



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

”Att leta efter en nål i en höstack kräver ficklampa, god hörsel och tålamod”

En kvalitativ studie om hur samtalsbehandlare
förhåller sig till barns behov av information
när de tar emot föräldrar i behandling för
alkoholproblem

SW2566, Vetenskapligt arbete i
Psykoteraeutprogrammet, med inriktning mot
familj, 15 hp

Scientific Work in the Psychotherapy Program,
specializing in families, 15 higher education
credits

Termin: Vt-2020

Författare: Lena Orderud och Hanna Skoglycke Nord

Handledare: Tina Olsson, Docent, Institutionen för socialt arbete

Abstract

Titel: “Att leta efter en nål i en höstack kräver ficklampa, god hörsel och tålamod.” En kvalitativ studie om hur samtalsbehandlare förhåller sig till barns behov av information när de tar emot föräldrar i behandling för alkoholproblem.

Författare: Lena Orderud och Hanna Skoglycke Nord.

Nyckelord: Barns behov, information, föräldraskap, alkoholproblem, barn som anhöriga, barnperspektiv.

Sammanfattning:

Syftet med studien var att undersöka hur samtalsbehandlare förhåller sig till barns behov av information när föräldern sökt behandling för alkoholproblem. Studien besvarade hur de professionella tänker om barns behov av information om den vuxnes behandling, hur de upplever att det är att tala med föräldrarna om barns behov och om de noterat att barnen gagnats av föräldrarnas behandling samt vilka erfarenheter de har av att föräldrarna talar med sina barn om behandlingen och alkoholproblemen. Det är en kvalitativ studie där fyra semistrukturerade intervjuer genomförts. Tematisk Analys har använts för att strukturera materialet och besvara frågeställningarna. Temana som blev synliga var *komplexitet*, *medvetenhet om ansvar* och *bärande tillit*. Resultatet visade att samtalsbehandlarna tänker att barns behov av information kring föräldrarnas alkoholproblem är viktigt. Föräldraskap och barns behov är självklara samtalsämnen i behandlingen av den vuxnes alkoholproblem. Deras upplevelser är att det behövs medvetenhet, enträgenhet och tålamod för att ständigt utmana föräldrarna att göra problemen talbara och att föräldrarnas förtroende och tillit är central för att kunna tala om barnens behov av information. Samtalsbehandlarna erfar att det vanligaste är att det *inte* talas med barnen hemma varför föräldrarna behöver konkret och psykoedukativt stöd för att information ska nå barnet. Det är dock alltid svårt att veta om eller på vilket sätt barnen nås av informationen. Samtalsbehandlarna får återkoppling av föräldrarna att det är lugnare hemma och i skolan och noterar härigenom att barnen gagnats av föräldrarnas behandling.

Abstract

Title: “Looking for a needle in a haystack requires a flashlight, good hearing and patience.” A qualitative study of how therapists relate to children's need of information when their parents are in treatment for alcoholproblems.

Authors: Lena Orderud och Hanna Skoglycke Nord.

Keywords: Children's need, information, parenting, alcoholproblems, children as familymembers, children's perspective.

Summary:

The purpose of this study was to look into how therapists relate to children's need of information when the parents got treatment for alcoholproblems. The study answered how the professionals think about children's need of information about the adult's treatment, how they feel about talking to parents about children's needs and whether they have noticed that the children have benefited from their parents' treatment and what experiences they made about parents talking to their children about the treatment and alcoholproblems. It is a qualitative study where four semistructured interviews were conducted. Thematic analysis has been used to structure the material and answer the questions. Themes that became visible were *complexity, awareness of responsibility and bearing trust*. The result showed that the therapists think that children's need for information about their parents' alcoholproblems is important. Parenting and the needs of children are obvious topics of discussion in the treatment of the adult's alcoholproblems. Their experiences are that awareness, enthusiasm and patience are needed to constantly challenge parents to make the problems countable and that the parents' trust and confidence are central to being able to talk about the children's need for information. The therapists experience that the most common thing is that parents do *not* talk to the children at home, which is why the parents need concrete and psycho-educational support so that the information reach the child. However, it is always difficult to know if or how the children are reached by the information. The therapists receive feedback from the parents that it is more peaceful and orderly at home and at school, thus noting that the children have been benefited by the parent's treatment.

Tusen tack till våra informanter. Utan er ingen uppsats...

Innehållsförteckning

Abstract	2
Abstract	3
1. Inledning.....	9
1.1 Barn som anhöriga	9
1.1.2 Barnkonventionen blir svensk lag	10
1.1.3 Barnkonventionens perspektiv på barn som anhöriga.....	10
1.2 Alkoholproblem	11
1.2.1 Alkoholproblem i Sverige	11
1.2.2 Alkoholproblem i familjen	12
1.3 Information som skyddsfaktor	13
1.4 Att göra talbart	13
1.5 Familjeorienterad behandling för alkoholproblem med särskilt fokus på barnen.....	13
1.5.1 Barns behov i familj med alkoholproblem.....	14
1.5.2 Beardslees Familjeintervention	14
1.6 Problemformulering	15
1.7 Syfte	16
1.8 Frågeställningar.....	16
2. Tidigare forskning.....	16
2.1 Barn som intervjuats.....	17
2.2 Information till barn	17
2.3 Beardslees Familjeintervention när föräldern har depression	18
2.4 Beardslees Familjeintervention när föräldern har missbruksproblem.....	20
2.5 Professionellas uppfattning om Beardslees Familjeintervention	20
2.6 Effektiviteten av FTI och LTC, behandling för förbättrad kognitiv attribut hos barn när föräldrarna har depression.....	21
3. Teori	22

3.1 Salutogen teori.....	22
3.2 Utvecklingsekologiska perspektivet.....	22
3.3 Transaktionella perspektivet	24
4. Metod	25
4.1 Urval.....	25
4.1.1 Respons Alkoholrådgivning i Göteborg.....	25
4.1.2 Kompassen	26
4.2 Datainsamling.....	26
4.3 Genomförandet.....	26
4.3.1 Författarnas ansvar	27
4.4 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet.....	27
4.5 Medvetenhet om avgränsningar	28
4.6 Etiska överväganden	28
4.7 Intervjuns kvalitet.....	29
4.8 Förförståelsen	29
4.9 Tematisk Analys.....	29
4.9.1 Analysprocessen.....	31
5. Resultat.....	32
5.1 Tema Komplexitet.....	33
5.2 Tema Medvetenhet om ansvar	36
5.3 Tema Bärande tillit.....	40
6. Diskussion	43
6.1 Hur tänker samtalsbehandlare om barns behov av information när det gäller den vuxnes behandling av alkoholproblem?	43
6.2 Hur upplever samtalsbehandlare att det är att tala om barnens behov med föräldrarna i samtalsbehandling för alkoholproblem?	44
6.3 Vilka erfarenheter har samtalsbehandlare av att föräldrarna talar med barnen i familjen om alkoholproblem och den vuxnes behandling?	44

6.4 Har samtalsbehandlare noterat att barn gagnas av att föräldrarna har samtalsbehandling för alkoholproblem?	45
7. Vad studien kan bidra med.....	46
7.1 Fortsatt forskning	46
8. Slutsats	47
9. Referenslista	48
10. Bilagor.....	52
Bilaga 1: Informationsbrev.....	52
Bilaga 2: Samtyckesblanketten	53
Bilaga 3: Intervjuguide.....	54
Bilaga 4: Beardslees familjeintervention	56

1. Inledning

Hälso- och sjukvårdslagen stärker sedan 2010 barns rättigheter som anhöriga. Barns behov ges alltså en rättslig status genom positionen som anhöriga. Med anhörig menas person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna och begreppet används ofta synonymt med närstående som avser en person som den enskilde anser sig ha en nära relation till (Socialstyrelsens termdatabas, 2010). Ändringen i lagen tydliggör professionellas ansvar att beakta barns behov av information, råd och stöd som anhörig när en förälder har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, psykisk störning eller funktionsnedsättning, missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel eller när en förälder oväntat avlider (Järkestig-Berggren, Magnusson & Hansson, 2015).

Med anledning av lagändringen ovan gav regeringen 2011 Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten i uppdrag att samarbeta kring att stärka stödet till barn i familjer med missbruk (Folkhälsomyndigheten, 2019). I Socialstyrelsens rapport *Föräldraskap och missbruk* (2012) poängteras det att föräldrar som söker vård för sitt missbruk behöver uppmanas att samtala med sina barn om hur problemet påverkar barnen i familjen och att barns behov och rättigheter behöver bli synliga i behandlingssamtalen. De menar att stöd och hjälp till barn och unga kan ges via stöd till föräldrarna. Att ge en förälder med alkoholproblem stöd i föräldrarollen är en viktig del i detta (Socialstyrelsen, 2012).

Mot denna bakgrund tycker vi det skulle vara intressant att undersöka hur samtalsbehandlare på två samtalsmottagningar i kommunal regi tar sig an barns behov av information när de har föräldrar i behandling för alkoholproblem.

1.1 Barn som anhöriga

Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten samt Sveriges Kommuner och Landsting hade mellan 2011 och 2015 regeringens uppdrag att stärka stödet för unga i utsatta situationer. Som ett utvecklingsarbete på nationell nivå startades samarbetsprojektet *Barn som anhöriga*.

I rapporterna från projektet framkommer det att det är relativt nytt att i socialt arbete se barn som anhöriga men att det följer de förändringar som skett över tid i synen på barn, deras rättigheter och behov (Socialstyrelsen, 2012). Forskarna menar att perspektivet barn som anhöriga är komplext och att det behövs mer studier kring hur barnen själva ser på sitt anhörigskap (Järkestig-Berggren et al, 2015).

Forskare från Linnéuniversitetet i projektet *Barn som anhöriga* framhåller att det i lagar och regleringar kring barn i Sverige i huvudsak syns två större perspektiv. Ett är omsorgsperspektivet och det andra är delaktighetsperspektivet. Båda är representerade i FN:s Barnkonvention. Omsorgsperspektivet slår fast att barn är sårbara och behöver vuxna som skyddar och tillgodoser deras behov för utveckling medan delaktighetsperspektivet istället betonar barnet som aktör med kompetenser som ger det rätt att få påverka sitt liv. Båda perspektiven behöver erkännas och förenas så att delaktighet blir ett redskap i omsorgen om utsatta barn. Delaktighet kan ses som ett sätt att få uttrycka sig, att berätta om sin situation så att det svåra giltiggörs och återhämtning lättare kan ske (Järkestig-Berggren et al, 2015).

1.1.2 Barnkonventionen blir svensk lag

Barnkonventionen är en universell definition om barns rättigheter som beslutades av FN:s generalförsamling 1989 och utgör en del av folkrätten. Den innehåller 54 artiklar och 196 länder har antagit den men alla har inte ratificerat den. Sverige antog och ratificerade den år 1990 (UNICEF — Barnkonventionen, u.å.).

Riksdagen 2018 har beslutat att Barnkonventionen ska bli lag i Sverige den 1 januari 2020 och det innebär att alla anställda inom de offentliga och privata sociala välfärdsinstitutionerna ska följa denna (Rädda barnen, u.å.). Lagen tvingar kommuner, landsting och andra statliga myndigheterna som arbetar med barn att ta hänsyn till barns rättigheter som egna individer, med egna rättigheter och med egna behov (Barnkonventionen blir svensk lag 2020, u.å.).

1.1.3 Barnkonventionens perspektiv på barn som anhöriga

Uppsatsen benämner barn som anhöriga och utifrån detta belyser Barnkonventionen att barn ska göras delaktiga genom information och råd. Några av de grundprinciper i Barnkonventionen som är tillämpbara för barn som anhöriga är bland annat:

- Artikel 3 där det stadgas att “barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn” (Rädda barnen, u.å.).
- Artikel 12 beskriver barnets delaktighet som att “varje barn har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet. Barnets åsikt ska beaktas i förhållande till dess ålder och mognad”.
- Artikel 17 stärker barnets rätt till information och “barnet ska ha tillgång till information och material från olika nationella och internationella källor, särskilt sådant

som syftar till att främja dess sociala, andliga och moraliska välfärd och fysiska och psykiska hälsa” (Rädda barnen, u.å.).

- Artikel 18 belyser och tar upp det viktiga ansvar föräldrarna har för barnets uppfostran och välbefinnande samt att staten behöver ge stöd och bistånd till barnet om det behövs. Det stadgas att “föräldrar ska låta sig vägledas av vad som bedöms vara barnets bästa i sin uppfostran och för att säkerställa barnets utveckling” (Frågor och svar inför att barnkonventionen blir svensk lag —Barnombudsmannen, u.å.).
- Artikel 24 beskriver om barnets rätt till jämlik hälsa och tar bland annat upp att “staten ska sträva efter att till fullo förverkliga barnets rätt till bästa uppnåeliga hälsa och vidta lämpliga åtgärder för att utveckla förebyggande hälsovård och föräldrarådgivning” (barnen- Rädda barnen, u.å.).

Dessa artiklar understryker barnens rätt att få information när föräldrarna med alkoholproblem går i samtalsbehandling.

1.2 Alkoholproblem

Socialstyrelsen uppger att alkoholproblem definieras olika beroende på vilken verksamhet eller yrkesgrupp som uttalar sig om det och att det finns flera olika termer och definitioner. Det talas om missbruk, beroende eller riskbruk när det gäller att ha ett problematiskt bruk av alkohol (Socialstyrelsen, 2019).

Genomgående i denna uppsats används enbart alkoholproblem som begrepp vilket inte definierar dess allvarlighet eller riskfylldhetsgrad.

1.2.1 Alkoholproblem i Sverige

När Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN har undersökt hur många personer över 18 år som har alkoholproblem i Sverige så har siffran länge legat konstant på ungefär 780 000 personer vilket motsvarar 9,6 % av hela befolkningen. Socialstyrelsen (2019) menar dock att det är fler än dessa som har vad som kallas riskbruk av alkohol och därmed ligger i farozonen för skadliga effekter (Ramstedt, 2019). Efter den nationella folkhälsoenkäten 2004–2007 har Statens Folkhälsoinstitut uppskattat att det är 20 procent av Sveriges 2 150 000 barn, det vill säga 430 000 barn, som har minst en förälder som har ett riskbruk av alkohol (Hjern & Manhica, 2013).

CAN har i en litteraturoversikt identifierat 32 vetenskapliga studier från USA, Norden och Storbritannien som skattat hur många barn som växer upp med alkoholproblem i familjen (Ramstedt, 2019). De kommer också fram till att det är rimligt att skatta antalet barn i Sverige till 20 procent som någon gång under sin uppväxt bott med en förälder som haft alkoholproblem. Det konstateras också att gruppen barn är mycket heterogen och när det undersökts hur stor andel som påverkats *negativt i någon utsträckning någon gång* under sin uppväxt skattades gruppen till 40 procent av de 430 000 barn som har minst en förälder med problematik, det vill säga 172 000 barn. De som påverkats *mycket negativt* av föräldrars alkoholproblem skattades till 44 procent av 430 000, vilket motsvarar 189 200 barn. Gruppen barn som har en förälder med alkoholproblem som i studier uppgivit att de *inte påverkats negativt alls* av föräldrarnas alkoholproblem skattades till 15 procent av 430 000, alltså 64 500 barn. Man påpekar att vissa svenska studier visar på andra resultat beroende på hur föräldrars alkoholproblem mätts (Ramstedt, 2019).

1.2.2 Alkoholproblem i familjen

Forskare på Centrum för rusmedel i Danmark framhåller att när föräldern har alkoholproblem påverkas hela omgivningen av problematiken (Lindgaard, 2002). Föräldrarna kan ha svårt att upprätthålla vardagen som tidigare och samvaron samt det känslomässiga klimatet i familjen påverkas då konfliktnivån ökar. Föräldraansvaret blir oförutsägbart. Därav blir alkoholproblemen hela familjens problem. Studier visar att barnen behöver få information om vad alkoholproblem gör och hur det påverkar familjen. Barnen behöver få sina upplevelser och känslor bekräftade eftersom alkoholproblematik har en tendens att förneka svårigheterna. Stödet och hjälpen till barnet kan ges via föräldrarna och att ge föräldrarna stöd i föräldrarollen är en viktig del i behandlingen (Lindgaard, 2006).

Studier visar även att den som vuxit upp i familj med alkoholproblem riskerar att i högre grad drabbas av depression och ångest såväl som av lägre självkänsla och problematiska relationer (Hall & Webster, 2007; Lindgaard 2005). Det beskrivs också att barn som växer upp i familjer där det finns alkoholproblem dessutom har en ökad risk att utveckla en egen problematik med bland annat alkoholkonsumtion när de blir äldre (Lindgaard, 2002; Fahlke, 2012).

1.3 Information som skyddsfaktor

Det finns vissa skyddsfaktorer som Socialstyrelsen (2012) lyfter fram som kan minska risken för att problem utvecklas hos de barn som växer upp i en familj med alkoholproblem. Ett välfungerande samspel i familjen är en av de viktigaste skyddsfaktorerna för dessa barn menar de. De menar också att forskningen pekar på att samspelet i familjen handlar om att ha fungerande vardagliga rutiner, att den andra föräldern kompenserar beroendeproblematikens konsekvenser, att konfliktnivån hålls låg i familjen samt att barnen får adekvat information om det som pågår (Socialstyrelsen, 2012).

Forskarnätverket *Barn som anhöriga* styrker att det gagnar barnen i familjen om föräldrar får hjälp att förstå hur alkoholproblem påverkar barn. De påtalar att ökad förståelse hos föräldern ökar i sin tur sannolikheten att de kan möta sitt barns frågor och lyssna på deras upplevelser. Det hävdar att barn behöver få information om sina föräldrars problem. Det gör situationen mer begriplig och därmed mer hanterbar för dem (Andersson, 2015; Järkestig-Berggren et al, 2015; Michelsson, 2015).

1.4 Att göra talbart

Socialstyrelsen (2012) beskriver att ett viktigt steg i den vuxnes behandling för alkoholproblem är att bryta tystnaden i familjen kring problemet. Föräldern behöver få syn på hur problemet påverkar samvaron, familjemedlemmarna och framförallt barnen. Att få insikten om problematikens påverkan och barnets behov kan leda till positiva förändringar i familjen. Det är också viktigt att hjälpa föräldern att hantera känslor som skuld och ångest kring de konsekvenser som missbruket har gett för barnet (Socialstyrelsen, 2012).

1.5 Familjeorienterad behandling för alkoholproblem med särskilt fokus på barnen

Forskning poängterar att samtal med föräldrar om deras barn alltid behöver vila på den grundläggande förståelsen att inga föräldrar önskar skada sina barn och att föräldrar vill barnens bästa (Hansen, 2012; Lindgaard, 2012). Det menas att det blir hjälpsamt för barnen när behandlaren tagit in och kan hantera att föräldrarna både bidrar till barnets problem och samtidigt är den viktigaste resursen för att barnet ska kunna ta sig ur problemen. Att skapa allians med föräldrarna i en naturlig bekymring för barnens bästa blir då nyckeln i processen. Erfarenhet som beskrivs är att föräldrar gärna vill samtala om det som oroar dem kring barnen

och att det för många innebär en enorm lättnad att få göra detta. Att få hjälp till barnen beskrevs som det som var bland det viktigaste med behandlingen. Forskarna anser att det är väsentligt att komma ihåg att bara det att fråga efter föräldrarnas tankar och reflektioner kring sitt föräldraskap sätter igång processer som resulterar i nya samspelelmönster med barnet (Hansen, 2012; Lindgaard, 2012).

1.5.1 Barns behov i familj med alkoholproblem

Forskare (Hansen, 2012; Lindgaard, 2012) menar att vissa barn blir mindre belastade av föräldrars alkoholproblem än andra men att många barn kan behöva hjälp och ibland är situationen så allvarlig att socialtjänsten behöver få en anmälan om oro. Behandlare behöver förhålla sig till hela det spektra och kartläggningen av alkoholproblem och dess grad av allvar behöver kompletteras med frågor kring föräldraskapet och nätverkets resurser. Är det en av två föräldrar som har problem blir det betydelsefullt för barnet hur den andra föräldern hanterar problemen och kompenserar för brister. Om båda föräldrarna har alkoholproblem skapas en annan sårbarhet hos barnet (Hansen, 2012; Lindgaard, 2012). Det betonas att samspelet i vardagen och förälderns eller nätverkets skydd från alkoholens negativa konsekvenser behöver utforskas för att få en förståelse av barnets behov av stöd. Forskarna poängterar att barn behöver att den vuxne upprätthåller regler, gränser och rytm för att skapa trygghet och skydd mot förvirring. De menar också att barn skyddas då den vuxne avgränsar problematiken och inte drar in barnet i denna. Barnet behöver bli mött och förstått i sin naturliga oro för föräldrarna samt få åldersadekvat information om vad alkoholproblem innebär. Barnet behöver dessutom hjälp och stöd när det inte förstår eller blir rädd av något som händer. Förutsättningar skapas då för att barnet ska kunna se föräldrarnas problem som något som sker utanför dem själva och inte är deras ansvar eller skuld. Bearbetning kan ske och barnet kan fortsätta sin utvecklingsprocess trots föräldrarnas problem (Hansen, 2012; Haugland, 1992; 2003).

1.5.2 Beardslees Familjeintervention

Beardslees Familjeintervention, BFI, se bilaga 4 utvecklades i Boston (Beardslee, 2002) för att arbeta förebyggande och främjande för barn i familjer där en förälder har depression eller bipolär sjukdom. Forskningen som finns berör mest denna målgrupp men Beardslee menar att interventionen kan användas även när det gäller andra typer av riskgrupper. Interventionen har använts där det funnits missbruksproblem, fysisk sjukdom eller barn som familjehemsplacerats (Järkestig et al, 2015). Metoden syftar till att öppna upp

kommunikationen inom familjen kring föräldrarnas problem, stödja föräldrarna i föräldrafunktionen samt uppmärksamma föräldern på skyddande faktorer och på så sätt främja barnets utveckling. Man vill starta upp processer som bygger resiliens, det vill säga förmågan att hantera förändringar och fortsätta att utvecklas eller motståndskraft med andra ord. Det dialogiska arbetssättet handlar om att synliggöra barnet och göra dess röst hörd, att starta en positiv process i familjen, att dela erfarenheter och att se familjemedlemmars olika perspektiv. Genom att använda metoden bryts tystnaden kring det som är svårt och problematiskt. Interventionen innehåller normalt fem möten och två uppföljningar där enbart föräldrarna är med vid de två första och barnen intervjuas var för sig det tredje tillfället. Det fjärde mötet hålls med återigen med föräldrarna och det femte mötet är familjemötet. Då är det barnen och barnens behov som ska vara i fokus och frågor och perspektiv till dagordningen har förberetts på de fyra mötena innan (Beardslee, 2002).

1.6 Problemformulering

Alkoholproblem blir hela familjens problem och drabbar barnen i familjen eftersom samvaron, konfliktnivån och det känslomässiga klimatet kan påverkas av problemen. Lagen och litteraturen inom områden lyfter att barnets bästa ska beaktas i situationer där föräldrar har en alkoholproblematik och att *information* till barnet om problemet är *ett* sätt att se till barnets bästa i dessa situationer. Att göra alkoholproblematiken talbar genom bland annat information till barnet har identifierats i tidigare studier som en skyddsfaktor för barnet. Information till barnet ökar begripligheten för barnet som då bättre kan hantera situationerna i relation till föräldrarnas alkoholproblem. Förutsättningar skapas för att barnet ska kunna se föräldrarnas problem som något som sker utanför dem själva och inte är deras ansvar eller skuld. Bearbetning kan ske och barnet kan fortsätta sin utvecklingsprocess trots föräldrarnas problem.

När det är den vuxne som söker hjälp för alkoholproblem kan det som samtalsbehandlare ligga nära till hands att få ett vuxenperspektiv. Empatin och identifikationen hamnar hos den vuxne så att barnets behov och barnperspektivet riskerar att komma i skymundan. Barn har dessutom alltid en underordnad position i förhållande till vuxenvärlden och svårare att göra sin röst hörd. Därför är det viktigt att belysa och synliggöra frågan om hur barn nås av information om den vuxnes problematik. Det är också intressant för oss att fördjupa dessa perspektiv i vår yrkesroll med tanke på våra fortsatta möten med familjer.

1.7 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur samtalsbehandlare förhåller sig till barns behov av information när samtalsbehandlare möter föräldern som har alkoholproblem eller den anhörige föräldern i samtal.

1.8 Frågeställningar

Ur syftet ovan har följande konkreta frågeställningar bedömts undersökningsbara.

1. Hur tänker samtalsbehandlare om barns behov av information när det gäller den vuxnes behandling av alkoholproblem?
2. Hur upplever samtalsbehandlare att det är att tala om barnens behov med föräldrarna i samtalsbehandling för alkoholproblem?
3. Vilka erfarenheter har samtalsbehandlare av att föräldrarna talar med barnen i familjen om alkoholproblem och den vuxnes behandling?
4. Har samtalsbehandlare noterat att barn gagnas av att föräldrarna har samtalsbehandling för alkoholproblem?

2. Tidigare forskning

Det har inte varit möjligt att hitta forskning med frågeställningar som rört samtalsbehandlares erfarenheter av att information når barnen via föräldern i deras behandling för alkoholproblem.

För att skapa en bild av kunskapsläget har vi sökt via Universitetsbibliotekets hemsida och på olika sökmotorer. Sökord som till exempel barn, föräldrars alkoholproblem och information samt children, alcoholabuse och parents i kombination med psykoterapist gav resultat som handlade om den vuxnes alkoholproblem eller barns missbruk samt familjers problem. I boken *De glömda barnen* (1973) refereras det till forskningen av Cork (1973) vilken dock inte var möjlig att hitta.

För att få resultat som handlar om information till barn användes PsycINFO och det söktes på information to the child about addiction vilket länkade till forskningen *Teaching mothers in recovery how to communicate about their addiction with their children. A curriculum manual* (Wathen, 1998). Eftersom det var svårt att finna mer forskning som fokuserade på information till barn vid alkoholproblem breddades sökområdet till att beröra information till barn vid

föräldrars depression. Det söktes också på forskare som hade publicerat studier i samklang med uppsatsens ämne på Universitetsbibliotekets Supersök. Dessa forskare var Pihkala, Beardslee och Solantaus vilka forskat om Beardslees familjeintervention, en metod som syftar till att öppna upp kommunikationen inom familjen kring föräldrarnas problem vilket denna uppsats centrerar kring.

2.1 Barn som intervjuats

Exempel på tidig forskning där barn intervjuats är Cork (1973) som menar att det är först nu som det börjar uppmärksammas att ge den vuxne med alkoholproblem hjälp i rollen som familjemedlem. Syftet med den kvalitativa longitudinella intervjustudien var att undersöka hur barn hade det i familjen när det fanns en förälder med alkoholproblem. Barnen följdes över tid, det intervjuades 115 barn som var mellan 10 och 15 år och en eller båda föräldrarna hade alkoholproblem i familjen. Det hävdas att barnen alltid indirekt har nytta av att föräldrarna får hjälp. Bland mycket annat beskrivs det hur tabuiseringen; att det blir tyst runt frågan om alkoholproblemen, gör att barnen döljer problemen och kan leda till att vänskapsband drabbas och inte utvecklas på djupet som de annars kunde gjort. Författaren nämner också att alkoholproblemet väckte skamkänslor hos flertalet barn. Barnen bedömde att problemet gick ut över dem, fick dem att känna sig annorlunda och att det väcktes en avsaknad av respekt för båda sina föräldrar, även för den som inte drack för mycket. Många barn tog inte hem kompisar och att vara hemma hos andra familjer skapade jämförelser och ökade känslan av att vara annorlunda (Cork, 1973).

2.2 Information till barn

Avhandlingen *Teaching mothers in recovery how to communicate about their addiction with their children. A curriculum manual* (Wathen, 1998) beskriver en litteraturstudie där det gjorts en genomgång av existerande litteratur kring föräldrars kommunikationsfärdigheter i relation till sina barn, barn i familjer med alkoholproblem och teoretiska modeller för att förklara alkoholproblematik. Syftet var att utarbeta en manual för psykoedukativ föräldrautbildning i behandling för beroendeproblematik med fokus på att förebygga att föräldrarnas barn utvecklade egna beroenden. Manualen skulle användas av professionella i beroendebehandling. Det inhämtades feedback från behandlare som arbetade med grupper för kvinnor i rehabilitering för att modifiera slutversionen av manualen. Wathen (1998) hänvisar till Pridham, Denney, Pascoe, Chin & Creasy (1995) där det hävdas att kommunikation är en

faktor för att hantera svårigheter. Att bryta förnekande och öka kommunikationen i familjen var viktigt för att råda bot på isolering och stigma och för få ökad självkänsla. De hade funnit att det inte var ovanligt att föräldrar undviker att ge information till barn som ett sätt att skydda barnet. Man hade funnit att föräldrar som kunde artikulera problem också kunde identifiera stödjande lösningar och härigenom hjälpa barnen att utveckla förmåga till egen problemlösning. Resultatet blev en manual där det lärdes ut till föräldrarna att fråga barnen om deras känslor och lyssna till deras behov för att kunna bedöma vad de behövde veta om alkoholproblemen. Manualen omfattade fyra sessioner och hade olika teman kring *varför* föräldrar ska tala med sina barn om problem och återhämtning, *vad* som ska berättas och *hur* föräldrar behöver säga det (Wathen, 1998).

2.3 Beardslees Familjeintervention när föräldern har depression

Då Beardslees familjeintervention är en metod som syftar till att öppna upp kommunikationen inom familjen kring föräldrarnas problem bedömdes det som adekvat i förhållande till våra frågeställningar att ha med forskning kring denna metod.

Pihkala, Sandlund & Cederström genomförde (2011) den kvalitativa studien *Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness* där de intervjuar 14 barn och föräldrar från nio familjer. Syftet med studien var att utforska barns erfarenheter av BFI (Beardslees familjeintervention) och vad det innebar för dem att delta samt att undersöka föräldrars perspektiv på hur BFI var för deras barn. De nio familjerna rekryterades av professionella som utfört BFI under 2007 i Sverige. Bland de 70 familjerna de haft kontakt med så tillfrågades 24 för att få variationer i föräldrarnas diagnoser och de professionella. 18 familjer meddelade intresse att delta och i nio av dem gav föräldrarna sitt medgivande till att låta barnen delta och minst ett barn i familjen accepterade att bli intervjuad. Det var 17 professionella, alla i par, som hade genomfört BFI på sju psykiatriska mottagningar. Barnen var mellan sex och 17 år. Det var sju pojkar och sju flickor. Ingen av dem hade en psykiatrisk diagnos. Intervjuerna genomfördes under slutet av 2007 och början av 2008. En kvalitativ innehållsanalys genomfördes och resultaten som erhöles indikerade att det var en lättnad för barnen att få kunskap om sin förälders sjukdom samt att deras känslor av skam och skuld hade minskat. Det fanns också en ökad känsla av öppenhet inom familjen (Pihkala et al, 2011).

Pihkalas avhandling (2011) *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska familjers erfarenheter* har som syfte att studera BFI:s säkerhet och genomförbarhet i Sverige och dess upplevda effekter för familjer och ur alla familjemedlemmarnas perspektiv. Studie 1 genomfördes i en naturalistisk kontext. En enkät gavs till föräldrar och barn en månad efter interventionen. Det var 117 föräldrar och 98 barn som deltog. Materialet behandlades med deskriptiv statistik och chi². I studie 2 intervjuades 10 föräldrar med depressionsdiagnos om deras beslutprocess fram till deltagande i en BFI och i studie 3 och 4 presenteras data från 25 intervjuer med föräldrar och 14 intervjuer med barn om deras erfarenheter av BFI.

Studie 2 och 3 analyserades enligt Grounded Theory och studie 4 med en kvalitativ innehållsanalys. 75 behandlare från 29 psykiatriska mottagningar hade genomfört interventionerna för familjerna som deltog i studien. Resultaten från studie 1 visade att den allmänna tillfredsställelsen med BFI var hög både hos föräldrar och hos barn. Skuld känslor hos barnen minskade och kunskapen om föräldrars sjukdom ökade. Att öppna upp en dialog med barnen om den psykiska sjukdomen var krävande för föräldrarna. Trots det fanns det efterfrågan hos föräldrarna att få stöd. Att lyssna på barnens erfarenheter, att hitta lämpliga ord och slutligen börja prata om sjukdomen i familjeträffen krävde att det fanns en grund av trygghet och förtroende både för behandlarna och för metoden. BFI som metod verkade ge goda förutsättningar för att behandlarna skulle kunna etablera en allians med föräldrarna. Forskarna hänvisar till Wampold (2001) som menar att alliansen är den enskilt mest betydelsefulla faktorn i psykoterapeutisk behandling och till Baldwin, Wampold & Imel (2007) som konstaterat att den professionelles bidrag till alliansen är viktigare än patientens. Ackerman & Hilsenroth (2003) hade påpekat att det är egenskaper som att vara flexibel, ärlig, respektfullhet, pålitlig, trygg, varm, intresserad och öppen som bidrar till alliansbildande (Pihkala, 2011).

Barnens erfarenheter presenteras i studie 4. De flesta barn beskrev en känsla av lättnad på grund av mer kunskap om föräldrarnas sjukdom och öppnare kommunikation i familjen, därmed kände de också befrielse från en del av oron för föräldern. Barnen berättade att de kunde vara mer med sina vänner och inte längre behövde ta lika mycket ansvar hemma. Föräldrar och barn från samma familjer beskrev förändringarna på ett likartat sätt, tydande på att det fanns en ömsesidig förståelse i familjerna. Föräldrarna upplevde sig själva stärkta i sitt föräldraskap och deras skamkänslor hade minskat. Sammanfattningsvis är familjerna nöjda med sitt

deltagande i BFI, de rapporterar positiva effekter och andelen upplevda negativa effekter är låg. Barnen beskriver en känsla av lättnad och en befrielse från oron över föräldrarnas sjukdom. Forskarna menar att det är föräldrarnas insikt om sin sjukdom och förståelse för att den kan påverka barnet som avgör framgången för BFI snarare än diagnosen. Man nämner också att forskning på området barn till psykiatriska patienter är ett förbiset område och konstaterar att en anledning till detta kan vara att professionella tänker att frågor om föräldraskap är för känsligt för föräldrarna (Pihkala, 2011).

2.4 Beardslees Familjeintervention när föräldern har missbruksproblem

Artikeln Pihkala, Dimova-Bränström & Sandlund (2017) *Talking about parental substance abuse with children* redovisar en kvalitativ studie där syftet var att undersöka familjemedlemmarnas erfarenheter av BFI när en förälder hade en missbruksproblematik och att få ny kunskap om BFI i detta område. Det var 10 barn upp till 12 år och 14 föräldrar som intervjuades om sina erfarenheter sex månader efter interventionen och kvalitativa analyser genomfördes. Barnens psykologiska symtom mättes med frågeformuläret *Styrkor och svårigheter* vid starten och efter 6 månader. Resultatet som redovisades var ökad öppenhet kring missbruksproblemen i familjerna. Barnen hade visat många psykiska symtom innan interventionen men majoriteten av barn kände att BFI gjorde skillnad i familjen och för dem själva. Föräldrarna rapporterade förbättrat mående hos barnen och alla föräldrarna beskrev att BFI hjälpte dem att utveckla bättre förståelse för sina barns känslor och beteenden. Mentaliseringsförmågan hade utvecklats. Slutsatserna som drogs var att de positiva effekterna som familjerna där en förälder hade missbruksproblem upplevde, möjligen kunde ha en koppling till BFI och att studien tydde på att BFI är tillämplig som förebyggande metod för barn i familjer där en förälder har missbruksproblem (Pihkala et al, 2017).

2.5 Professionellas uppfattning om Beardslees Familjeintervention

Solantaus & Toikka (2006) genomförde enkätstudien *The Effective Family Programme II: Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventative Child Mental Health Methods*. Det samlades in 30 enkäter från professionella inom psykiatrin som gått utbildning i BFI och som arbetade i enlighet med metoden. Svarefrekvensen var 83%. Syftet med studien

var att undersöka hur professionella uppfattade hur det var att använda BFI, hur arbetstillfredsställelsen med metoden och genomförandet av denna upplevdes. Resultatet blev att utbildning i metoden och användningen av den totalt sett hade gett ett alltmer fokuserat arbete med att se barnens perspektiv samt hade gett en ökning av yrkeskunskaper, arbetsrelaterad glädje och motivation (Solantaus & Toikka, 2006).

2.6 Effektiviteten av FTI och LTC, behandling för förbättrad kognitiv attribut hos barn när föräldrarna har depression

Forskningen Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamäki (2010) visar på att information till barn och även korta psykoedukativa insatser gör skillnad för barn. Det är en kvantitativa studie; *Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: A randomized study* och det undersöktes effektiviteten av de förebyggande insatserna för barnen i familjer där den vuxne har depression/affektiv sjukdom. Det studerades också om insatserna förebygger ogynnsamma kognitiv attribut till depression och om de ökar de gynnsamma kognitiva attributen hos barnen i familjen. Forskarna (2010) utförde en randomiserad studie med 109 finländska familjer där en förälder är i behandling för depression/affektiva symtom. Sammanlagt deltog 145 barn 8-16 år. Familjerna delades in i två grupper. I en grupp utfördes behandling i form av Familytalk intervention, FTI enligt Beardslees modell där de delaktiggör hela familjen genom sex sessioner med både separata föräldra- och barnsessioner och en gemensam familjesession. Föräldrarna får stöd av en professionell att leda samtalen och förstå och förklara effekterna av sina depressiva symtom till barnen. I den andra gruppen utfördes behandling i form av Let's talk about the children, LTC där föräldrarna endast vid en eller max två tillfällen fick barnfokuserade samtal. Strategin i LTC var psykoedukativa samtal på 15-30 minuter där de pratade om barnen, hur de påverkas, hur föräldrar kan stödja dem samt information om hur barn skyller på sig själva vilket också ingår i FTI (Solantaus et al, 2010). I motsats till FTI är det upp till föräldrarna om och hur de kommer att ta frågan hemma med sina barn. Båda grupperna fick även med sig en guidebok om råd och information om hur man pratar om depression med barn.

Familjerna fick rapportera in sina karaktärsdrag/symtom av depressiva känslomässiga styrkor och svårigheter i ett frågeformulär vid tre olika tillfällen. Första tillfället var 1-3 veckor före interventionen sedan efter 10 månader och till slut efter 18 månader. Resultatet i studien

visade att det inte hittades några fördelaktiga förändringar över de olika uppföljningarna i FTI-gruppen men i gruppen LTC ökade de positiva kognitiva bedömningar särskilt hos barn från tillfället 10 månader till 18 månader. Resultaten visade på att de korta förebyggande insatser är tillräckligt bra för att förbättra fördelaktiga kognitiva processer i familjen (Solantaus et al, 2010).

3. Teori

3.1 Salutogen teori

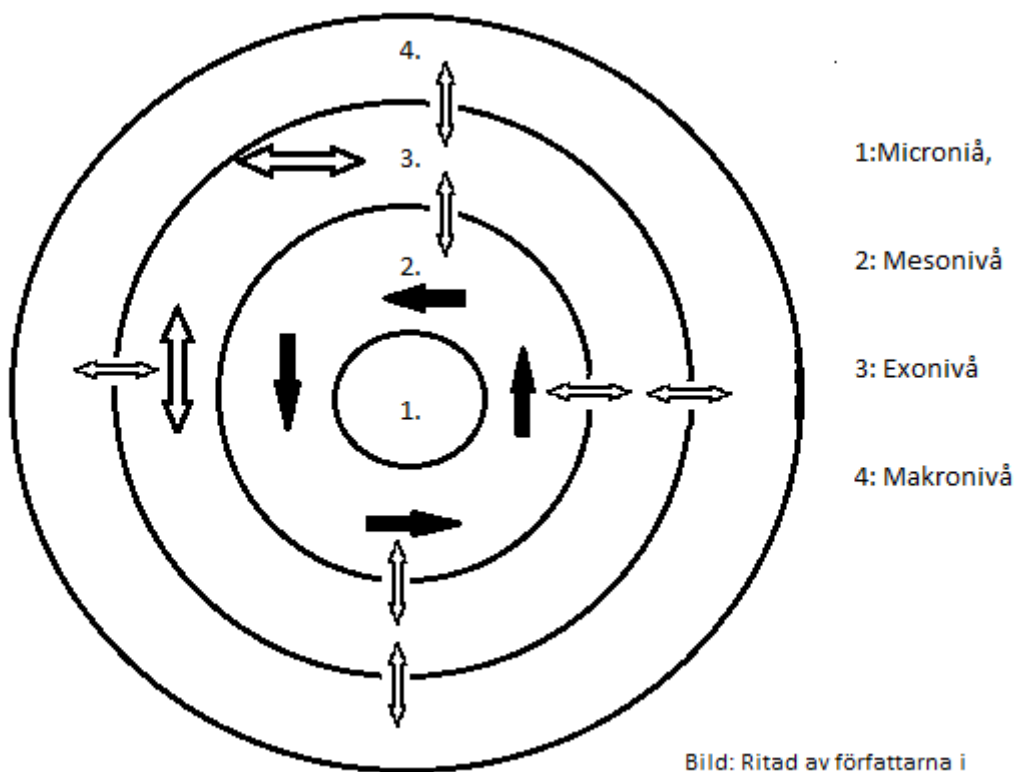
Salutogen teori (Antonovsky, 1991) formulerar det som gör att människor mår bra och håller sig psykiskt friska genom livet. Resurser och möjligheter fokuseras och begreppet KASAM; känsla av sammanhang, introduceras. Begreppet innehåller *begriplighet* vilket hjälper personen att skapa förståelse och förmåga att bedöma olika händelser, *hanterbarhet* som hjälper personen att stå ut och möta svårigheter utan att bli offer för det som sker och *meningsfullhet* som hjälper personen att få en känsla av delaktighet i sin situation och att kunna påverka den, att se en mening med det hela. En hög känsla av sammanhang, KASAM bidrar till att bättre kunna tackla svårigheter. För att utvecklas positivt behöver en person ha möjlighet att hantera eller kunna påverka sin situation. Att få information och bekräftelse på att det man tänker och känner är riktigt skapar känsla av sammanhang. Personen finner härigenom mening och hopp i sitt liv samt våga bygga tillit (Antonovsky, 1991; Iwarsson, 2007; Skerfving, 2008; Andersson, 2015). Teorin om KASAM understryker vikten av kommunikation och att barnen får information om att föräldern sökt och får stöd för omständigheterna kring alkoholproblematiken vilket skapar en känsla av sammanhang.

3.2 Utvecklingsekologiska perspektivet

Vid studier av barns utsatthet används ofta Urie Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell och perspektiv (Bronfenbrenner 1979; 2005). Perspektivet förklarar att barnet påverkas av en mängd olika faktorer beroende vilket sammanhang det befinner sig i. Bronfenbrenner delar in sammanhangen i olika nivåer och kallar dem för Mikronivå, Mesonivå, Exonivå, och Makronivå (Bronfenbrenner, 2005).

1. Mikronivå : På denna nivå ingår de närmast i barnets miljö som familjen, personal och kamrater på förskola/skola/fritids och på fritidsaktiviteter samt vänner till familjen och släktingar.

2. Mesonivå: Denna nivå förklarar interaktionen som sker mellan dem som ingår i mikronivån som till exempel att föräldrarna ringer skolan och har en dialog eller att barnet sover över hos en vän. Likaså familjehemligheter ingår här.
3. Exonivå: Hit hör de sociala strukturer som vi alla påverkas av utan att kanske vara direkt medvetna om det. Som exempel kan nämnas kommunens ekonomiska status, vilken samhällsservice och stöd som erbjuds, socialtjänsten och sjukvårdens behandling eller föräldrastödjande program samt politiska beslut och mål.
4. Makronivå: I denna nivå ingår ideologiska antaganden, samhälleliga normer och värderingar som kulturella och religiösa arv som påverkar barnets kontext i det stora. Till exempel lagar, förordningar och formella handlingar (Bronfenbrenner, 1979).



Bilden ovan visar modellen hur barnet påverkas i sin psykosociala utveckling genom att det interagerar med de som ingår i nivån men även av interagerandet mellan de olika nivåerna vilket också ger konsekvenser (Bronfenbrenner, 1979). Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori har reviderats och den senaste tillägget liknar Sameroffs transaktionella utvecklingsteori (Sameroff, 2009). Tillägget förtydligar processens betydelse

av de individuella faktorerna hos barnet i dess sammanhang över tid. Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori är uppbyggd som en serie på varandra där den ena ingår även i den andra och så vidare och alla interagerar med varandra (Sameroff, 2009). Enligt denna modellen befinner sig samtalsbehandlarna som vi intervjuar i Exonivån som ett led i kommunens serviceinsatser. I Exonivån får föräldrarna sin behandling vilken sin tur kommer barnen tillgodo i interaktionen på Mesonivå.

3.3 Transaktionella perspektivet

Arnold Sameroff utvecklade en modell som förtydligar att integrationen som sker mellan människorna och miljöerna sker tvåvägs, att barnet påverkas av att det själv interagerar med miljön och människorna (Sameroff, 2009). Denna teori förklarar att barnets egna karaktärsdrag och individuella egenskaper både orsakar och påverkar de gensvar och samspel i relationer med betydelsefulla personer som barnet har i sitt liv som sker på Mikronivå (Sameroff, 2009).

Teorin används för att förtydliga utvecklingen av hur förhållandet mellan barnet och dess miljö, exempel föräldern påverkas och utvecklas över tid (Sameroff, 2014). Människan genomgår övergångsförändringar och utvecklingssteg, till exempel som identiteten i tonåren. Dessa steg kan ha olika påverkan för olika individer. En del perioder är mer påfrestande och är olika stabila eller långdragna för olika individer (Sameroff, 2014).

Den transaktionella modellen är menat att överlappa Bronfenbrenners ekologiska modell och innefattar även de biologiska självsystem som individen har som intelligens, temperament och medfödda sårbarheter. Sameroff menar att interaktioner karakteriseras genom kontinuitet med ett stabilt mönster av ömsesidigt beroende mellan barnets eget beteenden och andras beteende. Transaktioner sker när det finns ett nytt mönster att interagera mot och som kan leda barnet mot en ny riktning. Varje transaktion skapar en grund för nästa. Dessa ändringar kan komma från en individ eller från ett sammanhang och utfaller i förändring från förhållandet mellan båda riktningarna (Sameroff, 2014). Stödet till föräldrar med alkoholproblem sker i enlighet med de utvecklingsekologiska nivåerna på Exonivån. Samtalsbehandlarna behöver enligt den transaktionella modellen ta hänsyn till den mänskliga utvecklingen och individens olikheter samt sårbarheter i relationer och interaktioner. Samspel är föränderligt.

4. Metod

4.1 Urval

På samtalsmottagningarna Kompassen och Respons Alkoholrådgivning arbetar samtalsbehandlare som tar emot föräldrar i samtalsbehandling för alkoholproblem. En av författarna arbetar själv på Respons Alkoholrådgivning och en har tidigare varit kollega med samtalsbehandlare på Kompassen varför det var enkelt att fråga om det fanns intresse att vara med i studien. De fyra respondenterna anmälde sitt intresse dels på grund av sitt engagemang när det gäller barnperspektiv i behandling och dels för att hjälpa till i uppsatsarbetet. Vi bedömde att vi skulle få lämplig information när vi använde denna så kallade ändamålsenliga urvalsmetod (Kvale, 1997) eftersom vi sedan tidigare kände till samtalsbehandlarnas kompetenser och erfarenheter inom området. Det var dessutom ett så kallat bekvämlighetsurval utifrån den begränsade tiden (Kvale, 1997). Vi fick också hjälp att rekrytera ytterligare informanter genom att kollegorna tipsade varandra om deltagande, så kallat snöbollsurval (Denscombe, 2014).

4.1.1 Respons Alkoholrådgivning i Göteborg

Respons Alkoholrådgivning i Göteborg är en kommunal verksamhet som vänder sig till alla göteborgare som upplever antingen egna problem med alkohol, har vuxit upp med alkoholproblem i familjen eller är anhörig till någon med alkoholproblem. På mottagningen arbetar 10 samtalsbehandlare som är socionomer med vidareutbildning i psykoterapi. På hemsidan (Respons Alkoholrådgivning- Göteborgs Stad u.å.) poängteras att mottagningen månar om en lugn och trygg miljö samt att barnets perspektiv alltid finns med i behandlingarna för föräldrar. Det erbjuds enskilda samtal, par- eller familjesamtal. I familjesamtal kan även minderåriga barn vara med. Det finns också möjlighet att delta i gruppbehandling för såväl den anhörige som för personer med eget alkoholproblem. För de senare är AHA-programmet; Att Hantera Alkohol, en behandling som bygger på kognitiv beteendeterapi (KBT) med återfallsprevention och mindfulnessövningar som pågår under 12 veckor.

I enhetsrapporten *Samtal som hjälper* (Lewinsky, 2019) meddelas att det under ett år söker drygt 500 personer till Respons Alkoholrådgivning. Dessa personer gör sammanlagt ungefär 3 800 besök på mottagningen och kommer från alla stadsdelar i Göteborg även om de flesta

kommer från de centrala stadsdelarna samt Lundby och Västra Göteborg. En fjärdedel av besökarna har minderåriga barn (Lewinsky, 2019).

4.1.2 Kompassen

Kompassen är en kommunal öppenvårdsmottagning i Uddevalla som vänder sig till alla Uddevallabor som är i behov av stöd och behandling för missbruk eller beroendeproblematik. Det kan handla om alkohol-, narkotika- eller spelmissbruk. De erbjuder även stöd till den som är anhörig till någon med missbruk eller beroende, både unga och vuxna. På Kompassen arbetar fem kuratorer vilka är socionomer eller har en likvärdig utbildning. Alla har vidareutbildning i grundläggande psykoterapi. Kompassen erbjuder enskilda stöd- och behandlingssamtal, familj- och nätverkssamtal, behandling i grupp, informationsverksamhet samt konsultativt stöd till kollegor inom socialtjänsten och hos vårdgrannar. De erbjuder även möjlighet att få Nada-akupunktur i grupp (Kompassen—Uddevalla kommun, u.å.).

4.2 Datainsamling

Det genomfördes fyra intervjuer och det var två samtalsbehandlare från varje mottagning som intervjuades. Vi hade en intervjuguide, se bilaga 3 och vi ville täcka av alla områden innan intervjuens avslut. Ahrne (2012) menar det inte är särskilt önskvärt att dra tydliga gränser mellan olika typer av intervjuer men att det bör beskrivas på vilket sätt man gjort sina intervjuer och hur man varierat sättet att ställa frågor. De fyra informanterna var alla erfarna samtalsbehandlare som det var lätt att intervjuas. Det blev som samtal med öppna frågor kring barns behov av information. Informanterna var väl insatta i och intresserade av ämnet och hade mycket att berätta. Inledningen av intervjuerna såg likadan ut men sedan har intervjun varierat utifrån person och svar. Vi som intervjuare har styrt med tanke på våra frågeställningar och vi har fått svar i alla områden. Intervjuerna var halvstrukturerade där intervjuguiden innehåller temaområden med frågor vi bedömt viktiga (Kvale & Brinkman, 2014).

4.3 Genomförandet

Informationsbrev, se bilaga 1 delades ut på samtalsmottagningarna en månad innan intervjutillfället och innan dess hade vi haft kontakt och berättat om studien. Samtalsbehandlarna visade välvilja att vara med i studien och tider bokades enkelt och snabbt varpå intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplatser. Intervjuerna tog ungefär 45 minuter och spelades in på telefonen efter inhämtat skriftligt informerat samtycke, se bilaga 2.

4.3.1 Författarnas ansvar

Författarna har delat ansvaret lika för helheten och processen i uppsatsarbetet. I viss mån har vi skrivit delar av texten var för sig men vi har ändå redigerat texten i tillsammans. Vi har under arbetet haft handledning och inte genomfört något moment eller tagit avgörande beslut utan klartecken från handledaren vilket vi tyckt varit viktigt ur flera aspekter, inte minst ur ett etiskt perspektiv. Ställningstagandena har bland annat handlat om vem vi kunnat intervjua, vilka frågor vi behövt ställa och antalet intervjuer som kan bli meningsfullt i en uppsats. Vi förstår till fullo att handledaren endast är rådgivande och att den slutgiltiga produkten helt är vårt ansvar. Handledaren har gett värdefulla råd och anvisningar, inte minst kring disposition och vetenskaplighet. Vi är tacksamma för detta. Det empiriska materialet vi samlat in är endast underlag för studien och kommer att gallras efter godkänd uppsats. Studien ingår inte i något forskningsprojekt utan räknas som examensarbete varför den inte behöver prövas av etikprövningsnämnd.

4.4 Reliabilitet, validitet och generaliserbarhet

Vi har förstått de kvantitativa begreppen reliabilitet, validitet och generaliserbarhet med hjälp av Kvale (1997) som överför dessa till kvalitativ forskning. Reliabilitet, tillförlitligheten och pålitligheten i resultaten handlar om kvalitet och om hur innehållet hänger ihop, konsistensen samt beskrivningen av detta. Frågan är om studien kan göras om av andra vid ett annat tillfälle, av andra forskare och om intervjupersonerna kommer att svara annorlunda.

Validitet, hänför sig till giltighet, sanning och hur välgrundat ett resonemang i en undersökning är, hur underbyggd teorin är och hur denna kopplas till forskningsfrågorna. I kvantitativ forskning handlar det om frågan om det som mäts var det avsedda och svaren ges i siffror. Översatt till kvalitativa studier blir frågan om metoden undersöker det den är tänkt att undersöka. Forskningen ska också måna om att skapa kunskap som är till nytta för människor (Kvale & Brinkman, 2014).

Frågorna om kvaliteten behöver vara aktuella under hela forskningsprocessen från val av frågor och metod till analys. Medvetenheten kring intervjuare och informanter behöver synliggöras för att garantera kvaliteten. Vi vill hävda att vår uppsats har hög pragmatisk validitet såtillvida att resultaten kan hjälpa oss att tydligare få syn på vad som behöver göras för att nå målen, det vill säga att öka förståelsen för hur barn kan gagnas av föräldrars behandling för alkoholproblem och hur barnen kan nås (Kvale & Brinkman, 2014).

Den kvantitativa generaliserbarheten bygger på antagandet att kunskapen ska gälla alla personer, platser och tillfällen. Kvale och Brinkman (2014) menar att kvalitativa ansatser föreställer sig att kunskapen är beroende av sin kontext både socialt och historiskt vilket formar förståelser och handlingar varför intervjuer och fallbeskrivningar absolut kan vara generaliserbara. Vår studie kan inte göra anspråk på generaliserbarhet i klassisk mening. Det är få intervjuer och vi som unika, subjektiva personer fångar och tolkar det som sägs av de fyra olika samtalsbehandlarna i deras speciella kontexter. Vi vill ändå föra ett resonemang om den så kallade naturalistiska generaliseringen och den analytiska generaliseringen och att vi kan se den i vår uppsats. Författarna har erfarenhet av yrkesverksamhet med anknytning till studiens frågor och igenkänningen med informanternas resonemang bekräftar och befäster processen mot explicit kunskap. Vi vill också hävda att tolkningar och citat i resultatredovisningen visar på möjligheten att generalisera till annan kontext. Här har vi förstås en nyfikenhet på och en förhoppning om att läsare också kan få syn på och berikas av en så kallad analytisk generalisering (Kvale & Brinkman, 2014).

4.5 Medvetenhet om avgränsningar

I uppsatsen pratar vi bara om att det är bra för barn att få information. Vi har inte varit öppna för att resonera om huruvida information till barn inte skulle vara bra. Vi är medvetna om att fokuset styrts på detta sätt.

Det finns också ett flertal ämnen i uppsatsen som hade varit intressanta att fördjupa. Vi har valt att avgränsa oss eftersom utrymmet är begränsat. Det har handlat om mentalisering, allians, maktförhållanden, genus och synen på kvinnors alkoholproblem samt vuxna barn till föräldrar med alkoholproblem, partner till person med alkoholproblem och barn som anhöriga som omsorgsgivare samt begreppet familierisering som har lämnats utan ytterligare kommentarer.

4.6 Etiska överväganden

Vi har varit noga med *öppenhetskravet* och *självbestämmandekravet*. Vi informerade våra informanter både skriftligt, se bilaga 1 och muntligt om de forskningsetiska regler som gäller och att vi har tagit hänsyn till de i vår studie. Våra informanter har fått skriva på ett samtyckesformulär, se bilaga 2. De har när som helst kunnat avbryta studien utan att uppge

orsak. De har fått bestämma var de har velat bli intervjuade och kunnat styra intervjutiden i viss mån. Vi har även varit noga med *konfidentialitetskravet* och *anonymitetskravet*. I uppsatsen redovisas inte informanternas namn eller vem som arbetar på vilken arbetsplats. Det inhämtade intervjumaterialet har sparats säkert under uppsatsskrivandet och kommer att raderas efter godkänd uppsats. Vår bedömning är att varken intervju eller studie har utsatt deltagarna för några risker.

4.7 Intervjuns kvalitet

Vi har fått fyra olika men goda och kunskapsrika intervjuer. Alla informanter ger relevanta svar och rör sig runt samma teman. Informanterna är kompetenta och kunniga i ämnet och högst engagerade. De har olika långa beskrivningar och har behövt olika stöd för att klargöra det de menar utifrån frågorna. Vi har dock inte behövt ställa ledande frågor ofta men behövt tydliggöra ibland för att styra mot uppsatsens fokus och för att på så sätt öka reliabiliteten och validiteten, tillförlitligheten i svaren (Kvale & Brinkman, 2014). Det var heller inte komplicerat att förstå deras svar och intervjuerna är kompletta när de genomförts. Vi har fått så kallade självkommunicerande intervjuer (Kvale, 1997).

4.8 Förförståelsen

Förförståelsen hos oss som intervjuare har betydelse i studiens alla skeenden. Vi kan inte vara helt neutrala och vi förstår att vi förmedlar *vår* sanning (Kvale & Brinkman, 2014). Vi har båda arbetat med socialt arbete och mött familjer och barn som drabbats av alkoholproblem. Denna förförståelsen har gjort att vi lättare kan styra informanterna med frågor så att ämnena håller sig inom studiens syfte. Den kan också ha gjort att vi kanske ser och hör det vi redan vet och att utfallet färgas för mycket av våra värderingar, kunskaper och erfarenheter. Vi är också medvetna om att det faktum att det intervjuas kollegor kan påverka både intervju, analys och resultat. Vi är bekanta med ämnet och vi höll oss till intervjuguiden som struktur. Förhållningssättet var vänlighet och inlyssnande och vi har tillåtit oss att göra tydliga etiska överväganden. Vi har också använt oss av vår praktiska erfarenhet när vi intervjuade och när vi redogjort för våra resultat (Kvale, 1997).

4.9 Tematisk Analys

Vi vill som en inledning redogöra för hur vi förstått metoden Tematisk Analys och hur vi gått tillväga (Ahrne & Svensson, 2012). Vi valde Tematisk Analys då den tydligt sorterar och

handfast hjälper till att strukturera information. Den ger också gott om utrymme för kreativitet när teman ska skapas vilket var tilltalande för oss som är vana att använda oss själva, våra känslor, förnimmelser och våra tolkningar i professionella samtalssituationer. Eftersom vi har relativt få intervjuer, fyra stycken som underlag i studien var det enkelt för oss att förhålla oss till dem när vi gjorde jobbet med att koda de transkriberade texterna och skapa teman. Det var god överblickbarhet och under arbetet, där vi delvis i och för sig ibland förlorade oss, växte temanamnen fram. Temana skapades i dialog med materialet och oss författare och återger materialet (Ahrne & Svensson, 2012). Våra informanter var relativt samstämmiga och variationerna var inte så stora även om det blev fyra helt olika intervjuer. Informanterna var framförallt hängivna barns behov. Vår förförståelse ledde till igenkänning vilket också lade grund för valen av teman. Vi tycker att våra teman representerar en stor del av det insamlade materialet även om vi fått reducera områden som exempelvis samarbete med andra aktörer och barns behov av enskilt stöd så att vi kunde svara på våra frågeställningar (Ahrne & Svensson, 2012).

Tematisk Analys har hjälpt oss att identifiera, tolka och hitta mönster i vårt material. Enligt Braun & Clarke (2006) är Tematisk Analys en flexibel analysmetod som tillämpas i flera kvalitativa metoder oberoende av epistemologi eller teori. Det är ett verktyg för att identifiera, tolka och förstå gemensamma drag i intervjuer. Det är också ett sätt att organisera och strukturera data och varje forskare behöver beskriva och definiera sin version. Det poängteras att teman inte visar sig utan de behöver *skapas och formuleras* av forskaren samt att subjektivitet i tolkningarna är ofrånkomlig varför det är viktigt att beskrivningen av hur det gått till blir så transparent som möjligt. Metoden föreskriver sex steg vilka är:

1. bekanta sig med data, transkribering av inspelade intervjuer, läsa in sig på data, notera initiala tankar, få överblick innan kodning.
2. skapa koder; initiala koder skapas innan analysen; deduktivt utifrån teoretisk ram eller induktivt utifrån läsningen av det transkriberade materialet, kan vara beskrivande eller tolkande eller mönster, det som är relevant utifrån frågeställningen fokuseras, koder färgmarkeras för struktur.
3. söka teman; leta mönsterkoder eller trådar med liknande fraser eller motsatta uttalanden, ordna koder kring temanamn, hitta relationer mellan koder, underteman och teman så att framväxande teman blir synliga. Sortera, associera, reorganisera och förlora sig i materialet.

4. granska teman; se att teman stämmer genom att kontrollera citat, undersök temastrukturen, koda om efter behov.
5. definiera och namnge teman; identifiera essensen eller kvalitén i temat, beskriv temat, välj citat som ger stöd åt tolkningen, beskriv temat i sitt kontext, välj temanamn som är informativt och kommunicerar essensen.
6. Rapportskrivning; gör en tydlig beskrivning av varje tema, välj ut citat som bekräftar beskrivningen, texten ska motivera resultaten (Braun och Clarke, 2006).

Braun & Clarke (2006) menar att forskarens förförståelse och tolkningar kommer märkas i analysen och poängterar att de inte tror att det finns en ideal metod eller tolkningsram för kvalitativ forskning. De menar det är viktigt att metod och tolkningsramar korrelerar med syfte och frågeställningar vilket behöver förklaras tydligt.

Enligt Braun & Clarke (2006) är ett tema det som fångar essensen i det som studien vill belysa. Det är alltså inte den kvantitativa förekomsten av ett tema som avgör om just detta är signifikant för studien. Braun & Clarke (2006) skiljer mellan induktiv analys, när det insamlade materialet får styra och deduktivt förhållningssätt då forskaren utgår från teorin och förankrar denna i analysen. Vår uppsats har en induktiv ansats. Vi har vår utgångspunkt i det inhämtade materialet och kopplar det sedan till teori.

4.9.1 Analysprocessen

Eftersom vi som intervjuare bidrar med vår förförståelse startade analysprocessen redan under intervjuerna då det föddes tankar om likheter och olikheter i informanternas svar. Transkriberingen av de inspelade intervjuerna fördjupade vår kännedom om materialet, skapade ytterligare reflektioner och vi fick en överblick av vad de inhämtade svaren gav oss. Vid kodningen av materialet utgick vi konkret, rent semantiskt från det informanterna sa i de transkriberade texterna. Vi sorterade och identifierade innebörden i meningarna i olika färger som vi sedan klippte ut och grupperade under en beskrivande rubrik. Det blev 13 grupper som är våra koder. Förhållningssättet är på så sätt induktivt eftersom det inte fanns koder klara innan analysen startade och de heller inte är förankrade i en teori utan i intervjumaterialet (Braun & Clarke, 2006).

Våra koder blev: behandlarens ansvar/ uppföljning/rollen, barnet gagnas, allians, möjlighet att prata, skilda föräldrar /splittring/smärtsamt, föräldrar vill sina barn gott, information till

barnet, pratas i familjen, lagens intention, information utifrån barnets ålder, genus, barnets eget stöd, föräldraskap/barnperspektiv.

Utifrån hur koderna är relaterade till varandra har vi sedan skapat teman på en nivå som närmar sig den latent genom att sortera, associera och formulera reflektioner i en kreativ process. Vi vill inte hävda att analysen är på latent nivå men eftersom vi tillåtit oss kreativ frihet så närmar vi oss den någon mån. Koderna hade likheter och var nära besläktade, de var kopplade till varandra och visade på samband men också på skiljaktigheter. Det växte till slut fram tre övergripande huvudgrupper som blev våra teman. Vi frågade oss vad huvudgruppen handlade om och vad det var som definierade essensen. Vår tolkning har varit empatiska, då vi velat förstå våra informanter, snarare än kritiska och kopplade till teori (Braun & Clarke, 2006). Temana som framträdde var *Komplexitet*, *Medvetenhet om ansvar* och *Bärande tillit*.

Att vi under den Tematiska Analysen kom fram till just *Komplexitet* som ett tema handlar om att informanterna visar förmåga att omfatta, härbärgera och verbalisera många delar och områden som blir aktuella i föräldrars behandling för alkoholproblem. Deras eftertänksamhet, engagemang och spontanitet visar för oss att det behövs både erfarenhet, teoretiska kunskaper och beslutsamhet för att föra in barns behov i samtalsbehandlingen.

Temat *Medvetenhet om ansvar* kopplar till lagens intention om barns behov av information. Behandlarna är medvetna om sitt ansvar och anser att det ingår i rollen. Att återkommande följa upp och ständigt fråga om barnen är en självklarhet för samtalsbehandlarna i vår studie. De tar också ansvar i behandlingen så att inte motstånd väcks vilket vi tolkar tyder på att de fått syn på sin del i alliansskapandet och tar ansvar för denna.

Likaså när det gäller *Bärande tillit* visade analysen tillit inom flera fält. Bland annat behandlarnas tillit till alliansen med föräldrarna, tillit mellan kollegor för att skapa goda samarbeten på arbetsplatsen, bristande tillit hos klienter, krav på samtalsbehandlarnas tillit till att behandlingen har effekter på barnen samt tillit till att föräldrar vill sina barn väl.

Temana bedömdes vara närvarande i alla intervjuerna och har kopplats till citat.

5. Resultat

I den här uppsatsen förhåller vi oss till fyra olika aktörer i samtalsbehandling. Det är dels barnet och den förälder som har en egen problematik med alkohol. Det är också den föräldern

som är anhörig till den som har alkoholproblem och det är samtalsbehandlaren. Vi talar om föräldrar och menar då antingen den som har egen problematik *eller* den anhörige. Vi kommer redogöra för de tolkningar och mönster vi ser under respektive teman och anknyta till de teoretiska aspekter och forskning vilka vi redogjort för ovan samt koppla citat från informanterna. De fyra informanterna har anonymiserats och kallas A, B, C och D i texten nedan.

5.1 Tema Komplexitet

Vår tolkning av intervjuerna med samtalsbehandlare gör det tydligt att det är stor komplexitet i behandlingsarbete med föräldrar som har alkoholproblem. Mångfalden i samtalsämnen, bredden av föräldrarnas svårigheter och alkoholproblematikens kärna samt smärtan i ångesten gör att det för behandlare kan bli klurigt att hålla en röd tråd när det gäller barns behov av information. Bronfenbrenner (2005) och Sameroff (2009; 2014) påvisar komplexiteten i mänsklig utveckling, i relationer, i interaktioner och samspel med sina utvecklingsekologiska teorier. Vi kan inte veta exakt vilken nivå eller relation som påverkar en individs utvecklingsprocess men vi vet *att* relation påverkar. Samtalsbehandlaren som erbjuder relation skapar oavsett ett nytt mönster för klienten att interagera mot i den så kallade Mesonivån om tanken är att barnet är i centrum i Mikronivån. Det har framkommit att det ligger i alkoholproblematikens natur att tystnad omgärdar problematiken. Forskning stödjer att kommunikation inom familjen är en faktor att hantera svårigheter varför kommunikationen behöver stimuleras och det har utarbetats olika metoder för att fånga temat föräldraskap när föräldrar har olika problem (Cork, 1973; Wathen, 1998; Järkestig et al 2015; Pihkala, 2011; Beardslee, 2002).

Ytterligare en del i komplexiteten som vi har uppmärksammat är att informanterna beskriver att det är skillnad att prata om föräldraskap och att prata om barnets behov när det handlar om alkoholproblem. A uttrycker komplexiteten så här:

A: "Att prata om sina barn i generella termer det vill ju många föräldrar göra. Det brukar man tycka om att prata om. Sina barn. Om hur de är. Och de brukar finna stöd i sitt föräldraskap också. Men, det är väl just det här; hur barnen påverkas av alkoholproblemen som vi har ansvaret att ställa frågor kring också. Det kan ju vara svårare ibland när föräldrar söker för att de själva vill, då kommer de med sitt eget uppdrag, sätter upp sina egna mål kring behandlingen och det kanske inte alltid inkluderar föräldraskapet eller barnen och man vill inte se riktigt att barnen far illa av detta eller hur de påverkas av detta eller så.

Och sedan ska vi fråga kring detta som är så känsligt. Det kan jag ju då märka att det blir ett motstånd, att det blir svårare att prata om då.”

Det är lätt att drunkna i föräldrarnas berättelser eller att andra relationer än den till barnen hamnar i fokus. Som vi ser det belyser citaten från B nedan den del i komplexiteten när det gäller att bli upptagen av annat än barnfokus.

B: ”Det är nånting också med det att den [förälder] som är anhörig blir upptagen av vuxenproblematiken liksom.”

B: ”För om vi bara skulle släppa det [temat barnens behov] och låta föräldrarna prata om det när det finns behov så blir det väldigt stor risk att det kan falla lite åt sidan för att det finns väldigt mycket att prata om, speciellt om man har ett par, att man hamnar väldigt mycket i paret och hur de har det och kanske glömmer man bort hur det blir för barnet.”

Vi förstår av detta och tolkar att det blir komplext för samtalsbehandlaren när det är tungt och känslomässigt svårt för föräldrar med alkoholproblem att mentalisera, det vill säga leva sig in i och vara lyhörd för sina barns behov av att få information om alkoholproblemet. Forskning (Pihkala et al, 2017) visar att när behandlare höll barnfokus med hjälp av metoden BFI så utvecklade föräldrarna sin mentaliseringsförmåga.

Av informanternas utsagor framkommer det att ha alkoholproblem skapar skuld hos föräldern eftersom barnens behov ofta är oförenliga med överkonsumtion av alkohol. Vi menar att D och B exemplifierar denna komplexitet i citatet nedan.

D: ”Jag tror föräldrarna tycker det är skitjobbigt ofta att berätta det här för barnen. Speciellt de som dricker då, känner ju skuld och kanske inte ens är beredda att förändra så mycket i sitt drickande.”

B: ”Men det är en lyhördhet, alltså det är en slags mentaliseringsförmåga i förhållande till barnen att, nu pratar jag om den som dricker då, man måste på något sätt stänga av det barnen visar.”

Vi tolkar också att det ofta finns rädsla med i spelet. Rädsla för att en partner ska lämna, ångest över att inte leva upp till egna ideal kring föräldraskapet eller till och med rädsla för att barn ska omhändertas. Bronfenbrenners (1979) Makronivå handlar om ideologiska antaganden, samhällliga normer och värderingar samt lagstiftning. Här ser vi att nivån gör sig gällande i alkoholbehandlingen som en rädsla för ingripanden från samhället vilket

påverkar komplexiteten för behandlarna att förhålla sig till. Är barnets föräldrar skilda och har olika åsikter om barns behov av information och är konflikterna stora så försvårar det också att som behandlare nå fram till barnet. Enligt Bronfenbrenner (1979) handlar Mesonivån om interaktionen mellan de för barnet viktiga personer och institutioner. Är det kontroverser i interaktionerna så tolkar vi att det blir mer komplext för behandlaren att hålla fast vid barnfokus. B berättar:

B: "Då hade vi samtal här en gång och det var motstånd naturligtvis hos mannen men han kom ju med då på grund av hotet om skilsmässa. Så hade vi det andra samtalet ganska långt efter nu. Förra veckan. Och då kom han och då berättade han om en dröm: jag drömde att vi kom hit, jag och min fru och vi hade barnen med oss. Vi [samtalsbehandlarna] har ju bjudit in till det. Ta med barnen [hade vi uppmanat]...[och fortsätter att berätta om mannens dröm]men när vi kom så stod socialen och polisen innanför dörren och så tog de barnen och gick. Och kvar är jag och min fru och vi får inte gå ifrån er."

Det framkommer även komplexitet för samtalsbehandlarna när det gäller föräldrarnas föreställning om vad som behöver sägas till barnet om alkoholproblemet. Föreställningen kan vara att det finns behov av mer eller annan information än vad barnet faktiskt behöver. Forskning (Pihkala, 2011) styrker att det är svårt för föräldrar att möta upp sina barn när det gäller frågan om den vuxnes problem varför metoden BFI (Beardslees familjeintervention) utarbetats för att förbereda och stödja föräldern till att öppna upp kommunikationen i familjen (Beardslee 2002). Sameroffs transaktionella perspektiv (2009; 2014) förklarar att barnets egna karaktärsdrag och individuella egenskaper bidrar i samspelet med de betydelsefulla personer barnet har i sitt liv. B beskriver här att barnet inte behövde veta så mycket just då som pappan trodde innan.

B: "...och jag pratade ganska mycket med honom [pappan]att du behöver kunna svara på barnens frågor. Han var inte så pratglad av sig den här mannen. Hur ska jag? Vad ska jag?[säga till mitt barn. Och hur ska jag kunna förklara det här? Och tänk om han börjar fråga? Vad ska jag svara? Han hade så mycket bekymmer så vi pratade om det flera gånger alltså och så kom han en gång och berättade att sonen hade kommit: -Pappa har du varit full någon gång? Och han: nu, nu; och så hade han hela boken full i skallen med svaren som han skulle säga. Ja, ja det har jag, sa pappan. -Okej, [sa pojken]och så gick han."

Även att konkretisera syftet med informationen och ordval utifrån barnets ålder och behov nämner informanterna som viktigt, något som också BFI poängterar (Beardslee 2002). Att det är komplicerat för föräldrar att informera sitt barn och att prata med sitt barn om den vuxnes

alkoholproblem understryker samtalsbehandlarna som vill vara behjälpliga som citaten från C och D nedan illustrerar:

D: ”Då brukar jag fråga så här: Hur tänker du att du brukar prata med dina barn om det? Och då brukar jag också säga: om det är så att du skulle känna att du skulle vilja ha hjälp med det här, hur du skulle kunna säga detta på ett sätt som bemöter ditt barn på rätt nivå och åldersadekvat så skulle jag gärna hjälpa dig med det. Men det ställer jag då som en fråga då för att inte klampa in och jag har aldrig varit med om att någon sagt nej.”

C: ”Jag tänker att dom [barnen] behöver säkert jättemycket saker men det jag tänker är nog att man behöver få veta att man är, det är inte deras fel och att dom [föräldrarna] älskar dom [barnen] mest av allt i hela världen brukar jag säga. Att alltid säga detta avlastar skuld.”

Ytterligare en aspekt som vi tolkar som gör det komplext för samtalsbehandlarna när det gäller barns behov av information är att det kan finnas skillnader mellan män och kvinnor när det handlar om vilket stöd som behövs av samtalbehandlaren. Samtalsbehandlarna har erfårit detta och vi hänför till Bronfenbrenner (1979) vars Makronivå handlar om normer, värderingar och ideal i historisk kontext som påverkar könsrollerna vilket ställer krav på behandlarens flexibilitet. Vi tolkar informanterna att kvinnor kan ha lättare att tala om sin alkoholkonsumtion med barnen trots att de ofta känner större skam för problematiken. Män kan ibland behöva mer vägledning när det gäller att benämna problemen för barnen som D beskriver.

D: ”Jag tror att jag hjälper kanske män mer och med hur man kan lägga nivån på samtalet utifrån barnets ålder.”

5.2 Tema Medvetenhet om ansvar

Vi tolkar att våra informanter tycker det är självklart att prata om föräldraskap, att ha barnperspektiv och att barn behöver information om föräldrarnas problematik när föräldrar söker hjälp. D ser det som en del i behandlarrollen:

D: ”Nämen, jag tar alltid upp och pratar kring det här [om barns behov]. Som en naturlig del. Så att jag tänker att det är en naturlig del av mig som behandlare kanske.”

Vi menar att samtalsbehandlarna har anammat lagens intention och att de tydliggör barnets perspektiv för föräldrarna genom att styra samtalen i riktning mot frågorna om hur barnen har

det. I Bronfenbrenners (1979) Makronivå ingår lagstiftarens arbete med till exempel Barnkonventionen (Rädda barnen, u.å.) och lagar som inverkar på övriga nivåer. De professionella befinner sig i Exonivån som ett led i kommunens serviceinsatser. I Exonivån får föräldrarna sin behandling vilken i sin tur kommer barnen till godo i interaktionen på Mesonivå (Bronfenbrenner 1979). Vi tolkar att samtalsbehandlarna känner ansvaret kring föräldraskapet och barns behov av information och vi märker att de också tar detta ansvar genom att fråga om barnen. C beskriver sin medvetenhet om ansvaret så här:

C: "Det kan ju vara utifrån föräldrarnas föräldraskap som de kan ta upp problem, men hur barnen har det, det är ju någonting som vi behöver vara bra på att fråga om."

Informanterna menar att ett barns *fantasier* om verkligheten oftast blir värre än den levda verkligheten och att det blir tryggt för barn att få informationen så att de inte lämnas i förvirring över att känna något som inte valideras av föräldrarnas ord. KASAM, känsla av sammanhang, är ett begrepp som innefattar begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet vilket bekräftar kunskapen som informanterna gett. En hög känsla av sammanhang bidrar till att utvecklas positivt och till att kunna påverka sin situation samt till att kunna finna mening och hopp i sitt liv (Antonovsky, 1991). Vi tolkar det som en medvetenhet hos behandlaren att lägga ansvaret där det hör hemma, alltså hos föräldrarna och inte hos barnen. Ett annat sätt som samtalsbehandlarna visar ansvarstagande på, är att de försöker förmå föräldrarna att tala med sina barn om den vuxnes alkoholproblem. De vill att barnen ska få reda på att den vuxne sökt hjälp för svårigheterna och på det sättet tagit ansvar och avlastat barnet. A och C formulerar sig så här:

A: "Jag tänker att det är avlastande för barn att få information att ens förälder har alkoholproblem, för barn känner av väldigt mycket av det här och märker att ens förälder är annorlunda [när den är påverkad] och då kan ju barn ta på sig det själva med sitt egocentriska tänkande och kanske tänka att det är ju fel på mig eller ta ansvar och ta på sig mycket skuld och då är det bättre att veta om vad det här beror på, att det är ett bekymmer med alkohol och det får de här följderna. Att få veta att det man känner av faktiskt också stämmer, det är en bekräftelse på att min verklighetsuppfattning stämmer."

A: "...genom att prata med barn och informera, att tala om för de att det är det här som är problemet och det är det här som din förälder har valt att arbeta med och det går att förändra de här problemen och din förälder har tagit ansvar för det här på den här mottagningen. Det är en väldigt avlastning i skuld, tänker jag. Och ansvar."

C: "En del föräldrar pratar ju om, det beror ju på hur gamla barn är också naturligtvis, men det är ju mer tydligt att det här eller det här har pappa gjort. Det har fått dom här och dom här konsekvenserna. Nu behöver jag ta hand [om detta] så jag inte fortsätter. Det pratar jag en del om. En del pratar om att jag har den här sjukdomen."

Samtalsbehandlarna har en mental checklista som handlar om barns behov, hur barnet har det och hur det är att vara barn i de olika familjerna, att följa upp om och om igen samt att lyssna på hur det pratas om barnen i familjen. Informanternas förhållningssätt stämmer överens med grunden i den beforskade metoden BFI (Beardslees familjeintervention) som handlar om att fokusera barnperspektivet genom uppföljning och att förbereda föräldrar (Beardslee, 2002). Det dialogiska arbetssättet i BFI handlar om att synliggöra barnet och göra dess röst hörd, att dela erfarenheter och att se familjemedlemmars olika perspektiv (Beardslee, 2002). A benämner detta:

A: "...att synliggöra barnet, se hur dom har det, finns med liksom; sådana där checkfrågor vi har för att följa upp och försöka fråga utifrån barnens perspektiv. Hur det är att vara barn i de här olika familjerna som vi jobbar med? Verkar de här barnen må bra? Hur går det i skolan? Vad är det för någonting som blir problematisk runt barnen eller inte?"

Även förälderns funktionsnivå och den egna insikten om sitt problem bedöms av samtalsbehandlarna och samtalen styrs så att det kommer barnet till godo istället för att motstånd väcks hos föräldern. Forskning (Solantaus et al, 2009) om metoden BFI bekräftar att bedömningen av insikten är viktig då det framkommit att det är förälderns insikt om sin problematik och förståelse om hur problematiken kan påverka barnet som avgör framgången i behandlingen snarare än problematiken. C är inne på det här:

C: "En kan ju märka om funktionsnivån är lägre och då blir jag mer konkret."

Informanterna delger att det vanligaste är att föräldrar *inte* pratar så mycket om alkoholproblemen eller behandlingen hemma med barnen. De har berättat att alkoholproblematikens skam- och skuld känslor hindrar samtal och det är lätt att undvika ämnet. Det finns också tankar hos föräldrarna om att inte belasta barnet med problematiken något vi tolkar som att det finns en tanke om att barnet skyddas om problemen inte benämns. Även forskning av Wathen (1998) lyfter det faktum att det inte var ovanligt att föräldrar

undviker att ge information som ett sätt att skydda barnet från att oro och att påverkas av alkoholproblematikens konsekvenser. B säger:

B: "...ibland så tänker föräldrarna nog så här att vi ska inte belasta barnen med det här. Det är vuxengrejer så att säga och utifrån det låtsas vi som ingenting."

Trots motstånd menar informanterna att föräldrarna ändå visar förståelse när barnen fokuseras i samtalsbehandlingen. Pihkala (2011) har funnit liknande resultat i sin forskning. De menar att psykisk ohälsa är omgärdad av tystnad och stigma och att det är särskilt svårt för föräldrar att starta samtal med sina barn på grund av känslor av skuld. De fann att det trots detta fanns efterfrågan hos föräldrarna att få stöd.

När det gäller återkoppling i temat barns behov är det ändå inte självklart för samtalsbehandlarna att få det från sina klienter men informanterna ser det som sitt ansvar att stämna av hur det pratas hemma. A är tydlig på den punkten:

A: "Det är ju vårt ansvar att ha de här samtalen [om hur det pratas hemma] för att synliggöra barnen för barnen kan inte göra det själva. Så det ligger på vårt ansvar att ha barnfokus och också följa upp hur det går."

Att ta upp barnens perspektiv visar sig vara återkommande i hela behandlingen för våra informanter. De lämnar inte frågan och har en envishet och gör omtag när det gäller att följa upp frågorna. Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell menar att Makronivåns lagar har betydelse för ansvaret som samtalbehandlarna känner och har att följa upp barnets behov på Exonivå när de möter föräldrar med alkoholproblem i behandling. Här har vi citat från informanterna:

B: "Jag har tjatat [om barnets perspektiv] sedan hen kom hit."

C: "Det gör kanske inte alla föräldrar själva [pratar med sina barn] för det är ju så skambelagt men vi måste prata om det."

A: "Sedan får man alltid ta upp frågan igen."

D: "De får det i hemuppgift [att prata hemma]. Alltid."

C: "...kanske där och då [lämnas frågan om hur barnet mår]men sen får man alltid ta upp det igen liksom."

5.3 Tema Bärande tillit

Det framträder att alla behandlare värdesätter alliansen och beskriver att den är avgörande i behandlingen. Tillit är en viktig grund i byggandet av allians. Forskning (Pihkala, 2011) kom fram till att förtroende och trygghet för de professionella och för BFI som metod var förutsättningar för att initiera kommunikation om föräldrars psykiska hälsa med barnen. Pihkala (2011) hänvisar till Wampold (2001) som menar att alliansen är den enskilt mest betydelsefulla faktorn i psykoterapeutisk behandling. Vi märker att det blir tydligt att samtalsbehandlarna har tillägnat sig genomtänkta förhållningssätt när det gäller att ta sig an frågorna om barnens behov och hur de ska kunna ta upp ämnet med föräldern som söker för sina alkoholproblem eftersom de är så angelägna och enträgna när det gäller barnperspektivet. Pihkala (2011) hänvisar också till Baldwin et al (2007) som konstaterat att den professionelles bidrag till alliansen är viktigare än patientens. Vi förstår av våra informanter att det handlar om timing och om att formulera sig så att tillit skapas hos den som söker hjälp vilket C formulerar här:

C : ”Det är ju inte så att man börjar en behandling med hej och välkommen, hur har dina barn skadats [av din alkoholproblematik].”

Vi får fram att informanterna ser det som viktigt att kunna dela erfarenheter med kollegorna samt att få fortbildning i ämnen som rör barnperspektivet. Här tolkar vi tillit som en ingrediens för att skapa samarbeten på arbetsplatsen som ger stöd. Resonemanget får stöd av forskning där Solantaus & Toikka (2006) fann resultatet att utbildningen i metoden BFI och användningen av den hade gett en ökning av yrkeskunskaper, arbetsrelaterad glädje och motivation.

Som vi förstår det så är det vanligt att klienterna på mottagningarna har bristande tillit både till sig själva och till behandlingen de söker. Teorin om KASAM understryker vikten av att få information, stöd och bekräftelse på det man tänker och känner vilket skapar en känsla av sammanhang som möjliggör att tillit byggs (Antonovsky, 1991). A berättar så här:

A: ”Jag träffar många vuxna [som vuxit upp med alkoholproblem i familjen] där man hör återkommande att det finns en svårighet med tillit, med tillit till sig själv. Stämmer det eller har jag fattat allting fel? Om jag hela tiden blir bemött med detta: det är inget problem. Då vet man ju inte vad som är problemet och det blir en tystnadskultur och då blir det lätt självtvivel. Och det kan man motverka genom information till barnet.”

Samstämmigt talar informanterna om samarbetet med föräldern, om alliansen och att den är avgörande i behandlingen. De reflekterar att det handlar om en balans när det gäller att utmana i det som tas upp i samtalet, att man kanske får backa och återkomma i ämnet. Att bygga relation kan ta tid menar de och det är ofta en bit in i behandlingen, när alliansen etablerats som föräldern har förtroendet och vågar berätta mer djupgående och titta på sitt föräldraskap. Forskningen Pihkala (2011) refererar till Ackerman & Hilsenroth (2003) som har påpekat att det är egenskaper som att vara flexibel, ärlig, respektfull, pålitlig, trygg, varm, intresserad och öppen som bidrar till alliansbildande. Dessa egenskaper bekräftas av våra informanter när de menar att förståelse behöver förmedlas till föräldern om arbetet som görs i behandlingen. De lyfter också vikten av att göra en tydlig sammanhangsmarkering kring syftet med att det behöver pratas om och med barnen som är hemma. Detta tolkar vi som att egenskaper som ärlighet, pålitlighet och trygghet värderas.

Vi tolkar att det bland finns en känsla av osäkerhet hos våra informanter på om barnen faktiskt blir informerade om föräldrarnas behandling. Att arbeta med barnets behov via den vuxne ställer krav på behandlaren att uppstå tillit till att behandlingens effekter ändå når barnen. Bronfenbrenner (1979) förklarar genom sin utvecklingsekologiska teori att barnet nås av stödet till föräldern som behandlare ger på Exonivå eftersom interaktioner sipprar mellan nivåerna och når barnet på Micronivå. Forskning (Solantaus et al, 2010) bekräftar att även så kort psykoedukativt stöd som 15-30 minuter vid två tillfällen till föräldrar hade betydelse och gav effekt till barnen. D och B uttrycker sina tvivel men också tilliten till att barnen nås via föräldrarna så här:

D: "Jag ställde ju frågan [om att prata hemma] till den vuxne men sedan vet jag ju inte däremot om den vuxne tar nästa steg och säger till sina barn."

B: "Så vi får förlita oss till att vi kan på nåt sätt nå barnen via föräldrarna."

Samtliga informanter har tillit till att föräldrar vill sina barns väl och menar detta blir en drivkraft i förändringsarbetet. A och C formulerar detta:

A: "Jag kan ju säga att min generella uppfattning är ju att föräldrar vill ju sina barn verkligen gott. Att det är ju en enorm drivkraft till förändring av alkoholproblem om det finns barn som påverkas även om det kan finnas ett motstånd att se det här för att det är mänskligt att man inte vill göra någon illa och i synnerhet inte sina barn så brukar det här också vara å andra sidan en drivkraft till att vilja förändras och det får vi ju ta hand om. Det är möjligt att jobba med."

C: "Men jag tänker att det här är alltså, till 99% så vill föräldrar vara föräldrar och så bra föräldrar som möjligt och då behöver man hjälpa dom att vara det genom att se hur det här påverkar barnen."

Vi tolkar att informanterna är övertygade om att barnen gagnats av sina föräldrars behandling. Vi tänker att denna övertygelse har att göra med tillit. Bland annat har föräldrarna märkt att barn fått ökat förtroende för dem och visat detta genom att anförtro sig på ett nytt sätt eller visar ny respekt eller ställer frågor som tytt på omsorg. Relationen har på olika sätt förändrats och tillit till varandra har utvecklats. Bronfenbrenner (1979) beskriver detta som interaktionen som sker på Mesonivån. A har fått denna återkoppling:

A: "Och så brukar jag få återkoppling på att relationen ändras."

B uttrycker sig så här:

B: "Och så får jag återkoppling på att relationen ändras. Det här exemplet jag tog på den här kvinnan som jag tog med det stora vinglasat och tvätten, där hennes tonåring snäst och skällt på henne. Han [tonåringen] började behandla henne med respekt. Han började, det skulle hända vissa saker i familjen som skulle bli rätt jobbiga och han ställde frågor som tydde på omvårdnad om sin mamma. Han vände sig till sin mamma då när han själv då hade ett; någonting som var lite känsligt, där han kanske normalt sätt hade vänt sig till sin pappa. Men han bad henne köra till sjukhuset. Han började visa förtroende för henne. Så märktes det."

I intervjuerna framkom det att barnets skolsituation ofta fungerade bättre när föräldern fått samtalsstöd i sin alkoholproblematik och enligt Bronfenbrenners utvecklingsekologiska teori (1979) är detta ett tecken på behandlingens genomslagskraft mellan nivåerna. C och A nämner detta:

C: "Om de har tex barn i skolåldern och det har blivit lugnare i skolan."

A: "Ja lugnare, att det fungerar bättre i skolan, att de pratar mer med varandra hemma."

Att den vuxne började må bättre, sova bättre, ta hand om sig bättre och att det blivit lugnare i hemmet med en öppnare atmosfär betydde också för samtalsbehandlarna på att behandlingen varit barnen till gagn eftersom det då skapats förutsättningar för större trygghet, stabilitet och förutsägbarhet i vardagen. Föräldrarna vittnar också om öppnare och närmare relationer och

behandlarna bedömde att om föräldern gagnas av sin behandling så gagnas också barnet. Forskningen Pihkala et al (2011) redovisar resultat som går i linje med detta, alltså ökad öppenhet och större förståelse inom familjen efter behandling i enlighet med BFI. A uttrycker sig så här:

A: "Alltså det kan vara så här att vi har fått en helt annan relation; jag och min dotter liksom [säger föräldern under behandlingen. Genom att öppna upp och fråga, att föräldern inte helt plötsligt är så rädd och närmar sig att prata om hur barnen mår. Vet man [som förälder] att det finns ett alkoholproblem i vägen så är det ju väldigt mycket svårare att gå och prata med sitt barn för då vet man ju att man riskerar att det här kan komma upp... Mycket mer tillit, trygghet och stabilitet [har behandlingen skapat]."

6. Diskussion

Syftet med studien är att undersöka hur samtalsbehandlare förhåller sig till barns behov av information när samtalsbehandlaren möter föräldern som har alkoholproblem eller den anhörige föräldern i samtal. Vi kommer nedan att besvara frågeställningarna genom en diskussion under varje aktuell fråga. Vi har också tagit med de teman som framkom i analysen och kursiverat dessa.

6.1 Hur tänker samtalsbehandlare om barns behov av information när det gäller den vuxnes behandling av alkoholproblem?

När det gäller barns behov av information kring föräldrarnas behandling finns det inga tveksamheter från samtalsbehandlarnas sida. Det arbetas intensivt med att motivera föräldrar att informera sina barn. Samtalsbehandlarna har hög medvetenhet om sitt *ansvar* i frågan och axlar ansvaret utan ifrågasättanden. Det är dock inte självklart för samtalsbehandlarna att barnen nås av informationen. *Komplexiteten* för samtalsbehandlarna kan göra att frågan om barnens behov av information i behandlingen utmanar känslan av tillit i flera områden. Till exempel behövs det *tillit* till att teorierna om att barn behöver få information stämmer. Barnkonventionen som nu är lag understryker synen på barnet som anhörig och rätten att få sina behov av information tillgodosedda när föräldern har alkoholproblem (Rädda barnen, u.å.).

Samtalsbehandlarna tänker att det är viktigt att barnen uppmärksammas i föräldrarnas behandling av alkoholproblem. Det är självklart för dem att prata om relationer, föräldraskap och barns behov i förhållande till alkoholproblem. Synsättet är totalt integrerat utan ifrågasättande eller osäkerhet. Att ha ett barnperspektiv tänker behandlarna ingår i deras professionella roll liksom att det är deras ansvar som samtalsbehandlare att fråga och återkommande följa upp hur barnen har det i familjen. Lindgaard (2006) menar att barn ges stöd och hjälp via sina föräldrars behandling. Behandlarna tänker i samklang med detta att barnet skyddas av att få information, det minskar risken för att problem utvecklas senare (Socialstyrelsen, 2012).

6.2 Hur upplever samtalsbehandlare att det är att tala om barnens behov med föräldrarna i samtalsbehandling för alkoholproblem?

Samtalsbehandlarna upplever att föräldrar tycker om att prata om sina barn och sitt föräldraskap vilket förmodligen gör det lättare att ta *ansvar* för att frågan om barns behov av information blir talbart. De är också övertygade om att föräldrar vill sina barn väl som Hansen (2012) och Lindgaard (2012) i uppsatsens inledning påtalar som en viktig grund för att kunna tala om barns behov när den vuxne har behandling för alkoholproblem. Att däremot tala om alkoholproblematikens konsekvenser för barnet är mer laddat för samtalsbehandlarna varför det behövs en mer upparbetad relation och en *tillit* till behandlaren, en allians för att föräldern ska våga öppna upp och se att alkoholproblemen krockar med barnens behov. Att mentalisera barnens behov är ett ständigt återkommande motivationsarbete där ihärdighet och tålamod behövs (Hansen, 2012; Lindgaard, 2012). Behandlarna upplever ändå att det är en utmaning att fokusera barnens behov eftersom alkoholproblem är förenat med många olika svårigheter som tar fokus i samtalet vilket pekar mot *komplexiteten*.

6.3 Vilka erfarenheter har samtalsbehandlare av att föräldrarna talar med barnen i familjen om alkoholproblem och den vuxnes behandling?

Samtalsbehandlarnas erfarenheter är att det vanligaste är att föräldrar *inte* talar om sina problem med barnen och vi tror att detta är något av kärnan i problematiken. Det kan

förmodligen både sporra och hindra samtalsbehandlare att ta upp frågan i behandlingen. Här ställs frågan om *tillit* på sin spets. Klientens tillit till behandlingen och till samtalsbehandlaren samt samtalsbehandlarens tillit till att alliansen och processen ska bära det som väcks som kan vara svårt och smärtsamt när alkoholproblemtiken krockar med barns behov.

Socialstyrelsen (2012) menar att ett välfungerande samspel i familjen är den största skyddsfaktorn för ett barn när en förälder har alkoholproblem. Att som barn få information om problemen är en väsentlig del i det samspelet. Att bryta tystnaden i familjen om problemen är ett viktigt steg i behandling för alkoholproblem (Socialstyrelsen 2012). Samtalsbehandlarna i studien tar *ansvar* genom att ofta ge konkret och psykoedukativt stöd till föräldrarna som kan vara osäkra på vad de ska säga till sina barn. Föräldrar kan tänka att de skyddar sina barn genom att undanhålla problemen vilket vi kan se som en del i *komplexiteten* när föräldrar söker hjälp för sina alkoholproblem. Samtalsbehandlarnas erfarenheter är att de behöver bedöma föräldrarnas insikt i problematiken och föräldrarnas förmåga att kunna samtala med barnen så att barnen får rätt information utifrån rätt ålder. Samtalsbehandlarna får ta upp frågan om information till barnet om och om igen och deras enträgenhet ser vi som ett tecken på att samtalsbehandlarna tagit till sig forskning och riktlinjer inom området som poängterar vikten av information till barn samt att de är medvetna om ansvaret som följer med denna typ av samtalsbehandling (Socialstyrelsen, 2012; Lindgaard, 2006; 2012; Hanssen, 2012; Järkestig-Berggren et al, 2015).

6.4 Har samtalsbehandlare noterat att barn gagnas av att föräldrarna har samtalsbehandling för alkoholproblem?

Samtalsbehandlarna har noterat att barn gagnas av sin föräldrars behandling. Ett alkoholproblem blir hela familjens problem och stödet och hjälpen till barnet kan ges via föräldern som i sin behandling får stöd i föräldrarollen (Lindgaard, 2006). Bara det att fråga efter föräldrarnas tankar och reflektioner kring sitt föräldraskap sätter igång processer som resulterar i nya samspelelmönster med barnet (Hansen, 2012; Lindgaard, 2012). När samtalsbehandlarna tar *ansvar* och gör problemen kring barns behov talbara så får de återkoppling av föräldrarna att relationerna ändrats i familjen, att det blivit lugnare hemma och i skolan. Vi har dock märkt att det kan vara svårt för samtalsbehandlarna att få syn på *hur* barnen gagnas av föräldrars behandling. Samtalsbehandlare har en tydlig teoretisk förankring kring att behandling gynnar barn samtidigt som det smyger sig in ett tvivel som kan störa

tilliten till att barnen gagnas eftersom det ändå aldrig går att veta helt hur barnet har det hemma eller hur de nås av informationen om föräldrarnas problematik. Förmodligen behövs det en hög medvetenhet om att precisera sina frågor kring temat hur barn gagnas och att tydligt sammanhangsmarkera när det gäller syftet att tala om barns behov. Att uppmärksamma hur barnets skolsituation fungerar och utvecklar sig tycks vara ett sätt att få reda på hur barnet gagnas av föräldrarnas behandling. Det kan dock vara svårt att veta om det är just skyddsfaktorn att få information som barnet gagnats av eftersom flera skyddsfaktorer eller andra aspekter påverkar barnets skolsituation. *Komplexiteten* gör sig gällande igen.

7. Vad studien kan bidra med

Syftet med vår studie är inom det sociala arbetets område. Det fokuserar barns behov, relationer och social kontext. Vår förhoppning är att uppsatsen kan bidra till ämnesområdet och skapa kunskap och fördjupad förståelse för samtalsbehandlare om vad som gör det möjligt att nå barn i en utsatt position.

7.1 Fortsatt forskning

Nya frågeställningar har väckts under arbetet med studien. Det hade varit intressant att intervjua föräldrar som går i behandling för alkoholproblem men även barn till föräldrar med alkoholproblem för att se vilka ytterligare aspekter och andra infallsvinklar vi hade fått kring barns behov av information om föräldrar som har behandling för sin alkoholproblematik. Också barn som anhöriga och barn som omsorgsgivare är intressanta teman i sammanhanget.

8. Slutsats

Vad vi avsåg att undersöka fann vi svar på. Uppsatsens dominerande berättelse är föräldraskap. Vi fick syn på att det är en sak att som samtalsbehandlare prata om föräldraskap och att det är en annan att nå barnen. Som samtalsbehandlare är det ett medvetet arbete att synliggöra och stärka barnens perspektiv samt bygga förtroende som skapar allians. Det är ingenting som kommer av sig själv och det krävs en ansträngning och en ihärdighet att ständigt fortsätta följa upp. Barn är sårbara i förhållande till vuxenvärldens komplexitet men de är också kompetenta och resursstarka samt behöver ses som omsorgsbärande i sina egna liv.

Vi menar att det inte är lätt att få syn på om barnet nåtts av information om föräldrarnas alkoholproblem när föräldern är i samtalsbehandling för alkoholproblematik. Det är som att leta efter en nål i en höstack och det kräver ficklampa, god hörsel och tålamod.

9. Referenslista

- Ackerman, R. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A Review of Therapist Characteristics and Techniques. Positively Impacting the Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology Review* 231-233.
- Ahrne, G., & Svensson, P. (red). (2012). *Handbok i kvalitativa metoder*. Malmö: Liber AB.
- Andersson, G. (2015). I Järkestig-Berggren, U., Magnusson, L., & Hansson, E. (red). *Att se barn som anhöriga -Om relationer, interventioner och omsorgsansvar*. Barn som anhöriga 2015:6. ISBN , 75515.978-91-87731-26-6. Linnéuniversitetet: Leanders Grafiska
- Antonowsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Baldwin, S. A., Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2007). Untangling the Alliance -outcome correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75: 842-852.
- Barnkonventionen blir svensk lag 2020! (u.å.). Hämtad 25 december 2019, från UNICEF Sveriges blogg website: <https://blog.unicef.se/2018/06/13/barnkonventionen-blir-lag/>.
- Beardslee, W.R. (2002). *Out of the darkened room: when a parent is depressed: protecting the children and strengthening the children*. Boston: Little, Brown and Company.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* (3)2, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cork, R.M. (1973). *The Forgotten Children. A Study of Children with Alcoholic Parents*. Kristianstad.
- Cork, R.M., & Härd, B. (1973). *De glömda barnen*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Denscombe, M. (2014). *The Good Research Guide: For Small-scale Research Projects*. 5. uppl. Maidenhead, Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Fahlke, C. (red). (2012). *Handbok i missbrukspsykologi -teori och tillämpning*. Malmö: Liber AB.
- Folkhälsomyndigheten (2019). Hämtad 2019-10-23 från: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/alkohol-narkotika-dopning-tobak-och-spel-andts/sarskilda-uppdrag-andts/stod-till-barn-i-familjer-med-missbruk-psykisk-ohalsa-och-vald-2011-2015/>.

- Frågor och svar inför att barnkonventionen blir svensk lag—Barnombudsmannen. (u.å.). Hämtad 25 december 2019 från:
<https://www.barnombudsmannen.se/barnombudsmannen/barnkonventionen/barn/frao-och-svar-infor-att-barnkonventionen-blir-svensk-lag/>
- Hall, C., & Webster, R. (2007) Risk Factors Among Adult Children of Alcoholics. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. Vol 3, No 4 Hansson.
- Hansen, F.A. (2012) *Familieorientert Rusmiddelsbehandling. Hvordan inkludere familien i behandlingen. Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov*. Oslo: Blå Kors Forlag.
- Haugland, B.S.M. (1992). Ritualer och rutiner i familier med alkoholproblemer. *Tidskrift for Norsk psykologforening*, 29: 735-759.
- Haugland, B.S.M. (2003). Parental Alcohol Abuse: Relationship between child adjustment, parental characteristics, and family functioning. *Child Psychiatry and Human development*, 34(2): 127-146.
- Hjern, A., & Manhica, H.A. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* Rapport 1. Nationellt kompetenscentrum anhöriga: Linnéuniversitetet & CHESS, Stockholms Universitet/ Karolinska Institutet.
- Iwarsson, Petter (2007). *Samtal med barn och ungdomar -erfarenhet från arbetet på BRIS*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Järkestig-Berggren, U., Magnusson, L., & Hansson, E. (red). (2015) *Att se barn som anhöriga -Om relationer, interventioner och omsorgsansvar*. Barn som anhöriga 2015:6. ISBN, 75515.978-91-87731-26-6. Linnéuniversitetet. Leanders Grafiska.
- Kompassen—Uddevalla kommun. (u.å.). Hämtad 25 december 2019 från
<https://www.uddevalla.se/omsorg-och-hjalp/missbruk-och-beroende/kompassen.html>.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lewinsky, H. (2019). Enhetsrapporten 2019: *Samtal som hjälper. En rapport från Enheten för alkohol- spel och drogproblem*. Göteborg: Göteborgs Stad.
- Lindgaard, H. (2002) *Voksne børn fra familier med alkoholproblemer – mestring og modstandsdygtighed*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Lindgaard, H. (2005). Familier med alkoholproblemer -gör det en forskel för börnenes voksenliv? Adult children of alcoholics -are they different? *Nordisk psykologi*, vol 57(2) s 107-129.
- Lindgaard, H. (2006). *Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium av familiebehandlingens effekter*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.

- Lindgaard, H. (2012). *Familier med alkoholproblemer: Familieorienteret alkoholbehandling med et særligt fokus på børnene*. Köpenhamn: Sundhedsstyrelsen.
- Pihkala, H. (2011). *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska familjers erfarenheter*: Umeå universitet: Medicinska fakulteten, Institutionen för klinisk vetenskap, Psykiatri.
- Pihkala, H., Sandlund, M., & Cederström, A. (2011). *Children in Beardslee's family intervention: Relieved by understanding of parental mental illness*: First Published September 6, 2011 Research Article Find in PubMed. Hämtad 6 januari 2020 från: <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.1177/0020764011419055>.
- Pihkala, H., Dimova-Bränström, N., & Sandlund, M. (2017). Talking about parental substance abuse with children. *Nordic Journal of Psychiatry*, volume 71, 2017, Issue 5. Published on line 3 April 2017. Hämtad 2 januari 2019 från <https://doi-org.ezproxy.ub.gu.se/10.108008039488.2017.1308009>.
- Pridham, K., Denney, N., Pascoe, J., Chin, Y.M., & Creasy, D. (1995). Mothers solutions to childrening problems: Conditions and Processes. *Journal of Marriage and the Family*, 57, 785-799.
- Ramstedt, M. (red). (2019). CAN; Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. *Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturöversikt*. Rapport 185. Stockholm 2019.
- Respons Alkoholrådgivning. (u.å.). Hämtad 30 december 2019 från <https://goteborg.se/wps/portal/enhetssida/respons-alkoholradgivning/om-oss!/ut/>
- Rädda Barnen, (u.å.). Barnkonventionen – fullständig version. Hämtad 25 december 2019 från Rädda Barnen website: <https://www.raddabarnen.se/rad-och-kunskap/skolmaterial/barnkonventionen/hela-barnkonventionen/>.
- Sameroff, A. J. (2009). *The transactional model of development: How children and contexts shape each other*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sameroff, A. J. (2014). *A dialectic integration of development for the study of psychopathology*. In *Handbook of developmental psychopathology*. (3rd ed., pp. 25-43). New York: Springer.
- Skerfving, A. (2008). I Forinder, U., & Hagborg, E. (red.). *Om risker och vad som gör att barn klarar sig. Stödgrupper för barn och ungdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsens termdatabas. (2010). Hämtad 3 november 2019 från <http://termbank.socialstyrelsen.se/#results>.
- Socialstyrelsen (2012). *Föräldraskap och missbruk. Att ta upp frågor om föräldraskap i missbruks- och beroendevården*. Hämtad 3 november 2019 från: <https://www.socialstyrelse.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-1-3.pdf>.

- Socialstyrelsen. (2019). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende*. Hämtad 3 november 2019 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-1-16.pdf>.
- Socialstyrelsen. (2019). *Evidensbaserad praktik I Socialtjänsten*. Hämtad 3 november 2019 från: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamheter/evidensbaserad-praktik/>.
- Solantaus, T., & Toikka, S. (2006). The Effective Family Programme II: Clinicians' Experiences of Training in Promotive and Preventative Child Mental Health Methods. *International Journal of Mental Health Promotion* Vol. 8, Iss. 4, (Nov 2006): 4-10. DOI:10.1080/14623730.2006.9721746
- Solantaus, T., Paavonen, J., Toikka, S., & Punamäki, R. L. (2010). Effectiveness of preventive family intervention in improving cognitive attributions among children of depressed parents: A randomized study. *Journal of Family Psychology* Vol. 27, Iss. 4, (Aug 2013): 683-690. DOI: 10.1037/a0033466.
- UNICEF —barnkonventionen (u.å.). Hämtad 5 januari 2020 från: <https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten>
- Wampold, B.E. (2001). *The great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. Mahwah, N. J: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wathen, C. (1998). *Teaching mothers in recovery how to communicate about their addiction with their children. A curriculum manual*. California School of Professional Psychology - Berkely/Alameda: ProQuest Dissertation Publishing.



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

10. Bilagor

Bilaga 1: Informationsbrev

Vill du som behandlare delta i en studie om barns behov av information?

Vi vänder oss till dig för att du arbetar som behandlare på Respons/Kompassens öppenvårdsmottagning för alkoholrådgivning. Syftet med studien är att ta reda på hur behandlare tänker kring barns behov av information när det gäller behandling. Vi är också intresserade av om behandlare tycker att barn gagnas av samtalsbehandling.

Studien är ett examensarbete på avancerad nivå och en del av Psykoterapeututbildningen med inriktning mot familj vid Institutionen för Socialt Arbete vid Göteborgs Universitet. Studien kommer att genomföras med intervjuer under oktober och november 2019 och kommer att beröra erfarenheter av samtalsbehandling. Intervjun beräknas ta max 45 minuter och det är viktigt att den sker i ostörd miljö till exempel på Respons/Kompassens samtalsmottagning eller i en lokal på Göteborgs Universitet. Samtalet kommer att spelas in och skrivas ut i text.

Information som lämnas kommer att behandlas säkert och förvaras inlåst så att ingen obehörig tar del av den. Redovisningen av resultatet kommer att ske så att ingen individ kan identifieras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete. När examensarbetet är färdigt och godkänt kommer det att finnas i en databas vid Göteborgs Universitet. Inspelningarna och den utskrivna texten kommer att förstöras när arbetet är godkänt. Det kommer att finnas möjlighet att ta del av examensarbetet genom att få en kopia via mail.

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan närmare motivering. Innan intervjun kommer du att få lämna ett skriftligt samtycke som kommer att vara inlåst och sparas tills uppsatsen är godkänd av examinator.

Etiska aspekter

Studien följer forskningsetiska regler för vetenskapliga studier vilket innebär att varken intervjun eller studien utsätter deltagarna för några risker som kan förutspås. Studiens utformning har noga övervägts utifrån anonymitets- och konfidentialitetskrav, nyttjandekrav samt inhämtande av information och samtyckeskrav.

Handledare är Tina Olsson, docent vid Institutionen för Socialt Arbete, Göteborgs Universitet.

Har du frågor om studien är du välkommen att höra av dig till någon av oss studenter.

Hanna Skoglycke Nord,
tel 0735 45 11 19
hanna.skoglycke@gmail.com

Lena Orderud,
tel 0760 52 57 85
orderud@tele2.se

Samtycke

Skriftligt samtycke till medverkan i intervjustudie med syfte att ta reda på hur behandlare tänker kring barns behov av information när det gäller behandling för föräldrar som har alkoholproblem. Vi är också intresserade av om behandlare tycker att barn gagnas av föräldrars samtalsbehandling.

- Jag har informerats om studiens syfte och fått möjlighet att ställa frågor.
- Mitt deltagande är frivilligt och jag vet att jag kan avbryta min medverkan utan att ange orsak.
- Jag godkänner att intervjun spelas in.
- Jag vet hur det insamlade materialet kommer att behandlas, lagras och skyddas. Inga personuppgifter kommer att samlas in.
- Jag godkänner att jag citeras anonymt i uppsatsen och i en muntlig presentation av den.
- Jag förstår att uppsatsen kan komma att läggas upp och bli tillgänglig i databasen vid Göteborgs Universitetet.

Jag samtycker härmed till medverkan i denna intervjustudie

Ort och datum:

Underskrift :

Förtydligande:

Intervjuguide Behandlare

Inledning

- Hälsa välkommen.
- Presentation av oss studenter
- Information om studien och samtyckesblanketten.
- Kolla av om det finns frågor inför intervjun.
- Ok att spela in intervjun?

Hur tänker behandlare om barns behov av information när det gäller föräldrars samtalsbehandling?

- Info om lagen 2010 HSL § 2g där det betonas att vården särskilt ska beaktas barns behov av information, råd och stöd om de lever i en familj med alkoholproblem. Vi tänker att det handlar om barns delaktighet....
- Du arbetar här på samtalsmottagningen. Berätta något om det och om ditt behandlingsarbete här på mottagningen?
- Vad tänker du när du hör lagens intention?
- Vad tänker du kring barns delaktighet?
- Vad tänker du om barns behov av information när det gäller behandling?

Hur är det för behandlare att tala om barn och barnens behov vid behandling för alkoholproblem?

- Är det möjligt att tala om föräldraskap i samtalsbehandling för alkoholproblem?
- Vad var det som gjorde att det pratades om föräldraskap i behandlingen?
- Hur är det för dig att tala om föräldraskap i behandling?
- Hur är det att prata om barnen?
- Hur är det för dig att prata om barns behov i relation till alkoholproblem?

Hur talar föräldrarna med barnen om alkoholproblem och sin behandling?

- Pratas det i familjerna om den behandling föräldrar har/har haft för alkoholproblem?
- Om ja, hur?/ Om inte, varför?
- Pratas det i familjerna om alkoholproblem med barnen?
- Om ja, hur?/ Om inte, varför?
- Vad har du för erfarenhet kring att barnen i familjen vet om problemen och dess innebörd?
- Vad har du för erfarenhet kring att föräldrar informerar sina barn om möjligheten att få eget stöd?



GÖTEBORGS
UNIVERSITET

Har behandlaren märkt att barn gagnas av att föräldrarna har eller har haft samtalsbehandling för alkoholproblem?

- Har du erfarenhet kring att barn gagnas av föräldrars samtalsbehandling?
- Vilka tankar har du kring att barn gagnas av föräldrars samtalsbehandling?
- Vilka tankar har du om barns behov av råd och stöd?

Avslutning

- Hur var det för dig att bli intervjuad?
- Är det något du vill förtydliga?
- Är det något vi har glömt att fråga om?
- Vill du ha en kopia av uppsatsen när den är godkänd?
- Ta gärna kontakt om det är något du undrar över.
- Tack för medverkan!

Bilaga 4: Beardslees familjeintervention

Beardslees familjeintervention – en preventiv metod. Hämtad 5 januari 2020 från:

<https://www.anhoriga.se/metoder-och-stod/modeller-och-metoder/beardslees-familjeintervention/>

Beardslees familjeintervention är en preventiv metod utvecklad av professor William Beardslee i Boston i USA. Metoden finns med i ett register över evidensbaserade metoder inom psykiatrin (mental health) i USA. Familjeinterventionen är den enda metod som riktar sig på prevention i familjer med en förälder med psykisk ohälsa. Den har nationell spridning i Finland genom dr Tytti Solantaus och STAKES (nationell center för forskning och utveckling inom hälso- och sjukvården i Finland). Metoden är utvecklad för att öppna upp samtal om föräldrarnas sjukdom inom familjen. Syftet är att minska barnens risk att insjukna själva genom att stärka skyddande faktorer – öka barnens förståelse för föräldrarnas sjukdom, öka öppenheten inom familjen om sjukdomen, främja föräldrarnas medvetenhet om andra skyddande faktorer, såsom fungerande skola, kompisrelationer, intressen.

Metoden har även kortsiktiga vinster. Barnet som anhörig blir hörd, många gånger kan man effektivt lindra barnets oro. Föräldrarnas oro kan minska och som psykiatripersonal kan man känna, att man uppfyller hälso- och sjukvårdslagens och socialtjänstlagens krav på att uppmärksamma barnen till våra patienter.

Ursprungligen användes metoden i familjer med en deprimerad förälder, men användningen har spridit sig till andra psykiatriska diagnoser. I Finland har användningsområdena vidgat sig till den somatiska vården, tex barn till cancerpatienter.

Beskrivning av Beardslees familjeintervention Struktur Metoden innebär sex samtal i olika konstellationer, med 1-2 veckors mellanrum.

Samtal 1: Man träffar båda föräldrarna eller en ensamstående förälder. Man går igenom den sjuka föräldrarnas historia, vad sjukdomen har inneburit för partnern, för barnen, vad barnen kan ha sett och upplevt av sjukdomen. Föräldrarnas oro för barnen tas upp, föräldrarna formulerar målsättningen för interventionen. Vid behov informerar man föräldrarna om sjukdomen, om symtom, behandling och orsaker. Psykisk ohälsa eller sjukdom förklaras enligt stress-sårbarhetsmodell i syfte att minska skuld och skam.

Samtal 2: Enbart föräldrarna är med även denna gång. Nu är det fokus på den andra föräldrarnas historia med sjukdomen i familjen, vad det har inneburit för henne/honom, för barnen. Varje barns situation går igenom, varje barn för sig; styrkor, problem, oro, hur det går i skolan, med kompisar etc. Föräldrarna kan skicka frågor som de vill att intervjuarna ska ställa till barnen. Man får föräldrarnas tillåtelse till barnintervjuerna och man ber föräldrarna att förbereda barnen inför barnintervjuerna. Man hör om föräldrarna har oro inför att barn ska intervjuas. Psykoedukativ del finns med. Man informerar också om skyddande faktorer för barnen.

Samtal 3: Varje barn intervjuas individuellt, oftast hemma. Barnets förståelse om föräldrarnas sjukdom, barnets oro och föräldrarnas frågor tas upp. Man frågar om barnet har frågor till föräldern/föräldrarna och vad barnet vill ta upp i familjesamtalet. Intervjuaren får en bild av hur barnet mår och fungerar. Man ska vara noga med att inte ta en expertroll, att inte vara den som ska förklara föräldrarnas sjukdom – den uppgiften ska man spara till föräldern. Intervjuaren är som en budbärare, förmedlare eller brobyggare. Om barnet skulle ha akuta frågor, måste man naturligtvis agera efter det. Samma gäller, om det skulle framgå, att barnet är tex suicidal – då måste akuta åtgärder vidtas.

Samtal 4: Det fjärde samtalet är ett planeringssamtal enbart med föräldrarna. De får feedback från barnintervjuerna, vad barnet sagt, vilket intryck man fått av barnet och hans/hennes fungerande.

Man planerar för familjesamtalet utifrån det föräldrarna vill och kan berätta, vad barnet har sagt och frågat efter. Intervjuare kan dock rekommendera, att det är alltid bra att berätta för barnet, att föräldrarnas sjukdom inte är barnets ansvar eller fel, att föräldern går på behandling, att det kan vara bra att beröra t.ex. självmordsproblematik, om barnet är medveten om sådant (barnets största oro handlar ofta om att föräldern ska göra självmord eller att föräldrarna ska skiljas). Familjesamtalet planeras så detaljerat som möjligt, med utgångspunkt att det är föräldern/föräldrarna själva som berättar med sina egna ord om sjukdomen, vilket underlättar för en fortsatt process och samtal inom familjen efter avslutad intervention.

Om det har väckts oro för något av barnen, erbjuder man föräldrarna hjälp med att komma vidare, ofta i en form av en nätverksträff, dit man bjuder in t.ex. representant från barnpsykiatri och/eller socialtjänsten. Om oron inte är akut, kan man först genomföra interventionen som planerat och gå vidare med nätverksträff efteråt. Vid akut situation, om t.ex. familjevåld har uppdragats, gäller anmälningsplikt till socialtjänsten i första hand.

Samtal 5: Alla familjemedlemmar är med, oftast är man hemma hos familjen. Teman som har planerats diskuteras. Föräldrarna uppmuntras att berätta själva. Behandlare håller sig i bakgrunden om möjligt, men hjälper till, ställer frågor, berättar om t.ex. depression på en mer allmän plan, om man har kommit överens om det med föräldrarna. Familjesamtalet kan ses som en början till en fortsatt dialog inom familjen.

Samtal 6: Ofta är det enbart föräldrarna, som är med, men de kan även ha barnen med. Detta är ett uppföljande samtal efter ca en månad. Uppföljning efter ett halvår rekommenderas också. Det idealiska är, att intervjuaren finns tillgänglig för föräldrarna efteråt, så att de kan vid behov återkomma med sin oro och funderingar.

Principer Det är viktigt att tänka på att detta inte är familjeterapi, inte heller behandling för föräldern. Man använder sig av en manual under samtalen, metoden är strukturerad, men flexibel. Den är inte bunden till en viss teori, utan har element från många olika teoribildningar som psykoedukativt eller kognitivt arbetssätt, men även dialogiskt – allas röst ska bli hörd, öka ömsesidig förståelse – och lösningsfokuserat arbetssätt. Utbildning i metoden består av sex teoridagar och praktisk arbete under handledning. Psykoterapeututbildning är inte nödvändig, alla yrkeskategorier kan använda sig av metoden.

En av de viktigaste principerna i familjeintervention är respekt för föräldern, med en fördömande attityd kommer man inte någonstans, man kan tvärtom skada. Att föräldern kan brista i sitt föräldraskap beror på sjukdomen, inte på att föräldern inte vill sitt barns bästa. Behandlaren måste kunna förstå både barnets och föräldrarnas situation, vara på allas sida, även i situationer där anmälan till socialtjänsten är aktuell. Att höra varje barn och se varje barn individuellt är en annan viktig princip. Barn i samma familj kan påverkas av föräldrarnas sjukdom på mycket olika sätt beroende på ålder, utveckling, kognitiv och social kapacitet mm.

Familjeintervention kan inte tillämpas vid akuta kriser, pågående missbruk eller familjevåld. Föräldern måste vara i en situation, där hon/han kan tänka utifrån barnets perspektiv och orkar fokusera på barnet och föräldraskapet.