



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

Föräldrars delaktighet

**En studie av terapeuters syn på föräldrars delaktighet
inom hälso- och sjukvårdens primärvård**

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

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

Termin ht 2019

Författare: Berit Johansson

Handledare: Staffan Höjer

Abstract

Title: Parents' Participation – A study of Therapists view on parents' participation in Primary Mental Health Care.

Author: Berit Johansson

Keywords: parents, treatment, participation, partnership, co-producers.

The purpose of this study was to explore and describe therapists' experiences, thoughts and attitudes to parents' participation in children's and youths' treatment. This study addresses the questions of; when and why therapists think that parents should participate in therapy. This study also tries to explore, describe and understand how therapists create participation, as well as the challenges they have met in connection to parents' participation. This study also explores development proposals regarding parents' participation. This study takes a qualitative approach and features interviews with seven therapists working with children, youths and parents in Primary Mental Health Care.

The study showed that the therapists had a positive attitude to parents' participation. The most important aspect of parent's participation is perceived to be parents as co-producers in treatment. Strengthening parent's own capacity is therefore seen as important aspects of treatment.

This study concludes that parents should always be made participants in children's treatment. Although the presence of parents and their active participation in treatment has shown to be able to vary depending on the child's age. This study also concludes that parents should participate because they are a resource in treatment. They are also perceived as necessary to carry out the care and to promote more effective care. Another conclusion of this study is that it is not law and governing documents that motivate the therapists to engage parents. The motif is instead a system theoretical approach.

This study concludes that therapists actively working to create participation. They create participation by inviting parents and motivate participation. Through dialog and by listening to parents, the therapists aim is to create a relationship, an alliance and a partnership with parents that will promote and support parents' participation and co-production of the care. This study also concludes that the main challenge is perceived to be parents with own psychological or psychosocial problems. Various institutional barriers, especially time frames and methodological constraints, are also perceived as obstacles to participation creation. This study's conclusion is also that the therapists wish to be able to work more with the family as a whole system and to cooperate more through teamwork.

The study reveals the need for more research concerning the participation-making process.

Abstract

Titel: Föräldrars delaktighet – En studie av terapeuters syn på föräldrars delaktighet inom hälso- och sjukvårdens primärvård.

Författare: Berit Johansson

Nyckelord: föräldrar, behandling, delaktighet, partnerskap, medskapare.

Syftet med studien var att undersöka och beskriva terapeuters erfarenheter, tankar och inställning till föräldrars delaktighet i barn och ungdomars behandling. Frågeställningar var; att undersöka när och varför terapeuterna anser att föräldrar skall göras delaktiga; att undersöka, beskriva och försöka förstå terapeuternas delaktighetsskapande process och vilka utmaningar de erfarit i samband med detta, samt utforska förslag på utvecklingsområden. Studien är kvalitativ och omfattar intervjuer med sju terapeuter som arbetar med barn, unga och föräldrar, inom Hälso- och sjukvårdens primärvård.

Studien resultat visade att terapeuterna har en positiv inställning till föräldrars delaktighet. Föräldrars delaktighet i form av aktiva medskapande i behandlingen ses som den viktigaste aspekten. Att stärka föräldrarnas egna förmågor ses därför som en viktig del av behandlingen.

Studiens slutsats är att föräldrar alltid skall göras delaktiga i barnets behandling. Föräldrars närvaro i rummet och aktiva deltagande i behandlingen har däremot visat sig kunna variera beroende på barnets ålder. Studien drar även slutsatsen att föräldrar skall göras delaktiga därför att de är en resurs i behandlingen. De uppfattas även vara en förutsättning för vårdens genomförande och bidrar till en effektivare vård. En annan slutsats är att det inte är lagar och styrdokument som motiverar terapeuterna till att gör föräldrar delaktiga. Motivet är i stället ett systemteoretisk synsätt.

Studiens slutsats är även att terapeuterna aktivt verkar för att skapa delaktighet. Detta sker genom att föräldrarna bjuds in och motiveras till delaktighet. Genom dialog och genom att lyssna på föräldrarna, har terapeuterna som mål att skapa en relation, en allians och ett partnerskap som främjar och understödjer delaktighet och medskapande av vården. Studien drar också slutsatsen att de största utmaningarna är föräldrar med egna psykiska eller psykosociala problem. Olika institutionella hinder, främst tidsramar och metodbegränsningar upplevs också utgöra hinder för delaktighetsskapandet. Studien drar även slutsatsen att terapeuterna önskar utveckla det delaktighetsskapande arbetet genom att arbeta mer systemteoretiskt och genom ökad teamsamverkan.

Studien visar att det finns ett behov av mer forskning om den delaktighets skapande processen.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING		Sida
1. Inledning		
1:1 Problemformulering		6
1:2 Syfte och frågeställningar		7
2. Bakgrund		7
2:1 Ord och begrepp		7
2:2 Delaktighet i vård och behandling		8
2:3 Delaktighetens juridiska grund		9
2:4 Ungas psykiska hälsa		10
3. Kunskapsläget		10
3.1. Forskning om delaktighet inom vård och behandling		10
3.2. Forskning om behandling av barn och familj		11
3.3. Forskning om terapeuters delaktighets skapande		12
3.4. Allians		14
4. Perspektiv och teoretiska ansatser		14
4:1 Teoretisering av delaktighetsskapandet		14
4:2 Ett systemteoretiskt perspektiv		15
4:3 Modeller gällande delaktighet		16
4:3:1 Harts's ladder of participation		16
4:3:2 Ødegård & Bjørkløys multifaktoriella modell		17
4:4 Allians & Empowerment		18
4:4:1 Allians		18
4:4:2 Empowerment		19
5. Metod		20
5.1. Studiens genomförande		20
5.2. Avgränsningar		20
5.3. Urval och intervjuer		21
5.4. Analysmetod		21
5.5. Etiska överväganden		22
5.6. Validitet, reliabilitet & generaliserbarhet		22
5.7. Förförståelse		23
6. Resultatredovisning		24
6:1 När skall föräldrar göras delaktiga		24
6:1:1 Terapeuternas inställning		24
6:1:2 Barnets inställning, ålder & mognad		24
6:1:3 När skall föräldrar inte göras delaktiga		25
6:1:4 Analys & diskussion		26
6:2 Varför skall föräldrar göras delaktiga		27
6:2:1 Föräldrar behövs för barnet och i behandlingen		27
6:2:2 Anknytning och relation		27

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	sida
6:2:3 Stöd till barnet	27
6:2:4 Familjen är ett system	28
6:2:5 Behov av att inhämta och dela kunskap	28
6:2:6 Föräldrar behövs för att bidra till förändring	28
6:2:7 Föräldrar befäster och vidmakthåller förändring	29
6:2:8 Utvärdering och uppföljning	29
6:2:9 Effektivitets motivet	29
6:2:10 Stärka och stödja föräldrar	29
6:2:11 Motiv utifrån lagar, uppdraget och sjukvårdsorganisationen	30
6:2:12 Analys & diskussion	30
6:3 Utmaningar och dilemman	32
6:3:1 Föräldrars förväntningar	32
6:3:2 Föräldrars osäkerhet på sin egen betydelse	33
6:3:3 Föräldrars inställning	33
6:3:4 Föräldrars egna svårigheter och psykosociala problem	33
6:3:5 Vårdens organisation, ramar och förutsättningar	33
6:3:6 Strategier vid upplevda utmaningar	34
6:3:7 Analys & diskussion	35
6:4 Den delaktighets skapande processen	37
6:4:1 Behandling av barn blir speciellt	37
6:4:2 Bjuda in föräldrarna	37
6:4:3 Motivera föräldrarna	38
6:4:4 Skapa relation och samarbete	38
6:4:5 Lyssna på och validera föräldrarna	38
6:4:6 Information och psykoedukation	38
6:4:7 Välja och fatta beslut om vård	39
6:4:8 Terapeutens förväntningar på föräldrars delaktighet	39
6:4:9 Analys & diskussion	40
6:5 Utveckling av det delaktighets skapande arbetet	44
6:5:1 Vidgade perspektiv, kompetensutveckling och teamarbete	44
6:5:2 Informera föräldrarna om hur vi jobbar	45
6:5:3 Analys & diskussion	45
7. Studiens slutsatser	46
8. Avslutande diskussion	47
8:1 Implikation för praktiken	51
8:2 Framtida forskning	51
Referenslista	52
Bilagor:	
Intervjuguide	Bilaga 1
Informerat samtycke	Bilaga 2

1. Inledning

1:1 Problemformulering

Patientens delaktighet har sin grund i en idéburen ambition att öka patientens och i de fall patienten är ett barn, även deras föräldrars delaktighet i vård och behandling. Vården uppges behöva genomgå ett paradigmskifte där erfarenhetskunskap och engagemang hos patienter tas tillvara på ett helt annat sätt än tidigare. Patientens delaktighet förväntas leda till högre måluppfyllelse, effektivare vård, nöjdare patienter, högre träffsäkerhet på individnivå och en utveckling av verksamheten. Delaktighet i vården motiveras även utifrån grundläggande demokratiska värden. Den motiveras också utifrån ett resurs- och effektivitetsperspektiv. Delaktighets begreppet inom hälso- och sjukvården sammankopplas även med ambitionen att vård skall ges på lika villkor (SKL/numera SKR, Sveriges Kommuner och regioner, 2015). Patientlagen (2014:821) tillkom för att stärka patientens delaktighet i vården.

Delaktighet är inte given utan är något som skapas tillsammans i mötet mellan människor (Wigert, 2008). Den enskilde patienten har rätt till delaktighet, men det är den professionelle som har ansvar för att delaktighet skapas. I detta delaktighetsgörande kan delaktighet både motverkas och förhindras på olika sätt. Därför är den delaktighetsgörande processen, dess förutsättningar och villkor av vikt att studera (Bülow et al, 2012).

Fokus på barn och ungdomars psykiska hälsa har ökat de senaste åren på grund av att deras psykiska hälsa försämrats sedan mitten av 80-talet (Folkhälsomyndigheten, 2019). Studiens kontext, Ungas psykiska hälsa (UPH) har tillkommit utifrån behovet att möta dessa barn, ungdomar och deras föräldrar inom primärvården (UPH, 2018). Det ökade antal barn som söker sjukvården för psykiska symtom gör att frågorna kring föräldrars delaktighet blir mer aktuell. Dels utifrån ett normativt perspektiv, att föräldrar som vårdnadshavare har ett ansvar för sitt barn och även rätt till att bli delaktighetsgjorda av sjukvårdens personal (Föräldrabalken, 1949:381; Patientlagen 2014:821). Dels utifrån bland annat ekologiska och utvecklingsmässiga modeller som ser föräldrars roll som viktig för både uppkomst och lösning av barnets problem (Wie och Kendall, 2014). Redan 1999 konstaterades att behandlingsresultatet blev bättre när föräldrar deltog och engagerade sig aktivt i planeringen och genomförandet av barnets behandling (Jensen & Hoagwood, 2008). Alan Carr (2019) fann också i sin forskning evidens för goda resultat vid systemiska interventioner där föräldrar är delaktiga.

Forskning har visat att terapeuter har olika sätt att se på föräldrars delaktighet (Gastaud, Oliviera & Röhnelt Ramires, 2018). Kunskapsutvecklingen försvåras av att forskare använder olika termer för att beteckna delaktighet, intar olika perspektiv och mäter delaktighet på olika sätt. Det har även visat sig svårt att veta om delaktighet skiljer sig från den allians skapande processen som inkluderar terapeutens attityd och handlingar (Haine- Schlagel & Escobar Walsh, 2015). Forskning om föräldrars delaktighet och engagemang i sitt barn och ungdoms behandling är kraftigt eftersatt och ett område som ses som vitalt för behandlingens genomförande och effektivitet. Forskning för att öka förståelsen av och utveckla föräldrars delaktighet ses som viktig (Haine- Schlagel & Escobar Walsh, 2015).

Jag jobbar själv på en UPH-mottagning. Min nyfikenhet för området väcktes av en slump då jag såg en fråga i projektets utvärderingsformulär till föräldrar. Frågan handlade om de upplevt sig delaktiga i barnets behandling. Jag visste inte varför frågan ställdes och började söka kunskap för att öka min förståelse. Min förhoppning är att studien kan bidra med ökad

kunskap och förståelse om problemområdet. Utifrån ovanstående utkristalliserade sig studiens syfte och frågeställningar.

1:2 Syfte och frågeställningar

Studiens syfte är att undersöka och beskriva vilka erfarenheter, tankar och vilken inställning som terapeuter inom Hälso- och sjukvårdens primärvård har i förhållande till föräldrars delaktighet i barns och ungdomars vård och behandling.

Mer specifikt belyser studien följande frågeställningar;

- När och varför anser terapeuterna att föräldrar skall göras delaktiga?
- När och varför anser terapeuterna att föräldrarna inte skall göras delaktiga?
- Hur gör terapeuterna föräldrar delaktiga och hur kan denna delaktighetsskapande process förstås?
- Vilka utmaningar upplever terapeuterna i det delaktighetsskapande arbetet?
- Har terapeuterna några förslag på utvecklingsområden?

2. Bakgrund

I detta avsnitt beskrivs ord och begrepp som används i studien. Jag beskriver även det normativa perspektivets syn på delaktighet inom vården, samt UPH – studiens kontext.

2:1 Ord och begrepp

Vårdnadshavare eller förälder kommer användas synonymt. Benämningen avser den eller de myndiga personer som är i kontakt med vården för barnet eller ungdomens räkning.

Jag kommer att använda mig av begreppet barn och menar med detta barn och ungdomar under 18 år. Definitionen har sin grund FN:s definition, där barn definieras som de människor som är under 18 år (UNICEF, 2019).

Inom vården är det vedertaget att prata om den identifierade patienten, den person som är anledningen till att man söker vård. Inom UPH är barnet den identifierade patienten även om det bara är föräldrarna som får stöd. Alla insatserna som genomförs skrivs också i barnets journal. Studiens fokus är föräldrar till omyndiga barn. Utifrån mitt perspektiv får även föräldrarna en ställning som patienter inom vården när de söker vård för sitt barn. Ordet patient kommer därför ibland att användas synonymt med ordet förälder och för att göra texten mer läsbar kommer ordet patient ibland att bytas ut mot förälder.

I studien benämns alla informanter som terapeuter oavsett formell utbildning. Beslutet togs främst utifrån forskningsetiska överväganden, men även utifrån begränsningar i studiens syfte. Anledningen till besluten redovisas mer ingående i metod kapitlet.

Delaktighets begreppet kan ges olika tolkningar och olika innebörder. Rent semantiskt kan delaktighet betyda engagemang, inflytande, tillhörighet och makt. Begreppet kan också handla om att människan upplever att hen är en del i ett sammanhang, att hen känner samhörighet med andra eller delar ett gemensamt ansvar (Gustavsson, 2004).

I kommun och regioner används begreppet delaktighet som ett målbegrepp när det pratas om personcentrerad vård, patient och brukarmedverkan, partnerskap, medskapande och Co-produktion av vården (SKL, 2015).

2:2 Delaktighet i vård och behandling

Det normativa perspektivet, att patienten skall och förväntas vara delaktig, började ta plats under 1980-talet och har sedan dess slagit rot inom vården (Bülow et al, 2012). Tankarna har utvecklats utifrån politiska och ideologiska ansatser (Gustavsson, 2004). Delaktighet motiveras utifrån demokratiska värden, då delaktighet och inflytande kan ses som en grundläggande förutsättning för att skapa hälsa och välbefinnande (Bülow et al, 2012). Tankarna om delaktighet utgår också från en humanistisk människosyn och personfilosofiska antaganden om vad det innebär att vara människa (SBU, 206/2017).

Grundtankarna kan också härledas till FN:s standardregler inom området funktionsnedsättningar. Delaktighet ses som en mänsklig rättighet kopplat till människors lika värde och rätten att inte diskrimineras. Begreppet delaktighet kan även spåras tillbaka till Världshälsoorganisationens internationellt klassifikationssystem för funktionshinder, funktionstillstånd och hälsa. Delaktighet – participation blev genom dessa regler ett centralt begrepp (Gustavsson, 2004).

Ökad delaktighet av patienten motiveras också utifrån förändringar i samhället och synen på välfärdssystem. Patienten ses mer som konsument med rättigheter att välja, vilket ställer andra krav på välfärdsinstitutionerna (Bülow et al, 2012). Begreppet patientcentrerad vård blev i slutet av förra seklet ett centralt begrepp. Det innebär dels att vården skall utgå från patientens önskemål och behov. Dels att patientens ska få stöd och utbildning för att kunna ta beslut och delta i sin egen vård. Under 2000-talet utvecklades den personcentrerade vården. Begreppet är centralt i visioner och handlingsplaner på både nationell och regional nivå. Personcentrerad vård är både en etik och ett arbetssätt som skall vara vägledande i mötet med patienten. Ett perspektiv och arbetssätt som sammankopplas med den personcentrerade vården är familjefokuserad omvårdnad (SBU, 260/2017). Arbetssättet har utvecklats under de senaste 20 åren och anses som banbrytande inom vården. I syfte att förstå och skapa delaktighet utgår arbetssättet från en systemteoretisk grund (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017).

Västra Götalandsregionen har beslutat att personcentrerad vård skall införas i hela regionen (VGR, 2017). Centrala begrepp för den personcentrerade vården är delat beslutsfattande, partnerskap och medskapande av vården. Begreppen beskriver dels ambitionen att ge större inflytande till patienten i hela vårdprocessen. Dels en strävan att skapa en jämbördig relation och förändra maktbalansen mellan patient och sjukvårdspersonal (SKL, 2015; SBU, 206/2017). För att ett jämbördigt partnerskap skall utvecklas krävs vissa förhållanden. Dels krävs ett annat förhållningssätt, där alla inom vården tänker system, familj och teamarbete. Dels krävs det att vårdorganisationens struktur och rutiner understödjer arbetssättet. För att ett riktigt möte skall kunna ske krävs att familjen känner sig inbjuden och därför bjuder in vårdpersonalen i familjesystemet. Det behöver också avsättas tillräckligt med tid för en dialog. Synsättet och arbetssättet bryter mot den traditionellt individriktade vården och kräver ett medvetet förändringsarbete. Att arbeta familjefokuserad utifrån en systemisk grund kräver mod, relevant kunskap, erfarenhet, träning och reflektion i arbetsgruppen (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017).

”Det finns åtminstone två alternativa sätt att möta framtiden – antingen stanna i den tradition som förespråkar hierarkiska, normativa och objektiva vårdorganisationer där vårdpersonalen ges tolkningsföreträde och ses som de enda experterna, eller att utveckla en icke-hierarkisk

vård och omsorg utifrån ett professionellt förhållningssätt med partnerskap där vården samskapas på systemisk grund” (ibid.).

Den personcentrerade vården vägleds av etiska ställningstaganden och personalens värdegrund (VGR, 2017). Vårdpersonalens människosyn påverkar både hur patientens behov tolkas och förhållningsätt gentemot patienten. Därför kan det behövas fortlöpande kompetensutveckling, handledning och tid för reflektion, för att medvetandegöra den egna rollens betydelse. Vårdgivaren är ansvarig för att skapa processer och rutiner för att säkerställa att patienten görs delaktig. Bemötande och kommunikation ses som en patientsäkerhetsfråga (Socialstyrelsen, 2015). Tiden för besök kan därför behöva förlängas för att en dialog, ett partnerskap och ett samskapande skall kunna ske (SBU, 206/2017).

Delaktighet av patienten ses också som en del i en evidensbaserad praktik (SKL, 2015). Professionella måste dels ta hänsyn till patienten erfarenhet, önskemål, kontext och situation, dels sin egen professionella erfarenhet och expertis, samt även utgår från bästa möjliga kunskap om verksamma insatser (Socialstyrelsen, 2012). Samverkan med patienten under hela vårdprocessen och dennes egna engagemang är en förutsättning för en evidensbaserad praktik. Patienten skall göras delaktig både i bedömning, i specificering av problem och mål, samt i beslut om insats och i utvärdering av insatser (Bergmark et al, 2011).

Delaktighet i vården sammankopplas även med Empowerment. Grundtankarna inom perspektivet anses kunna ge stöd i delaktighetsgörandet av patienten (SBU, 206/2017).

2:3 Delaktighetens juridiska grund

Sjukvården skall förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, samt förebygga ohälsa. Vården skall ges på lika villkor med respekt för människors lika värde och för den enskildes värdighet. Vården skall vara lättillgänglig och tillgodose patientens behov av trygghet, säkerhet och kontinuitet. Vården skall främja goda kontakter och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Vård som ges till barn skall beakta barnets bästa. Primärvården ska ge öppen grundläggande vård utan avgränsning gällande sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Orosanmälan skall inlämnas till socialnämnden om man befärad att barnet kan fara illa (HSL 2017:30). Primärvårdens insatser regleras i Krav och kvalitetsboken (2020). Enligt denna är patientens delaktighet en förutsättning för god vård och patientsäkerhet. Patienten ska involveras både på det individuella planet och i det övergripande patientarbetet. Patienten skall få stöd och redskap för att själv kunna ta ansvar för att bibehålla och förbättra sin hälsa.

Enligt Patientlagen (2014:821) skall vården utformas och genomföras i samråd med patienten och då patienten är barn även dennes föräldrar. Patienten skall ges möjlighet att välja behandlingsalternativ, i de fall det finns flera behandlingsalternativ som kan anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utifrån Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) får uppgifter inte lämnas ut om de inte kan röjas utan att patienten eller någon närstående lider men. Föräldrars ansvar regleras i Föräldrabalken (1949:381). Vårdnadshavare skall ansvara för barnets personliga förhållanden och bevaka att barnets behov av omvårdnad blir tillgodosett. Vårdnadshavarna skall involveras i barnets vård om barnet inte motsätter sig det eller om det strider mot barnets bästa. Personalen skall göra en individuell bedömning om vad som är barnets bästa och en bedömning av barnets mognad. Bedömningen av barnets ålder och mognad påverkar graden av barnets inflytande och självbestämmande i vården. Hälso- och sjukvården har inga specifika åldersgränser för när barnet anses moget att ha egen beslutskompetens. Ett riktmärke

är när barnet är 15 år. Även vid 15 års ålder kan föräldrar behöva informeras för att kunna fullfölja sitt ansvar enligt Föräldrabalken. Ibland kan föräldrars behov komma i konflikt med den unges önskemål. Uppgifter får då inte lämnas ut till föräldern om det finns risk för betydande men. Det måste då handla om särskilt integritetskänsliga uppgifter eller uppgifter som det finns risk för att föräldern missbrukar på ett sätt som allvarligt kan skada barnet. Det räcker inte att barnet tycker att det är obehagligt eller är orolig för att vårdnadshavarna motsätter sig vård (Söderbäck, 2010).

FN:s konvention om barnets rättigheter är numera lag i Sverige. Konventionens 54 artiklar innehåller bestämmelser om mänskliga rättigheter för barn. Enligt artikel 5 har barnets vårdnadshavare eller andra föräldrar ansvar för barnets uppfostran och utveckling. De skall också stötta barnet i att få sina rättigheter enligt konventionen uppfyllda. Artikel 12 säger att barn har rätt att få uttrycka sin mening och artikel 24 säger att barn skall ha rätt till bästa möjliga hälsa och skall ha tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering (UNICEF, 2019).

2:4 Ungas psykiska hälsa

Ungas psykiska hälsa (UPH) är sedan 2017 ett projekt inom primärvården i Västra Götalandsregionen (UPH, 2018). Utifrån personlig kännedom vet jag att det finns 15 mottagningar med sammanlagt ca 100 anställda Psykologer, Socionomer, Psykoterapeuter, samt några få ytterligare personalkategorier. Psykologer utgör den största gruppen. De flesta mottagningarna finns inom den privatdrivna vården. Projektet kom till på grund av att primärvården behöver utveckla arbetet med barn mellan 6–18 år med symtom på psykisk ohälsa. Enligt Krav och kvalitetsboken (2020) skall alla vårdcentraler ge psykopedagogiskt stöd till familjen då barnet har symtom på lättare ångest eller depression. Stöd i vården och ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistvård regleras i Regionala medicinska riktlinjer (VGR, 2017). Primärvården har utifrån dessa ansvar för att underlätta för närstående att delta. Primärvården skall också ge grundläggande stöd och råd vid lindriga symtom, samt erbjuda ungdomar med depression och ångest korttids psykologisk behandling utifrån evidensbaserade metoder. UPH kan erbjuda insatser i form av rådgivning till föräldrar och barn, olika evidensbaserade manualstyrda gruppbehandlingar, individuell behandling på plats och via internet, familjesamtal och föräldrastödjande insatser, samt bedömningar som resulterar i remiss till specialistvård. Det sker även en samverka med andra vård och behandlingsaktörer Målet för projektet är även att bygga en modell som ligger till grund för framtidens primärvårdsinsatser till barn och unga med psykisk ohälsa (UPH, 2018).

3. Kunskapsläget

Jag kommer nu att redovisas tidigare forskning som bedömts som relevant utifrån studiens syfte och frågeställningar. Det är forskning om delaktighet inom vård och omsorg, forskning om behandling av barn och familj, samt forskning om allians och terapeuters delaktighetsskapande. Forskningen som redovisas har inte utifrån studiens omfattning varit möjligt att välja utifrån vilket behandlingskontext den genomförts i.

3:1 Forskning om delaktighet inom vård och omsorg

I litteratur och dokument (Gustavsson, 2004; Bülow et al, 2012; SKL, 2010; SKL, 2015; SBU, 206/2017) om delaktighet inom hälso- och sjukvården refereras i stort sett uteslutande till forskning inom den medicinska vården och om vuxna. Forskningen med fokus på patientens delaktighet startade redan under 1960 talet (SBU, 260/2017). Det finns svensk

forskning om hur föräldrar upplever delaktigheten vid neonatal intensiv vård (Wigert, 2008). Det finns även forskning med fokus på barn med funktionshinder (Gustavsson, 2004), samt delaktighet utifrån ett kommunikationsperspektiv vid nödsamtal, vid äldreomsorg och biståndsbedömning, samt vid arbetsrelaterad rehabilitering och vårdutbildning (Bülow et al, 2012). Internationell forskning har också visat att nästan dubbelt så många anmälda vårdskador beror på brister i kommunikationen och inte på brister i den medicinska kompetensen (SKL, 2011). I utredningen God och nära vård (SOU, 2018:39) framkommer att ett flertal rapporter visat att Sveriges medborgare inte är så delaktiga i sin hälso- och sjukvård som vore önskvärt. Det uppges förekomma en inställning bland personal inom den medicinska vården att delaktighet handlar om en allmän trevlighetsaspekt och inte om att patienten skall göras delaktig i själva vårdprocessen. Centrum för personcentrerad vård vid Göteborgs universitet (GPCC, 2019) bidrar sedan 2010 med forskning inom området (VGR, 2017). Forskning vid GPCC har visat att ett personcentrerat arbetssätt skapar ökad självtillit, ökad livskvalité och bättre smärtlindring. Det har även visat sig ge kortare vårdtider och minskade kostnader. Personal som jobbar med personcentrerad vård känner också en högre arbetstillfredsställelse (VGR, 2017). Forskning inom den familjefokuserade omvårdnaden har funnit evidens för att Hälsostödjande familjesamtal utifrån en systemteoretisk grund fungerar vid ett flertal sjukdomar inom familjen (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017).

3:2 Forskning om behandling av barn och familj

Forskning om föräldrars delaktighet och engagemang anses vara mycket viktig men också kraftigt eftersatt och underforskat. Den delaktighetsgörande processen beskrivs som komplex och svårgripbar (Haine- Schlagel & Escobar Walsh, 2015). Det föreligger ett problem inom forskningen som försvårar kunskapsutvecklingen. Dels definieras föräldrars engagemang olika, dels föreligger en stor brist i teoretisk förankring av begreppet delaktighet. Det har även visat sig svårt att särskilja delaktighet i relation till andra processer i behandlingen (Staudt, 2007). Olika termer används också för att beskriva föräldrars delaktighet och engagemang. Enskilt eller kombinerat används orden; medverkan, engagemang, deltagande, samarbete, efterlevnad samt bristande efterlevnad och motstånd (Haine- Schlagel & Escobar Walsh, 2015). Föräldrar är viktiga då det ofta är de som tar kontakt med vården för barnets räkning. De flesta studier fokuserar enbart på föräldrars närvaro, men det vitala är *hur* föräldern deltar i behandlingen. De viktigaste indikatorerna för engagemang och *hur* föräldern är delaktig, är om föräldern har en meningsfull interaktion med barnets terapeut och om föräldern fullföljer terapeutens behandlingsrekommendationer (Haine-Schlagel & Escobar Walsh, 2015).

Enligt Wie och Kendall (2014) är grunden till föräldrars deltagande i barns behandling ekologiska och utvecklingsmässiga modeller. Deltagandet ses som viktigt då föräldrafaktorer anses relevanta utifrån orsak till och vidmakthållandet av ångestproblemetik hos barn. Föräldramedverkan antas leda till effektivare behandling. Forskning inom systemisk familjeterapi har också funnit att störningar i familjehierarkin kunde förknippas med en högre grad av ångest och depression hos ungdomar (Johansen & Wie Torsteinsson, 2012).

Allan Carr och William Pinsof använder sig av breda definitioner inom familjeterapi när de talar om och forskar om föräldrars delaktighet. Familjeterapi definieras som att terapeuten på det praktiska planet använder interventioner som involverar andra familjemedlemmar i barnets behandling. De flesta systematiska studier om familjeterapi handlar om användandet av kognitiva eller beteendeterapeutiska metoder, samt strategiska eller strukturellt inriktade familjeterapeutiska metoder (Johnsen & Wie Torsteinsson, 2015). Alan Carr (2019) fann i meta-analyser och litteraturstudier att det finns evidens för systemiska interventioner där föräldrar är delaktiga. Antingen som en del av multimodala program eller som enskild

intervention kan systemiska interventionen hjälpa vid ; Sömn, uppfödning- och anknytningsproblem hos spädbarn, somatiska problem, vid första psykotiska episoden hos barn, vid återhämtning efter barnmisshandel och försummelse, vid känslomässiga bekymmer hos barnet, vid ätstörningsproblematik och vid uppförandestörningar. Cederblad et al (2015) uppger att meta-studier som undersökt föräldrars och systemets delaktighet i barns behandling visat att det är arbetet med konstellationen, föräldrars och nätverks delaktighet i behandling av barn som är den betydelsefulla komponenten som ger effekt. Effekten var den samma oavsett terapins teoretiska förankring. 82% av studierna inom det familjeterapeutiska fältet uppges komma från studier av manualbaserade multimodala program där föräldrar är delaktiga.

Även andra studier har visat att föräldrars involvering ger förbättrat behandlingsresultat avseende barnens uppvisade problematik (Dowell & Ogles, 2010). Man har även funnit att föräldrarnas deltagande i behandlingen ökade effekten av KBT-behandling hos främst yngre barn och flickor med ångestproblematik (Barrett, Dadds & Rapee, 1996). Senare studier har visat signifikant skillnad gällande remission för barn med ångestdiagnoser, då föräldrarna deltog aktivt i KBT behandlingen till skillnad från om föräldrars deltagande var begränsat (Walczak et. al, 2017). Wei och Kendall (2014) fann dock inga skillnader i effekt om föräldrar deltog eller inte i barnens KBT behandling. De ser det ändå som viktigt att fortsätta utforska problemområdet utifrån att det är 40 % av barn med ångest som inte svarar på KBT behandling. De föreslår att det utvecklas familjebaserade interventioner och behandling som guidas av en reviderad konceptualisering inom KBT området. Traumafokuserad KBT, TKBT är en behandlingsmodell för barn som upplevt trauma. Den har ett starkt stöd i forskningen gällande evidens. Modellen förutsätter föräldrars deltagande för att behandlingen skall ge optimal effekt (Cohen, J et. al. 2018). Föräldrarnas deltagande ses som vital utifrån återuppbyggnad av barnets känsla av trygghet och tillit till föräldern (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2006).

Betydelsen av att involvera föräldrar i terapin för utvärdering har visat sig viktig, då föräldrar uppfattade förbättringar hos barnet utöver symtomreduktion. Föräldrar antas kunna ge viktig återkoppling till terapeuten som kan användas i förbättring av terapin (Röhnelt Ramires et al, 2019). I en svensk studie på BUP (Bånkestad, 2011) framkom att terapeuter balanserar motstridiga intressen mellan tonårsflickors initiala motstånd till föräldrars delaktighet i behandlingen med att organisera samtalen på ett speciellt sätt. Föräldrar och barn fick egna behandlare och ibland hade de separata samtal med parterna och ibland gemensamma. I studien framkom att föräldrarna uppskattat att behandlarna varit aktiva i att involvera dem i behandlingen.

3:3 Forskning om terapeuters delaktighetsskapande

En studie om Brasilianska barnterapeuters inkludering av föräldrar i behandlingen (Gastaud, Oliviera & Röhnelt Ramires, 2018) visar att forskning funnit att terapeuter har olika sätt att se på föräldrars delaktighet. Vissa gör föräldrar delaktiga för att göra direkta interventioner mot föräldrarna, andra för att få information om barnet eller för att bibehålla behandlingsresultatet utifrån terapeutens individuella terapi med barnet. Studien visade att det fanns en tendens till att terapeuterna inkluderar föräldrar, oberoende av terapeuternas teoretiska förankring (73,3 % inkluderade föräldrarna). Syftet med att göra föräldrarna delaktiga var att; samla information kring barnet (88,2%), specifika intervjuer (90,8%); råd och stöd (72,4%) och för att stärka alliansen med föräldrarna (61,8%). Andra syften vara att stärka anknytningen mellan förälder och barn, förståelse av familjedynamiken och barnets symtom och för efterlevnad av föräldrakontakt. Haine-Schlagel et al. (2018) fann att professionellas genom att medvetet stötta föräldrar i att ställa frågor, ökade både samarbetet i terapin och samarbetet om vad

föräldrarna behövde engagera sig i hemma. Terapeuterna upptäckte också oftare styrkor hos föräldrarna och uppmärksammade föräldrarnas ansträngningar bättre. Detta kopplas samman med Empowerment intentioner hos terapeuterna. Föräldrars faktiska engagemang ökade också terapeuternas förväntningar om ett positivt behandlingsresultat. De fann även en viss synergieffekt mellan terapeutens ökade engagemang i att delaktighetsgöra föräldrarna och föräldrarnas faktiska deltagande i behandlingen.

Ødegård & Bjørkly (2012) fokuserar i sin litteraturstudie på föräldrar som kollaborativa partners. Studien motiveras utifrån de förväntningar och krav som finns på föräldrars delaktighet inom hälso- och sjukvården. I studien uppges att tidigare forskning indikerar att föräldrar och familj önskar bli delaktiga i vårdprocesser, men att det kan vara så att föräldrarna involveras olika mycket i olika faser av behandlingsprocessen. Professionella uppges ofta ha olika förhållningsätt till hur mycket och hur föräldrar skall vara delaktiga. Orsaken kan vara olika kliniska preferenser, utbildning eller erfarenhet. Den terapeutiska alliansen uppges ha stort inflytande på hur den kollaborativa relationen utvecklas. Utifrån studien har forskarna skapat en modell som kan användas för att medvetandegöra och reflektera kring vilken form av samarbetsrelation som föräldrar och terapeut har. Modellen kommer beskrivas mer i kapitlet valda perspektiv och teoretiska ansatser. Den delaktighetsgörande processen beskrivs som komplex. Studiens slutsats är att det finns behov av att terapeuter och verksamheter medvetandegör skillnader i det författarna kallar första- och andra ordningens position i den interprofessionella kollaborationen med föräldrar. Utifrån delaktighetsaspekter anses det behövas mer forskning om vilka strategier terapeuter använder för att mobilisera föräldrar och familjesystem i att ingå i en kollaborativ relation.

Staudt (2007) forskning fann att det oftast är klientens beteende som fokuseras när det pratas om engagemang, men den professionelle antas ha en viktig roll i processen att göra föräldrar engagerade. Hon fann att vissa terapeutiska interventioner kan understödja föräldrars engagemang och delaktighet. Föräldrarnas engagemang kan öka om terapeuten initialt verkar för att skapa en kollaborativ relation med föräldrarna och lyssnar aktivt på föräldrarnas egna berättelser. Andra terapeutiska interventioner som kan påverka är att terapeuten frågar vilka mål och förväntningar föräldrarna med behandlingen. Engagemanget hos föräldrarna kan också öka om terapeuten informera om behandlingens rational (hur behandlingen bör gå till i förhållande till problembild) och skapar en förståelse för hur det som görs i terapin är kopplat till föräldrarnas mål med behandlingen.

Föräldrarnas upplevelse av stress, sjukdom och psykosocial överbelastning kan påverka föräldrarnas attityd och möjlighet till att lägga tid och energi på behandlingen. Behandlingen kanske inte upplevs som relevant för att föräldern har mer påträngande behov som behöver hanteras och prioriteras. Detta kan leda till att behandlingen blir svår eller omöjlig att genomföra. Det kan även finnas andra externa hinder för engagemang och deltagande. Det kan tex finnas familjemedlemmar som inte samtycker till att behandling sker. Om terapeuter fokuserade på föräldrarnas upplevda stress och praktiska hinder för att engagera sig i behandlingen och försökte problemlösa med föräldern visade det sig kunna påverka engagemanget och delaktigheten positivt.

Staudt (2007) har utifrån forskning utvecklat en modell för konceptualisering av delaktighetsprocessen. Föräldrarnas attityd och beteende antas påverkas av olika faktorer. Det antas vara föräldrarnas positiva attityd som leder till ett beteende som leder till positiva behandlingseffekter. De mest centrala är att föräldern deltar i behandlingen, håller avtalade tider, gör hemuppgifter och på andra sätt följer terapeutens rekommendationer. Terapeutens beteende och attityd antas påverka föräldrarnas attityd och beredskap för att engagera sig och

vara delaktig. Om föräldern upplever behandlingen som meningsfull och viktig ökar chansen för att föräldern är delaktig och engagerad. En annan viktig faktor är att föräldrar och terapeut behöver ha en bra allians. En relation som präglas av att förälder upplever att terapeuten bryr sig och är ärligt engagerad. Engagemang ses av forskaren som en hela tiden pågående och dynamisk process som är nödvändig för att utveckla och upprätthålla en positiv allians mellan terapeut och klient. Processen innebär att parterna är i dialog, kommunicerar och delar information, samt samtalar kring behov, attityder och värden.

3:4 Allians

Olika termer används för att beteckna delaktighet, det används också olika perspektiv och operationaliseringar. Detta kan göra det svårt veta hur delaktighet skiljer sig från den allians skapande processen som inkluderar terapeutens attityd och handlingar (Staudt, 2007). Begreppet allians började användas inom psykoanalysen och forskning om allians har pågått så länge terapi funnits. Man har intresserat sig både för den relationella aspekten, den terapeutiska alliansen och den målinriktade samarbetsalliansen. Forskning har funnit att alliansen blir bättre när terapeuten är trovärdig, empatisk, intresserad, avspänd, trygg, respektfull, flexibel och engagerad. Det har visat sig vara svårare att beskriva hur terapeuter gör för att skapa allians och lättare att beskriva personliga egenskaper hos terapeuten. Kunskapsläget idag beskrivs som att alliansen fungerar och verkar tillsammans med metoden som terapeuten använder sig av, i samspel med patientens förutsättningar. Alliansen kan beskrivas som att den är ett sätt att beskriva och karaktäriserar själva aktiviteten, tekniken i terapin (Philips & Holmqvist, 2008).

Terapiprocessen med barn kan inte betraktas i ett vacuum eftersom terapi med barn sker inom en kontext och system som består av andra viktiga relationer. Modeller för behandling och förståelsen av hur allians skapas med barnet behöver också ta hänsyn till familje- och sociala faktorer inte enbart utvecklings- och psykopatologiska karakteristika (Shirk & Saiz, 1992). Alliansen mellan föräldrar och terapeut har visat sig kunna ha en viss betydelse i behandling av barn. En systematisk forskningsöversikt med fokus på samband mellan bra allians mellan föräldrar och terapeut och utfall i behandlingen, fann att god allians generellt sett ledde till ökat föräldraengagemang och bättre vårdresultat (de Greef et al, 2016). Studien av Kazdin, Whitley & Marciano (2006) fann att en god allians mellan terapeut och föräldrar ledde till ett bättre utfall i behandlingen och ökade föräldrarnas engagemang i hemuppgifter.

4. Perspektiv och teoretiska ansatser

Jag kommer nu att redovisas valda perspektiv och teoretiska ansatser. Jag har inte hittat en teori som jag bedömt kan användas för att tolka hela resultatet. Jag har därför valt att använda mig av flera olika perspektiv och teoretiska ansatser. Valet har gjorts både utifrån de teman som har framträtt i det empiriska materialet och utifrån studiens frågeställningar. Först beskrivs en ansats till teoretisering av begreppet delaktighet. Därefter presenteras ett systemteoretiskt perspektiv. Efter detta beskrivs två modeller till stöd för analys av föräldrars delaktighet och den delaktighetsskapande processen. Därefter beskrivs Empowerment och allians begreppet.

4:1 Teoretisering av delaktighetsskapandet

Inom det normativa perspektivet, i styrdokument och lagar, rekommenderas vissa perspektiv och förhållningssätt som antas kunna leda till att delaktighet skapas.

Målet är att patienten och föräldern skall bli och vara engagerad och delaktig i behandlingen. Målet förväntas uppnås genom att vården är personcenterad. Personcenterad vård är både en etik och ett arbetssätt. Vården är personcenterad om personalens människosyn präglas av en humanistisk människosyn och ser patienten som en unik människa med både behov och resurser. Personalen behöver också ha ett helhetsperspektiv. Det innebär att se personen i sitt sammanhang och inta både ett medicinskt och icke-medicinskt synsätt, där det också tas hänsyn till sociala-, emotionella och andliga behov (Socialstyrelsen, 2015). Personalen skall informera, involvera och engagera patienten och föräldern under hela vårdprocessen. De skall ses som en resurs och deras erfarenhetskunskap och engagemang skall tas tillvara (SKL, 2015).

Personalen skall ha ett relationellt förhållningssätt där patienten och föräldern ses som ett subjekt i relation till andra människor och sin omgivning. Kommunikationen i mötet är central och skall präglas av ett dialogiskt förhållningssätt (SBU, 206/2017) och ett ömsesidigt utbyte av information (Socialstyrelsen, 2015). Genom dialogen skapas gemensam förståelse av hur patientens symtom kan botas, lindras eller förbyggas (SBU, 206/2017). Att lyssna på patientens och föräldrarnas berättelse är centralt för att skapa delaktighet. Syftet är inte enbart att samla in information utan det leder också till att patienten och föräldern kan skapa mening och sammanhang (VGR, 2017). Patienten och föräldrarna skall ses som expert utifrån sina specifika erfarenheter och den professionelle som expert på ett mer generellt plan utifrån sin profession (GPCC, 2019).

Skapandet av ett partnerskap är centralt. Partnerskapet definieras som en relation med ömsesidig respekt och tillit. Inom ramen för denna relation samskapas vården genom att föräldern görs delaktig. Relationen har en inbyggd maktobalans i och med att den professionelles ofta har ett kunskapsöverläge. Överläget ger personalen mer makt men också mer ansvar att medverka till att relationen präglas av en så hög grad av jämbördighet som möjligt. För att utjämna maktobalansen behöver den professionelle vara villig att dela makten och kontrollen med patienten och föräldrarna. Maktobalansen kan utjämnas genom att den professionelle engagerar föräldern i en dialog, där dennes kompetens, erfarenhet, kunskap och resurser ses som viktiga och betydelsefulla (VGR, 2017).

4:2 Ett systemteoretiskt perspektiv

Den personcenterade vården ligger nära den familjefokuserad omvårdnaden som utgår från systemteorin (Socialstyrelsen, 2015). Viktiga förgrundsgestalter är Gregory Bateson, Humberto Maturana, Francisco Varela, Harlene Anderson, Harold Goolishian, Tom Andersen, Paul Watzlawick, med flera (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Dessa är centrala teoretiker och praktiker inom familjeterapi (Johnsen & Wie Torsteinsson, 2015).

Systemteorin erbjuder ett alternativ till ett individriktat perspektiv genom att förstå symtom på ett annat sätt än orsakade av enbart intrapsykiska processer. Centrala begrepp inom systemteorin är system, kommunikation och interaktiva processer. Andra centrala begrepp är helhet, sammanhang och cirkulära samband. Det innebär att en person är en del i ett familjesystem där det sker en ömsesidig påverkan. Förändring av en person i systemet påverkar även andra i familjen. Det innebär att problemets uppkomst kan härledas till cirkulära processer inom familjen, inte enbart till en enskild individ. Lösningen av problemet sker därför genom att fokusera på processer inom familjen och inte enbart på en enskild individ. Därför måste hänsyn tas till alla familjemedlemmar då någon i familjen blir sjuk. Det systemteoretiska perspektivet fokuserar därför på: relation och interaktion, funktioner, komplexa samband och mönster, till skillnad från mer linjära orsak – verkan samband. Fokus förskjuts från individen till samspelet i familjen och en gemensamt problemlösning. Fokus

förskjuts också från symtom och diagnos hos en enskild patient till inkludering av hur ohälsan upplevs av hela systemet och hur systemet kan utgöra en resurs och bli en del i lösningen (Johnsen & Wie Torsteinsson, 2015).

Utifrån den strukturella systemiska skolan är familjens organisation en central enhet för att förstå varför barn får symtom. Den grundläggande tanken är att människan är beroende av familjens tillhörighet för sin överlevnad. Den viktigaste principen för organisering av omsorg är att barnet växer upp i en grupp som har systemets kännetecken. Familjen är en helhet men består också av olika delar, subsystem. Föräldrasubsystemets funktion och dess avgränsning mot barnet som subsystem ses som vital för familjens funktion. Triangulering är ett centralt processbegrepp och innebär att störningar i familjehierarkin ger barnet symtom genom att det dras in i föräldrasystemets konflikter (ibid).

Systemteori enligt andra ordningens cybernetik ser terapeuten som en del i behandlings systemet. I praktiken innebär det att familjen tillsammans med terapeuten samskapar familjehälsa. Två andra centralt begrepp inom systemteori är mening och sammanhang. Genom dialogen, interaktionen och familjens egen berättelse ges möjlighet att skapa mening och sammanhang vilket främjar hälsan. Fokus för vårdpersonal skall vara att skapa en bärande relation som är ömsesidig och icke-hierarkisk. En sådan relation skapas genom dialogiska samtal där det sker ett ömsesidigt utbyte av information och där alla inblandade ses som jämbördiga och delaktiga parter. Förhållningssättet lägger grunden till ett partnerskap med fokus på gemensam problemlösning. Den professionelle behöver se sin egen expertkunskap som ett komplement och genom frågor försäkra sig om att familjens egen kunskap tas tillvara (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017).

Systemteori inkluderar teoribildningen om kommunikation och kontroll inom ett system, cybernetiken. Det innebär att kunskap skapas via cirkulära återkopplingsprocesser inom familjesystemet. Familjen kan ha olika föreställningar om varför de sökt vård. Dessa kan vara ett hinder eller en möjlighet till problemlösning. Genom att undersöka föreställningarna kan en gemensam förståelse av vad som kan vara hjälpsamt och stödjande för enskilda eller för familjen i sin helhet utvecklas (Benzein, Hagberg & Saveman, red. 2017).

4:3 Modeller gällande delaktighet

4:3:1 Hart's ladder of participation



Fig. 1

Roger Harts steg är utvecklad för att skapa möjligheter till delaktighet för barn och unga i samhällsliga processer (Hart, 1992). Ovanstående modifiering är gjord till stöd för att kunna ändra synsättet på hur man jobbar med familjer. Familjeengagemang anses inte kunna existera utan att man intar ett familjecentrerat synsätt och utövar en familjefokuserad praktik. Familjecentrerad vård har sin grund i familjecentrerad filosofi och evidensinformerade

ansatser. Vården skall därför fokuseras på hela familjen. Modellen förutsätter ett aktivt lyssnande och en dialog. Relation skall präglas av att parterna ser varandra som allierade i ett partnerskap kring vården (PCMH, 2020). Syfte med modellen är att verka för delaktighet av familjen och att skapa engagemang. Modellen används för att identifiera vart man är i den delaktighets skapande processen. Målet är att närma sig de två översta stegen i trappan, co-produktion och partnership. Ju högre upp i stegen, desto mer anses familjen vara engagerad. Manipulation, dekoration och tokenism bör undvikas. Dessa steg beskriver förhållanden då familjen är närvarande men inte blir lyssnade på. De involveras inte och har inget direkt inflytande eller några påverkansmöjlighet på processen. Vid stegen Inform och Consult, informerar terapeuten familjen och vise versa men det sker inget samskapande kring beslut. Terapeuten har redan ett färdigt ramverk utifrån vad som kan göra, bedöms behöva göras och på vilket sätt. Det finns inget utrymme för kollaboration, samskapande eller påverkan av familjen kring beslut, vad som skall göras och hur det skall göras. Utifrån ramarna för verksamheten och vad som för övrigt är möjligt, uppges det ibland vara hit man kan komma i stegen. Terapeuten behöver då vara tydlig mot familjen i ett tidigt skede i processen och klargöra vad familjen kan påverka och inte. Co-produktion och Partnership innebär ett kollaborativt samarbete och samskapande, där terapeut och familj är nära allierade med varandra utifrån en jämbördig position (Cannon, 2019).

4:3:2 Ødegård & Bjørklys multifaktoriella modell

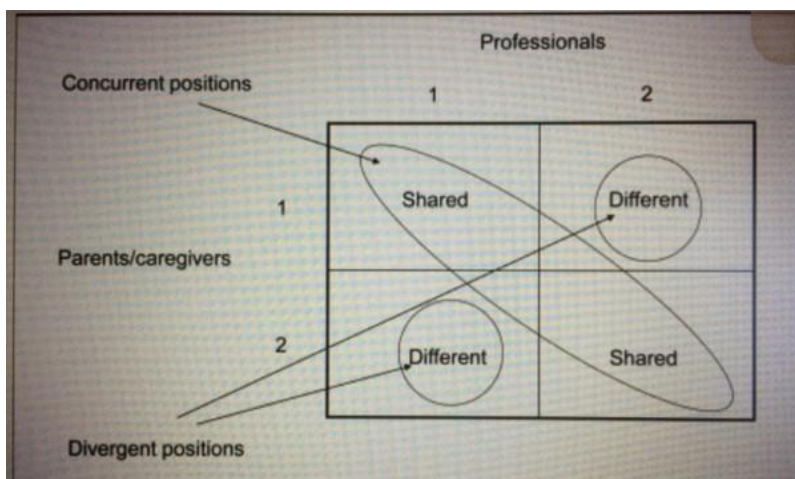


Fig 2

Ødegård & Bjørkly (2012) har utifrån förväntningarna och kraven på patientens ökade delaktighet skapat en modell till stöd för främjande av delaktighet. Genom analys av den delaktighetskapande processen förväntas modellen ge en förståelse för vilken form av samarbetsrelation terapeuten har med föräldrarna. Modell utgår från systemteorin som anses behövas för att kunna förstå hur familjesystem och systemet terapeut – familj fungerar.

Hur vi som terapeuter definierar partnerskap med föräldrarna kan ha en stark påverkan på hur den kollaborativa processen utvecklas. Det kan vara en skillnad om behandlaren enbart ser föräldern som någon som bidrar med information eller om behandlaren definierar partnerskap som en relation där samskapande sker av mål och interventioner. Behandlarens hållning och syn på hur problem och dess lösning kan förstås, påverkar användande av det som forskarna kallar en första eller andra ordningens position i den terapeutiska processen. Detta kan ge upphov till skillnader i den kollaborativa relationen och partnerskapet i terapin.

Modellen fokuserar på vilka föreställningar och förväntningar som terapeut och förälder har på hur relationen och samarbetet skall se ut. Första ordningens position präglas av att

behandlaren intar en expertposition och förväntar sig att själv fixa barnets problem och/eller att förälder förväntar sig att behandlaren skall fixa barnet. Ingen av parterna förväntar sig ett kollaborativt samarbete. Om behandlaren intar en första ordningens position genom att text presentera sin bedömning och föreslår lämplig behandling av problemet. Kan föräldrarna acceptera behandlaren roll och förslag, samt handlar utifrån det som rekommenderas. Det uppstår då ingen konflikt mellan behandlare och förälder. Behandlaren positionering påverkar förälderns möjlighet till inflytande och delaktighet i behandlingen. Föräldrar kan uppleva att de inte blir lyssnade på och att deras försök till samskapande ignoreras. Om behandlaren intar en expertposition är det viktigt att familjen får veta om att detta kan begränsa deras inflytande i en gemensam behandlingsplanering.

Om föräldrarna förväntar sig att vara mer involverade och behandlaren intar en expertposition kan det uppstå en konflikt. Likaså om föräldrarna förväntar sig att behandlaren skall inta en expertposition och behandlaren själv vill inta en andra ordningens position. Detta kan å andra sidan vara grunden till en ny förståelse kring problemet och dess möjliga lösning. Det krävs i så fall att behandlaren för en dialog om de skilda förväntningarna och hur hen förväntar sig att föräldrarna skall delta i behandlingen. Intar både behandlare och föräldrar en andra ordningens position innebär det att en kollaboration, ett verkligt samarbete kan utvecklas. Parterna möts i en meningsskapande samskapsallians och i en gemensam önskan att utforska problemet och bidra till en gemensam lösning. Terapin får gestalten av en dialog som skapar ny mening och motivation för föräldern att vara delaktig i behandlingen.

Vilken position som behandlare och föräldrar befinner sig i har en avgörande betydelse för den kollaborativa relationen. I syfte att medvetandegöra och främja en andra ordningens position föreslås att behandlare alltid har en dialog med föräldrarna och barnet under hela samskapsprocessen. Dels om i vilken position de befinner sig, dels vilka förväntningar föräldrar och barn har på behandlingen. Detta är viktigt då behandlare och familj under behandlingen gång kan skifta i positioner. Det anses inte vara skiftet i positioner som utgör ett problem, utan mer att det inte förs en metadiskussion om vad som händer i behandlingen.

4:4 Allians och Empowerment

4:4:1 Allians

Grunden för behandling är att det skapas en relation mellan terapeut och patient. Relationen kan ses som en förutsättning för behandlingen. Relationen kan beskrivas som att den både *är* och att den *bär* behandlingen. En hjälp- och behandlingsrelation är komplex. Till sin natur är den komplementär, asymmetrisk och därmed inte helt symmetrisk. Den hjälpsökande kan känna sig i underläge och i beroendeställning och den professionelle förväntas vara den som hjälper. Detta gör att det oftast finns en inbyggd obalans i relationen. Underläget förstärks ofta av att den professionelle har större kunskapsmakt. För att behandlingsrelationen skall fungera och bestå behöver det utvecklas en viss symmetri. Ömsesidig respekt och tillit främjar en mer symmetrisk relation (Bernler, Johnsson och Skårner, 1993).

Allians begreppet har utvecklats inom de psykodynamiska och humanistiskt inriktade terapiformerna. Det finns forskning som tyder på att alliansen kan ha en större betydelse i dessa terapiformer och en relativt sett mindre betydelse i KBT inriktade terapier (Philips & Holmqvist, 2008). I Rosengrens bok om KBT med barn (2019) framgår dock att en god och stark allians med föräldrar anses lika viktig som en god och stark allians med barnet. En god allians med föräldern ses som en förutsättning för att behandlingen skall kunna inledas, genomföras och bli framgångsrik. Det krävs i realiteten alltid två personer för att skapa en fungerande allians, men det är alltid terapeutens huvudansvar att skapa en interaktion med

familjen som leder till att en allians kan utvecklas. En god allians med föräldern är viktigt utifrån att föräldern är barnets trygghet. Barnet antas också bli tryggare i behandlingen när det upplever att terapeuten och föräldern har en god relation.

Allians kan beskrivas som ett samförstånd mellan terapeuten och patienten om målet för behandlingen, vilka metoder som skall användas för att nå målet, samt det känslomässiga band som utvecklas mellan terapeut och patient (Philips & Holmqvist, 2008). Med andra ord, allians behövs både på en relationell nivå och på en innehållsnivå, en kontakt- och kontrakts nivå. Det anses inte kunna gå att bedriva psykologisk behandling utan att både ha ett grundläggande förtroende från barn och föräldrar och att det finns en samstämmighet om innehållet i behandlingen. En bra allians behövs också utifrån maktaspekter. En god allians på kontakt- och kontraktsnivå antas balansera och jämna ut maktbalansen. Som terapeut understödjer du skapandet av en god allians genom att visa ett ärligt, öppet och välvilligt inställt engagemang som förmedlar att du finns till för barn och föräldrar. Som terapeut skapar du förtroende hos föräldrarna genom ett aktivt lyssnande, genom att validera tankar och känslor, samt visa att du tar dem på allvar. Du understödjer även skapandet av en allians genom att inta ett förhållningssätt som präglas av intresse, acceptans, värme och positivitet som inger hopp om en möjlighet till att skapa förändring. För att skapa en allians på kontraktsnivå behöver terapeuten vara tydlig och delge sina egna funderingar, sin problembeskrivning och bedömning, rekommendation om behandling och förslag på behandlingsupplägg. Även terapeutens förväntningar på föräldrarnas nivå av engagemang i behandlingen behöver tydliggöras. Även frågor kring vad föräldrarna kan behöva för att klara av att genomföra sin del av behandlingen (Rosengren, 2019).

4:4:2 Empowerment

” Almost every approach to self-help, self-instruction, self-development and self-education has an empowering dimension” (Adams, 2003, s. 48).

Empowerment är en biopsykosocial teori. Den kombinerar det intrapsykiska perspektivet och utveckling av självet med ett ekologiskt perspektiv genom användandet av begrepp som adaptation och coping-strategier (Payne, 2005). Empowerment ges ett flertal olika definitioner och innebörder. Det kan handla om att patienter görs delaktiga i vård och behandling och det kan handla om att människor görs delaktiga i självhjälpsgrupper utanför den offentliga vården. Empowerment kan definieras som att människor ges hjälp och möjlighet att uppnå sina mål och ta kontroll över sina egna liv. Både på en individuell och/eller på en mer övergripande samhällsnivå. Det ligger i begreppets natur att det inte skall finnas en statisk definition. Begreppet bör ständigt omdefiniera och konstrueras på nytt utifrån den enskilda människans perspektiv. Empowerment är inte bara en metod eller ett nytt perspektiv utan ett paradigmskifte. Det handlar om att den professionelle genom ett medvetet förhållningssätt medverkar till att den enskilde utvecklar färdigheter så att hen själv kan bemästra bekymren och problemen i sitt liv. Detta kräver att den professionelle utgår från den enskildes upplevelser och erfarenheter i det gemensamma arbetet. Empowerment handlar mycket om att maktförhållandet mellan den som hjälper och den hjälpsökande förväntas gestalta sig på ett mer jämlikt sätt. Som professionell skall man inte och kan inte göra Empowerment åt andra, då tappar begreppet sin betydelse. Empowerment skall skapas tillsammans (Adams, 2003.)

Empowerment kan uppmuntras genom att människor får tillgång till information och görs delaktiga i beslutsprocesser. Det delaktighetsgörande perspektivet inom Empowerment har fyra element. Det första är att utmana förtryck och göra det möjligt för människor att ta makt över det som är viktigt och förhållanden som påverkar dem. Det andra elementet är att skapa möjlighet för och ge människor kontroll över att själva definiera sina behov, samt ha något att

säga till om i planering och beslutsfattande. Det tredje elementet handlar om att stödja människor så att de kan ta makt. Detta sker genom stöd i att utveckla deras individuella resurser, såsom självförtroende, självkänsla, utveckla deras kunskap och kompetens, samt öka deras förmåga till att ta beslut och i att uttrycka sina förväntningar. Det fjärde elementet är en förutsättning för att den professionelle skall kunna jobba med övriga element. Det handlar om att organisationen och verksamheten måste vara öppen för och positiv till att människor görs delaktiga utifrån de tre första elementen (Payne, 2005).

Payne lyfter ett varnande finger och manar till observans då det kan finnas en risk för att idéerna bakom Empowerment kan användas på ett sätt så att de människor som befinner sig i svårigheter inte får den hjälp och det stöd som de behöver. Bülow et al (2012) tar även upp denna aspekt. Hon problematiserar delaktighetsskapandet utifrån att det kan vara så att patienter upplever den professionelles delaktighetsskapande ambitioner som påtvingande eller som en börda, inte som en resurs eller något frivilligt. Det manas till observans kring att det kan finnas grupper av människor som inte förmår vara delaktiga i den omfattning som är önskvärd och att dessa människor i så fall inte får bli utan den hjälp de har rätt att få.

5. Metod

5:1 Studiens genomförande

Studiens syfte är att beskriva terapeuters upplevelser och erfarenheter. Därför valdes en kvalitativ metod som anses kunna skapa en fördjupad kunskap och förståelse utifrån erfarenheter och upplevelser (Braun & Clarke, 2013). Syftet är inte att kunna generalisera, utan mer en avgränsad fallstudie i syfte att se framträdande drag och egenskaper i de specifika berättelserna (Repstad, 1988). Min metodologiska ansats har präglats av ett abduktivt förhållningssätt. Detta är vanligt att använda i fallstudier och kan användas för att upptäcka mönster och ge en förståelse (Alvesson och Skoldberg 1994). Förhållningssättet har valts utifrån studiens problemområde. Jag har försökt att förstå och tolka innebörden av fenomenet delaktighet och har därmed använt mig av en hermeneutisk tolkande forskartradition. Jag har försökt att förstå delarna av studien utifrån helheten, men även genom att se helheten i ljuset av delarna (Wallén, 1996). Studien har genomförts via litteraturstudier. Vid sökning av tidigare forskning har jag använt mig av sökmotorn Google Scholar och databaser tillgängliga vid biblioteket på Göteborgs Universitet. Det empiriska materialet består av intervjuer med sju terapeuter.

5:2 Avgränsningar

Studiens avgränsning består av att jag bara undersökt terapeuternas upplevelser och erfarenheter, inte barnens eller föräldrarnas. Detta innebär att studien inte kommer kunna ta upp viktiga aspekter utifrån alla parter synvinkel. Jag har inte heller sökt litteratur och forskning med fokus på barns och föräldrars upplevelser. Studien har inte heller tagit hänsyn till aspekter såsom som kultur, kön, ålder, etnicitet, klass och genus. Studien hade kunnat fokusera avsevärt mer på strukturella faktorer och maktaspekter. Ovanstående avgränsningar gjordes då det utifrån studiens omfattning inte bedömdes genomförbart att inkludera ovanstående aspekter. Undersökningen är avgränsad till mottagningar inom ramen för projekt Ungas psykiska hälsa inom Västra Götalandsregionen. Det är inte en totalundersökning av alla mottagningar. Studien görs inte på uppdrag av projektet och är helt fristående från verksamhetens ordinarie utvärdering och uppföljning. Studiens huvudsakliga syfte är inte att undersöka eller jämföra skillnader mellan olika mottagningar och terapeuter. Studiens huvudsakliga fokus är delaktigheten av föräldrar i barns individuella behandling, inte att undersöka delaktigheten i den gruppverksamhet som också finns inom projektets ram.

5:3 Urval och intervjuer

Min ambition var att rekrytera 8 - 10 informanter. Studien kom att omfatta totalt 8 informanter. 7 av informanterna, en man och 6 kvinnor, jobbar kliniskt med patienter och 1 informant valdes som nyckelinformant och ingår i projektets ledningsgrupp. I ett senare skede av studien beslutade jag mig för att helt utesluta information från nyckelinformanten. Dels utifrån etiska överväganden, vars grund beskrivs längre fram i metodavsnittet. Och dels då inkludering av material från denne informant bedömdes kunna ge bilden av att studien har ett utvärderande och granskande syfte. Informanten i fråga har informerats om ovanstående exkludering från studien. Informanterna har uppgett sig ha formell utbildning i form av socionomutbildning eller psykologutbildning. Dessutom i vissa fall även grundläggande psykoterapeututbildning och/eller legitimationsgrundande psykoterapeututbildning och/eller specialistutbildning för psykologer. Rekrytering av informanter har skett utifrån bekvämlighetsskäl. Dels genom direkt förfrågan, dels genom snöbollsmetoden (Braun & Clarke, 2013), dels genom mejlförfrågan till alla anställda inom projektet. Den senare förfrågan förmedlades via respektive enhetschef/projektledare. 4 deltagare rekryterades personligen, snöbollsmetoden resulterade i 2 deltagare och mejlförfrågan resulterade i 1 deltagare. Urvalsmetoden kan ha påverkat resultatet. Dels genom vilka jag valde att tillfråga, dels genom vilka dessa rekommenderade i sin tur. Då jag jobbar inom UPH har jag redan innan studien haft en ytlig kontakt med flera av informanterna. Jag umgås inte privat med eller jobbar på samma enhet som någon av dem.

Det empiriska materialet har samlats in genom intervjuer som har varit semi-strukturerade. En intervjuguide har använts som ramverk i intervjuerna (bilaga 2). Den har skapat möjlighet för deltagarna att ta upp frågor utanför ramverket. (Braun & Clarke, 2013). Metoden har lett till att intervjuguiden utvecklats under studiens gång. Min ambition var att intervjuerna skulle genomföras vid ett personligt möte. Utifrån pragmatiska skäl, främst tidsmässiga, genomfördes endast en intervju vid ett personligt möte, övriga intervjuer genomfördes i form av telefonintervjuer. Jag har inte upplevt några direkta nackdelar med telefonintervjuerna. Detta kan bero på att jag träffat på alla informanterna utom två innan studien. En av de senare träffade jag för intervju. Det är möjligt att just intervjun med den andra informanten som jag inte träffat sedan tidigare hade gestaltat sig på ett annat sätt om vi träffats. Som författarna (ibid) påpekar kan det inge större trygghet att ses vid intervjun, det kan även vara lättare att fånga upp och fördjupa frågor utifrån andra kommunikativa kanaler än rösten. Alla intervjuer har spelats in och sedan transkriberats i sin helhet. Utöver ljudinspelningarna så har anteckningar förts vid sidan om. Svagheter i studiens upplägg kan ha varit att jag inte genomfört personliga intervjuer med alla. En annan svaghet är att alla informanter inte fick tillfälle att svara på samma frågor, då intervjuguiden ändrades något under studiens gång. Det ledde också till att de 5 sista intervjuerna gav mer fördjupade beskrivningar i förhållande till de 2 första.

5:4 Analysmetod

Analysprocessen har skett genom tematisk innehållsanalys av det empiriska materialet (Braun & Clarke, 2006). Intervjuerna genomfördes utifrån intervju mallen (bilaga 2) och följdfrågor ställdes till informanterna för att försöka fånga deras syn på och uppfattning om för studien relevanta förhållanden, samt om jag uppfattat dem rätt. Därefter lyssnade jag på intervjuerna när jag skrev ut dem ord för ord. Samtliga inspelningar hördes bra. Därefter läste jag igenom de transkriberade intervjuerna flera gånger. Resultatet har därefter organiserats och strukturerats utifrån teman som framträtt i berättelserna. Analys av materialet började redan under själva intervjun, då jag skrev ner tankar jag fick utifrån det som berättades. Analysen

fortsatts sedan på samma sätt under transkriberingen, i form av att jag skrev ner egna reflektioner och påbörjade en tematisering. Vid genomläsningarna av de transkriberade intervjuerna var fokus att fånga informanternas bild och berättelse, men även fånga upp andra för studien intressanta frågor och mönster i berättelserna (ibid). Resultatet kommer att redovisas utifrån teman, inom en övergripande ram bestående av studiens frågeställningar. Resultatet kommer att analyseras och diskuteras i samband med varje avsnitt i resultatredovisningen. Resultatet kommer analyseras och diskuteras både utifrån det normativa perspektivet, att föräldrar skall och bör göras delaktiga i vården och utifrån valda perspektiv och teoretiska ansatser. Studiens slutsatser redovisas efter resultatredovisningen. Därefter förs en avslutande diskussion.

5:5 Etiska överväganden

Utifrån grundläggande individskyddskrav ställs fyra konkreta allmänna huvudkrav på forskning. Dessa är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990). I denna studie har informations och samtyckeskravet beaktats genom att informanterna först fick muntlig information om studien och dess syfte samt konfidentialitets aspekter. Därefter skickades skriftlig information hem till dem tillsammans med en blankett gällande samtycke till deltagande i studien (bilaga 1). Samtliga informanter skrev på och återsände denna i frankerat svarskuvert. Innan intervjun påbörjades tillfrågades samtliga informanter återigen gällande samtycke och om de läst tillskickad information, samt om de önskade mer information om studien. Ljudfilerna och de transkriberade materialet har under hela studiens genomförande förvarats på ett betryggande sätt utan möjlighet att någon annan kunna ta del av materialet. I samband med att studien godkändes, förstördes samtliga ljudfiler. Gällande nyttjandekravet beaktas detta genom att insamlade uppgifter endast kommer användas för studiens ändamål.

I studien har de etiska övervägandena gällande konfidentialitets kravet inneburit att jag har behövt fatta vissa beslut. Detta utifrån att fler informanter förmedlade som jag tolkade det en otrygghet med att uttrycka sin åsikt. De frågade både initialt vid tillfrågandet om deltagande i studien och under intervjuens gång om och hur materialet skulle avidentifieras. Jag har därför noggrant övervägt risken för att informanterna oavsiktligt skall kunna identifieras. Detta skydd för informanternas integritet ligger bakom mitt beslut att inte använda mig av deras yrkestitel, utan genomgående använda beteckningen terapeuter. Detta med några få undantag då det bedöms som nödvändigt utifrån att belysa vad som uppenbarat sig i det empiriska materialet. Visst material som jag bedömt skulle kunna leda till att en viss informant eller verksamhet skulle kunna identifieras har uteslutits helt. Vid en sammanvägning av risken för att någon informant skulle kunna identifieras, mot det eventuella kunskapsstillskottet som resultatet skulle kunna bidra med, har bedömts till konfidentialitets kravets fördel. Ovanstående överväganden och beslut har lett till att skillnader mellan olika yrkeskategorier, skillnader i förhållande till utbildningsbakgrund och jämförelser mellan olika verksamheter inte har kunnat redovisas och analyseras. Jag beslöt mig även för att utifrån etiska skäl helt exkludera resultat från intervju med den nyckelinformant som utgör en del av ledningsgruppen för UPH. Då ledningsgruppen består av endast några få personer, bedömdes risken för identifiering vara uppenbar.

5:6 Validitet, reliabilitet och generaliserbarhet

Med en studies validitet avses om studien handlar om det den avsåg att beskriva och handla om. Det finns olika former av validitet. Den vanligaste formen som ses som relevant för kvalitativ forskning kallas ekologiska validiteten och handlar om studien lyckas fånga en beskrivning av och en form av mening som ligger nära verkligheten. I vissa fall avses också

om resultatet från en studie möjligtvis kan appliceras till verkligheten (Braun & Clarke, 2013). För att i möjligaste mån verka för att föreliggande studies validitet skulle bli acceptabel, användes i intervjun inledningsvis öppna frågor, för att i slutet ställa mer specificerade frågor. Detta i syfte att först försöka fånga informanternas spontana berättelser utan styrning från mig. Det är möjligt att detta bidragit till en god ekologisk validitet. Ett annat sätt har varit att jag i resultatredovisningen valt relativt långa citat från några informanter, istället för att inom varje tema citera alla informanter. Detta i syfte att det empiriska materialet förhoppningsvis ger en mer meningsfull och sammanhängande bild, samt förhoppningsvis också ger läsaren möjlighet att bedöma studiens ekologiska validitet.

Reliabilitet handlar om tillförlitligheten hos en mätning och om mätningen kan upprepas med samma resultat vid andra tillfällen, av en annan forskare eller i en annan kontext. Begreppet har sin förankring i positivistisk inriktad forskning, som postulerar att det finns en objektiv verklighet som går att fånga om vi observerar den på rätt sätt (Braun & Clarke, 2013). Denna studie är kvalitativ och jag ansluter mig mer till den kunskapssyn som Holme och Solvang ger uttryck för på detta vis: "Samhällsvetenskapen presenterar ingen objektiv, värderingsfri och sann kunskap om de förhållanden som studerats – det gör ingen vetenskap. All kunskapsutveckling sker utifrån en viss uppsättning värderingar" (1997, s.33). Jag har också en mer socialkonstruktionistisk syn på kunskap och kunskapsproduktion. Vilket innebär att jag ansluter mig till tanken att det inte finns någon sanning att avtäcka, utan mest mening att upptäcka och att "fakta" påverkas av sociala interaktionen inom det kontext vari den skapas och befinner sig (Braun & Clarke, 2013). Detta innebär att jag på olika sätt har påverkat studien, bland annat genom mina värderingar och min förförståelse, vilket kommer behandlas längre fram i metodkapitlet. Möjlighet till att genomföra studien igen ges genom att intervjuguiden som använts i studien bifogas (bilaga 2).

En studies generaliserbarhet handlar om möjligheten att generalisera studiens resultat till en vidare population. Frågan kring generaliserbarhet ses mer som knuten till kvantitativ forskning. Gällande kvalitativ forskning pratar man mer om i vilken utsträckning en studies resultat kan överföras till andra kontext eller grupper av människor (ibid). Utifrån föreliggande studies begränsade omfattning och karaktär i form av pilotstudie bör generaliseringar av resultatet göras med försiktighet.

5:7 Förförståelse

Jag har en del förförståelse då jag själv jobbar som socionom inom det kontext som studien avser att undersöka. Min förförståelse och delaktighet i den kontext jag undersöker kan ha påverkat studiens genomförande i flera avseenden. En fördel kan ha varit att jag kunnat problematisera och ställa mer relevanta frågor utifrån kulturkompetens. En annan aspekt är att jag är här en fast förankring och min värdegrund inom Systemisk familjeterapi. Genom detta perspektiv ser jag det som självklart att föräldrar och familj kan och skall göras delaktiga i behandlingen av ett enskilt barn. Jag har försökt kompensera riskerna med att vara medveten om mina värderingar, samt genom att söka information ur litteratur och forskning utifrån flera perspektiv än utifrån ett systemiskt familjeterapeutiskt perspektiv. En annan aspekt är att jag upplevt att det har varit svårt att hålla distansen till det empiriska materialet och att urskilja studiens resultat, separerat från de dagliga processer som försiggått i mitt arbete. Jag antar att ett sätt att möta denna problematik är denna öppenhet, samt uppmuntra och uppmana till kritisk läsning med hänvisning till Holme och Solvangs (1997) uttalande som tidigare redovisats i detta metodavsnitt.

6. Resultatredovisning

Jag kommer nu att redovisas studiens resultat utifrån teman som framträtt i det empiriska materialet. I anslutning till varje teman analyseras och diskuteras resultatet. Studien avslutas med redovisning av studiens slutsatser och en avslutande diskussion. Resultatet har varit svårt att dela in under olika rubriker. Främst utifrån att terapeuternas berättelser och de citat som används kan beröra flera olika frågeställningar. Vissa delar av resultatet går in i vartannat. För att undvika upprepningar i analysen och diskussion efter varje avsnitt har jag ibland valt att diskutera resultatet i enbart ett avsnitt. Uppdelningen under de olika rubrikerna får ses mer som ett sätt att försöka strukturera materialet i förhållande till studiens frågeställningar. Terapeuterna har getts fingerade namn.

Jag börjar med att redovisa ett tema som inte ingår i studiens frågeställningar. Temat handlar om terapeuternas kontext. Jag tänker att redovisningen kan ge en ökad förståelse för övrig resultatredovisning. Terapeuterna säger att de i första hand skall erbjuda gruppbehandling. Detta motiveras utifrån god effekt och ökad effektivitet. De vanligaste symtom som terapeuterna möter på är barn med ångest och nedstämdhet. Grupper som bedrivs är: ABC – föräldrastödsgrupp, Deplyftet – vid depression: både föräldrar och ungdom, Cool Kids och Chilled grupper - vid ångest: både föräldrar och barn. Utöver dessa finns andra grupper utformade inom verksamheten, tex Affekt – känslotarka barn, föräldrastödjande grupp. Grupperna syftar till att föräldrar och barn ska få kunskap om sina problem och utveckla förmågor så att de själva skall kunna lösa och hantera sina problem. Parallellt med grupperna bedrivs individuellt behandlingsarbete. Barnet kan även gå i individuell behandling och föräldrarna i grupp. En stor del av arbetet handlar också om att ge stöd och råd enbart till föräldrar. Terapeuternas berättelser tolkar jag som att det övergripande förhållningsättet och perspektivet som de jobbar utifrån är att föräldrar ska göras delaktiga i barnets behandling. Föräldrarna involveras på ett sätt som jag tolkar är jämförbart med Empowerment (Payne, 2005). Föräldrar får dels information, dels ges tillfälle att utveckla sina egna förmågor och coping-strategier. Syftet tolkas som att föräldrarna också skall kunna ta kontroll och få egenmakt. Empowerment handlar också om att den professionelle medvetet förhåller sig på ett sätt så att den enskilde kan utveckla sina egna färdigheter. Resultatet indikerar att det inom verksamheten finns en medvetenhet och en öppenhet för att jobba med Empowerment. Payne (ibid) ser detta som viktig förutsättning för att den enskilde professionelle skall kunna jobba med Empowerment. Jag kommer längre fram i resultat redovisningen att återkomma till Empowerment begreppet och terapeuternas förhållningssätt till föräldrarna. Jag kommer nu att redovisa resultat kopplat till studiens syfte och frågeställningar.

6:1 När skall föräldrar göras delaktiga

6:1:1 Terapeuternas inställning

Hanna beskriver ett tema som framträder tydligt i alla terapeuternas berättelser: *”Jag tänker att man alltid, som individ står i relation till någon slags omgivning, där föräldrar har en särställning i barns liv alltså. Så att när barnen är med så ...//...är föräldrars delaktighet ett måste”*. Temat kommer att beskrivas mer utförligt längre fram i resultatredovisningen i avsnittet som behandlar varför föräldrar skall göras delaktiga.

6:1:2 Barnets inställning, ålder och mognad

Samtliga terapeuter säger att barnets ålder och mognad kan påverka hur mycket föräldern är närvarande i rummet. Samtidigt säger de att det inte påverkar deras grundläggande inställning om att föräldrars delaktighet i behandlingen är viktig. Anna säger: *”Där blir det ju en*

individuell bedömning av mognadsnivå, situation och problematik, skulle jag vilja säga ..//.. När de är 15 så har de minst 3 år kvar oftast att bo tillsammans med sina vårdnadshavare och då behöver dom, då blir dom en sådan viktig del ..//.. man måste hitta ett sätt så de är så involverade, för de är så involverade i barnets liv. Om patienten är 17½ så är det myndig om ett halvår. Då handlar det väldigt mycket mer om att bygga upp en egen identitet, en egen självständighet, då blir det ett litet skifte i hur viktig förälder är”.

Helga, Katarina och Pär säger att de aldrig tar emot äldre barn som vägrar att deras föräldrar är informerade och delaktiga i behandlingen. Dessa ungdomar hänvisas vidare till Ungdomsmottagningar där ungdomar kan ha en enskild kontakt utan föräldrars delaktighet.

Samtliga terapeuter berättar att samtalen läggs upp på olika sätt för att kunna tillgodose både barnet och föräldrarnas behov. Vid behandling med yngre barn har de alltid med föräldrarna i rummet. Yngre barn definieras åldersmässigt lite olika. Några definierar yngre barn som barn under 11–12 år, men fler av terapeuterna definierar yngre barn som barn under 15 år. Samtidigt uppges att deras bedömning kring barnets mognadsnivå är avgörande för hur de gör bedömningen kring föräldrars grad av delaktighet i rummet och i behandlingen. Alla terapeuter säger att ju yngre barnet är, desto högre grad av delaktighet i rummet. I stort sett alla terapeuterna säger att även 18 åriga barn kan behöva ha mycket stöd och hjälp av sina föräldrar som därför kan behöva göras delaktiga i behandlingen.

Hanna uttrycker sig så här kring temat: ”*Sen tror jag att generellt sett även fast man säger att jag vill inte ha morsan och farsan inblandade, så tror jag att generellt sett kan vara en fördel om dom ändå är det ..//.. där det finns önskan om att inte ha föräldrars medverkan, det finns ju några stycken, och det är inte många, och jag tror att om man skulle jobba med dom så skulle man ju ändå kunna motivera till föräldramedverkan i alla fall”.*

Med de äldre barnen uppger alla terapeuterna att en vanlig arbetsform är den som Anna beskriver: ”*Man har en 45 min session, 30 minuter med barnet och 15 minuter gemensamt. Men den kvarten är också väldigt viktig för att återkoppla, vad är det vi gör, vad kan ni som föräldrar göra i detta, just för att involvera dom. Desto mindre, desto yngre de var, desto mer, kanske jag har enskilda föräldrasamtal ..//.. när barnet var med så kanske vi satt allihop tillsammans, så att desto yngre, desto mer behov av att det är föräldrarna som gör arbetet desto mer involverade är de”.*

Samtliga terapeuter säger att uppdelningen i form av enskilda samtal med föräldrar har som syfte att göra dem mer delaktiga och ge dem tid att lyssna på föräldern ordentligt. Alla terapeuterna förmedlar att de har en grundinställning att båda föräldrarna skall göras delaktiga i form av närvaro i rummet, men att det inte alltid är möjligt. Båda föräldrarna skall ändå alltid skall vara informerade, ibland informerar de själva den förälder som inte kan vara med och ibland sker informationen via den förälder som är närvarande.

6:1:3 När skall föräldrar inte göras delaktiga

”*Jag ser nästan inga nackdelar med att ha med föräldrar överhuvudtaget”*; säger Titti, och ger röst åt en grundinställning som alla terapeuter förmedlar. Men de berättar att de ibland behöver göras undantag. Föräldrar skall inte göras delaktiga i barnets vård och behandling om det förekommer missförhållanden av något slag och dessa är i nivå med att de befarar att de behöver lämna över ärendet genom en orosanmälan till socialtjänsten.

Hanna beskriver, liksom fler av terapeuterna, att det kan finnas situationer då de kan behöva träffa barnet själv: ”*Det kan också finnas tillfällen då man behöver få träffa barnet mer avskilt*

utan föräldrar för att checka av vissa saker, vad det nu kan vara, våld kanske eller missbruk eller andra liksom brister i föräldraskapet eller så där, som faktiskt kan bidra till att barn mår dåligt också”.

6:1:4 Analys och diskussion

Studien har visat att terapeuternas grundinställning är att föräldrar alltid skall göras delaktiga i barnets behandling. Studiens resultat indikerar att deras attityd ligger i linje med det normativa perspektivet, att barn och föräldrars skall och bör göras delaktighet i vården (Patientlagen, 2014:821). Studiens resultat ses som viktigt då forskning visat att den professionelles attityd till föräldrars delaktighet har betydelse för att och hur mycket föräldern blir och är delaktig i vården (Staudt, 2007). Resultatet indikerar att terapeuterna inställning till varför föräldrar skall göras delaktiga motiveras utifrån ett relationellt och systemiskt perspektiv, inte utifrån ett normativt perspektiv. Terapeuternas inställning till varför föräldrar skall göras delaktiga kommer att redovisas, analyseras och diskuteras mer utförligt längre fram i resultatredovisningen.

Studiens resultat visar att föräldrars delaktighet i form av grad av närvaro i rummet kan variera, främst i förhållande till barnets ålder och mognad. Resultatet stämmer överens med vad forskning visat om hur arbetet kan organiseras för att ta hänsyn till både föräldrars och barns inställning och möjlighet till delaktighet i vården (Bånkestad, 2011). Studiens resultat visar också att terapeuterna kan ha olika syften med att dela upp sessionerna. Resultatet ligger i linje med Gastadus, Olivieras & Röhnelt Ramires studie (2018), som visat att terapeuter kan involvera föräldrar i olika former och i olika syften. Studiens resultat visar att terapeuterna som vägledning i hur mycket föräldern skall göras delaktig gör en mognadsbedömning. Utifrån ett normativt perspektiv, är detta ett rekommenderat sätt att hantera hur mycket föräldrar skall göras delaktiga utifrån barns ålder och mognad (Söderbäck, 2010).

Jag tolkar inte resultatet som att terapeuternas sätt att organisera arbetet har som syfte eller skulle leda till att föräldern inte skall göras delaktig. Studiens resultat visar istället att sättet att organisera arbetet, genom enskilda sessioner med föräldrarna, kan vara ett sätt att öka föräldrars delaktighet. Att ge föräldrar egen tid är något som Staudt (2007) funnit vara en viktig faktor som kan bidra till ökat närvaro, delaktighet och engagemang. Vikten av att föräldern blir informerad, får komma till tals och bli lyssnad på är också utifrån ett normativt perspektiv grundläggande för att de skall kunna bli och vara delaktiga i vården (SKL, 2015). Att träffa föräldern själv tänker jag också kan bidra till att skapa en bärande allians med föräldern på både relations- och kontraktsnivå. Resultatet kommer diskuteras utifrån Allians begreppet längre fram i resultatredovisningen.

Såttis studiens resultat in i det perspektiv som Haine- Schlagel & Escobar Walsh (2015) förmedlar, är det *hur* föräldern är delaktig som är viktigt, inte närvaron i sig. Utifrån denna synvinkel kan studiens resultat möjligtvis tolkas som att föräldern kan betraktas som att vara delaktig i vården även fast föräldern inte alltid är närvarande i rummet. Denna tolkning understöds av att terapeuterna säger att graden av närvaro i rummet inte skall påverka föräldrars grundläggande rätt till delaktighet. Resultatet visar att föräldern alltid skall vara informerad och ha en insyn i behandlingen. En insyn som anpassas efter barnets rätt till integritet och självbestämmande.

Studiens resultat visar att terapeuterna ibland behöver ha enskilda samtal med barnet. Dels för att deras egen röst skall bli hörd i viktiga frågor. Dels för att de kan behöva undersöka om det förekommer brister i hemmet. Terapeuternas förhållningssätt är i linje med patientens egen rätt att komma till tals (Patientlagen, 2014:821) och ligger även i samklang med FN:s

konvention om barns rättighet att komma till tals (UNICEF, 2019). Resultatet kan även sättas i relation till att personal inom hälso- och sjukvården kan behöva bedöma om de behöver inlämna en orosanmälan till socialnämnden (HSL, 2017:30). Resultatet har visat att det sistnämnda förhållande som jag tolkar det, skall definiera när föräldrar inte skall göras delaktiga i barnets behandling. I övrigt visar studien att föräldrar alltid skall göras delaktiga i behandlingen. I avsnittet om utmaningar kommer dock resultat redovisas som kan tolkas leda till vissa begränsningar av när föräldrar kan göras och görs delaktiga.

6:2 Varför skall föräldrar göras delaktiga

6:2:1 Föräldrar behövs för barnet och i behandlingen

I samtliga terapeuters berättelser är uttalandet om att föräldrar behövs det tema som framträder starkast och som de nämner allra först då jag inleder intervjun med en öppen fråga. Ord som de använder för att illustrera sin inställning till varför föräldrar skall göras delaktiga i sitt barns individuella behandling är; *"ett måste"*, *"absolut nödvändigt"*, *"en förutsättning"*, *"alltid"*, *"det går inte annars"*, *"självkänt att dom skall vara delaktiga"*. Terapeuterna säger också: *"barn behöver sina föräldrar"*, *"föräldrar är viktiga i barns liv"*, *"föräldrar är en resurs"*, *"det blir oftast väldigt bra när föräldrar är med"*, *"det underlättar behandlingen"*, *"behandlingen kan bli kontraindicerande annars"*.

Terapeuterna beskriver flera olika faktorer som gör att föräldrar behöver vara delaktiga i behandlingen. Dessa kommer nu att redovisa i form av olika teman.

6:2:2 Anknytning och relation

Ett starkt framträdande tema och motiv till att föräldrar skall göras delaktiga är enligt alla terapeuter relationen och anknytningen mellan barn och föräldrar. Katarina sätter ord på det så här: *"Om föräldrar är med kan de få en annan form av relation med sitt barn"*.

Pär beskriver temat så här: *"Det är ju föräldrarna som är föräldrar och som är de viktigaste personerna i barnets liv. Jag som behandlare kommer ju inte finnas kvar hela barnets liv"*.

6:2:3 Stöd till barnet

Flera av terapeuterna säger att föräldern behöver vara delaktig för att barnet behöver stöd utifrån att det inte är tillräckligt moget och utvecklat för att kunna ta ansvar för behandlingen själv. Anna uttrycker det så här: *"Vi kan inte förvänta oss att en 10 åring kommer ihåg att göra hemuppgiften liksom, alltså rent krasst, vi kan inte förvänta oss att en 10 åring skall börja liksom exponera sig själv, det är klart att den inte gör det. Men vi behöver ju ha en förälder som är med och stöttar och hjälper till ../.. rent biologiskt, hjärnan är inte utvecklad, dom har inte förmåga så att varför man ska ha med föräldrarna, det är ganska givet liksom. Det handlar ju också om ett ansvarslättande hos barnet. För om föräldern också betonar tydligt inför barnet att jag har också saker som jag behöver jobba på kring det här och vi tillsammans jobbar med detta, så blir det ju mindre skambelagt och det blir mindre ansvar på endast barnet. Utan då, man lyfter det liksom till en annan nivå"*.

Helga uttrycker det så här: *"Att ett litet barn inte kan bära sin behandling själv, medan föräldern sitter i väntrummet, det är en märklig idé tänker jag, att man ens tänker att det är så det skall gå till"*.

6:2:4 Familjen är ett system

Ett framträdande motiv till att föräldrar skall göras delaktiga uppges vara att familjen är ett system. Fem av terapeuterna säger uttryckligen att föräldern måste göras delaktig utifrån att de har ett systemteoretiskperspektiv. Titti uttrycker det såhär: *"Jag tänker vi är ju varandras miljö tänker jag, vi är ju varandras miljö i en familj"*. Terapeuterna motiverar föräldrars delaktighet utifrån att föräldrar och familjen kan vara en orsak till barnets symtom och orsak till vidmakthållande av symtom. Föräldrar ses även som en stor resurs och kan utgöra en del av lösningen. Två av terapeuterna använder inte ordet systemteoretiskt perspektiv, men säger att det är ett *"familjearbete"* att jobba med barn i behandling och att föräldrars delaktighet är viktig då *"deras beteende kan påverka barnet"* och de säger att föräldrarna behöver vara delaktiga i behandlingen då *"det inte är barnet det är fel på"*.

6:2:5 Behov av att inhämta och dela kunskap

Samtliga terapeuter säger att föräldrarna görs delaktiga därför att de behöver inhämta information från föräldern. Anna beskriver temat på följande sätt: *"Jag la ofta upp det såhär att jag vill träffa er båda för jag vill höra båda eras bild av hur ert barn har det. Hur ert barn mår är viktigt, så, jag behöver ha hela bilden. Ni kanske inte håller med varandra och det är helt ok, men just därför är det extra viktigt att få båda bilderna. Så att jag får så mycket information som möjligt i min bedömning egentligen"*.

Hannas beskriver det så här: *"Man har olika kunskapsområden, men man skall undersöka saker och ting tillsammans. Grunden för KBT är ju egentligen inte att du kommer till en expert som ska justera dig så att du mår bättre, utan det handlar om att man skall inleda ett samarbete där den ena är duktig på en sak, sin egen livs situation och den andre har en del verktyg som man kan använda för att liksom jobba med, så att man kommer bort lite gran ifrån den här expertrollen och där tror jag också att föräldrar, samverkan är jätteviktig. Det är ju så att föräldrar, är också vetenskapsmän som inte har svaret på alla frågor, för hade man svaret på alla frågor så skulle man inte komma till verksamheten så. Men man kan väldigt mycket ändå. Föräldrar är ju ändå väldigt kompetenta, de vill sina barn väl och de har ändå mycket kunskap"*.

6:2:6 Föräldrar behövs för att bidra till förändring

Detta är ett starkt framträdande tema i samtliga terapeuters berättelser. Hanna beskriver temat på följande sätt: *"Man kan ju bara som behandlare ta ansvara för det som sker i rummet...//... man kommer till den mottagningen där jag jobbar, då har ju jag ett ansvar eller delansvar åtminstone, för det som sker i behandlingsrummet så, men sedan lämnar man ju rummet och någonting har man med sig av det som man har varit med om under behandlingen, men det har jag liksom inte riktigt kontroll över då. Utan när man lämnar rummet och går ut i, man åker hem eller man ska gå till skolan eller något sådant där, då finns ju jag liksom inte riktigt med där längre. Men förhoppningsvis har man ändå med sig någonting av själva behandlingen i andra situationer...//.. att förhoppningsvis så får man incitament till att hantera svåra situationer utanför terapirummet, för det är ju ofta där som problemen visar sig, det är där man ska liksom leva sitt liv"*.

När några av terapeuterna beskriver sin roll i förhållande till föräldrars roll. De säger att de själva blir en form av *"coach och tränare"* och att föräldern blir en form av *"hemmaterapeut"*.

Samtliga terapeuter säger att föräldern behöver vara införstådd med hur behandlingen går till. De behöver också veta på vad och hur barnet och föräldrarna behöver träna hemma. Samtliga terapeuter uppger att föräldrarnas engagemang i hemuppgifter är vital för att behandlingen skall ge effekt. Helga säger att behandlingen kan bli kontraindicerande om föräldern inte är delaktig i behandlingen.

6:2:7 Föräldrar befäster och vidmakthåller förändring

Saga beskriver temat, på ett sätt som överensstämmer med övrigas berättelser: ” Att verkligen kunna vidmakthålla det som vi startar här hos oss, med barnet i en förändringsprocess. Att kunna utveckla det och vidmakthålla det hemma, så dom på något sätt tar en, tar över litegrann terapeutrollen hemma och får, vidmakthålla den processen ../..det är en väldigt, väldigt viktig funktion. Ja, så det är ju egentligen syftet också, att förändringen i vardagen och att alla liksom är delaktiga, så att problemet inte bara läggs på barnet, att man hjälps åt och pratar om liksom hur vissa svårigheter kan uppstå, att det inte handlar om att det är något fel på barnet utan att det handlar om att vi kan hjälpas åt med att hantera svåra känslor eller svåra situationer”.

6:2:8 Utvärdering och uppföljning

Hanna beskriver temat: ”Sedan tror jag som sagt att ser man att det liksom, ser man systemiskt på familjelivet också så är ju varje individ liksom viktig, därför att när vi pratar om psykisk ohälsa så handlar det ju om någon form av förändringsarbete man ändå vill skall åstadkommas och det förändringsarbetet som liksom inbegriper att det finns andra i ens system som också är delaktiga i det som kan notera i fall dom här förändringarna som man önskar uppnås eller att man ser att man är på rätt väg eller sådär. Att nu mår Lisa lite bättre och Pelle har gjort det här och det här”.

6:2:9 Effektivitets motivet

Temat är starkt framträdande i alla terapeuters berättelse. Anna illustrerar temat på följande vis: ”Där man har föräldrarna delaktiga är sannolikheten, det blir bättre resultat, oftast behandlingsmässigt. Att föräldrars delaktighet och engagemang i behandlingsinsatsen och de föräldrarna som ser sin delaktighet och med delaktighet tänker jag att det handlar också om ett eget ansvar och sin egen roll i det. Det handlar inte bara om att vara fysiskt närvarande eller att lägga över saker på barnet och så, utan det handlar faktisk om att vara delaktig och själv arbeta som förälder. Och dom gångerna när det görs så märks det väldigt tydligt i behandlingen”.

Alla berättar att de också tänker och har erfarenhet av att föräldrar och barn ”inte” och ”kanske inte” eller ”troligtvis inte” behöver söka stöd igen inom vården om barnets symtom återkommer efter avslutad behandling. Detta på grund av att föräldern själv kan identifiera tidigt om barnet börjar må dåligt igen och använda sig av de strategier som hen lärt sig genom att hen varit delaktig i behandlingen.

6:2:10 Stärka och stödja föräldrar

Ett framträdande tema i terapeuternas berättelser är att föräldrar skall göras delaktiga för att stärkas i sin egen förmåga att kunna hantera barnets problem. Som Hanna uttrycker det: ”Det är ju mycket en, vad ska jag säga, en process, där barn och förälder själva, egentligen går det ju ut på att barn och föräldrar själva ska kunna ta sig ur den här liksom psykiskaalltså själva skapa sig sin egen psykiska hälsa om man säger så”.

Alla terapeuterna uttrycker på olika sätt att grunden för delaktighetsgörandet handlar om att öka föräldrars tilltro till sig själva och sin egen förmåga och som Helga uttrycker det; *”en form av, vad skal jag säga, hjälp till självhjälp. Jag tänker att dom växer mer om dom kan göra det i familjen, än att jag kommer och fixar deras barn”*.

6:2:11 Motiv utifrån lagar, uppdraget och sjukvårdsorganisationen

Ett motiv till att föräldrar skall göras delaktiga är enligt Hanna, kopplat till hur vården är organiserad; *”Barnet är inträdesbiljetten och skall behandlas och då är det klart att då blir föräldrarna delaktiga ..//.. Alltså de har ju också ett juridiskt ansvar som vårdnadshavare ..//.. om du skall in inom vårdapparaten så är det ju jättevanligt att ett omyndigt barn har sina föräldrar med sig, alltså det tror är någon slags grundinställning, som jag åtminstone har”*.

Det är endast en av terapeuterna, Titti, som spontant säger att föräldrar skall göras delaktiga utifrån Patientlagen, Hälso- och sjukvårdslagen, Föräldrabalken och FN:s barnkonvention. I slutet av intervjun frågade jag vilken kännedom terapeuterna har om begreppen; patient- och brukarmedverkan, patienten som medskapare, patient- och personcentrerad vård. Jag frågade också om de fått någon utbildning eller information kring begreppen och dess innebörd. Katarina känner inte till begreppen. Hanna och Saga känner igen orden, men kopplar inte ihop dem med delaktighet av föräldrar i barns vård. Anna kopplar ihop begreppen med *”patientdriven vård framför professionellt driven vård”*. Vilket sägs innebära att den professionelle gör en bedömning och ger flera alternativs behandlingsrekommendationer. Sedan kan patienten välja och ha inflytande på vårdens utformning. Endast en av terapeuterna, Saga, tror att hon fått information inom UPH om vikten av att göra föräldrar delaktiga i barnets vård. Ingen av de andra terapeuterna har under sin tid vid UPH fått någon information eller utbildning om lagarna som reglerar hälso- och sjukvården eller kring innebörden av ovanstående begrepp. Anna har fått mycket information på en tidigare arbetsplats.

6:2:12 Analys och diskussion

Studiens resultat visar att terapeuterna beskriver flera motiv till varför föräldrar alltid skall göras delaktiga i barns behandling.

I studien har det framkommit att föräldrar skall vara delaktiga därför att de är föräldrar och har ett föräldraansvar. Resultatet ligger i linje med det normativa perspektiv och de lagar som reglerar föräldrars rätt till delaktighet i barnets vård (Patientlagen 2014: 821; FB 1949:381). Studien har däremot visat att det inte är lagar och styrdokument som är terapeuternas huvudsakliga motiv till att föräldrar skall göras delaktiga. Terapeuterna motiverar istället föräldrars delaktighet utifrån olika teoretiska perspektiv. Dels utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv, dels utifrån ett utvecklingsteoretiskt perspektiv. Men till huvudsak utifrån ett systemteoretiskt perspektiv.

Studien har även visat att i stort sett ingen av terapeuterna kopplar samman föräldrars delaktighet med begrepp kopplade till styrdokument och lagar om delaktighet inom vården. Resultatet tolkas som att terapeuterna inte har kunskap om de lagar och styrdokument som reglerar föräldrars rätt till delaktighet. Samtidigt ändrar denna tolkning inte det faktum att terapeuterna ser ett systemiskt perspektiv som huvudmotiv till varför föräldrar skall göras delaktiga. Det finns olika inriktningar inom den systemteoretiska skolbildningen, samtidigt som det finns vissa grundläggande systemiska begrepp (Johansen & Wie Torsteinsson, 2012). Alla terapeuter utom två säger uttryckligen att de har ett systemiskt synsätt. För de två terapeuter som inte direkt säger att de har ett systemiskt synsätt, tolkas deras uttalanden och beskrivningar var i linje med ett systemiskt synsätt. Vad är det då i terapeuternas berättelser

som tyder på att de har ett systemteoretiskt synsätt som grund till varför föräldrar skall göras delaktiga?. Studien har visat att terapeuterna uppfattar arbetet med barn som ett familjearbete. Terapeuterna beskriver att barnets relation med föräldern, föräldrarnas bemötande och beteende gentemot barnet är avgörande för både uppkomst, vidmakthållande och förändring av barnets symtom. Föräldrarnas ansvar och roll som förälder upplevs också mycket viktig för att behandlingen skall fungera och ge effekt. De uttrycker också att barnet och familjen behöver ses utifrån ett helhetsperspektiv, där barnet och föräldern påverkar varandra. Ett centralt begrepp inom systemteorin är helhets begreppet (Johansen & Wie Torsteinsson, 2012). Det innebär att ett symtom skall ses i sitt sammanhang då individer inom ett familjesystem påverkar varandra. Ett annat central begrepp inom systemteorin är cirkulära samband istället för kausala samband. Det innebär att problemets uppkomst kan härledas till processer inom familjen, inte enbart till en enskild individ. Lösningen av problemets sker genom att fokusera på processer inom familjen och inte enbart på en enskild individ. Inom den systemiskt strukturella teoribildningen ses också föräldrasubsystemets funktion och dess avgränsning mot barnet som subsystem som vital för familjens funktion. Fokus på stöd till föräldrarna blir därför viktigt för att komma tillrätta med barnets symtom. Studiens resultat tolkas som att terapeuterna intar ett systemiskt synsätt. Tolkningen görs utifrån att terapeuterna använder sig av flera centrala begrepp inom systemteorin i sin beskrivning av varför föräldrar skall göras delaktiga i barnets behandling. Terapeuternas synsätt tolkas ligga nära det systemiska synsätt som praktiserats inom vården i form av den familjefokuserade omvårdanden. En omvårdnad som fokuserar på helhet, ömsesidig påverkan inom familjen och cirkulära samband (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Sett ur ett normativt perspektiv ligger studiens resultat i linje med rekommendationer för hur delaktighet i vården kan skapas. Dels utifrån att familjefokuserad omvårdnad sammankopplas med personcentrerad vård. Dels då personcentrerad vård är i sin tur är den form av vård som förväntas leda till att patienten blir delaktig i vården (SBU, 206/2017).

Terapeuternas fokus på föräldrarollen, föräldrars ansvar och vikten av att ge stöd till föräldrar anser jag också kan också tolkas som ett systemteoretiskt synsätt. Resultatet att föräldrar skall göras delaktiga därför att de skall stärkas i sitt föräldraskap är också intressant utifrån andra aspekter. Jag tänker då på att resultatet visat att ångest och depression är de vanligaste symtomen som terapeuterna jobbar med. Om detta sätts i relation till att forskning funnit att störningar i familjehierarkin kan förknippas med en högre grad av ångest och depression hos ungdomar (Johansen & Wie Torsteinsson, 2012), så tyder resultatet på att terapeuternas fokus på föräldraskapet kan vara en viktig intervention för att komma tillrätta med barnets symtom. Resultatet har visat att motivet till att föräldrar görs delaktiga är för att de skall kunna bli stärkta i sitt föräldraskap och kunna stötta barnet mer adekvat. Detta indikerar också att Empowerment perspektivet finns närvarande i delaktighetsgörandet. Detta indikerar i sig en relation till delaktighetssträvandena inom vården, då Empowerment uppges kunna bidra till förverkligandet av patientens delaktighet i vården (SBU, 206/2017). Empowerment finns också närvarande i behandlingen genom att föräldrar ges tillfälle att som Payne (2005) beskriver det, få möjlighet att utveckla sina egna förmågor och coping-strategier för att få ökat självförtroende, kontroll och egenmakt.

Studien visar att ett annat motiv till varför föräldrar skall göras delaktiga är att terapeuterna upplever föräldrarna som en resurs i vården. Detta synsätt ligger helt i linje med det synsätt som rekommenderas inom vården för att patienten skall bli och vara delaktig (SKL, 2015; Socialstyrelsen, 2015). Resultatet visar också att föräldern görs delaktiga därför att terapeuterna i sin bedömning och inför behandlingsrekommendationer önskar inhämta och dela kunskap. Även detta resultat ligger i linje med de rekommendationer som ges för hur delaktighet skall och bör skapas inom vården (SBU, 206/2017, SKL, 2015). Studiens resultat

kan också tolkas som att terapeuterna har en ambition att verka utifrån en evidensbaserad praktik, vilket anges vara en aspekt av patientens delaktighet i vården (SKL, 2015). Denna tolkning görs utifrån att resultatet indikerar att föräldrar görs delaktiga genom att informeras, genom informationsutbyte inför bedömning av insats och genom att deras erfarenhet tas tillvara (Bergmark et al, 2011).

Studiens resultat har visat att föräldrar skall göras delaktiga därför att deras delaktighet i behandlingen upplevs ge bättre effekt, förkorta behandlingstider, förebygga återinsjuknande och vidmakthålla behandlingsresultatet. Att föräldrars medverkan i barnets vård ger effekt har visats genom forskning (Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Cederblad et al., 2015; Walczak, M et.al., 2017; Cohen, J et. al., 2018; Carr, 2019). Terapeuternas upplevelse av att föräldrars delaktighet leder till bättre resultat bekräftar även förväntningarna om att patientens och närståendes delaktighet i vården skall ge högre måluppfyllelse och effektivare vård (SKL,2015). Studien visar också att föräldrar kan behövas för att följa upp och utvärdera behandlingen. Detta är ett motiv som i forskning lyfts fram som viktigt i syfte att förbättra terapin (Röhnelt Ramires et al, 2019).

Studiens resultat visar att terapeuterna gör föräldrar delaktiga därför att de fyller en viktig funktion i behandlingen. Resultatet visar att det inte är föräldrarnas närvaro i rummet som upplevs göra skillnad utan hur samarbetet mellan terapeuten och förälder gestaltar sig. För att behandlingen skall ge effekt förutsätts att föräldrarna är aktivt engagerade och stödjer barnet hemma. Studiens resultat ligger i linje med forskning av Haine- Schlagel & Escobar Walsh (2015). Forskning som visat att föräldrars aktiva engagemang, interaktion med terapeuten, samt att föräldern följer terapeutens behandlings-rekommendationer, har betydelse för att behandlingen skall ge positiva resultat. Studiens resultat indikerar att terapeuternas ambition är att ingå ett partnerskap med föräldrarna. Behandlingen av barnet beskrivs också förutsätta att föräldrarna intar rollen som co-terapeut i hemmet. Resultatet kan tolkas som att terapeuternas ambition är att nå längst upp på Hart's ladder of participation (Hart, 1992; Cannon, 2019), där vården är ett samskapande mellan terapeut och familj i form av ett partnerskap. Detta partnerskap är utifrån ett normativt perspektiv också ett centralt eftersträvansvärt mål. Partnerskapet förväntas leda till ökad delaktighet och en form av co-produktion där vården produceras tillsammans i ett medskapande av vården (SKL, 2015). Resultatet tyder på att terapeuternas förväntningar och strävan ligger i linje med dessa normativa rekommendationer.

6:3 Utmaningar och dilemman

Tema som rör olika utmaningar och dilemman kommer nu att redovisas.

6:3:1 Föräldrars förväntningar

Ett framträdande tema i samtliga terapeuternas berättelser är att de upplever det som vanligt att föräldrars förväntningar och önskan om att delta i behandlingen initialt kan vara svagt. Saga beskriver temat så här: *"De allra flesta föräldrarna vill ju väldigt gärna vara delaktiga ...det finns ett intresse och det finns en önskan. Fast jag tänker ju också i och för sig på kontrasterna i det. Det finns ju också en del som gärna vill lämna in barnet så att säga, att vi skall fixa problemet så att säga. Lite upplevelsen av det som att lämna in det på reparation. Och kanske inte egentligen tänker att deras, alltså föräldrarnas eget beteende kanske är något som kanske skulle kunna förändras och kanske påverka barnet i en positiv riktning"*.

Pär säger; *"Många blir ju förvånade och säger, men vad ska jag här och göra, det är ju liksom Pelle som har problem och inte vi"*.

6:3:2 Föräldrars osäkerhet om sin egen betydelse

Alla terapeuter, utom Hanna, ger ord åt ett tema som handlar om en upplevelse av att föräldrar ofta är osäkra i sin föräldraroll. Titti säger; *”Många föräldrar de underskattar sin egen betydelse. Dom kanske inte ser liksom, hur viktiga de är för sitt barn liksom ../.. Jag tror att många underskattar sin betydelse och tror att andra, alltså man tänker att man skall lämna in sitt barn till någon expert liksom och så skall barnet få någon behandling, fast det är ungefär som att lämna in bilen på verkstad, fixa till det här nu och så ut igen”*.

6:3:3 Föräldrars inställning

Anna upplever att en del föräldrar inte verkar intresserade av att reflektera kring sig själva: *”Just föräldrarnas inre egen inställning till det här med förändring och att göra ett arbete det är nästan avgörande för delaktigheten”*.

Titti reflekterar kring temat. Hon tror att föräldrarnas inställning till hur delaktiga de skall vara i vården kan påverkas av hur det informeras via sjukvårdens hemsidor och i media. Där beskrivs det inte att föräldrar förväntas vara delaktiga i barnets vård. Hon upplever att det överlag i samhället och i media talas om vården på ett sätt som kan ge föräldrarna bilden av att barnet skall ha individuell behandling utan föräldrars inblandning. Hon tänker detta kan påverka föräldrar förväntningar och inställning i hur delaktiga de tänker att de ska vara i barnets vård.

En annan utmaning som flera terapeuter lyftet upp är föräldrar som direkt eller indirekt förmedlar att de inte anser sig ha tid för att stödja barnet eller prioritera barnets behov. De träffar ofta föräldrar som upplevs som stressade av olika anledningar. Ovanstående upplever terapeuterna både hos föräldrar som de upplever som resursstarka, men även hos föräldrar som brottas med de bekymmer som tas upp i nästa tema.

6:3:4 Föräldrars egna svårigheter och psykosociala problem

Pär beskriver utmaningen på följande sätt: *”Ointresse går ju att vända, för det är inte så sällsynt heller tyvärr tycker jag, att föräldrar är lite ointresserade och oengagerade i sina barn, det kan man ju få att vända, men det här när man ser att det finns inte utrymme att ge det, att ge barnet det som det behöver, det är ju svårare”*. Terapeuterna upplever svårigheter med att göra föräldrar delaktiga då föräldrar brister i sina föräldraförmågor, själva mår psykiskt eller fysiskt dåligt. Andra föräldrar som upplevs som svåra att engagera och göra delaktiga är ensamstående föräldrar, föräldrar med psykosociala problem och separerade föräldrar i konflikt. Föräldrarna upplevs inte fullt ut kunna prioritera delaktighet i barnets behandling då deras energin upplevs gå till att hantera och lösa andra problem i livet.

6:3:5 Vårdens organisation, ramar och förutsättningar

Helga, Hanna, Anna, Titti och Pär, berättar att de upplever att hälso- och sjukvården har ett individinriktat perspektiv, vilket på olika sätt utgör en utmaning i att jobba med föräldrars delaktighet. Hanna beskriver sin upplevelse: *”Den förändring man önskar se är ju egentligen någonting som är också föräldrars ansvarsområde, så man skulle mycket väl kunna tänka sig att man alltid jobbar med individuell problematik i ett familjeperspektiv, men inom hälso- och sjukvården så är det ju så att man är patient och då är det ju den, det identifierade problem området man jobbar med, vad det nu kan vara diagnosen eller så där...och då kan det ju hända att man behöver träffa barn...även fast ibland är det ju faktiskt också så att det är familjen själv som är en del av bekymret”*.

Anna säger: *”Hela sjukvården är ju väldigt individinriktad och diagnossystemet är ju individ inriktat, det är ju mycket så. Och det styr ju vad man erbjuder”*.

Anna berättar att hon hela tiden får göra avvägningar och att föräldrars delaktighet ofta fått stå tillbaka beroende på tidsfaktorn. Tidsaspekten upplevs av fler terapeuter blir speciellt kännbart då det är föräldrar som skulle behöva mer föräldrastöd för att kunna stötta sitt barn på ett adekvat sätt. Anna säger: *”Tyvärr för primärvården har ju inte riktigt utrymme för att jobba familjeterapeutiskt på det sättet. Det ingår ju inte i uppdraget. Och så ser ju vården ut liksom ../.. det gör ju också att det inte riktigt är beräknat för att ha föräldrar och barn jobb på det sättet. Utan att det är med föräldrarna eller med barnet tänker jag i och med att det är primärvårdsnivå ../.. 5 tillfällen, det är ju ganska lite tillfällen för att jobba både med barn och med föräldrar, för det är ju minst 3 patienter alltså så kan man tänka, för att vara krass, på 5 tillfällen, det är väldigt, väldigt lite, det gör att man måste välja vilken nivå man lägger det på”*.

Ibland väljer de två terapeuter som är tydligast i att de har en maxgräns för antal sessioner per familj, samt två av de övriga, att ibland göra föräldrar mindre delaktiga i den direkta behandlingen. Speciellt om föräldern upplevs ha egna bekymmer och inte upplevs kunna eller orka vara fullt delaktig i behandlingen. Tre av terapeuterna nämner inte tidsfaktorn som ett dilemma och uppger inte heller att de har några begränsade antal sessioner per patient.

Alla terapeuter berättar att frågan om vårdval och vårdalternativ utgör ett visst dilemma. Dilemmat handlar om att de dels upplever att det inte finns så många vårdformer att välja på. Dels att de uppfattat det som att deras uppdrag handlar om att de utifrån verksamhetens riktlinjer och ett effektivitetsmotiv i första hand skall erbjuda gruppverksamhet. De nämner också att de i första hand skall erbjuda KBT-behandling (Kognitiv beteendeterapi). Anna beskriver dilemmat så här: *”vi försöker nog inom primärvården styra mot grupper för att det gynnade verksamheten, så...för hade vi haft individuell behandling med alla så hade vi haft väntetid på behandling ../.. så ibland tänker jag att det här hade kanske kunnat funka lika bra individuellt, men jag argumenterar ändå för grupp, för verksamhetens skull”*.

En annan infallsvinkel inom temat, beskrivs av en terapeut: *”Psykolog rollen är ny inom primärvården ../..men...alltså hade jag och kanske mina kollegor fått välja fritt, då hade det ju sett annorlunda ut uppbyggt kanske, då kanske vi hade haft familjeterapier eller familjeinsatser på ett annat sätt. Men det är ju politiskt i hur vården är uppbyggd. Så att det är klart att det finns ju också en önskan från verksamheten att vi ska ha korta kontakter ../..och jobba med KBT och det finns liksom en kantighet i det liksom”*.

6:3:6 Strategier vid upplevda utmaningar

Det framkommer att terapeuterna ibland bedömer att de behöver lämna över behandlingsarbetet till någon annan. Saga beskriver det så här: *”bland så blir det ju att vi rekommenderar familjen stöd med familjestöds enheten inom socialtjänsten eller liknande, för lite mer föräldrastöd därigenom, det finns i en del stadsdelar. Men så ser det ju lite olika ut i de olika stadsdelarna ../.. Men så har vi ju sedan också kollegor här på min arbetsplats som har Familjeterapeutisk utbildning är kan ju dom också gå in och jobba lite mer med familjesystemet ibland, då kan vi använda våra olika kompetenser i teamet. Det är ju inte lika vanligt, men möjligheten finns”*. Helga, Pär, Titti, Katarina och Anna beskrivningar liknar Sagas. Pär och Helga berättar till däremot att de ofta jobbar tillsammans med kollegor i ärenden. Fler av terapeuterna nämner att det kan vara svårt att hjälpa föräldrar att få mer stöd någon annan stans än på UPH. Problemet upplevs vara att Socialtjänsten inte erbjuder familjebehandling i alla kommuner och stadsdelar, samt att BUP har en långa köer.

6:3:7 Analys och diskussion

Studiens resultat visar att terapeuterna upplever flera utmaningar i sitt arbete med att göra föräldrar delaktiga. Utmaningarna befinner sig på olika nivåer. Dels handlar det om individuella begränsningar hos föräldrarna, dels handlar det om psykosociala faktorer, dels handlar det om olika upplevda institutionella hinder. Forskning har visat att föräldrars egna sviktande psykiska hälsa, stress, föräldrakonflikter och psykosociala belastning kan påverka föräldrars möjlighet till engagemang och delaktighet i behandling negativt (Staudt, 2007). Studien har visat att terapeuterna upplever att dessa individuella, relationella och psykosociala faktorer är en utmaning även i deras delaktighetsgörande av föräldrar.

Studiens resultat indikerar och tolkas som att terapeuterna i de fall de upplever att föräldrarna inte förmår vara så aktiva i behandlingen, även i vissa fall kanske också gör dem mindre delaktiga i den direkta vården av barnet. Däremot visar studien att föräldrar alltid skall vara delaktiga i form av att de skall vara informerade om vården. Resultatet tolkas som att föräldrarnas egna svårigheter och situation även kan påverka terapeuterna möjlighet att verka för att ett partnerskap och ett medskapande av vården tillsammans med föräldrarna skapas. Vården tolkas utifrån detta möjligtvis inte kunna nå nivån av ett fullständigt samskapande enligt Cannon (2019). Studiens resultat antyder att föräldrarnas individuella, relationella och psykosociala bekymmer upplevs påverka möjligheten till optimal vård för barnet. Det är beklagligt då resultatet i studien visar att föräldrars delaktighet upplevs vara en förutsättning för en effektiv vård, samt utifrån att forskning visat att föräldrars delaktighet i barns vård ger effekt (Carr, 2019; Cederblad et al., 2015; Barrett, Dadds & Rapee, 1996; Walczak, M et.al., 2017; Cohen, J et. al., 2018).

Forskning har visat att en strategi för att öka föräldrars delaktighet och engagemang när de upplever stress och praktiska hinder för att engagera sig, kan vara att försöka problemlösa med föräldern kring upplevda hinder (Staudt, 2007). Även Rosengren (2019) pekar på att detta är en viktig strategi för att föräldern skall kunna delta i behandlingen. Även utifrån ett Empowerment perspektiv (Payne, 2005) kan detta ses som en viktig strategi. Studien kan inte visa något resultat om och i vilken omfattning terapeuterna använder sig av denna strategi. Möjligtvis skulle strategin kunna vara användbar när föräldrar upplevs ha individuella och psykosociala hinder för att delta och engagera sig i behandlingen.

Studiens resultat indikerar att inte alla terapeuter upplever utmaningarna ovan som ett dilemma i lika stor omfattning. Det är några som mer tydligt ger uttryck för att det är olika institutionella faktorer som upplevs begränsa deras möjligheter att göra föräldrar delaktiga. Studien har visat att det främst är den uppsatta tiden om max 5 sessioner per familj som upplevs problematiskt. Begränsning upplevs försvåra delaktighetsgörandet av föräldrar både generellt och specifikt. I de fall föräldrarna själva mår dåligt, är utsatta för psykosociala belastningar, är i konflikt och/eller behöver mer stöd i sitt föräldraskap upplevs tidsbegränsningarna som mest negativa.

Studiens resultat kan sättas i relation till diskussioner inom både det normativa perspektivet om delaktighet i vården och utifrån Empowerment perspektivet. Kan det vara så att dessa föräldrar och barn riskerar att bli utan adekvat vård? Payne (2005) beskriver det kan finnas en risk för detta, om patienten inte kan möta de krav på delaktighet som institutionerna börjar kräva. Kan det vara så som Bülow et al (2012) lyfter fram, att dessa föräldrar upplever kraven på delaktighet i vården som en börda och ett tvång? Och hur möter vården i så fall dessa utmaningar?

Delaktighet inom vården relateras till att vården skall vara likvärdig för alla medborgare (SKL, 2015). Studiens resultat blir utifrån detta perspektiv problematiskt. Är det så att vården som ges inte kan betraktas som likvärdig utifrån de institutionella begränsningar som terapeuterna beskrivit? Studien har tidigare visat att föräldrars aktiva delaktighet i behandlingen upplevs som vital för att behandlingen av barnet skall få effekt. Studien har också tidigare visat att föräldrar görs delaktiga för att de skall kunna stärkas i sin egen förmåga att kunna stödja sitt barn. Är det så att det kan finnas en risk för att barn med samma symtom kommer få olika förutsättningar att må bra och utvecklas, då vården har begränsningar som upplevs bidra till att föräldrar inte kan stöttas i den utsträckning som behövs? Studiens resultat anser jag pekar på ett förhållande som behöver problematiseras och diskuteras inom- och mellan organisationer som ger vård till barn och deras föräldrar. Speciellt då studien också visat att terapeuterna inte har samma institutionella ramar, olika kommuner upplevs ha olika resurser för att stödja föräldrar och barn, samtidigt som kön till BUP är lång i flera delar av landet.

Payne (2005) ser det som en förutsättning att organisationen understödjer möjligheten för professionella att jobba med Empowerment och delaktighets skapande. Föräldrastöd är ett stöd i linje med Empowerment perspektivet. Även i styrdokument gällande förutsättningarna för att skapa delaktighet inom vården, anses det viktigt att organisationen understödjer möjlighet till delaktighetsgörande genom tid, resurser, kunskap (Socialstyrelsen, 2015). I linje med Empowerment perspektivet visar resultatet att föräldrar erbjuds föräldrastöd både individuellt och i grupp. Studiens resultat tolkas som att det mer är begränsningar i omfattningen av föräldrastödet som upplevs kunna bli problematiskt i förhållande till de föräldrar som behöver mer omfattande stöd.

En annan utmaning som framkommit i studien är att föräldrar ofta inte förväntar sig att de skall vara delaktiga i vården. I resultatet framkommer att föräldrarnas inställning och attityd tros vara påverkad av ett individinriktat perspektiv som förmedlas både av vården och samhället i stort. Resultatet tolkas som att även terapeuterna upplever samma dilemma, men ur ett annat perspektiv. Resultatet tolkas som att de befinner sig inom en organisation där de förväntas se på och behandla barnets problem ur ett individinriktat perspektiv. Samtidigt ser de stora fördelar med och önskar se barnet mer i sitt sammanhang och jobba mer systemiskt familjeinriktat. Det är ett faktum att vården traditionellt sett är individinriktad. Att föräldrarna kommer till vården med inställningen att barnet skall få individuell behandling, anser jag därför inte är konstigt i sig. I förhållande till det normativa perspektivet, att föräldrar skall och bör göras delaktiga utifrån en helhetssyn blir resultatet dock problematiskt. Erfarenhet av att införa ett vidgat perspektiv, ett mer relationellt och familjecentrerat synsätt, har också visat sig vara en utmaning för vården. Samtidigt anses det vara nödvändigt med ett paradigmskifte för att kunna skapa ökad delaktighet i vården (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017; SKL, 2015). Inom primärvården finns det ingen vana och erfarenhet av att möta barn mellan 6–18 år och deras föräldrar. Det finns inga färdiga mallar för hur vården skall bedrivas och i uppdraget ligger att skapa en modell för framtidens primärvårdsinsatser för målgruppen. Samtidigt befinner sig projektet inom en starkt individinriktad ram. Utifrån ett systemiskt synsätt, där vi antas påverkas av kontexten även i en organisation, kan det som jag ser det bli en utmaning att implementera ett mer relationellt och familjecentrerat arbetssätt i vården. Och så länge vården är individinriktad, tänker jag att föräldrar kommer att förvänta sig en individinriktad vård. Jag tänker att det rent logiskt blir så, då en individinriktad vård inte kommer att kommunicera utåt eller informera om att föräldrarna har något annat att förvänta sig av vården. Sett ur ett maktperspektiv kommer föräldrarna då troligtvis inte heller att efterfråga någon annan vård. De kommer troligtvis inordna sig i den maktordning som vilar på att vården traditionellt sett har ett maktövertag i form av sin professionella kunskap.

Resultatet i form av att föräldrar upplevs som osäkra i sin roll som föräldrar kan tyda på att denna tolkning har relevans. Jag tänker därför att vårdpersonalens och organisationens inställning och attityd har betydelse för att förhållandena skall kunna ändras. Det är därför intressant att studien också visat att en förändringsprocess verkar vara i gång. Dels genom att studien visat att stort fokus läggs på stöd till föräldrar och på Empowerment strategier. Dels genom att terapeuterna har en positiv inställning till föräldrars delaktighet och en önskan att se barnet i sitt sammanhang.

I resultatet har det visat sig att frågan om vårdval och vårdalternativ utgör ett visst dilemma. Resultatet är intressant då patientens möjlighet att vara delaktig i beslut om vård och kunna välja vård är en central aspekt av att ses som delaktig i vården (SBU; 206/2017). Dilemmat kommer analyseras och diskuteras i nästkommande analys och diskussions avsnitt. Avslutningsvis är min uppfattning att de utmaningar och dilemman som visat sig i resultatet är viktiga att diskutera och problematisera inom vården. Det är viktigt utifrån delaktighets aspekter och det är viktigt utifrån tankar om en likvärdig vård för alla.

6:4 Den delaktighets skapande processen

I detta avsnitt redovisas teman kopplade till terapeuternas delaktighetskapande process och vilka strategier de använder sig av för att göra föräldrar delaktiga.

6:4:1 Behandling av barn blir speciellt

Katarina beskriver något som flera av terapeuterna ger uttryck för, att det är skillnad att jobba med myndiga vuxna och med barn; ” *Att ta emot barn och ungdomar kräver ett helt annat förhållningssätt, än att arbeta med vuxna, det kräver samarbete med föräldrar och andra i nätverket*”. Saga beskriver arbete såhär: ”*I början då vi startade upp diskuterade vi mycket hur vi skulle lägga upp arbetet på primärvårdsnivå med den här gruppen, då arbete med barn är ett familjearbete. Hemmet, miljö, kontexten barnen befinner sig i gör det nödvändigt att definiera arbetet som familjearbete och hur skulle vi lägga upp det då i det individuella arbetet med barn och föräldrar*”. Alla terapeuter ger uttryck för liknande inställning som Katarina och Anna, att det blir något speciellt när det gäller behandling av barn. Det speciella sägs vara att det finns med en förälder som behöver vara delaktig och som de behöver samarbeta med.

6:4:2 Bjuda in föräldrarna

Alla terapeuterna uttrycker att det är viktigt att föräldrarna upplever att de bjuds in till behandlingsrummet och att det är viktigt att vara tydlig i sina inviter till föräldrarna. Helga beskriver det så här; ”*Många föräldrar kommer med en idé om att barnet behöver någon att prata med och behöver prata ut. Det tror att det kanske är lättare att prata med någon som inte är föräldrarna. Det är jättevänligt. Men många blir ju kanske snarare glada att man bjuder in dom och säger att, ni är ju viktiga, det är ju klart att ni skall vara med*”.

Pär säger så här: ”*Mycket av arbetet handlar om att bjuda in föräldrarna och få dem att förstå hur viktiga dom är som resurser ../.. inte att man skall bli granskad som förälder utan inbjuden*.”

Det är nästan alltid en förälder som tar kontakt med UPH. Titti, Pär och Helga beskriver att de redan vid det inledande telefonsamtalet berättar att de ser föräldrars delaktighet som viktig och nödvändig.”

6:4:3 Motivera föräldrarna

Alla terapeuter, utom Hanna, lyfter ett tema som anknyter till en utmaning som beskrivits i tidigare kapitel. Temat handlar om att det inte är ovanligt att föräldrar inte förväntar sig att de skall vara delaktiga i barnets behandling. Terapeuterna upplever att det inte är ovanligt att de kan behöva lägga extra tid för samtal kring varför de ser det som viktigt att föräldrarna är delaktiga. Titti uttrycker det såhär: *"En del är ju väldigt intresserade att vara delaktiga från början, det är en del...men en del får man verkligen...värma upp...eller hur jag skall säga, få igång liksom".* Saga beskriver att hon i dessa lägen gör på följande vis: *"Jag brukar ändå försöka trycka på ...det viktiga i förälderns närhet och förälderns roll, som verkligen försöka lyft deras roll och ja, dom som familj, trycka på den relationen".*

6:4:4 Skapa relation och ett samarbete

Hanna illustrerar temat, som alla terapeuter på ett eller annat sätt uttrycker, genom att säga: *"För att jobba vidare så måste man ju ha en relation och en samarbetsallians så att säga ../.. ha någon slags samsyn kring det som skall göras i rummet och att man har liksom någon slags enighet om vad det är som man skall uppnå".*

6:4:5 Lyssna på och validera föräldrarna

Saga säger: *"Det är viktigt att föräldrarna upplever att jag försöker förstå vad de befinner sig i, att de kan ha det svårt, att jag kan finnas till för dem i det.. det är viktigt att förlösa och minska, skuld, skam och samvets kval hos föräldrar och att normalisera...det är svårt att vara förälder ibland".*

Samtliga terapeuter uttrycker på ett eller annat sätt att det är viktigt att föräldern upplever sig lyssnad på och mött i sin situation som förälder. I stort sett alla terapeuterna säger att det är viktigt att minska skuld, skam och samvets kval hos föräldrarna.

6:4:6 Information och psykoedukation

Saga beskriver: *"Jag försöker ju alltid börja med att informera, när jag gjort min bedömning så att säga, vad jag fattar barnets svårigheter handlar om eller vad jag bedömer att vi kan göra, brukar jag alltid börja med att ge en hel del information eller psykoedukation. Om det är en diagnos, kring diagnos bilden, men också lite kring omgivningsfaktorer och hur de kan förstärka eller mildra besvären. Och prata om omgivningens möjligheter att, underlätta för barnet och för att skapa bättre förutsättningar för att barnet skall kunna använda sina strategier. Och också prata om att barnet fortfarande är barn, att dom inte är, har utvecklat alla sina förmågor och färdigheter som en vuxen person har och att de då behöver vägledning. Och då även trycka på att det är ju väldigt lite tid som jag träffar barnen här och det är ju mycket som händer i deras vardag mellan träffarna och det är ju där som förändringen behöver ske egentligen".*

Sagas beskrivning är liknar övriga terapeuters beskrivningar av att det är viktigt att informera och ge psykoedukation - riktad information till föräldrarna. Tre av terapeuterna ger en något större tyngd och fokus till att de förmedlar "sin" bedömning, än resten av terapeuterna.

Hanna lyfter in en något annorlunda beskrivning, som ändå liknar många av de andra terapeuternas berättelser: *"För vissa är det ju mer användbart att använda ../.. sakinformation, för andra är det bättre att föra samtal bara och sådär va, lyssna av. En sådan sak att arbeta med hemuppgifter, passar vissa jättebra, andra är helt oförstående och lyssnar inte till det och där måste man ju hitta en följsamhet, så behandlingen inte är till för*

behandlaren. För jag kan ju vara hur duktig som helst, men de hjälper ju inte om inte den som skall ta emot behandlingen förstår vad jag menar för någonting ..//..det handlar ju egentligen inte om att informera så mycket, utan det handlar ju också om att kunna kalibrera lite granna, vad det är vi skall göra och vad är det som går hem, så att säga och därför är det väldigt svårt att ha färdiga metoder för att jobba med det ena eller det andra. För det handlar väldigt mycket om mötet och att tilltro till, att få hopp, en sådan sak ska man inte underskatta ..//..Det är ju också ett givande och tagande. Det är ju ingen undervisningssituation utan det är ju någonting, alltså man fokuserar på själva förändringsprocessen och där är ju föräldrarna också delaktiga”.

6:4:7 Välja och fatta beslut om vård

Hanna uttryckte sitt förhållningssätt som så här gällande vårdval och vårdens inriktning: ” Jag tror det var mer jag som bestämmer mig för vad, vad det är som går hem och så ..//.. Egentligen ska man ju erbjuda, alltså informera om de behandlingar som finns, vad man kan göra och så men alltså det tror jag inte jag gör. Och jag vet inte vad det skulle vara i så fall”.

Saga beskriver processen så här: ”Jag lägger ju fram min bedömning till föräldrarna och barnet då och lägger då i samband med det fram min rekommendation. Som jag tänker att vi kan erbjuda, som jag rekommenderar att, som jag tänker är mest verksamt inom vår verksamhet då. Och dom flesta tycker ju ändå, eller visar ju ändå tillit, på det sättet att dom tycker att det låter som att, att vi fattat problemet på rätt sätt efter som att det verkar som en bra insats och att vi börjar så. Men det händer såklart att vissa inte vill gå i grupp, om vi skulle rekommendera det eller att tycker att det låter som att vi kan träffas för få gånger eller så. Och då får vi motivera att vi behöver börja med det, men sedan kan vi ju naturligtvis tänka om. Vi kan ju beskriva att vi har flera olika alternativ. Ifall föräldrarna absolut inte accepterar eller tycker att det som vi erbjuder är ok. Om vi har olika alternativ så presenterar vi ju dom då och sedan så trycker vi på vad vi själva rekommenderar och varför”.

Anna beskriver beslutsprocessen så här: ”Samtidigt så är möjligheten, alltså ..//.. vi har liksom ett system, en karta, dom här sakerna kan vi erbjuda och där kan föräldrar välja, eller patienten välja, här har vi liksom en meny och det är ju ett brukar perspektiv, men vi hade svårare att special forma ..//..för att special forma så kräver det mer tid”. Övervägande delen av terapeuterna har liknande beskrivningar. De uttrycker alla, fast på lite olika sätt, att det inte finns så mycket olika alternativ att välja på utifrån de ramar och regler som de uppger finns inom projektet och/eller på arbetsplatsen.

6:4:8 Terapeutens förväntningar på föräldrars delaktighet

Hanna säger: ”De förväntningar man har är ju att man omsätter det som behandlingen handlar om, till någon form av verksam process. Och då kan det ju handla om allt från att man faktiskt får en uttalad uppgift att utföra, vad det nu är för någonting, utsätta sig för visst obehag, man ska gå på ICA och handla eller något sånt där, till att man faktiskt bara ska försöka arbeta medmed.....vanligt...dagligt arbete, men att man ändå gör något annorlunda jämfört med vad man har gjort tidigare”.

Övriga terapeuter säger att de förväntar sig att föräldern skall bidra i förändringsprocessen på olika sätt. De nämner vikten av att föräldern engagera sig aktivt, med betoning på att föräldern är aktiv i hemmet och stöttar barnet på olika sätt. Främst gällande olika utmaningar och uppgifter som barnet behöver träna på utifrån rekommendationer från terapeuterna. De nämner även mer relationella aspekter, som att föräldern har i hemuppgift att ge barnet mer uppmärksamhet och positiv tid tillsammans.

6:4:9 Analys och diskussion

Tidigare studier har funnit att terapeuters delaktighetsskapande process är komplex och svår att beskriva (Staudt, 2007; Ødegård & Bjørkly, 2012; Haine-Schlagel & Escobar Walsh, 2015). Samtidigt anses det viktigt att forskning försöker identifiera vilka strategier terapeuter använder sig av för att mobilisera föräldrar och familjesystem i att ingå i en kollaborativ relation (Ødegård & Bjørkly, 2012). Den kollaborativa relationen är viktig, då partnerskapet mellan terapeut och förälder ses som centralt för att skapa delaktighet i vården (VGR, 2017; SKL 2015; SBU, 206/2017). Denna studies resultat visar att terapeuterna har kunnat beskriva olika strategier för att göra föräldrar delaktiga. Dessa kommer nu att analyseras och diskuteras.

Utifrån Staudt (2007) antas det vara föräldrarnas positiva attityd som leder till att hen deltar i behandlingen, håller avtalade tider, gör hemuppgifter och på andra sätt följer terapeutens behandlingsrekommendationer. Samtidigt är terapeutens roll och ansvar i att skapa delaktighet viktig och har betydelse för hur delaktig föräldern blir och är delaktig i behandlingen. Detta styrks av forskning som har visat att det kan finnas en synergieffekt mellan terapeutens ökade engagemang i att delaktiggöra föräldrarna och föräldrarnas faktiska delaktighet i behandlingen (Haine-Schlagel et al., 2018). Terapeutens inställning till att föräldern är delaktig påverka även föräldrarnas attityd och beredskap för att engagera sig och vara delaktig (Staudt, 2007). Studien har visat att terapeuterna har en mycket positiv inställning till att föräldrar görs delaktiga och att de förväntar sig att föräldrarna skall delta i behandlingen. Resultatet styrks av terapeuterna beteende i och med att de lägger stor vikt vid att motivera föräldrarna till att bli och vara delaktiga. Terapeuternas positiva inställning till föräldrarnas delaktighet och deras motivationsarbete, tolkar jag som en god grund till att föräldrar faktiskt ges möjlighet att bli och vara delaktiga och engagerade i sitt barns behandling.

Forskning har visat att det finns vissa terapeutiska interventioner som kan understödja föräldrarnas delaktighet och engagemang. Om terapeuten initialt verkar för att skapa en kollaborativ relation med föräldrarna och lyssnar aktivt på föräldrarnas egna berättelser, kan det öka föräldrarnas delaktighet och engagemang (Staudt, 2007). Studien har visat att terapeuterna verkar för att skapa en kollaborativ relation och för att kunna ingå i ett partnerskap med föräldrarna. Studien har även visat att de ser ett aktivt lyssnande på föräldrarnas som centralt för att skapa delaktighet. Enligt Ødegård & Bjørkly (2012) är terapeutens positiva inställning till en kollaborativ relation en förutsättning för att ett samskapande av vården skall kunna ske. Partnerskap och samskapande av vården är utifrån ett normativt perspektiv centralt för att föräldrar skall betraktas som delaktiga i vården (SKL, 2015; VGR, 2017). Terapeuternas strategier i form av att verka för en kollaborativ relation och att lyssna på föräldrarna tolkas därför som viktiga och användbara strategier för att göra föräldrar delaktiga.

Studien har visat att terapeuterna ser det som viktigt att få en allians med föräldern. Syfte med att skapa en allians är att föräldern skall bli och vara delaktig i behandlingen. Forskning har bekräftat att alliansen mellan föräldrar och terapeut kan vara av vikt för behandlingsresultatet (de Greef et al, 2016). En god allians med föräldrar har även visat sig öka föräldrarnas delaktighet och engagemang i behandlingen (Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Även Staudt (2017) anser att en god allians mellan föräldrar och terapeut behövs för att föräldern skall bli och vara delaktig och engagerad i behandlingen. Alliansen som begrepp kan sägas vara ett sätt att beskriva och karaktäriserar själva aktiviteten, tekniken i terapin (Philips & Holmqvist, 2008). Allians handlar om både att skapa en relation och att gemensamt komma överens om ett behandlingskontrakt (Rosengren, 2019). Utifrån detta sätt att definiera allians

blir det viktigt vilka strategier och interventioner terapeuter använder sig av för att skapa allians och därigenom också främja föräldrarnas engagemang och delaktighet.

Skapandet av en god allians sker genom att förälder upplever det som att terapeuten bryr sig och är ärligt engagerad. Engagemang från terapeuten är en hela tiden pågående och dynamisk process som är nödvändig för att utveckla och upprätthålla en positiv allians. Processen består av att parterna är i dialog, kommunicerar och delar information, samt samtalar kring behov, attityder och värden (Staudt, 2007). Även Ødegård & Bjørkly (2012) påtalar att kvalitet på alliansen med föräldern kan påverka hur delaktig föräldern blir i vården, genom att alliansen påverkar hur den kollaborativa relationen utvecklas. Utifrån ett normativt perspektiv, är skapandet av ett partnerskap centralt för att föräldern skall kunna bli delaktig i vården. Partnerskapet definieras som en relation med ömsesidig respekt och tillit. Inom ramen för denna relation samskapas vården genom att föräldern görs delaktig på olika sätt (VGR, 2017). Ovanstående forskning och studiens resultat tyder på att alliansen mellan terapeut och förälder är viktigt för att föräldern skall bli och vara delaktig och engagerad i barnets behandling.

I flera avseenden visat studien en samstämmighet i terapeuternas delaktighetsskapande beteende. Jag tolkar det som att terapeuternas beteende liknar det beteende som beskrivs som alliansskapande. Terapeuterna beskriver vikten av att skapa en relation med föräldrarna, vilket Bernler, Johnsson & Skårner (1993) ser som vitalt för behandlingen. Jag tolkar resultatet som att terapeuterna har en önskan att förmedla ett välvillig inställt engagemang gentemot föräldrarna, vill lyssna på föräldrarna, validera deras tankar och känslor, samt ger uttryck för en accepterande och icke dömande hållning. Detta förhållningssätt anses som viktigt för att skapa allians (Rosengren, 2019). Terapeuterna ger i studien en bild av att vilja visa föräldrarna intresse, är engagerade, respektfulla och förmedlar en bild av att vara trovärdiga och flexibla, något som forskning också visat vara viktiga egenskaper för att skapa en bra allians. De övriga egenskaperna som forskning visat vara av vikt för att skapa allians; empati, trygghet, avspändhet (Philips & Holmqvist, 2008), kan studien inte uttala sig om. Studien hade i så fall behövt inkludera föräldrarnas upplevelse.

Studien har visat att terapeuterna bjuder in föräldrarna till delaktighet, lyssnar på föräldrarna, informerar föräldrarna, tar tillvara deras engagemang och kunskap, ser föräldrarna som resurser och involverar dem i behandlingen. Resultatet ligger helt i linje med det bemötande som det normativa perspektivet antar kunna skapa och leda till ökad delaktighet i vården (SKL, 2015).

Andra terapeutiska interventioner som kan påverka föräldrarnas engagemang positivt är att terapeuten utforskar föräldrarnas mål och förväntningar på behandlingen. Att förklara behandlingens rational och koppla den till föräldrarnas mål, anses också kunna påverka föräldrarnas engagemang och delaktighet positivt (Staudt, 2007). Denna studies resultat indikerar att terapeuterna utforskar föräldrarnas mål och förväntningar. De informerar även om och förklarar innehållet i behandlingen. Resultatet visar därmed att terapeuterna använder sig av strategier som forskning visat kan främja ökad delaktighet av föräldrar.

Studiens resultat indikerar att det föreligger ett visst dilemma gällande vårdalternativ och därmed även ett visst dilemma gällande vårdval. Studiens resultat visar att terapeuterna har en intention att delaktighetsgöra föräldrarna till en nivå där terapeut och förälder ingår i ett partnerskap och där vården av barnet kan betraktas som en co-produktion mellan terapeut och förälder. Denna form av Co-produktion kan ses som den högsta formen av delaktighet (Cannon, 2019). Det dilemma som framträtt är att terapeuterna uttrycker att de har ett fast ramverk inom vilket föräldrarna har en viss möjlighet att välja. Samtidigt ger terapeuterna uttryck för vissa begränsningar och en viss konformitet gällande metoder och insatser. Jag

tolkar därför studiens resultat som att det kan vara så att det inte föreligger en fullständig möjlighet till kollaboration och samskapande kring vården. Tolkas resultatet utifrån Hart's modell (Cannon, 2019), betraktas samarbetet mellan terapeut och förälder därför ligga på Informations och Konsultnivån. Detta innebär att terapeuterna redan har ett färdigt ramverk som anger vilken vård som är möjligt eller bör genomföras. Cannon (ibid) anger att utifrån ramarna för verksamheten och vad som för övrigt är möjligt, kan det vara hit man kan komma i stegen. Det uppges då vara viktigt att terapeuter är tydliga mot föräldrar vilka ramar som finns och vilka möjligheter de har att påverka vårdform och innehåll i vården. Att diskutera föräldrars och terapeuts förväntningar gällande vården är något som flera studier lyft som viktig. Dels utifrån att föräldern skall närvara och vara engagerad (Staudt, 2007). Dels för att kunna skapa ett kollaborativt partnerskap (Ødegård & Bjørkly, 2012). Studiens resultat visar att terapeuterna informerar om vårdens innehåll och diskuterar detta med föräldrarna. Däremot kan studien inte presentera något säkert resultat om hur terapeuterna diskuterar eventuella ramar och begränsningar gällande vårdalternativ och vårdval med föräldrarna. Resultatet tolkas som att det främst är begränsningar i vårdalternativen och möjligheten att special utforma behandlingen som upplevs som ett dilemma.

Hur behandlaren definierar partnerskap kan påverka hur relationen utvecklas och hur samskapandet av mål och interventioner kommer att se ut (Ødegård & Bjørkly, 2012). Studien visar att terapeuterna har en intention att samskapa vården. Samtidigt kan det ju vara så att de påverkas av de institutionella begränsningar som beskrivits. Det kan ju vara så att de väljer att inte fullt ut diskuterar föräldrarnas förväntningar eller önskningar då de institutionella ramarna gör att det finns en gräns för vad de kan erbjuda.

Systemisk teoribildning anses behövas för att kunna förstå hur familjesystem och systemet terapeut – familj fungerar, samt hur en kollaborativ samarbetsrelation utvecklas (Ødegård & Bjørkly, 2012). Utvecklandet av en samskapande relation ses som central för att skapa en vård där patienten kan betraktas som delaktig (SKL, 2015). I studien har det framkommit att övervägande delen av terapeuterna ser ett systemiskt synsätt som användbart för att förstå och behandla barnets symtom och som anledning till att föräldrar skall göras delaktiga. Resultatet visar också att föräldrarna behövs i en samskapande relation och som "hemmaterapeuter" för att vården skall vara genomförbar och ge effekt. Grunden för ett samskapande är att det utvecklas en dialog. Dialogen ses som grundläggande i behandling, både utifrån ett systemiskt perspektiv (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017) och utifrån rekommendationer kring hur delaktighet skapas i vården. Utifrån normativa rekommendationer ses samtalet och kommunikationen i mötet som central och mötet mellan vården och föräldrarna skall präglas av ett dialogiskt förhållningssätt (SBU, 206/2017). Resultatet visar att terapeuterna strävar efter att skapa och upprätthålla en god dialog med föräldrarna. Denna dialog tolkas kunna utgöra en bra förutsättning för att föräldern blir delaktig i vården, att ett partnerskap kan utvecklas mellan terapeuterna och föräldrarna och att ett samskapande av vården kan ske.

I ett försöka att förstå processen som leder fram till att en kollaborativ relation utvecklas, kan resultatet tolkas utifrån Ødegård & Bjørklys (2012) systemteoretiska modell. Studiens resultat har visat att det inte är ovanligt att föräldrarna initialt befinner sig i en så kallad första ordningens position. En position där de förväntar sig att terapeuterna som experter skall fixa barnet problem utan deras delaktighet. Studiens resultat visar att terapeuterna inte anser att de skall fixa barnets problem ensamma, utan att de ser föräldrarnas delaktighet i problemlösningen som vital. Terapeuterna tolkas därför befinna sig i en andra ordningens position. Utifrån denna position verkar terapeuterna aktivt för att föräldrarnas skall motiveras till och vara delaktig i behandlingen och därmed också befinna sig i en andra ordningens position. Studiens resultat styrker att terapeuternas intention är att skapa en kollaborativ

relation med föräldrarna. Tolkas terapeuternas beskrivning utifrån Hart's stege, kan deras beteende med att motivera föräldrarna ses som ett medel för att kunna ingå i ett partnerskap och en co- produktion med föräldrarna (Cannon, 2019). Studiens resultat tolkas därför som att terapeuterna har en ambition att medskapa vården tillsammans med föräldrarna, vilket är en målsättning med föräldrars delaktighet inom vården (SKL, 2015).

Idén om att ge patienten ökad delaktighet har även som ambition att skapa förändring i relationen mellan förälder och terapeut. Syftet är att förändra maktbalansen och skapa en så jämbördig relation som möjligt (SKL, 2015). Utifrån Empowerment teorin (Adams, 2003) kräver detta att den professionelle lyssnar till och utgår från den enskildes upplevelser och önsknings. Det kräver även att den professionella strävar efter att utveckla den enskildes egna resurser och tar tillvara dennes kunskap och kompetens. I studien har det framkommit att terapeuterna lägger stor vikt vid att lyssna till föräldrarnas upplevelser och i att utveckla föräldrars egen kompetens. Dels gör terapeuterna detta utifrån att föräldrarna själva skall kunna stödja sina barn när behandlingen är avslutad. Dels för att föräldrarnas kompetens och aktiva medverkan i vården är faktorer som bidrar till att vården är genomförbar och ger effekt. Resultatet kan tolkas som att terapeuterna strävar efter en mer jämbördig relation och därmed också en förändring av maktbalansen i relationen.

För att ett möte skall betraktas som icke-hierarkiskt utifrån en systemisk grund förutsätts att alla inblandade ses som jämbördiga och delaktiga parter. De förutsätter också att parterna möts i dialog där allas kunskap och kompetenser kan uttryckas och ges lika värde. En jämbördigare relation kan skapas genom att professionella ser sin egen expertkunskap som ett komplement och tar tillvara familjens egen kunskap (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Studien har visat att terapeuterna ser det som viktigt att ha en dialog med föräldrarna, att de ser föräldrarnas kunskap som viktig och att de tar sig tid för att inhämta deras kunskap. Även detta resultat kan tolkas som att terapeuterna verkar för att utveckla en mer jämbördig relation med föräldrarna.

Terapeuternas berättelser visar att de ser alliansens som viktig, både ur ett kontakt- och kontraktsperspektiv. Tidigare forskning har visat att det är svårt att veta om delaktighet skiljer sig från den allians skapande processen som inkluderar terapeutens attityd och handlingar (Haine- Schlagel & Escobar Walsh, 2015). Jag tolkar studiens resultat som att det finns stora likheter mellan den allians skapande processen och den delaktighetsskapande processen. Allians behövs både på en kontakt- och kontrakts nivå. Psykologisk behandling kräver både ett grundläggande förtroende från barn och föräldrar och en samstämmighet om innehållet i behandlingen (Rosengren, 2019). Tankarna kring hur delaktighet kan skapas i vården beskriver också att det behövs en god relation och samstämmighet kring behandlingskontraktet (SBU, 206/2017). Kanske är det inte möjligt, kanske är det heller inte önskvärt att särskilja dessa två processer? Kanske handlar frågan mer om ifall man ser delaktighet ur ett reduktionistiskt perspektiv. Om man ser delaktighet som ett beteende och/eller en attityd hos antingen föräldern eller terapeuten. Eller om man istället ser delaktighet som en komplex process som skapas i samspelet mellan förälder och terapeut och där bådas attityd och beteende påverkas av varandra. En process där den professionella har det största ansvaret för att vara positivt inställd till att föräldrar är delaktiga och genom aktiv handling skapar möjlighet till att föräldern blir och är delaktig. Personligen ansluter jag mig till det senare perspektivet.

Vårdprocessen består av flera olika delar som tillsammans gör att föräldern kan betraktas som delaktig. Dels handlar det om att föräldrarna skall vara informerade, dels handlar det om att få vara med och fatta beslut, dels handlar det om hur delaktiga de är i själva behandlingen.

Studien har visat att föräldrarna blir informerade och att de är delaktiga i själva behandlingen. Studien indikerar också att föräldrarna är med och fattar beslut om vården. Samtidigt har studien också visat att det finns ett dilemma i förhållande till möjlighet att välja vård. Beslutsfattandet om vård är en viktig komponent för att patienten skall betraktas som delaktig (SKL, 2015). Samtidigt innebär den ökade möjligheten till delaktighet i vården att patienten inte har en absolut rätt att välja vilken vård som helst. Jag tänker att de kanske kan vara så att det inom delaktighetens praktik i sig föreligger ett dilemma. Ett dilemma och kanske också en konflikt, mellan patientens möjlighet att välja vård och det effektivitetskrav som också ligger bakom motivet till att patienten skall göras mer delaktig (SKL, 2015). Möjligtvis kan detta leda till att patientens och föräldrarnas möjlighet att välja vård får stå tillbaka för möjligheten att effektivt erbjuda vård till många. Tolkningen ges stöd främst utifrån terapeuternas berättelser om att det i första hand är gruppverksamhet som skall erbjudas. Samtidigt kan den gruppverksamhet som erbjuds utifrån Empowerment perspektivet ses som ett bra alternativ. Empowerment strategier i form av föräldrastödande grupper ger ju också föräldrar en bra möjlighet att utvecklas och vara delaktiga i vården (SBU, 206/2017; Adams 2003). Vi går nu vidare till redovisningen av de utmaningar som terapeuterna upplever. Jag kommer återkomma till dilemmat kring vårdalternativ och vårdval längre fram i redovisningen.

6:5 Utveckling av det delaktighets skapande arbetet

6:5:1 Vidgade perspektiv, kompetensutveckling och teamarbete

En av terapeuterna säger: *”Jag tror mycket på att man kan gifta samman flera skolor, att vi skulle vara mer integrativa, att integrera teorier och försöka hitta vad som matchar just den patienten bäst. Jag tror att patienterna skulle ha mycket nytta av det. Mer teamarbete och mer samarbete mellan professionerna”*.

I stort sett alla terapeuter berör på ett eller annat sätt frågorna i ovanstående citat gällande teoretiska och metodologiska förhållningssätt på arbetsplatsen, samarbete och samverkan med arbetskamrater. De kopplar också samma dessa frågor till utvecklingen av föräldrars delaktighet i barns behandling. Flera av terapeuterna säger att de upplever att föräldrars delaktighet kan se olika ut beroende då olika terapeuter upplevs göra föräldrar delaktiga olika mycket och på olika sätt. En terapeut säger: *”Jag vet ju att det finns dom som jobbar betydligt mindre med föräldrars delaktighet än vad vi gör på vår arbetsplats”*.

Terapeuterna lyfter även ett tema kopplat till sin egen eller andras kompetens kopplat till det delaktighetsskapande arbetet med föräldrar. Samtliga fyra terapeuter som har någon form av systemteoretisk skolning, samt även tre av dem som inte har detta, ser systemisk och familjeterapeutisk utbildning som en stor resurs i arbetet med att göra föräldrar delaktiga. En av terapeuterna, som inte har systemisk skolning, beskriver ett behov av att få mer kunskap och utbildning i olika strategier och interventioner i hur hen kan jobba mer med föräldrar och hela familjen som system: *”Jag tänker, rent krasst, vi som är legitimerade psykologer har ju en, vi har inte så mycket familjeperspektiv i vår utbildning. Vi har lär oss individuellintrapsykologiska liksom ...intrapsykiska processer, men vi har inte så mycket kring system och det här med, liksom den här mer socionom gången, där har man mycket mer av det, vilket är super viktig ..//.det finns ju få socionomer inom projektet....och det är synd....och jag tycker inte riktigt att deras kompetens används tillräckligt mycket alla gånger”*.

Alla terapeuter reflekterar kring delaktighetsgörande av föräldrar kopplat till teamarbete. De beskriver samarbetet med kollegor olika. Två av dem samverkar strukturerat och regelmässigt med sina kollegor, resten av terapeuterna uppger att de oftast har enskilt ansvar för barn och

föräldrar. En terapeut säger att hon aldrig samverkar med sina kollegor i patientärenden. Fyra av terapeuterna berättar att de kan samverka med andra kollegor i att göra föräldrar delaktiga. Främst i form av att de delar upp samtalen med barn och föräldrar sinsemellan om föräldern behöver mer föräldrastöd, men de säger att de oftast jobbar ensamma i patientärendet. Två av dessa fyra uppger att det är undantag att de jobbar tillsammans.

Flera av terapeuterna ger uttryck för att de saknar ett mer regelrätt teamarbete kring barn och föräldrar. De tänker att mer teamarbete skulle gynna den delaktighetsskapande processen och föräldrars faktiska delaktighet i barnets vård och behandling. De två terapeuter som jobbar mer regelmässigt i team, uttrycker att de är övertygade om att det gynnar möjligheten till föräldrars delaktighet i barnets behandling. Främst genom att skapa utrymme för att tid ges till att hinna lyssna på både barn och föräldrar i tillräcklig omfattning, samt att det ges utrymme för att stötta föräldrarna i sitt föräldraskap i den omfattning som behövs. De övriga fyra terapeuter som ibland arbetar med kollegor uppger att teamarbetet utgör en resurs i det delaktighets skapande arbetet. Det kan också utnyttja varandras kompetenser i teamet på ett bättre sätt. De förmedlar att de upplever att de genom teamarbetet får tillgång till erfarenhet och kompetens från kollegor som har Familjeterapeutisk utbildning och som kan komplettera deras egen kompetens.

6:5:2 Informera föräldrar om hur vi jobbar

En av informanterna föreslår ett konkret utvecklingsförslag. Saga säger: *”Det jag tänker på som är viktigt är ju att vi tidigt informerar familjer som tar kontakt med oss att vi ser att det är viktigt att involvera föräldrar eller vårdnadshavare och att man kanske har med det i information om mottagningen eller inom UPH, att vi ser det som en förutsättning att den närmast miljön, de närmaste anhöriga vet om det. Vi har ju det utifrån gruppverksamheten, men att vi kan bli tydligare med att vi också tänker så i den individuella behandlingen, att vi jobbar med helheten så att säga”.*

6:5:3 Analys och diskussion

I studien har det framkommit att det upplevs finnas ett behov av att vidga det individualistiska perspektivet inom hälso- och sjukvården. Det individualistiska perspektivet upplevs begränsa hur mycket och på vilket sätt föräldrar görs delaktiga i vården. Resultatet visar att terapeuterna önskar se familjen mer som en helhet och utgå från ett systemteoretiskt synsätt i arbetet. De tänker att detta skulle kunna främja och öka föräldrars delaktighet i vården. Resultatet indikerar att alla terapeuterna inte upplever att det är möjligt och/eller sanktionerat av organisationen att ha ett mer systemiskt perspektiv och arbetssätt. Resultatet ligger dels i linje med att forskning visat att det är viktigt att öka implementeringen av familjebaserade interventioner vid behandlingen av barn (Wei och Kendall, 2014). Dels ligger resultatet även i linje med hur Benzein, Hagberg & Saveman (2017) beskriver svårigheterna med att implementera vård på systemisk grund inom hälso- och sjukvården. Författarna uppger att det krävs mod för att försöka förändra den individinriktade, diagnosbaserade hierarkiskt orienterade vården. Det behövs även ett team att kunna reflektera tillsammans med. Det behövs även relevant kunskap, erfarenhet och träning. Alla som arbetar inom vård och omsorg uppges behöva tänka system, familj och teamarbete för att kunna öka föräldrars delaktighet i vården (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017).

Utifrån ett normativt perspektiv och utifrån det centrala begreppet - personcentrerad vård, skall patienten ses utifrån en helhetssyn och i sitt sammanhang (Socialstyrelsen, 2015). Jag tolkar det som att detta stämmer väl överens med att inta ett systemteoretiskt perspektiv. Speciellt utifrån att begreppen helhetssyn och sammanhang är centrala begrepp inom

systemteorin (Johansen & Wie Torsteinsson, 2012). Terapeuternas önskan om att utveckla verksamheten genom att använda sig av ett mer systemiskt förhållningsätt ser jag därför som viktigt att vården och organisationen beaktar, diskuterar och tar ställning till. Resultatet är också viktigt att beakta utifrån att Västra Götalandsregionen tagit beslut om att implementera en personcentrerad vård (SBU, 206/2017). De förespråkar därmed också som jag tolkar det, att vården skall ha en helhetssyn och ett fokus på patientens sammanhang och familj.

Studiens resultat synliggör och indikerar ett behov av att diskutera kompetensutnyttjande och kompetensutveckling. Studiens resultat indikerar även ett behov av att diskutera teamarbete och samverkan på arbetsplatsen. Det kan ju vara möjligt att det senast nämnda kan leda till både bättre kompetensutnyttjande och kompetensutveckling. Studiens resultat styrker denna tolkning genom terapeuternas egna beskrivningar av att teamsamverkan utvecklar dem själva och arbetet med att göra föräldrar delaktiga. Studiens resultat kan sättas i relation till Socialstyrelsens handbok (2015) om hur delaktighet kan skapas i vården. I handboken rekommenderas att ledningen inom hälso- och sjukvården skapar förutsättningar för att personalen får tid för att implementera nya arbetssätt, tid för reflektion kring bemötande och kommunikation, samt handledning och stöd av kollegor.

I studien har det framkommit ett konkret förslag om att föräldrar behöver informeras om att de förväntas vara delaktig i barnets vård. Förslag ligger helt i linje med synsättet att en informerad patient är en patient som ges bättre förutsättningar för att kunna vara delaktig i vården (SKL, 2015). Förslaget ges också stöd utifrån forskning (Staudt, 2007) och ett systemteoretiska arbetssätt (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017; Ødegård & Bjørkly, 2012) som antar att information om förväntningar har en positiv påverkan på hur samarbetet mellan terapeut och förälder utvecklas. Vikten av information är även en central aspekt av Empowerment genom att information och kunskap ger en grund för att kunna få ökad egenmakt och kunna vara delaktig och (Adams, 2003).

Studiens belyser sammanfattningsvis ett behov av att inom sjukvårdens organisation och på terapeuternas arbetsplatser diskutera de utvecklingsförslag som terapeuterna genom sina berättelser synliggjorts.

7. Studiens slutsatser

Syftet med studien var att undersöka, beskriva och försöka förstå terapeuters erfarenheter, tankar och inställning till föräldrars delaktighet i barn och ungdomars vård och behandling.

En av frågeställning var att undersöka när och varför terapeuterna anser att föräldrar skall göras delaktiga. En annan frågeställning handlade om hur terapeuterna konkret gör när de skapar delaktighet av föräldrar och hur denna process kan förstås. Ytterligare en frågeställning handlade om vilka utmaningar terapeuterna erfarit i samband med delaktighetsgörandet av föräldrar. Studien hade också en frågeställning om upplevda utvecklingsområden i förhållande till föräldrars delaktighet.

- Studiens slutsats är att föräldrar alltid skall göras delaktiga i barns behandling. Föräldrars närvaro i rummet och aktiva deltagande i behandlingen har däremot visat sig kunna variera beroende på barnets ålder.
- Studiens slutsats är att föräldrar skall göras delaktiga därför att de är en resurs i behandlingen. De är även en förutsättning för vårdens genomförande genom att de är med och samskapar vården. Föräldrar skall också göras delaktiga därför att de bidrar till en effektivare behandling.

- Studiens drar även slutsatsen att det inte är ett normativt perspektiv i form av lagar och styrdokument gällande delaktighet inom hälso- och sjukvården som är motivet till att föräldrar görs delaktiga. Det huvudsakliga motivet till att föräldrar görs delaktiga är att terapeuterna utgår från ett systemteoretiskt perspektiv.
- Studiens slutsats är att terapeuterna aktivt verkar för att skapa delaktighet av föräldrar. Det konkreta delaktighetsgörandet sker genom att föräldrarna bjuds in och motiveras till delaktighet. Delaktighetsprocessen består även av att terapeuterna genom dialog och genom att lyssna på föräldrarna, avser att skapa en relation och en samarbetsallians som främjar och understödjer delaktighet.
- Studien drar slutsatsen att de största utmaningarna i att skapa delaktighet, upplevs vara föräldrar med egna psykiska eller psykosociala problem. Olika institutionella hinder, främst tidsramar och metodbegränsningar upplevs också utgöra vissa hinder för delaktighetskapande.
- Studiens drar även slutsatsen att terapeuterna önskar utveckla det delaktighetskapande arbetet genom att arbeta mer systemteoretiskt, genom ökad samverkan i team och genom att föräldrar informeras om att de förväntas vara delaktiga i barnets behandling.

8. Avslutande diskussion

Det finns olika sätt att se på varför föräldrar skall göras delaktiga i barns vård. I studien har det framkommit att det finns ett normativt perspektiv, att föräldrar skall och bör göras delaktiga och det finns mer teoretiskt förankrade utgångspunkter till varför föräldrar skall göras delaktiga i barns behandling.

Den idéburna ambitionen att göra patienten och föräldrar delaktiga har inte någon teoretisk anknytning (SKL, 2015). De lagar och styrdokument som finns vilar ändå på vissa antaganden om varför och hur delaktighet skall skapas. Det normativa perspektivet har sin grund i demokratiska värden, en humanistisk människosyn och i personfilosofiska antaganden. Det antas att vi är relationella varelser och att vi både kan vara svaga och behövande, samtidigt som vi kan vara starka och kompetenta att ta ansvar. Även Empowerment nämns som en grund, både som ett mål och ett medel (SBU, 206/2017). Ett annat perspektiv som används för att skapa delaktighet är ett systemteoretiskt perspektiv med fokus på att se människan i sitt sammanhang (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Utifrån systemteoretisk grund har det även börjat utformas modeller för att kunna förstå och främja den delaktighetskapande processen (Ødegård & Bjørkly, 2012, Cannon, 2019).

På ett plan ser jag det som problematiskt att terapeuterna inte har kunskap om det normativa perspektiv som ligger till grund för patientens delaktighet. Resultatet är ändå spännande då terapeuterna som jag tolkar det, gör föräldrar delaktiga i linje med de lagar och styrdokument som säger att föräldern skall och bör göras delaktiga i barnets vård. Mest centralt är att de strävar efter att nå ett partnerskap med föräldrarna därför att de behövs som medskapare i vården. De fokuserar också på relation, kommunikation och processen när de gör föräldrar delaktiga. Aspekter som det normativa perspektivet ser som viktiga för att delaktighet skall skapas. Det resultat som jag upplever är mest glädjande är att studien visat att terapeuterna har en positiv inställning till föräldrars delaktighet och att de arbetar aktivt för att motivera föräldrar till delaktighet i barnets behandling. Terapeuterna har som jag ser det en stor delaktighetsgörande kompetens. En kompetens som jag tänker skulle kunna tillvaratas och användas i ett verksamhetsutvecklande syfte inom hela hälso- och sjukvården.

Kanske kan resultatet förstås utifrån att delaktighet inom hälso- och sjukvård främst, som jag tolkar det, utvecklats utifrån behov av att utveckla den medicinska delen av vården. Kanske är det inte konstigt att terapeuterna har en stor kompetens i att skapa delaktighet. De har ju sin skolning och verkar inom ett annat område, psykologisk behandling. Ett område där relation, kommunikation och dialog är centrala delar av deras behandlingsarbete. Samtidigt befinner de sig i det medicinska kontexten och inom vården. De har därmed även det normativa perspektivet, dess lagliga, etiska, värdegrundsmässiga och metodmässiga ramar och rekommendationer att förhålla sig till i sitt psykologiska arbete och bör som jag ser det ha en kunskap om dessa.

Jag började min resa med denna studie på en punkt där jag inte befinner mig idag. Intresset för delaktighet väcktes när jag såg en fråga i UPH:s utvärderingsformulär till föräldrar. Frågan som ställdes var om de upplevt att de varit delaktiga i sitt barns behandling. Jag hade just då ingen som helst kunskap om det normativa perspektivet. I mångt och mycket tänkte jag som terapeuterna i studien. Jag såg föräldrars delaktighet som given i all behandling av barn och ungdomar utifrån ett systemteoretiskt synsätt. Jag blev intresserad av varför frågan ställdes. Var det så att föräldrar skall och förväntas vara delaktiga i sitt barns behandling? Och hur tänker man i så fall att vården skall vara utformad?

Resan med studien har lett mig in på en väg som jag inte trodde jag skulle behöva vandra. Vägen som handlar om vilka teorier och metoder som kan vara användbara vid vård och behandling av barn utifrån perspektivet föräldrars delaktighet. Anledningen till att frågan behöver diskuteras är att studien har visat att terapeuternas motiv till varför de gör föräldrar delaktiga är ett systemiskt synsätt utifrån systemteoretisk grund. Studien har även visat att de önskar jobba mer systemiskt därför de tänker att det främjar föräldrars delaktighet i vården. Samtidigt har det också visat sig att det finns en metod inom vården som anses främja delaktighet och som vilar på systemteoretisk grund (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Frågan om metod blir också viktig då UPH projektet skall utforma modeller för framtidens primärvårdsinsatser för barn och deras föräldrar. Utifrån studiens fokus blir det viktigt att modellen och de metoder som används främjar föräldrars delaktighet.

De vanligaste problemområdet som terapeuterna träffar på är barn med symtom i form av ångest och depression. De metoder de förväntas jobba utifrån är KBT baserade. Samtidigt önskar de vidga metodperspektivet och jobba mer systemiskt. Jag ser personligen ingen motsättning i att jobba både med KBT och att jobba utifrån en systemisk grund och med systemiskt inriktade interventioner. Forskning har också visat att det är viktigt att utveckla KBT metoderna då 40 % av de barn som har ångest inte svarar på KBT behandling. KBT behandling antas därför behöva kompletteras med familjebaserade interventioner för att bli mer verksam (Wei och Kendall, 2014). I det praktiska arbetet är det vanligt att terapeuter använder sig av flera olika perspektiv och teoretiska utgångspunkter, med tillhörande metoder och tekniker. Det finns också en gedigen kunskap om att familjearbete och familjeterapi utifrån en systemisk grund fungerar och har evidens. De flesta systematiska studier om familjeterapi handlar ju också om användandet av kognitiva eller beteendeterapeutiska metoder, samt strategiska eller strukturellt inriktade familjeterapeutiska metoder (Johnsen och Wie Torsteinsson, 2015).

Hur kommer det sig då att terapeuterna som jag tolkar det upplever att de inte har mandat att jobba systemiskt utifrån en systemteoretisk grund? Handlar det om att KBT behandling är den behandling som idag sägs ha bäst evidens? Handlar det om att det saknas kunskap om vilken evidens som systemisk familjeterapi har? Eller handlar det om att det just nu är KBT som är den mest populära metoden och att ingen annan metod kan få plats tillsammans med den?

Eller handlar det om den kontext som hälso- och sjukvården utgör? En kontext som fortfarande är individ och diagnosinriktad och inte familjefokuserad (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Jag har inget klart svar på frågorna. Det är mycket troligt att hälso- och sjukvårdens kontext har en påverkan på beredskapen och förutsättningarna för att jobba mer med familjen som en helhet. Det systemiska perspektivet kan ju vara utmanande då det står för ett annat synsätt än det individ och diagnosinriktade perspektivet.

När det gäller metodfrågan tänker jag att metoder alltid har kommit och gått. I behandlingens början var det psykoanalysen och under en period var det den systemiska familjeterapi som hade sina glans dagar. Idag är det KBT. Pendeln svänger hela tiden. Det finns tyvärr som jag upplever det en tendens till att ”spola ut barnet med badvattnet” när den ena metoden och teoretisk inriktningen helt byts ut mot en annan. Den beklagliga konsekvensen blir oftast att något viktigt går förlorat. Eller så finns det kvar men byter namn!

Familjeterapi definieras av Carr (2019) som att terapeuten på det praktiska planet använder interventioner som involverar andra familjemedlemmar i barnets behandling. Intressant är att jag upplever att studiens terapeuter beskriver sitt arbete tillsammans med föräldrarna snubblande likt det Carr definierar som familjeterapi. Så kanske terapeuterna ändå gör familjeterapi? Samtidigt så säger de att de jobbar med KBT. Kanske är det så att de gör systemisk KBT? Nu finns det mig veterligen inget som heter systemisk KBT. Men utifrån perspektivet, föräldrars delaktighet i barns behandling och studiens resultat, skulle en systemiskt inriktad KBT kunna vara en användbar metod. Ur mitt perspektiv så finns själva formen redan, fast den benämns som KBT. Den finns i form av de Cool Kids grupper som UPH verksamheten bedriver. Grupper där både föräldrar och barn deltar. Förutom KBT perspektivet finns som jag ser det även det systemiska perspektivet, samt också Empowerment perspektivet närvarande. Utifrån min eklektiska syn är metoden och formen ett lysande exempel på ett integrativt sätt att se på och förhålla sig i behandling. Ett integrativt sätt som också gynnar föräldrars delaktighet i vården. Utifrån min synvinkel finns det inget som hindrar att terapeuterna använder sig av samma metod i den individuella behandlingen tillsammans med barnet och föräldern. Det som möjligtvis skulle kunna utgöra ett hinder är de institutionella hinder terapeuterna upplever i form av tidsbegränsningar för behandlingen. Samtidigt behöver ju systemisk terapi inte ta mer tid i anspråk om man har alla parter i rummet samtidigt. Kanske kan ett av hindren handla om kunskap och kompetens? Större delen av de som arbetar inom UPH är psykologer. I studien framkommer att de i sin grundutbildning inte har så mycket utbildning i familjeperspektiv och systemisk synsätt. Studien visar samtidigt att både de terapeuter som har en systemisk skolning och de som inte har det ser ett systemiskt synsätt som mycket användbar för att göra föräldrar delaktiga. Det kan ju utifrån denna synvinkel vara av intresse att terapeuternas egna utvecklingsförslag, utbildning i systemteori och metod samt ökat teamarbete, diskuteras som en möjlig väg till att kunna främja och öka föräldrars delaktighet i vården.

Jag tänker att en av studiens största bidrag är att den synliggjort att terapeuterna önskar jobba mer systemiskt för att kunna göra föräldrar mer delaktiga i barnets vård. Min förhoppning är att studiens resultat kommer kunna bidra till reflektion och diskussion för att utveckla metoder och arbetssätt som gör föräldrar mer delaktiga i barnets vård. Min egen förhoppning utifrån min egen personliga övertygelse och systemteoretiska förankring, är också att det i framtiden blir som en av terapeuterna i studien uttrycker det; *”Jag tror mycket på att man kan gifta samman flera skolor, att vi skulle vara mer integrativa, att integrera teorier och försöka hitta vad som matchar just den patienten bäst. Jag tror att patienterna skulle ha mycket nytta av det. Mer teamarbete och mer samarbete mellan professionerna”*.

Jag tänker nu avsluta diskussionen med att fokusera lite på makt. Utjämnande av maktbalansen i relationen ses utifrån ett normativt perspektiv som viktigt för att patienten skall bli och kunna vara delaktig i vården (SKL, 2015). Även Empowerment perspektivet (Adams, 2003), det systemiska perspektivet (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017) och utifrån allians skapandet (Rosengren, 2019) ses utjämnande av makt i behandlingsrelationen som eftersträvansvärt. Även fast studien inte kan uttala sig om hur den faktiska maktbalansen och jämbördigheten i relationen mellan terapeut och förälder är, tolkar jag resultatet som att terapeuterna har en ambition att jämna ut maktförhållandena. Då studien visat att terapeuterna inte skapar delaktighet utifrån det normativa perspektivet, har jag fått många tankar om varför terapeuterna ändå verkar sträva efter en annan maktbalans i relationen. Dels tänker jag att det kan bero på att de teoretiska angreppssätten och metoderna i behandling av barn har ändrats mycket senaste årtiondena och terapeutrollen med den. Möjligtvis kan detta ha bidragit till att terapeuter idag jobbar mer tillsammans med patienten och föräldrar än vad som gjordes under den klassiskt psykoanalytiskt tolkande eran. Dels tänker jag att det stora behovet av vård till barn med psykiska symtom, tillsammans med effektivitetskrav kanske också lett till att behandlare behöver ta till sig andra metoder än klassisk individuell behandling med enbart barnet. Kanske dessa metoder i sig leder till att maktbalansen mellan terapeut och förälder förändras mot en mer jämbördig relation. Utifrån mitt perspektiv är den bärande tanken i de flesta föräldrastöds metoder Empowerment perspektivet. Jag är själv utbildad i flera olika manualbaserade föräldrastöds program och kan vittna om att en viktig komponent i programmen är att jag som expert inte skall "lysa med min kunskap" mer än föräldrarna. En annan trolig anledning till att terapeuterna är motiverade till att ändra maktbalansen, kan ju vara den enkla anledningen att studien visat att de är beroende av föräldrarna för att behandlingen av barnet skall ge effekt på bästa sätt. De anser inte att de själva kan behandla bort barnet symtom utan att föräldrarna är med i behandlingen både i behandlingsrummet och i "det verkliga livet" utanför behandlingsrummet. Detta beroendeförhållande tänker jag kräver att maktbalansen i relationen förändras.

Kanske är det också detta förhållande som gör att det upplevs som problematiskt när föräldern har egna individuella och/eller psykosociala problem och inte upplevs kunna göras så delaktiga i behandlingen som det behövs? Jag vill därför återigen lyfta upp att det är problematiskt att studien visar att terapeuterna inte upplever att de har tillräckligt med tid att delaktighetsgöra och stärka dessa föräldrar. De vittnar också om att det inte alltid finns någon annan i samhället som kan stötta dem. Vården och delaktigheten i vården vilar på demokratiska värden, allas lika värde och rätt till en likvärdig vård. Många vittnar idag om att den medicinska vården inte kan leva upp till dessa krav. De som har egna försäkringar kan köpa sig före i den offentliga vårdköen eller köper sig privat vård. De relativt friska köper vård från privata nätföretag till bekostnad av den offentliga vården som med minskade resurser får behandla de människor som har mer komplexa hälsoproblem. Finns det risk för att vården av barn med psykiska symtom kommer utvecklas eller redan befinner sig i samma läge? Studien kan inte och har heller inte utrymme för att svara på eller diskutera frågan mer ingående. Som tidigare nämnt anser jag att frågan är viktig att lyfta, reflektera kring och diskutera.

Delaktighet är något som skapas i en relation och kan både motverkas och förhindras. Därför är den delaktighetsgörande processen, dess förutsättningar och villkor viktig att studera (Bülow et al, 2012). Min upplevelse är att det har varit svårt att fånga och kunna beskriva denna process. För att kunna beskriva processen bättre hade jag kanske behövt använda mig av en annan metod. Det är möjligt att deltagande observationer av samspelet mellan terapeut och föräldrar hade kunnat fånga processen bättre. Det är också möjligt att föräldrars deltagande i studien hade kunnat bidra med viktig kunskap.

Min förhoppning är ändå att studien bidragit till en inblick i problemområdet, en inblick i hur terapeuter kan tänka om föräldrars delaktighet och inspiration till reflektion över föräldrars delaktighet i barns behandling.

8:1 Implikationer för praktiken

I syfte att öka föräldrars delaktighet inom vården har studien visat att det kan finnas ett behov av att diskutera och reflektera kring några frågor.

- Vilken kunskap har personalen inom hälso- och sjukvården om de normativa grunderna till att föräldrar skall göras delaktiga?
- Vilka förutsättningar ges inom organisationen för att personalen skall kunna göra föräldrar delaktiga?
- Vilka metoder och arbetssätt används för att göra föräldrar delaktiga?
- Kan ett systemiskt syn- och förhållningssätt bidra till att föräldrar görs mer delaktiga?

8:2 Framtida forskning

Avslutningsvis belyser studien att det finns ett stort behov av fortsatt forskning om föräldrars delaktiga i barns behandling. Jag tänker att forskning ur ett dialogiskt perspektiv skulle kunna bidra med viktig kunskap om den delaktighetsgörande processens.

Referenslista

- Adams, Robert (2003) *Social Work and Empowerment*. New York: PALLGRAVE MACMILLIAN.
- Alvesson, Mats & Kaj Sköldbberg (1994). *Tolkning och reflection*. Vetenskapsfilosofi och metod. Stockholm. Studentlitteratur AB.
- Barnkonventionen, (2019) UNICEF.[<https://unicef.se/barnkonventionen/las-texten/>. Hämtat: 2019-12-16]
- Barrett, Paula. M., Marc M. Dadds & Ronald M. Rapee (1996) *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. [<https://psycnet.apa.org/record/1996-00433-012/>. Hämtat: 2019-11-17].
- Benzein, Eva., Margaretha Hagberg & Britt-Inger Saveman (red.). (2017). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Bernler, Gunnar., Lisbeth Johnsson & Anette Skårner (1993) *Behandlingens villkor – Om relationer och förväntningar i socialt arbete*. Falkenberg: Natur och Kultur.
- Bergmark, Anders., Åke Bergmark & Tommy Lundström (2011). *Evidensbaserat social arbete – Teori, kritik, praktik*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Bånkestad, Kerstin (2011) *Uppföljning av Tonårsflickors behandling på en BUP mottagning*. [<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:832847/FULLTEXT01.pdf>]. Hämtat: 2019-10-29].
- Braun, Virginia & Viktoria, Clarke (2013). *Successful qualitative research – a practical guide for beginners*. London: SAGE Publications.
- Braun, Virginia & Viktoria, Clarke (2006). *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, [<https://core.ac.uk/download/pdf/1347976.pdf>]. Hämtat: 19-12-19].
- Bülow, Pia, Daniel Persson Thunqvist & Inger Sandén (red.). (2012). *Delaktighetens praktik: det professionella samtalets villkor och möjligheter*. [<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A529902&dswid=-3894/>]. Hämtat: 2019-11-20].
- Cannon, Saha (2019). *Family engagement: Hart's ladder of participation*. Parents for Children's Mental Health – support, educate, empower. [https://www.youtube.com/watch?v=v_LdCHVq01A/]. Hämtat: 2019-12-15].
- Carr, Alan (2019) *Family therapy and systemic interventions for child-focused problems: the current evidence base*. *Journal of Family Therapy* (201) : 153–213 doi: 10.1111/1467-6427.12226
- Cederblad, Marianne, Bill Petitt & Ingegerd Wirtberg (2015). *Par- och familjeterapi fungerar! En översikt över internationell systemisk-, par- och familjeterapiforskning*. Svenska familjeterapiföreningen. [www.sfft.se/]. Hämtat: 2019-12-03].
- Cohen, Judith. A., Anthony P. Mannarino & Ester Deblinger (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York. Guilford Press.

Cohen, Judith A., Esther Deblinger & Anthony P. Mannarino (2018). *Traumafocused cognitive behavioral therapy for children and families*, *Psychotherapy Research*, 28:1, 47-57, DOI: 10.1080/10503307.2016.1208375

de Greef Marieke., Huub M. Pijnenburg., Marion J. C. van Hattum., Bryce D. McLeod & Ron H. J. Scholte (2016) *Parent-Professional Alliance and Outcomes of Child, Parent, and Family Treatment: A Systematic Review*. *J Child Fam Stud* (2017) 26:961–976 DOI 10.1007/s10826-016-0620-5

Dowell, Kathy A & Benjamin M. Ogles (2010). *The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review*. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. DOI:10.1080/15374410903532585

Föräldrabalken, 1949:381

Folkhälsomyndigheten (2019). [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/psykisk-halsa-och-suicidprevention/barn-och-unga--psykisk-halsa/darfor-okar-psykisk-ohalsa-bland-unga/>]. Hämtat: 2019-12-17].

Gastaud, Mariana. B., Luiz de Oliveira & Vera Ramires. Röhnelt (2018). *Participation of Parents in their Child's Psychotherapy: Psychotherapists' Practices*. *Psicologia: Ciência e Profissão* Jan/Mar. 2018 v. 38 n°1, 36-49. <https://doi.org/10.1590/1982-3703000692017>

GPCC, Centrum för personcentrerad vård (2019). Göteborgs universitet. [<https://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/>]. Hämtat: 19-12-23].

Gustavsson, Anders., red. (2004). *Delaktighetens språk*. Lund: Studentlitteratur.

Haine- Schlagel, Rachel & Natalia Escobar Walsh (2015) *A Review of Parents Participation Engagement in Child and Family Mental Health Treatment*. New York. <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0182-x>

Haine-Schlagel Rachel., Jonathan I. Martinez., Scott C. Roesch., Cristina E. Bustos & Cortney Janicki (2018). *Randomized trial of the Parent And Caregiver Active Participation Toolkit for child mental health treatment*. *J Clin Child Adolesc Psychol* . 2018 ; 47(SUP1): S150–S160. doi:10.1080/15374416.2016.1183497.

Hart, Roger. (1992). *Children's participation*. UNICEF: From tokenism to citizenship. [https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens_participation.pdf/]. Hämtat: 2019-12-10].

Holme, Magne I. & Krohn Solvang, Bernt (1997). *Forskningsmetodik – Om kvalitativ och kvantitativa metoder*. Lund. Studentlitteratur.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, 2017:30.

Jensen, Peter S & Eaton Hoagwood, Kimberley (2008). *Improving Children's Mental Health Through Parent Empowerment – A guide to assisting families*. New York. Oxford University Press, Inc.

Johnsen, Astri & Wie Torsteinsson, Vigdis (2015). *Lärobok I familjeterapi*. Lund: Studentlitteratur AB.

Kazdin, Alan E, Moira Whitley & Paul Marciano (2006). *Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional,*

aggressive, and antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, May 2006, Vol.47(5), pp.436-445. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x

Krav och Kvalitetsboken (2020) Förfrågningsunderlag vårdval vårdcentral 2020. Västra Götalandsregionen.

[<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/4791f506-55e7-4622-bd49-e95ebc731c2e/Krav-%20och%20Kvalitetsbok%20V%c3%a5rdval%20V%c3%a5rdcentral%202020,%20beslutad%202019-09-25.pdf?a=false&guest=true/>]. Hämtat: 2019-12-18].

Offentlighets- och sekretesslagen, 2009:400

Patientlagen, 2014:821

Payne, Malcolm (2005). *MODERN SOCIAL WORK THEORY*. New York. PELLGRAVE MACKMILLIAN.

PCMH (2020). *Parents for Children's Mental Health – support, educate, empower*.

[<http://www.pcmh.ca/documents/Family%20Engagement%20Harts%20Ladder.pdf>]/Hämtat: 20-01-04].

Philips, Björn & Rolf Holmqvist (red.). (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm. Liber AB.

Repstad, Pål (1988) *Närhet och distans – kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Rosengren, Anna (2019). *KBT ur ett barnperspektiv – Förhållningssätt och anpassningar i psykiatriskt arbete*. Stockholm: Natur och Kultur.

Röhnelt Ramires, Vera Regina., Cibele Carvalho., Marina B. Gastaud., Luiz de Oliveira., Freitas G. Ronaldo & Lucia B. Rech (2019). Changes in Child Psychodynamic Psychotherapy According to the Parents' View/Mudancas na psicoterapia psicodinamica de crancas na visao de pais e maes/Cambios en la psicoterapia psicodinamica de ninos en la vision de padres y madres. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5458>

SBU, 206/2017. *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

Shirk, Stephen. R & Christopher. C. Saiz (1992). *Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy*. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713–728. DOI: 10.1017/S0954579400004946

SKL (2011). *Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal*. Sveriges Kommuner och Landsting: ETC Kommunikation.

SKL (2010). *Patient- och brukarmedverkan*. Positionspapper – för ökad kvalitet och effektivitet i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

SKL (2015). *När brukare och patienter blir medskapare – en lönsam historia*. En idébok om brukar och patientmedverkan som inslag i kommuners, landstings och regioners styrning. Stockholm: Imponera AB.

Socialstyrelsen (2012) *MOS- En del av en evidensbaserad praktik*.

[<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2012-9-3.pdf>]. Hämtad: 2019-10-29].

Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOU:2018:39. *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Statens offentliga utredningar.

Staudt, Marlys (2007). *Treatment Engagement with Caregivers of At-risk Children: Gaps in Research and Conceptualization*. *J Child Fam Stud* (2007) 16:183–196 DOI 10.1007/s10826-006-9077-2. Springer Science+Business Media, Inc. 2006

Söderbäck, Maja (2010). *Barn och ungas rätt i vården*. [<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:360008/FULLTEXT01.pdf>]. Hämtat:2019-10-12].

Tetley, Amanda., Jinks, Mary., Huband, Nick., Howell, Kevin (2011). *A systematic review of measures of therapeutic engagement in psychosocial and psychological treatment* *Journal of Clinical Psychology*, September 2011, Vol.67(9),pp.927-941.

[<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.20811>]/. Hämtat: 2020-01-01].

Ungas psykiska hälsa, UPH (2018) Ungas psykiska hälsa i primärvården. Enheten för Kunskapsstöd för psykisk hälsa i VGR.

[<file:///C:/Users/Hp/Desktop/uppsats/15.%20Ungas%20psykiska%20hälsa%20-%20primärvården%20växlar%20upp%20för%20att%20möta%20en%20av%20vår%20tids%20största%20utmaningar.pdf>]. Hämtat: 2019-10-12].

Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- och samhällsvetenskaplig forskning*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>]. Hämtat 19-12-28].

Västra Götalandsregionen (2017). Regionala medicinska riktlinjer – Ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri.

[<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/31400/Ansvarsf%C3%B6rdelning%20mellan%20prim%C3%A4rv%C3%A5rd%20och%20barn-%20och%20ungdomspsykiatri.pdf?a=false&guest=true/>]. Hämtad: 2019-11-12].

Västra Götalandsregionen (2017). Utveckling av ett personcentrerat arbetssätt- ett stödmaterial.

[<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/bac3882c-3ed2-44d7-9963-30f21d6e248c/PCA%20-%20st%C3%B6dmaterial.pdf?a=false&guest=true/>]. Hämtat: 2019-11.11].

Walczak, Monika., Barbara H. Esbjörn., Sonja Breinholst., Marie Louise Reinholdt-Dunne., (2017) *Parental Involvement in Cognitive Behaviour Therapy for Children with Anxiety Disorders: 3-Year Follow-Up*. Springer Science+Business Media New York 2016. *Child Psychiatry Hum Dev* (2017) 48:444–454 DOI 10.1007/s10578-016-0671-2

Wallén, Göran (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Wei, Chiaying & Philip C. Kendall (2014) *Parental Involvement: Contribution to Childhood Anxiety and Its Treatment*. *Clin Child Fam Psychol Rev* (2014) 17:319–339 DOI 10.1007/s10567-014-0170-6. Springer Science+Business Media New York 2014

Wigert, H (2008). Föräldrars delaktighet i sitt barns vård vid neonatal intensivvård.
[\https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/10122/3/RAM%20wigert.pdf/. Hämtat:2019-10-12].

Ødegård, Atle & Bjørkly Stål (2012). *The Family as Partner in Child Mental Health Care: Problem Perceptions and Challenges to Collaboration*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3338175>

Syftet med frågorna är att Du skall ges möjlighet att förmedla Dina tankar, föreställningar, upplevelser och erfarenheter kring föräldrars delaktighet och involvering i barn och ungdomars individuella vård och behandling. Frågorna utgör en ram och Du kan förmedla andra aspekter Du anser viktiga.

- Om jag säger föräldrars delaktighet i sitt barn eller ungdoms individuella behandling. Vad är det första Du tänker på då?
- Hur gör Du oftast själv i det kliniska arbetet för att skapa delaktighet av föräldrar?
- Hur ser föräldrars delaktiga och involvering oftast ut rent konkret (form och innehåll)?
- Vilka möjligheter och fördelar ser Du med delaktighet och involvering av föräldrar? När skall föräldrar involveras och göras delaktiga?
- Vilka utmaningar, svårigheter och hinder ser Du? När skall föräldrar inte involveras och göras delaktiga?
- Vem tar oftast initiativ till att föräldrarna är delaktiga? De själva, barnet/ungdomen/Du själv?
 - Vad har Du för tankar kring syfte och funktion gällande föräldrars delaktighet vid deras barn och ungdomars vård och behandling?
 - Har Du några speciella förväntningar på vad föräldrarna skall göra då de är delaktiga och involverade i den unges vård och behandling?
 - Vilken kultur (regler, rutiner, förväntningar, normer, möjligheter eller hinder) finns på Din arbetsplats gällande hur föräldrars delaktighet i barnet eller ungdomens vård och behandling skall utformas?
 - Har Du fått någon utbildning, information eller liknande gällande föräldrars delaktighet och involvering vid sitt barn eller ungdoms vård och behandling inom hälso- och sjukvården? Vilken?
 - Skulle Du önska att föräldrars delaktighet och involvering skulle se ut på något annat sätt än det Du nu har beskrivit? Vad tänker Du i så fall behövs för att bidra till den förändringen?
 - Om jag säger brukarmedverkan, patientmedverkan, medskapare, delaktighet enligt Patientlagen. Vad tänker du då?
 - Några andra tankar, upplevelser, erfarenheter Du tycker är viktigt förmedla?



Bilaga 2

Falköping 2019-09-29

Studie om föräldrars delaktighet i barn och ungdomars individuella vård och behandling

Hej

Du får detta brev, då jag kontaktat dig med en förfrågan om intresset för att delta i en intervju. Studiens fokus är föräldrars delaktighet i barn och ungdomars individuella vård och behandling.

Jag som genomför undersökningen är student på Psykoterapeutprogrammet vid Göteborgs universitet och studien utgör ett examensarbete. Jag arbetar själv inom Ungas psykiska hälsa på vårdcentralen Oden i Falköping. Studien genomförs inte på uppdrag av verksamheten och är inte en del i verksamhetens ordinarie uppföljning eller utvärdering, utan är helt fristående från projektet.

Syftet med studien är att undersöka vilka tankar, upplevelser och erfarenheter kliniker har av föräldrars delaktighet i samband med den individuella behandlingen av deras barn eller ungdomar. Eftersom det finns relativt få studier gjorda inom området, så är dina erfarenheter och upplevelser viktiga.

Intervjun uppskattas ta ungefär 60 minuter och kommer att ljud-inspelas. Materialet avidentifieras och ingen enskild person eller verksamhet kommer att kunna identifieras när materialet sammanställs. Insamlat material kommer att förvaras inlåst och sedan förstöras när uppsatsen är klar. Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och du kan avböja att delta och du kan när som helst under processen avbryta din medverkan utan förklaring. Ingen ersättning utgår för deltagande i studien.

Har du frågor och/eller vill delta, kan du kontakta mig på mail eller sms. Jag tar då kontakt med dig och är du intresserad så bokar vi tid och plats för intervjun, samt om vi skall ses eller om intervjun skall ske via telefon. Du har möjlighet att få ta del av den färdiga uppsatsen.

Berit Johansson

Student vid Psykoterapeut programmet

Göteborgs universitet

Berit.totte@gmail.com

0708-645064

Staffan Höjer

Handledare och Professor i socialt arbete

Göteborgs universitet

staffan.hojer@socwork.gu.se

031-786 16 28



Studie om föräldrars delaktighet i barn och ungdomars individuella vård och behandling

Samtycke till intervju och deltagande i studien

Jag har tagit del av information gällande studien och förstått att intervjun är frivillig och att jag när som helst, utan att ange anledning, kan bryta mitt deltagande.

Härmed samtycker jag att medverka i studien.

.....

Underskrift

.....

Ort & datum