att grupperna består av personer med olika professionstillhörighet, helst ur samma team då jag tänker att det finns en vinst med att personerna är vana vid att diskutera och arbeta tillsammans.

Jag önskar träffa arbetsgruppen vid ett tillfälle. Planerad tidsåtgång 1-1½ timma. Jag kommer givetvis att åka till er arbetsplats. Om du som habiliteringschef godkänner att din personal medverkar i studien vore jag tacksam om du vill ge mig ett namn på någon nyckelperson (processledare eller annan) som jag kan ha vidare kontakt med avseende planering; vilka som ska delta och när.

När undersökningsgruppen är utsedd kommer varje deltagare kontaktas via mail innehållande studiens syfte, samtalsteman och praktisk information. Givetvis kommer all min insamlade data att avidentifieras.

Vänliga hälsningar

Tina Hermansson

kurator

barn- och ungdomshabiliteringen Kungälv

Bilaga 2

(Mail) Hej,

Tack för att du vill medverka i min undersökning! Ditt deltagande kommer att ligga till grund för min masteruppsats i socialt arbete vid Göteborgs universitet. Syftet med studien är att öka kunskapen om relationen föräldrar-behandlingspersonal i Habiliteringen.

Den metod jag valt är fokusgruppsamtal, vilket innebär att du kommer att delta i ett gruppsamtal kring samarbetet med föräldrar. Här blir dina erfarenheter väsentliga att lyfta fram. Min uppgift som fokusgruppsledare är att sätta igång samtalet för att därefter i första hand lyssna och ta del av din och gruppens kunskap.

För att möjliggöra sammanställning av materialet kommer jag att ljudinspela samtalet. Det inspelade materialet kommer att, tillsammans med ytterligare ljudinspelade fokusgruppsamtal vid andra mottagningar, användas av endast mig i bearbetning och analys. All data kommer att avidentifieras och era namn kommer att anonymiseras.

Min handledare är Mikaela Starke, docent vid institutionen för socialt arbete (mikaela.starke@socwork.se).

Vi träffas den kl. i *lokalens namn*. Jag ser fram emot att få lyssna på ert samtal.

Vänliga hälsningar

Tina Hermansson

kurator

barn- och ungdomshabiliteringen Kungälv

8 Referenser

- Aamodt I. (2014) Profesjonalitet og prioritering. Makt som styrningens resultat. *Fokus på familien 2*, 158-179.
- Adolfsson, M. (2011). *Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities*. Jönköping: Högskolan för lärande och kommunikation.
- Alstam, K.(2013). Ideologies of Mothering in an Internet Forum: hurting narratives and declarative defence. *Power and Education 5(1)*, 38-51.
- Alvesson, M. (2003). *Postmodernism och samhällsforskning*. Lund: Grahns Tryckeri AB.
- Alvesson, M & Sköldberg, K. (1998). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, L. (2015). Vardagsbeskrivningar-samtal på lika villkor. I: Hansson, K., Nordmark, E. (red). *Att arbeta med delaktighet inom habilitering*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Asplund, J (1991). *Essä om Gemeinschaft och Gesellschaft*. Göteborg: Korpen.
- Ball, S. (2003). The teacher´s soul and the terrors of performativity. *Journal of Education Policy, 18(2)*, 215-228.
- Bauman, Z. (1998). *Globalisering*. Lund: Studentlitteratur.
- Bauman, Z (2013). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Beck, U. (1998). *Risksamhället. På väg mot en annan modernitet*. Göteborg: Daidalos AB.
- Bekkengen, L. (2011). Kärnfamiljen som social praktik: Om stabilitet och förändring i strukturer och diskurser. I: H. Bergman, M. Eriksson & R. Klinth (red.). *Föräldraskapets politik: från 1900-tal till 2000-tal*. Stockholm: Dialogos.
- Bergman, H, Eriksson, M & Klinth, R. (red.) (2011) *Föräldraskapets politik: från 1900-tal till 2000-tal*. Stockholm: Dialogos.
- Bewan, G., & Hood, C. (2006). What`s measured is what matters: targets and gaming in the the English public health care system. *Public Administration, 84(3)*, 517-538.
- Bille, O & Olow I. (red.) (2009). *Barnhabilitering vid rörelsehinder och andra neurologiskt betingade funktionshinder*. Stockholm: Liber AB.
- Blue-Banning, M., Summers, J.A., Frankland, C.H, Lord Nelson, L. & Beegle, G. (2004).
- Bolin, U. (2009). *Habilitering i fokus. En människobehandlande organisation och dess utmaningar*. Lund: Lunds universitet.

- Broberg, M., Norlin, D., Nowak, H & Starke, M. (2014) *RiFS-projektets slutrapport, en aktionsforskningsansats för att kartlägga behov och förbättra stödet till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning*. Göteborg: FoU i Väst
- Broberg, M. & Starke, M. (2016) *Parents of children with disability and their experiences of the formal support in parenting and emotional domain in Sweden*. Opublicerat manus.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Burr, V. (2003), *Social Constructionism*. London: Routledge.
- Bäck-Wiklund, M. & Bergsten, B. (1997). *Det moderna föräldraskapet*. Falun: Natur och Kultur.
- Börjesson, M. (2003). *Diskurser och konstruktioner. En sorts metodbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Carlhed, C. (2007). *Medicinens lyskraft och skuggor: om trosföreställningar och symbolisk makt i habiliteringen 1960-1980*. Uppsala: Uppsala universitet.
- Damaske, S, Smyth, J & Zawadzki, M. (2014). Has work replaced home as the haven? Re-examining Arlie Hochschild's Time Bind proposition with objective stress data. *Social Science & medicine*, 115, 130-138.
- Daneback, K. & Plantin, C. (2010). Föräldraskap och internet. Nya mötesplatser och informationsvägar kring det senmoderna föräldraskapet. *Socialvetenskaplig tidskrift* 2(7), 170-188.
- Davis K & Gavidia-Payne S. (2009). The impact of child, family, and professional support characteristics on the quality of life in families of young children with disabilities. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 34, 153–162
- Dellgran, P. (2015). Människobehandlande professioner. I: S. Johansson, P. Dellgran & S. Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur, ss 166-193.
- Dellgran, P. & Höjer, S. (2015). Forskning om människobehandlande organisationer. I: S. Johansson, P. Dellgran & S. Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur, ss 66-79.
- Dempsey, I. & Dunst, J. (2004). Helpgiving styles and parent empowerment in families with a young child with a disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 29(1), 40-51.
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for learning* 23(3), 136-143.
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*. 23(4), 406-422.

- Fangen, K. (2005). *Deltagande observation*. Malmö: Liber ekonomi.
- Fereday, J., Oster, C. & Darbyshire, P. (2010). Partnership in practice. What parents of a disabled child want from generic health professional in Australia. *Health and social care in the community*. 18(6), 624-632.
- Foucault, M. (1971/1993). *Diskursens ordning*. Stockholm/Stehag: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Foucault, M. (1978/1991). Governmentality. I: G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (red.). *The Foucault effect: Studies in governmentality*. Chicago: University of Chicago Press.
- Föreningen Sveriges Habiliteringschefer: *Evidensbaserad habilitering*.
www.habiliteringschefer.se hämtad 161013.
- Föreningen Sveriges Habiliteringschefer: *Policy för specialistområdet habilitering i Sverige*
www.habiliteringschefer.se hämtad 160818.
- Giddens, A. (1996). *Modernitetens följder*. Lund: Studentlitteratur.
- Giddens, A. (1997). *Modernitet och självidentitet. Självet och samhället i den senmoderna epoken*. Göteborg: Daidalos AB.
- Gottzén, L. (2011). Skolan och det engagerade föräldraskapet: Självstyrningens dynamik. I: H. Bergman, M. Eriksson & R. Klint, R (red.). *Föräldraskapets politik: från 1900-tal till 2000-tal*. Stockholm: Dialogos ss. 151-171.
- Granlund, M. & Pless, M. (red.) (2011). *Handbok i att använda ICF och ICF-CY*. Lund: Studentlitteratur.
- Grape, O. (2015). Samverkan inom och mellan människobehandlande organisationer. I: S. Johansson, P. Dellgran & S. Höjer (red.) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur, ss 166-193.
- Guba, E.G., Lincoln, Y.S. (1994), Competing paradigms in qualitative research. I: N,K.Denzin & Y.S. Lincoln (red.), *Handbook of qualitative research*. Thousand oaks, CA: Sage
- Gustavsson, B., Hermerén, G. & Peterson, B. (2011). *God forskningsred*. Bromma: Vetenskapsrådet.
- Habilitering och Hälsa, Stockholms läns landsting. <http://habilitering.se> hämtad 160818
- Habilitering och Hälsa, Västra Götalandsregionen. www.vgregion.se/hoh hämtad 160818
- Halldén, G. (1992). *Föräldrars tankar om barn*. Stockholm: Carlssons.
- Hansson, K. (2009). *Etiska utmaningar i hälso- och sjukvården*. Lund: Studentlitteratur.

- Hasenfeld, Y. (1982/2010). The attributes of human service organizations. I Y. Hasenfeld (red). *Human Services as complex organizations*. Los Angeles: Sage
- Hasselbladh, H., Bejeroth, E. & Gustafsson, R.Å. (2008). *Bortom New Public Management. Institutionell transformation i svensk sjukvård*. Lund: Academia Adacta AB.
- Hesselberg, F., Schiorbeck, H. & von Tetzchner S. (red.) (2013). *Habilitering*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Hochschild, A. (1997). When Work Becomes Home and Home Becomes Work. *California Management Review*, 39(2), 79-97.
- Howarth, D. (2007). *Diskurs*. Malmö: Liber
- Hälsa och Habilitering, Uppsala. www.lul.se/hoh hämtad 160818
- Jansen, S.L.G., van der Putten, A.A.J. & Vlaskamp, C. (2012). What parents find important in the support of a child with profound intellectual and multiple disabilities. *Child: care, health and development* 39(3), 432-441
- Jeglinsky, I. Autti-Rämö, I. Brogren Carlberg, E (2011). Professional background and the comprehension of family-centredness of rehabilitation for children with cerebral palsy. *Child: care, health and development* 38, 70-78
- Johansson, S. (2015). Organisationsteoretiska perspektiv på människobehandlande organisationer. I: S. Johansson, P. Dellgran & S. Höjer (red.). *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur, ss 42-65.
- Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015). *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Karlsén, G. (2012). *Språktolkning och argumentation*. Lund: Studentlitteratur.
- Keen, D. (2007). Parents, Families, and Partnerships: issues and considerations. *International Journal of Disability, Development and Education* 54 (3) 339-349.
- Kilic, D., Genedogan, Bag, B. & Arican, D. (2013). Psychosocial Problems and Marital Adjustments of Families Caring for a Child with Intellectual Disability. *Sexuality and Disability* 31(7), 287-296.
- Larsson, M. (2001). *Organiserande av stöd och service till barn med funktionshinder. Om projektnät, språkliga förpackningar och institutionella praktiker*. Lund: KFS AB.
- Lauri, M. (2016). *Narratives of Governing. Rationalization, Responsibility and Resistance in Social Work*. Umeå: Umeå universitet.
- Lee, G.K. (2009). Parents of Children with High Functioning Autism. How Well Do They Cope and Adjust. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(2), 93-114.

- Liljegren, A. & Parding, K. (2010). Ändrad styrning av välfärdsprofessioner-exemplet evidensbaserad i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 3-4, 279-288.
- Lindgren, L. (2014). Nya utvärderingsmonstret. *Om kvalitetsmätning I den offentliga sektorn*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lindqvist, R. (2012). *Funktionshindrade I välfärdssamhället*. Malmö: Gleerup.
- Linell, P. (1994). *Transkription av tal och samtal: Teori och praktik*. Arbetsrapport från tema Kommunikation, 1994:9. Linköpings universitet.
- Morgan, D. (2011). *Rethinking family practices*. Basingstone: Palgrave Macmillian.
- Mouzelis, N. (1995). *Sociological theory-What went wrong? Diagnosis and remedies*. London: Routledge
- Nijhuis, BJG., Reinders-Messelink, H.A., de Blécourt, ACE., Hitters, WMGC., Groothoff, JW., Nakken, H. & Postema, K. *Clinic rehabilitation* 21, 660-671.
- Norlin, D. & Broberg, M. (2013). Parents of children with and without intellectual disability: couple relationship and individual well-being. *Journal of Intellectual Disability Research* 57 (6), 552-566.
- Nowak, H., Broberg, M. & Starke, M. (2013). Parent's experience of support in Sweden: Its availability, accessibility and quality. *Journal of Intellectual Disabilities*, 17(2), 134-144
- Nylén, U. (2013). *Att presentera kvalitativa data*. Stockholm: Liber.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1996). *Discourse and social psychology*. London:Sage
- Power, M. (2000). The Audit Society-Second Thoughts. *International Journal of Auditing* 4, 11-119.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S.D., Russel, D., Swinto, M., Zhu, B & Wood, E. (2006). The health and well-being of caregivers of children with cerebral palsy. *Pediatrics* 115, 626-636.
- SFS (1967:940). Lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda.
- SFS (1982:763). Hälso- och sjukvårdslag
- SFS (1985:568). Lagen om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl.
- SFS (1993:387). Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade.
- Shepherd, G.K. & Kervick, T.C. (2016). Enchanging Collaborative Leadership Among Parents of Children With Disabilities: New Directions for Policy and Practice. *Journal of Disability Policy Studies*, 27(1) 32-42.

Silverman D. (2003). *Interpreting Qualitative data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.

Socialstyrelsen: SOFS 2008:20. www.socialstyrelsen.se hämtad 161109

Socialstyrelsen, World Health Organisation (2010). Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa: barn- och ungdomversion. ICF-CY.

Socialstyrelsen: Termbank (databas). www.socialstyrelsen.se/psidata/termbanken hämtad 160428.

Sohlberg, B-M. & Sohlberg, P. (2014) *Kunskapens former. Vetenskapsteori och forskningsmetod*. Stockholm: Liber.

Sundqvist, A. (2014). *Information om Habiliteringens uppdrag*. Göteborg: Habilitering & Hälsa.

Thylefors, I., Persson O. & Hellström, D. (2005) Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross- professional teamwork. I *Journal of Interprofessional Care*, 19(2), 102-114.

Thylefors, I., Price, E., Persson, O. & von Wendt, L. (2000) Teamwork in Swedish neuropsychiatric habilitation. *Child: Care, Health and Development*. 26(5), 515-532.

Tideman, M. (2000). *Normalisering och kategorisering*. Stockholm: Johansson & Skyttmo förlag AB.

Tivenius, O. (2015). *Uppsatsens inre liv*. Lund: Studentlitteratur.

Tursunovic, M. (2002). Fokusgruppsintervjuer i teori och praktik. *Sociologisk forskning*, 1, 62-89.

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur

Winther Jørgensen, M. & Phillips, L. (2000). *Diskursanalys, som teori och metod*. Lund: Studentlitteratur.