



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

S:t Lukas utbildningsinstitut

Psykoterapeutprogrammet, 90 hp

Examensuppsats på avancerad nivå, 15 hp

Vårterminen 2014

Familjers upplevelser av hembesök inom barn- och
ungdomspsykiatri

Families experience of home visits in child and adolescent
psychiatry

Författare:

Irja Lagerkranz



ERSTA
SKÖNDAL
HÖGSKOLA

Innehållsförteckning

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Inledning | 1 |
| 2 | Teoretisk bakgrund | 1 |
| 3 | Tidigare forskning | 4 |
| 4 | Frågeställningar | 5 |
| 5 | Metod | 5 |
| 5.1 | Undersökingsdeltagare | 5 |
| 5.2 | Undersökningsmetod | 6 |
| 5.3 | Datainsamlingsmetoder..... | 6 |
| 5.4 | Bearbetningsmetoder..... | 7 |
| 5.5 | Genomförande | 7 |
| 6 | Forskningsetiska frågeställningar | 7 |
| 7 | Resultat | 8 |
| 7.1 | Hemmet / Behandlare i sitt eget hem..... | 9 |
| 7.2 | Behandlingen / Hjälpinsatsen..... | 12 |
| 7.3 | Relationerna / Samspel och interaktion..... | 14 |
| 8 | Diskussion | 18 |
| 8.1 | Metoddiskussion..... | 18 |
| 8.2 | Resultatdiskussion | 20 |
| 8.3 | Förslag till fortsatt forskning | 24 |
| | Referensförteckning..... | 25 |
| | Bilaga 1 Brev 1: Inbjudan och förfrågan till familjer..... | 27 |
| | Bilaga 2 Brev 2: Informationsbrev till familjer..... | 28 |
| | Bilaga 3 Intervjuguide..... | 29 |

Sammanfattning

Inledning: Inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Stockholms län finns fyra Mellanvårdsmottagningar. Dessa är en förstärkning till Öppenvården och kan arbeta intensivt med familjer i deras hem eller närmiljö.

Frågeställningar: Syftet med denna studie är att få ökad förståelse och kunskap om hur familjer, som haft kontakt med BUP Mellanvård, upplever hembesök som arbetsmetod samt hur de upplevt den behandlingsinsats som de fått. Studiens frågeställningar är: Hur upplever familjer hembesök som arbetsmetod? Vilken betydelse har platsen för kontakten? Hur blev relationen mellan behandlare och familj? Hur blev utfallet av behandlingsinsatsen?

Metod: Sex familjer deltog i studien som genomfördes med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Svaren presenteras i komprimerad och sammanfattad form under respektive område; hemmet, behandlingen och relationerna.

Resultat: Resultatet visar att föräldrarna såg främst praktiska fördelar med hembesök, de upplevde det heller inte besvärande att ta emot behandlare i det egna hemmet. Föräldrarna hade överlag mer positiva upplevelser kring hembesöket än vad barnen upplevde, men de tyckte inte att platsen i sig i särskilt stor grad påverkade varken relationerna eller behandlingsinsatsen. De negativa svaren och reflektionerna som kom fram vid intervjuerna rörde främst utfallet av behandlingsinsatsen som helhet.

Diskussion: De familjer som vid intervjutillfället fortfarande befann sig i en svår situation ansåg inte att insatsen från BUP Mellanvård varit till hjälp för dem. De uttryckte under intervjun brister som de upplevt i behandlingen och i kontakten med behandlarna, åsikter som de inte hade fört fram under pågående kontakt. Ett utvecklingsarbete inom BUP Mellanvård vore av stor betydelse för att på ett bättre sätt, under pågående behandlingskontakt, kunna fånga familjernas reflektioner och upplevelser.

Nyckelord: barn- och ungdomspsykiatri, hembesök, upplevelser

Abstract

Introduction: Within child and adolescent psychiatry (BUP) in Stockholm County Council there are four "Between care" clinics, strengthening the Outpatient services and they work intensively with families in their homes and/or immediate environment.

Questions: The purpose of this study is to increase understanding and knowledge about how families who had contact with BUP "Between care" experienced home visits and the overall treatment provision they received. The research questions are: How do families experience home visit as a method of providing treatment? How important is location for treatment? How did the relationship between the therapist and the family develop? What was the outcome of the treatment intervention?

Method: Six families participated in the study which carried out using semi-structured interviews. The answers are presented in a condensed and summarized format for the following areas: home, treatment and relationships.

Results: The results showed that parents saw mainly practical advantages of home visits, and did not feel uncomfortable receiving the therapist in their own home. Parents, by and large, had more positive perceptions of the home visits than those experienced by the children, but did not perceive the location to influence either the relationships nor the treatment to a great extent. The negative responses and reflections that emerged during the interviews focused mainly on the outcome of the entire intervention.

Discussion: The families who at the time of the interview were still in a difficult situation did not consider the intervention of BUP "Between care" helpful to them. During the interview they mentioned shortcomings they experienced in treatment and in their contact with therapists, views that they had not previously expressed during the on-going contact. A development of BUP "Between care" would be of great importance to better capture families reflections and experiences while undergoing treatment.

Keywords: child psychiatry, home visits, experience

1 Inledning

Inom Stockholms län finns 14 lokala barn- och ungdomspsykiatriska Öppenvårdsmottagningar, till dessa är fyra Mellanvårdsmottagningar kopplade. Mellanvården bildades 2005 i samband med att BUP omorganiserades. Mellanvårdens uppdrag är att förstärka Öppenvårdsmottagningen och erbjuda en intensiv och tidsbegränsad insats till de familjer som behöver det allra mest. Öppenvården remitterar ärendet till Mellanvården och en behandlingsplan upprättas gemensamt med familjen. Mellanvårdens verksamhet är mobil och kan arbeta i patientens hem eller närmiljö. Möjligheten till ett arbete i hemmet är frivillig och erbjuds familjen i samband med introduktion av kontakten. Anledningen till varför arbetsmetoden med hembesök erbjuds kan skilja sig åt, det kan till exempel vara den problematik familjen söker hjälp för som kan vara lättare att utföra i hemmet eller att det varit svårt att motivera patienten/familjen att komma till besöken på Öppenvårdsmottagningen och man behöver istället försöka möta upp hemma. Upplägget med hembesök innefattar förutom kontakten med barnet/ungdomen delar av eller hela familjen. En målgrupp inom Mellanvården är så kallade "hemmasittare", dvs. barn eller ungdomar som av olika anledningar inte kommer iväg till skolan och isolerar sig alltmer i hemmet.

BUP Mellanvård har ingen tydligt utformad arbetsmodell gällande just arbete i hemmet. Behandlarnas erfarenhet och kunskap styr till stor del upplägget. Behandlingsarbete i hemmet kräver en flexibilitet och öppenhet hos behandlarna, då man arbetar i en för dem "främmande" miljö där man inte kan ha full kontroll. Samtidigt ställer arbetet krav på tydlighet, struktur och ramar för att inte tappa behandlingsinriktningen, vilket gör arbetet i hemmiljö komplext.

Behandlare som arbetar med hembesök kan se många fördelar med arbetsmetoden, vilket det också finns studier som bekräftar. Quintana (2010) har i sin studie intervjuat behandlare inom barnpsykiatri som arbetar med hembesök. Syftet med denna studie är att istället ta reda på det andra perspektivet, det vill säga undersöka hembesök ur familjernas perspektiv, hur de upplevt dem och den behandlingsinsats som Mellanvården gett.

2 Teoretisk bakgrund

Hembesök innebär professionell hjälp till familjerna i deras hemmiljö där hemmet, platsen för hjälparbetet, får betydelse för insatsens verkan. Behandlarna kommer till ett hem som för dem är en "okänd" plats men för familjerna är en känd miljö. Detta förstärker begreppet not-knowing position från behandlarnas sida. Hemmet blir sedan den plats där utvecklingen av

relationerna mellan familjen och behandlarna sker. Under avsnittet teoretisk bakgrund, definieras de begrepp som studien bygger på och dess frågeställningar; hembesök, platsens betydelse för rollen, sympatisk introspektion, not knowing position och alliansen.

Historiskt perspektiv på begreppet hembesök

Redan under 1700-talet i Sverige förekom uppsökande hjälpverksamhet hemma hos familjer. Det var främst att stödja fattiga med allmosor. Hjälpen utvecklades sig sedan mot att inte enbart vara att ge pengar, utan också se över livsförhållandena för familjen, vilka behov de hade i sin hemmiljö för att se vilket stöd som skulle ges. I början av 1900-talet utvecklas en metod i USA, Social Case-work som också får spridning i Sverige. Inriktningen var att se klienten i sin hemmiljö och utgick från ett medicinskt fokus med krav på bedömning, diagnos och behandling (Hansson, 1983). Utvecklingen leder fram mot ett utvecklat hemterapeutiskt arbete. Det fanns stora svårigheter hos multi-problem-familjer att klara av enkla praktiska funktioner, som till exempel hushållsarbete och hygien. Hemkonsulenter fick hjälpa familjerna i deras vardagsliv. 1947 startade Gustav Jonsson barnbyn Skå utanför Stockholm, ett kollektiv där man behandlade barn och föräldrar tillsammans där barnens problem och symptom ofta hade en grundorsak i familjens relationer.

Gustafsson & Weine (2005) beskriver att de under 70-talet utvecklades en hemma-hos-verksamhet där hemma-hos-arna arbetade med familjerna i deras egen hemmiljö. Behandlarnas bakgrund och erfarenhet var en brokig blandning. De arbetade ofta på lösa uppdrag utifrån eget huvud. Verksamheten kom med tiden att regleras och professionaliseras mer och mer, bland annat genom att man inrättade tjänster för familjebehandlare som ofta hade en grundutbildning som socionomer eller psykologer. Inledningsvis var det främst inom sociala vården som hemma-hos arbetet bedrevs. Det utvecklades senare till en arbetsform inom barn- och ungdomspsykiatri där det fick en större kraft och genomslag under senare delen av 1990-talet. Inspiration hämtades från främst USA i form av en intensiv hembaserad familjebehandling med till exempel modellen Multi Systemic Therapy.

Platsens betydelse för rollerna

Vi har våra inlärdade roller, både som familjemedlem och som behandlare. Rollerna påverkas också av vilken miljö vi befinner oss i. Vad sker när behandlare möter barn och familj utanför mottagningen? Platsen för ett möte har stor betydelse, men platsen påverkar också den roll vi tar och får i mötet. I behandlingsarbetet med familjer inom BUP Mellanvård är det viktigt att skapa en god relation till deltagarna och förmedla tillit, samtidigt som uppdraget och hjälpinsatsen ska genomföras. Arbetssättet med hembesök ger en bild av hela familjesituationen. Vid hembesök blir behandlarna en gäst i hemmet vilket kan

medföra en något nedtonad professionell stil. Behandlarna kommer in i en ny miljö där det gäller att hitta sin plats, ta till sig alla de intryck som hemmiljön ger och balansera detta med den professionella rollen. Även för familjen är det en annan situation än att mötas på en mottagning. De bjuder in och öppnar upp sitt hem för behandlarna. I hemmet är det familjen som har större kontroll och makt över arenan, samtidigt som professionella träder in på deras privata område.

Roush & Cox (2000) ger en beskrivning av hemmet som en fysisk plats där attribut som kärlek, tillfredsställelse, lycka och lugn finns. Hemmet omfattas av alla familjemedlemmar, husdjur, den fysiska ytan och ägodelar. Hemmet är den plats där social samvaro sker och utgör trygghet samt skydd mot världen utanför. Men hemmet kan också vara en plats för negativa upplevelser, till exempel otrygghet, distans mellan familjemedlemmar och våld. Flera forskare, Henning & Toomingas samt Fridh & Norman (2008) menar att familjen vid hembesök kan känna sig tryggare med att få visa upp sig i sin rätta miljö. Det ger behandlarna en inblick i barnets levnadsmiljö och samspelet inom familjen. Information är inte bara det som sägs, utan minst lika viktigt är det som man ser. Enligt Lanyado (1999) så är rummet den plats där problem kan presenteras ”i verkligheten”. Hemmet ger möjlighet att observera problem och att se samspelet mellan familjemedlemmarna. Att komma hem till en familj är att träda in i deras liv, hemmet är inte bara en fysisk miljö, där finns allt av känslor, minnen och vardagsliv. I en hemmiljö kan det vara lättare för familjemedlemmarna att prata, att se det invanda samspelsmönstret och tryggheten i miljön kan göra att det blir lättare att komma närmare problemen.

Sympatisk introspektion och Not knowing position

Trost & Levin (1996) skriver att som behandlare kunna förstå vad som sker i familjens vardag och leva sig in i deras föreställningar kring det är vad Cooley kallar ”Sympatisk introspektion”. Det är att komma åt och försöka förstå människors föreställningar om den givna situationen och inte låta egna föreställningar, om hur man själv tror och tycker att det ser ut, bli vägledande och styrande. Denna sympati handlar inte om att tycka synd om, utan att känna en typ av samhörighet och försöka dela den föreställningsvärld som den andra utgår från.

Begreppet ”Not knowing position” innebär att som behandlare/terapeut, eller som i denna studiens fall intervjuaren, vara i en icke-vetande-position. Harlene Anderson (1999) beskriver icke-vetande som ödmjukhet om vad man vet. Att man som terapeut är mer intresserad av att få veta vad klienten säger än att gå in på eller betona sin egen kunskap. Genom frågor utforskar och utvecklar terapeuten klientens olika sätt att se på situationen.

Allians

Philip & Holmqvist (2008) ger en bakgrund och historik kring alliansbegreppet. Intresset för behandlingsrelationens betydelse har funnits länge inom psykoterapi. Man har använt begrepp som överföring och motöverföring i den psykoanalytiska behandlingsmodellen. Samarbetetsaspekten uppmärksammades av Elisabeth Zetzel som beskrev den terapeutiska relationen som en terapeutisk allians. Intresset för att empiriskt undersöka hur behandlingsalliansen påverkar utfallet växte under 70 och 80-talet. Bordin vidareutvecklade alliansbegreppet på 1970-talet till att innefatta en ömsesidig överenskommelse mellan patient och terapeut om uppgift och mål med terapi. Allians definierades som samarbete mellan patient och terapeut utifrån tre faktorer, ”goal” det vill säga att vara överens om de terapeutiska målen, ”task” samstämmighet om metod och uppgift och ”bond” den känslomässiga relationen mellan terapeut och patient.

3 Tidigare forskning

Hembesök

Området hembesök som arbetsmetod, särskilt sett ur familjernas perspektiv, är inte särskilt mycket studerat inom barnpsykiatri. Däremot mer studerat inom socialtjänsten och barnavårdscentralens arbetsfält. Under detta avsnitt, Tidigare forskning, görs därför ingen uppdelning mellan empiriska och erfarenhetsbaserade studier då området i sig är så lite utforskat.

Henning & Toomingas (1997) ser hembesök som ett professionellt och avgränsat besök med ett klart syfte. Författarna frågar sig om det är en arbetsform, en arbetsmetod eller bara en plats där mötet sker. Deras slutsats är att det kan ses på olika sätt beroende på vad syftet med hembesök är. Hembesök kan ha olika syften: att få kontakt med familjen, att skapa förståelse på ett mer djupt och tydligt sätt, att observationer i hemmiljö är av vikt, att få del av det naturliga samspelet inom familjen. Henning & Toomingas beskriver att det finns mycket erfarenhet och kunskap om hembesök, trots detta finns det vetenskapligt lite nedskrivet om hembesök och dess fördelar. I en studie av Svensson & Lindström (2012) undersökte de socialsekreterares tillvägagångssätt vid barnavårdsutredningar som sker genom hembesök. Författarna beskriver i sin studie att de upplever att hembesök till stor del verkar bygga på tyst kunskap hos utövarna, det vill säga att den varken är uttalad, medveten eller reflekterad.

Inom socialtjänsten saknas klara och vägledande riktlinjer för hembesök. Däremot finns i socialstyrelsens allmänna råd och riktlinjer (SOSFS 2006:12) kring mötet med barnet och vårdnadshavaren, samt att utredningen bör grundas på kunskap och beprövad erfarenhet. Socialstyrelsen har utarbetat BBIC (Barnets Behov I Centrum), ett system för handläggning och dokumentation vid utredning, planering och uppföljning.

4 Frågeställningar

Problemformulering: Eftersom hembesök utgör en stor del av arbetet inom BUP Mellanvård är det viktigt att få mer kunskap om familjers upplevelser av dessa för att utveckla och förbättra metoden. Studiens syfte är att få ökad förståelse och kunskap om hur familjer upplever hembesök som arbetsmetod inom barnpsykiatri, samt hur de upplevt Mellanvårdens behandlingsinsats.

Frågeställningar:

Hur upplever familjer hembesök som arbetsmetod?

Vilken betydelse har platsen för kontakten?

Hur blev relationen mellan behandlare och familj?

Hur blev utfallet av behandlingsinsatsen?

5 Metod

5.1 Undersökningsdeltagare

Kriteriet för att ingå i den första urvalsgruppen var att familjerna skulle ha haft kontakt med BUP Mellanvård, vilken behandlingsinriktning som erbjöds skilde sig åt men gemensamt var att hembesök ingått under behandlingsarbetet. Kontakten med BUP Mellanvård skulle vid tillfället för intervjuerna (april/maj 2013) vara avslutad, men avslutet fick inte vara äldre än max ett år tillbaka. Att tidsintervallet sattes upp till ett år tillbaka var för att få en större grupp att göra fortsatta urval ur.

27 familjer som uppfyllde ovanstående kriterier valdes slumpmässigt ut ur Pastill (registreringssystem inom BUP). Till dessa skickades ett informationsbrev med förfrågan om deltagande i studien (bilaga 1). Familjerna kontaktades därefter via telefon, fem familjer blev här ett bortfall eftersom de ej gick att nå via telefon/kontaktuppgifter saknades/telefonnummer som ej var i bruk längre. Av de 22 familjer som erhållit telefonsamtalet tackade 9 familjer nej till att delta i studien då de inte var intresserade, tidsmässigt svårt att hinna med intervju eller bortresta under intervjuperioden. Av resterande 13 familjer

gjordes sedan ett strategiskt urval av 6 familjer ut för intervju. Urvalet gjordes med målet att få ett brett spann åldermässigt på patienterna samt att få representanter från flera olika yrkesgrupper på de behandlare som gjort hembesöken. Behandlare från flertalet av Mellanvårdens yrkesgrupper är representerade i studien; familjebehandlare, skötare, psykologer, psykoterapeuter, socionomer och sjuksköterskor.

Önskemålet var att samtliga i familjen som ”bodde under samma tak”, eller på något sätt haft kontakt med behandlarna vid hembesök, gärna fick delta vid intervjun. Totalt lät sig 15 personer intervjuas under de sex intervjutillfällena. Intervjupersonerna fördelades enligt följande: fyra patienter (barn/ungdomar), sex mammor, två pappor och tre syskon. De patienter som intervjuades i studien benämns som ”barn” för att bevara konfidentialiteten, även om det åldersmässigt kan vara en ungdom.

5.2 Undersökningsmetod

Till studien har en kvalitativ forskningsmetod använts med en explorativ ansats.

5.3 Datainsamlingsmetoder

Inför intervjuerna formulerades frågeställningar som sedan var grunden till den intervjuguide som användes (Bilaga 3). Frågorna var semistrukturerade så att möjlighet till följdfrågor fanns samt att öppna upp för intervjupersonerna att vidarutveckla sina svar. Familjerna fick själva välja om de ville göra intervjun på BUP Mellanvårdens mottagning eller i hemmet, samtliga sex intervjutillfällen genomfördes i familjernas hem.

Vid intervjutillfället i hemmet valde familjemedlemmarna var vi skulle sitta, hälften av intervjuerna genomfördes i vardagsrummet och hälften runt köksbordet. Önskemålet var att få intervjua så många som möjligt ur familjen. Vilka familjemedlemmar som deltog vid intervjun och om de önskade sitta enskilt eller tillsammans med andra ur familjen bestämde familjerna själva. Intervjuerna spelades in med ljudupptagning och intervjutillfällena, totalt 6 stycken, är vardera 50-75 minuter långa. Intervjutiden med föräldrarna varade längre, mellan 30-60 min/intervju, medan intervjuerna med barnet eller syskon var betydligt kortare tidsmässigt. Detta styrdes utifrån deras intresse i stunden av att delta vid intervjun samt intervjupersonernas möjlighet att ge mer eller mindre omfattande svar på frågorna.

5.4 Bearbetningsmetoder

De sex intervjutillfällen med totalt 15 intervjudeltagare ligger till grund för databearbetning och analys. Transkriberingen genomfördes av intervjuaren inom en till två veckor efter genomförd intervju. Intervjuerna återgavs ordagrant från ljud-upptagningen till dataskrivna text. Tydliga pauser eller betoningar markerades ifall detta skulle få betydelse senare vid analysen.

De transkriberade intervjuerna bearbetades med en tematisk innehållsanalys. Texten lästes först igenom ett flertal gånger för att skapa en helhetsbild av materialet. Gemensamma återkommande teman i materialet framträdde, en del överensstämde med frågorna som fanns i intervjuguiden och en del nya teman blev synliga. Ytterligare bearbetning av materialet inom varje tema ledde till att underkategorier lyftes fram. Vid analysen har intervjusvaren varit utgångspunkten och inte intervjuguiden eller frågeställningarna. Citaten som finns återgivna i uppsatsen valdes ut med syfte att förtydliga och illustrera temana och dess underkategorier i resultattexten. Citaten är i vissa fall korrigerade gällande talspråk eller uttryck som "hmm" eller "eh", detta för att underlätta för läsaren.

5.5 Genomförande

Studiens forskningsplan är initialt förankrad, jan/feb 2013, hos BUPs chef för verksamhetsområdet och studien genomfördes sedan vid BUP Mellanvård under våren 2013 till och med hösten/vintern 2013. Mars 2013 skickades första informationsbrevet ut till familjerna med intresseförfrågan om att delta i studien. Därefter kontaktades de via telefon, av de som tackade ja till ett deltagande gjordes ett urval av 6 familjer ut och intervjutider med dessa bokades. En vecka före intervjun skickades ytterligare ett brev (Bilaga 2) till familjerna med information om hur intervjun skulle vara upplagd och några områden de i förväg kunde fundera kring. Familjerna intervjuades under fyra veckor i april 2013 och materialet transkriberades därefter. Bearbetning av resultatet och sammanställandet av studien genomfördes under höstterminen 2013.

6 Forskningsetiska frågeställningar

Breven med förhandsinformation om studien, dess syften och upplägg, adresserades till föräldrarna. Det kunde inte säkerställas att denna information sedan delgivits samtliga familjemedlemmar. Vid intervjutillfället upprepades informationen muntligt till varje enskild intervjudeltagare.

Studien har utgått från Vetenskapsrådets fyra forskningsetiska principer:

informationskravet, samtyckekravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2012). I det första informationsbrevet som skickades ut till deltagarna, med en intresseförfrågan om att delta vid en intervju, informerades om studiens syfte, hur den skulle genomföras samt konfidentialitet och frivillighet vid deltagande (Bilaga 1). De som önskade vara med i studien gav via telefon sitt samtycke till att delta vid intervjuerna. Vid varje enskild intervju upprepades informationen om studiens syfte och konfidentialiteten för deltagarna innan intervjun startade. Studien avser att gå i linje med den lagtext som återfinns i *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003:460). Upplägget för studien är förankrad och godkänd av chefen för BUPs verksamhetsområde.

Intervjuerna avidentifierades vid transkriberingen och har förvarats inlåst under arbetets gång. Den transkriberade texten har endast använts för studiens syfte. Eftersom studien är baserad på information från familjer, har materialet redovisats med hänsyn tagen till de konsekvenser detta kan få för intervjupersonerna.

7 Resultat

Resultatet i studien presenteras först i en tabellform för att ge en överblick över de övergripande områden, teman och underkategorier som framkom vid bearbetning av intervjuerna. Därefter beskrivs varje område för sig med tillhörande tema och underkategorier.

Tabell 1. Studiens övergripande områden, teman och underkategorier i tabellform.

| Över-gripande område: | Hemmet | Behandlingen | Relationerna |
|-----------------------|--|--|---|
| Tema: | Behandlare i sitt eget hem | Hjälpinsatsen | Samspel och interaktion |
| Under-kategorier: | A) Enkelt och bekvämt B) Hemmet och integritet C) Visa sig i ”verkligheten” D) Verktyg på plats i hemmet E) Nackdelar i hemmiljö | A) Hjälpsättningen B) Verktyg kopplat till problematiken C) Kunskap och professionalitet | A) Två behandlare B) Delaktighet C) Bli sedd och förstådd D) Öppenhet och pratbarhet |

Även om det tematiska sättet att presentera resultatet är uppdelat och strukturerat så både tangerar och överlappar vissa teman varandra. Kontexten som intervjuaren tillhört har dock varit styrande till vilket tema de slutligen placerats under, även om det inte alltid tydligt framgår i de citat som redovisas som exempel.

Svårigheterna som finns hos de sex familjerna som deltagit i studien, och problematiken de önskat hjälp med, har sett mycket olika ut. För några familjer har det varit inom ett mer specifikt område eller med ett tydligt konkret problem. För några familjer har stora delar av barnets och familjens livssituation inte fungerat alls. Vissa teman är därför mer framträdande hos en del familjer, medan de är av mindre betydelse, igenkännande eller intresse för andra familjer.

7.1 Hemmet / Behandlare i sitt eget hem

A) Enkelt och bekvämt

Samtliga intervjuade föräldrar uppskattade hembesök utifrån att de ansåg det vara enklare och bekvämare att träffas hemma än på en mottagning. Skälen kunde vara att det fanns småsyskon i familjen och det kunde kännas besvärligt och omständligt att ta med dem till mottagningen, alternativt behöva skaffa barnvakt åt dem hemma. Det kunde också vara att patienten var omotiverad att åka till mottagningen vilket gjorde att föräldrarna slapp konflikter kring detta genom att istället träffas hemma.

”Det är också mycket lättare att vara hemma än att försöka få ihop alla och åka iväg. Och sen särskilt eftersom X (barnet) inte var så medgörlig alla gånger på den tiden”

Några av föräldrarna saknade körkort eller bil och skulle därför behöva åka med buss eller tåg till mottagningen vilket ibland innebar lång resväg. Hembesök sågs som tidsbesparande för familjerna.

”Jag tror att vi föredrog hembesök av logistiska skäl. Vi försöker undvika bilkörning, vi cyklar och vi går. För oss kändes det som det var det mest tidseffektiva sättet för oss, istället för att vi skulle åka dit bort, sitta och vänta och så ska man åka hem igen. Och så med två andra barn, hämtningar på dagis och sådana saker. Men ser man till problemet så hade det inte gjort någon skillnad om vi arbetat med det på en mottagning”

B) Hemmet och integritet

Ingen av föräldrarna hade något emot att ha behandlare i sitt eget hem. De lyfte sinsemellan fram olika perspektiv på den situationen. Några föräldrar likställde

det med hur det brukade vara i vanliga fall när de har gäster hemma, vilket de ofta hade och tyckte om att ha.

”Inga problem! Ja alltså jag och även X (barnet) vi älskar att ha gäster och vi är så vana vid det och tycker inte att det är några problem. Men det är säkert beroende på hur man är som person.”

Föräldrarna kunde också beskriva de krav som de ställde på sig själva om att det borde vara städad etc. vid hembesök, men kom istället fram till att det kändes okej att få visa upp hur de faktiskt har det hemma. I en familj blev det sedan ett ämne som de samtalande och arbeta kring tillsammans med behandlarna, hur familjen skulle kunna få en bättre ordning och mer städad miljö för att underlätta vardagen.

”Ja, det blir en stress, men samtidigt är det som det är. Jag släppte verkligen det där, ni får ta det som det är, så här ser det ut hemma hos oss”

En mamma ställde sig mer eller mindre likgiltig till att ta emot behandlare i sitt hem. Familjen hade haft en mångårig svår situation med flera olika hjälpinsatser och utredningar som inte lett till någon förbättring för henne och hennes barn.

”Jag kan säga att jag börjar bli väldigt trött, för jag har haft väldigt många utredningar av människor som har sprungit här och så har vi ändå inte fått någon hjälp. Det var inte att jag kände att 'Hjälp, nu kommer det människor hem till mig', utan det var mer att jag var så trött och tom, så det var mer att jaha nu kommer det ytterligare några hem till mig som ska göra någonting, vad de nu ska göra?”

Till skillnad mot föräldrarna, vilka inte upplevde att det kändes som ett intrång när behandlarna kom hem, så var det flera av de barn samt syskon som deltog i intervjuerna som var negativa till att ha behandlare hemma. Några av storasyskonen (från olika familjer) som lät sig intervjuas uttryckte att de tyckte att det var jobbigt och att de kände sig besvärade av att behandlare kom hem till deras bostad. Dessa syskon var heller inte särskilt involverade i behandlingsarbetet eller i kontakten med behandlarna.

”Jag tänkte: Åh, nu är dom här igen! Då satt jag där vid köksbordet och hade kommit hem tidigt från skolan, och så tog jag mitt fika. Och så kom dom in sådär och hade en del frågor, och dom kunde ju inte ens hjälpa till (syftar på problemet som syskonet hade).

Intervjuare: Brukade du vara med på något sätt i samtalen när de kom?

Storebror: Nä!

Intervjuare: Hur var det att det var samtal här hemma och så var du inte med?

Storebror: Nämen jag gick liksom till ett annat rum själv för jag tyckte bara att det var tråkigt”

C) Visa sig i "verkligheten"

Några av familjerna befann sig i en omfattande och svår livssituation, med bland annat skolgång som inte fungerade, barn som blivit så kallade "hemmasittare", stora konflikter mellan barnet, syskonen och föräldrarna samt en flerårig pågående problematik med många år med BUP-kontakt inom öppenvården. Dessa föräldrar beskrev i intervjuerna att det var skönt att få visa upp sig själva, hur de är som föräldrar och hur situationen ser ut i den verkliga hemmiljön. De uppskattade också att kunna bli bekräftade av behandlarna i stunden när konflikter uppstod med barnen.

"Det var jätteskönt att de kom hem och ser hur vi bor och hur vi är i vår föräldraroll här hemma hos oss"

"Eller som vi alltid har tyckt; varför har vi så jobbiga ungar för? Är det oss det är fel på? Eller är det miljön det är fel på? Eller vad gör man för fel? Det är det jag alltid har gått och trott, jag har anklagat mig själv, det måste ju vara jag som gör något eller utsöndrar någonting som gör att barnen är annorlunda på ett eller annat sätt. Men behandlarna verkar inte som att de har blivit chockerade direkt när de har kommit hem hit."

"X och XX (barnet och storasyskonet) slogs första gången behandlarna kom hem hit under hela besöket. Jag var jätteglad att dom kom för dom fick se hur det var. Det var inte så att de skärpte sig för att de var några här"

Att befinna sig i just hemmiljön tog en pappa upp som ett stöd för honom att lättare kunna visa upp en bredare bild, helheten av både situationen familjen befann sig i och även vad han som pappa i stunden hemma hamnade i, rent konkret men också känslomässigt. Pappan sa att detta kunde man visserligen beskriva på en mottagning, men i hemmiljön fanns allt det känslomässiga runtomkring vilket underlättade och förstärkte samtalet med behandlarna.

"Jag tror att man får ut mer när man är här hemma, man glömmmer lättare när man har samtalen på en mottagning." "Här hemma kunde man liksom ta ut svängarna och ta saker i periferin som man annars kanske inte hade tänkt på. Så här hemma blev det mer en helhet. Jag tycker att man kunde plocka mer i detaljerna och se att det hänger ihop."

D) Verktyg på plats i hemmet

Ett tydligt önskemål från flertalet intervjuade föräldrar var att få konkreta råd och tips på hur de skulle göra och hantera olika situationer. Några av föräldrarna upplevde att de hade fått de verktyg som de behövde och att det blev än mer tydligt när de kunde få dem på plats i hemmet. Medan andra föräldrar uttryckte ett missnöje över att de inte tyckt sig få verktyg och konkret hjälp även om

detta var vad de hade haft förhoppningar om inför Mellanvårdsinsatsen.

”Det känns som att man får mer verktyg, att dom kommer hem här och jobbar i verkstan där vi faktiskt är 24 timmar om dygnet.”

”Jag hade nog större förväntningar och hade hoppats på att få ännu mer verktyg, konkreta handlingsmetoder som en handlingsplan. Eller näst intill visa att så här ska ni göra.”

E) Nackdelar i hemmiljö

Ett par föräldrar lyfte fram och beskrev nackdelar som de kunde se med att träffas i hemmet. Dessa var kopplade till rummets betydelse med gränser och ramar, där de ansåg att risken för att bli störd vid samtalet var större om man träffades i hemmiljö.

”Man blir inte lika störd på mottagningen, men här hemma kan det ju hända vad som helst. Det kan komma folk och hundarna skäller, och på det viset är det ju lättare att sitta i ett rum på en mottagning.”

”Två gånger var jag med X (storasyskonet) på Mellanvårdens mottagning, det var bättre för X, för det var ingen annan runtomkring. Det blev ett bättre samtal och fokus på X när de sågs där.”

7.2 Behandlingen / Hjälpinsatsen

A) Hjälp med problematiken

Problematiken för de sex intervjuade familjerna skiljer sig åt. Vissa problem har de gemensamt medan andra är mer specifika för några familjer. Även om barnen ibland har samma diagnos, till exempel, asperger, adhd, add eller trotssyndrom, så är situationen de lever i och problemen de har mycket olika från familj till familj.

Av de intervjuade upplevde två familjer att de fick bra hjälp och att problemen löste sig för dem. Gemensamt för de familjerna var att barnet hade diagnoser inom flera områden. För den ena fungerade hem och skolsituationen väl, förutom det specifika problem de sökte för. För det andra barnet fanns stora problem inom många områden i både skola och hem. Mamman uttryckte stor tacksamhet över det stöd och hjälpen de fick inom de olika områdena. Möjligheten att behandlarna även kunde vara mobila, finnas med i skolan och delta på möten där var något som mamman såg som en viktig hjälp.

”Åh Gud, Mellanvården – Jippie! Det sa jag till dom, de var liksom min livlina. De kommer, och jag kan ringa dem, flera gånger ringde jag och så pratade de

med mig en stund och så redde de ut allting.”

De fyra övriga familjerna upplevde att de inte fått hjälp med sin problematik. De var nöjda med vissa delar av hjälpinsatsen, men problemen de sökt för kvarstod när kontakten med Mellanvården avslutades.

”Det är som att vi är tillbaka på ruta ett och till och med sämre än så. Det var ju det där vi redan hade då, med aktiveringsdelen som de (behandlarna) lämnade en lista på. Men X har ju inte gjort en enda, så att tanken var god men som sagt man måste få verktyg att jobba med, hur ska vi göra för att utmana X till aktiveringen.”

B) Verktyg kopplat till problematiken

Samtliga familjer hade önskemål om att få konkreta, tydliga och handfasta råd och verktyg hur de skulle hantera olika problemsituationer. Några upplevde att de fick den hjälpen. En mamma beskrev hur familjen tillsammans med behandlarna hade familjeråd runt köksbordet där samtliga i familjen var delaktiga i besluten som fattades. Dessa beslut kunde innefatta vardagliga rutiner, konflikter och situationer som de ofta hamnade i.

En av de familjerna, som hade endast ett specifikt problem som de önskade hjälp med, uttryckte stort missnöje med att de inte fick någon tydlig metod för att arbeta med problemet. Mamman berättade att öppenvården informerat föräldrarna om att Mellanvården hade en arbetsmetod för denna problematik, vilket Mellanvården sedan i kontakten med familjen sa sig inte ha.

”Vi återkom ju till det här att vi saknade information om vad behandlingen gick ut på, finns det en beprövad metod? Och de där frågorna fick vi ju aldrig svar på. Behandlaren på öppenvården sköt ju över frågorna till Mellanvården, och trodde ju att dom hade en metod, och Mellanvården bara 'Nä vi har ingen metod'.”

En mamma som haft en tung och svår tid med sitt barn under många år kände sig inte hjälpt av att samtala om sin situation och hur hon borde möta barnet. Eftersom hon både fysiskt och psykiskt var väldigt trött hade hon istället ett behov och en önskan om att bli avlöst när det var som jobbigast.

”Mycket av de här diskussionerna hjälpte mig inte, för behandlarna var ju inte med mig i just den här situationen. Vad jag hade behövt då när jag var inne i stan med X (barnet), det var någon som stod bredvid mig och tog över och löste det här. Så att jag bara fick sätta mig på en bänk, vila och andas och hitta kraft någonstans.”

C) Kunskap och professionalitet

De föräldrar som var kritiska vad gällde kunskap och professionalitet hos behandlarna, var de som inte upplevde att de blivit hjälpta inom sitt problemområde. Några föräldrar av de som inte tyckte sig få den hjälp de behövde eller hade hoppats på, uttryckte även att behandlarna hade gett ett oprofessionellt intryck. En mamma gav exempel på situationer som uppstod under hembesöken som hon såg som ett oprofessionellt bemötande av barnet. I intervjun sa mamman att hon hade förväntat sig att behandlaren skulle ha mött barnet mer professionellt i stunden.

”Jag trodde ju att de var professionella, jag valde att backa i det här för jag tänkte att de ska ju faktiskt komma in här och hjälpa och stötta oss i att komma framåt. Då tror man ju att de vet hur de ska bemöta ens barn, man tror ju att de är proffs och speciellt på bemötande av en aspergerperson. Dumheten som behandlaren gjorde kan jag ju säga var att plocka fram papprena ur sin mapp, för vad gjorde X (barnet) då, jo han stängde av helt. X hade behövt en kompisrelation först. Behandlaren hade kunnat sitta och prata om väder och vind och inte behövt prata om hur X mår eller att X behöver gå tillbaka till skolan.”

En annan förälder upplevde istället att behandlarna hade gett ett mer övergripande oprofessionellt intryck.

”Vårt intryck av Mellanvården baseras ju bara på de här två individerna och det är oprofessionellt, och saknar helt och hållet någon vedertagen och beprövad metod. Så sammanfattningsvis så kändes det bara oprofessionellt och slöseri med vår tid och deras tid, tyvärr. Men det som höll det uppe var det här pratet om att för alla andra som de jobbat med har det löst sig för, men det kunde ta tid, så därför gav vi dem tid även om vi själva tröttnade efter ett par veckor när det kändes som att det här gav inget.”

7.3 Relationerna / Samspel och interaktion

A) Två behandlare

Samtliga familjer som intervjuades hade i kontakten med Mellanvården tagit emot två behandlare vid hembesöken. Flera av familjerna hade en positiv inställning till att två behandlare varit med. Ett av barnen sa att han tyckte att det kändes skönt att ha två behandlare hemma men hade svårt att beskriva närmare vad som var skönt med det. En förälder tog upp att två behandlare vid besöket gav en möjlighet att dela upp sig, som förälder kunde man få diskutera med den ena medan barnet kunde vara med den andra behandlaren.

”Jag tror nog det skulle gå bra om det bara varit en, men samtidigt var det

intressant att de var två och vi kunde dela upp oss. En gick med X (barnet) och så kunde jag prata med den andra också om det hela.”

De två behandlarna kunde av vissa upplevas som olika i sin stil, till exempel att en var mer pratsam, den andra mer lyssnande, vilket en pappa kände gav en trygghet i situationen då han kände att han passade bra ihop och kände samhörighet med dem bägge. Att de var motsatser till varandra, hade olika erfarenheter och därför kompletterade varandra, var jättebra som en mamma uttryckte det. Ytterligare en mamma lyfte fram det positiva med att det var just en man och en kvinna som kom, som hon upplevde tänkte olika utifrån kön. Att det blev två behandlare som kom hem och kunde bevittna hennes situation såg hon också som positivt.

En mamma och hennes barn tyckte att det hade räckt med att en behandlare hade kommit vid hembesöken. Mamman trodde att det eventuellt var just kombinationen av dessa två behandlare som inte blev lyckad, på grund av deras olika personlighet.

Det hade räckt med att en hade kommit, det hade varit bättre med en. De pratade i mun på varandra och om den ena ställde en fråga så inväntade inte alltid den behandlaren svaret. Utan den andra behandlaren tyckte att: jamen jag måste förtydliga den här frågan, och gick liksom in istället för att vi fick svara på frågan”

B) Delaktighet

Hur vårdplaneringen sett ut för de sex familjerna skiljer sig åt. För vissa har det i förväg varit uttalat vilka familjemedlemmar behandlarna kommer för att träffa. I andra situationer kan det ha uppstått möten spontant mellan till exempel syskon och behandlare. Även om avsikten och planeringen är att behandlarna kommer för att träffa en eller flera i familjen vid hembesöket, så händer det att barnet eller en förälder eller ett syskon uteblir av olika anledningar. Hembesök som behandlingsform innebär att alla i hemmet på ett eller annat sätt blir involverade.

Delaktighet är ett vitt begrepp. En sak är att vara delaktig genom att prata själv eller lyssna och följa med i samtalet. Man kan också vara deltagande men på avstånd. Det finns olika faktorer som påverkar delaktighet, hur man till exempel bjuds in, om det förväntas att man deltar, egen motivation till att delta och tidigare erfarenheter. Föräldrarnas delaktighet kan bero på engagemang eller intresse, rollfördelning sinsemellan samt en tidsaspekt ofta kopplad till deras arbete. Ingen av föräldrarna i intervjuerna säger sig själva ha blivit åsidosatta när det gäller känslan av delaktighet under hembesöken. De har inte heller upplevt att deras respektive, det vill säga den andre föräldern, inte varit tillräckligt delaktig.

Fyra av barnen i intervjufamiljerna lät sig intervjuas. Tre av dessa hade känt sig delaktiga under hembesöken och hade inte något negativt att komma med. Det fjärde barnet som intervjuades deltog nästan aldrig vid hembesöken, trots att barnet var hemma och var på sitt rum. Under intervjun beskriver barnet sin upplevelse av det tillfälle då barnet mot slutet av ett av hembesöken mötte behandlarna i köket.

”Men jag kunde ju aldrig prata, jag hade ju inte någon chans att prata med dom. Jag gillade det inte heller. Behandlarna pratade med mamma och pappa och så kom jag ner och då sa dom bara ’hej’. Men de kunde ju ha frågat, eller de kunde ha pratat med mig och frågat hur det kändes.”

Tre syskon intervjuades, varav en endast var 4 år gammal. Fyraåringen var delaktig vid besöken där upplägget ofta var att hela familjen var samlad för gemensamma samtal. Syskonen från de två andra familjerna var negativa till att behandlare kom hem till dem och det var heller inte planerat att de skulle delta i samtalen. Deras föräldrar uttryckte inte heller vid intervjuerna att de hade önskat att syskonen blivit mer delaktiga. De kunde istället tycka att det var bra att hålla syskonen utanför kontakten och problemområdet.

En intervjuad mamma tog upp önskemål om att de två syskonen i deras familj skulle ha involverats mer vid hembesöken. Hon ansåg att det både kunnat vara bra för dem att bli sedda som egna individer samt möta professionella för att kunna ställa frågor och funderingar de haft.

”Jag hade nog önskat att de hade mött upp syskonen mera. Jag menar här hade det varit ett ypperligt tillfälle för behandlarna att jobba med X (barnet) genom syskonen. Till exempel höra efter med dem hur de tänker eller känner när X betar sig eller säger si och så. Det var ju inte mycket så, Y (syskonet) tror jag pratade en kort sekvens med en av behandlarna när Y var med här i köket. Men jag menar, de sitter ju också med frustration, ledsamheter och aggression kring det här.”

C) Bli sedd och förstådd

Flera föräldrar tog upp att det var skönt att visa upp sig i olika situationer som uppstod hemma. Tillsammans i relationen med behandlarna kände de sig sedda och bekräftade och att behandlarna visade förståelse för den svåra känslomässiga situation de hade. En mamma beskrev ett tillfälle när syskonen hemma bråkade med varandra under ett helt hembesök. Behandlarna blev vittnen till detta och mamman kände sig bekräftad genom deras kommentarer av situationen.

”Den gången bråkade X och XX (barnet och ett syskon) mest hela tiden, till och med så att en av behandlarna blev alldeles trött (fniss). Men det var också bra tror jag, då fick jag höra från någon annan att ’Men det är ju inte konstigt,

ni har det här 24 timmar om dygnet, jag är trött efter en timme hos er. Så att du orkar är helt otroligt'. Och det tycker jag är en pepp, att man är starkare och bättre än vad man ser sig själv."

En familj vars dotter varit hemmasittare och isolerad under lång tid hade ett upplägg med ett hembesök i veckan från behandlarna för att försöka få kontakt med dottern. Dottern deltog aldrig vid samtalen, men för pappan som då var den som oftast var hemma med henne på dagarna, blev det ett viktigt stöd i tillvaron.

"Det är som ett slags moraliskt stöd när man inte får alla delaktiga i det som man tänkt från början. Det känns som en slags grundtrygghet och man vet att man inte är ensam om det här. Man sitter där annars ensam och tänker hur ska jag lösa situationen. Man har ett slags bollplank en gång i veckan för man är ju i kris. Det blev som en slags bekräftelse på att man inte är ensam om de bekymren."

D) Öppenhet och pratbarhet

Vid intervjuerna, av främst föräldrarna, framkom att flera av dem hade haft funderingar, frågor eller åsikter om behandlingen och kontakten med Mellanvården under perioden som behandlingsarbetet pågick. Gemensamt för just dessa frågor och åsikter var att de eventuellt kunde upplevas som kritiska eller ifrågasättande på något sätt. Ett par av mammorna ansåg sig ha kunnat ta upp det här med behandlarna och att de tyckte att dialogen mellan dem var öppen och tillåtande.

"Ja det sa jag, och dom sa det att ' Det är bra med dig, att du är så rak på sak', och jag tror att ska du ta emot hjälp så måste man vara ärlig och rak och säga om det är något särskilt man tänker på, istället för att uppgivet bara: 'Nej, nej, gå. '".

Flera av föräldrarna sa sig inte ha tagit upp de åsikter och frågor de haft med behandlarna, deras förklaringar till det kunde vara att det inte kändes bekvämt att säga till, att de såg behandlarna som professionella och utifrån det var de som antagligen visste och hade rätt. Även om föräldrarna tyckte att behandlarna gick alltför fort fram i sina försök att komma i kontakt med barnet som hade stängt in sig på sitt rum och inte ville delta vid samtalen.

"Och då kände jag i alla fall att här sitter det ju sådana som är proffs på det här, och jobbar med det, jag måste låta dem göra det dom ska, så kände jag så då backade jag."

En förälder tyckte inte heller att det var hennes uppgift att behöva säga till behandlarna när de ofta pratade i mun på varandra och inte gav föräldern och barnet plats att hinna svara på frågorna de ställde.

”Om man tar den här frågan om det kändes okej att säga till dom? Nej, jag kände att det här var ju vuxna människor, jag kände inte att det var min uppgift att säga åt dom: 'Hörni, ni pratar i mun på varandra, jag upplever det här som jobbigt'”.

En mamma beskrev en del ur behandlingsarbete som hon och hennes man var kritisk mot och inte förstod vad avsikten med det var. De tyckte inte om upplägget på hur samtalen i hemmet brukade ske, med att behandlarna vände sig mycket till dem som föräldrar istället för att rikta sig mest till barnet. Mamman berättade i intervjun att de, den förälder som var med hemma under besöket, satte i system att ”göra sig ärenden” runt om i hemmet, till exempel ”behöva” gå ner till tvättstugan eller att ”fixa med något” i köket, för att på det sättet styra om upplägget och ”tvinga” behandlarna att vända sig till barnet som satt kvar.

”De (behandlarna) tog aldrig upp varför de gjorde så, eller vi pratade faktiskt aldrig om det, utan jag bara upplevde att behandlarna var helt fokuserade på mig och att fråga mig istället för X (barnet).”

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

Intervjuupplägg och dilemman

Att intervjuerna spelades in på band hjälpte intervjuaren att inte behöva anteckna utan istället kunna lyssna aktivt och ställa passande följdfrågor. Däremot kan reliabiliteten påverkas ifall intervjupersonerna känner sig osäkra eller inte vågar uttrycka sig helt fritt. Enligt Kvale & Brinkman (2009) kan resultatet påverkas av hur frågorna är ställda, så som riktade eller öppna frågor. Lundman & Hällgren-Graneheim (2008) menar att forskaren samspelar med intervjupersonen i kvalitativa intervjuer och är därmed delaktig i skapandet av texten. Att ställa rätt frågor på rätt sätt ökar möjligheten till att svaren blir mer innehållsrika. Intervjuerna skrevs ut ordagrant, vilket enligt Kvale & Brinkman (2009) är viktigt då utskriftsprocessen påverkar reliabiliteten. Personliga värderingar och tolkningar kan påverka utskriften, vilket även kan vara fallet i denna studie. Men eftersom det är en och samma person, intervjuaren, som gjort transkriberingarna har samtliga intervjuer förhoppningsvis värderats och tolkats lika vilket stärker reliabiliteten.

Det var som intervjuare svårt att hålla sig strikt till, eller att i vissa lägen kunna fördjupa sig ytterligare i frågorna från intervjuguiden. Framför allt hos de

familjer där det var tydligt att de fortfarande befann sig i en svår situation. Föräldrarna visade upp känslor av besvikelse, ledsamhet, ett stort hjälpbehov och grät stundtals vid intervjun. Det kändes som intervjuare kränkande eller icke-inkännande att be dem i ett sådant läge att stanna kvar i frågeguide och fördjupa, tänka vidare etc. kring frågorna, istället för att låta dem berätta om det som upptog dem och för stunden och som växte fram under intervjun. Att de fick berätta det som ”pockade på” gav mycket annan information som inte skulle ha kommit fram vid mötet om intervjuerna endast skett med nöjda och ”färdighjälpta” familjer. De missnöjda familjerna gav en ny och oväntad kunskap, som nödvändigtvis inte behöver vara kopplad till just hembesök, utan mer till upplevelser av hjälpinsatser över huvud taget.

En brist i studien var att inte först göra en provintervju, analysera den och sedan eventuellt formulera om intervjuguiden för att kartlägga och fånga de områden som var avsikten att undersöka. Nu blev istället varje intervju ett ”lär-tillfälle” som gav erfarenhet att sedan ta med till den kommande intervjun. Att som intervjuare i denna studie ha egen kunskap om hembesök, BUP och Mellanvård gav viktig förförståelse och flexibilitet för att kunna följa med i intervjuerna samt fördjupa frågorna. Denna bakgrund hos intervjuaren gav en trygghet att våga gå utanför intervjuguiden.

Familjens och intervjuarens roller

Att möta en intervjuare som själv arbetar inom Mellanvården kan också ha sin inverkan och påverkat intervjuerna. Familjerna var informerade om detta både muntligt och via informationsbrevet. De var också informerade om konfidentialiteten i studien och att ingen av behandlarna (kollegor till intervjuaren) skulle få ta del av materialet innan uppsatsen var färdig. Information gavs om att det slutliga resultatet skulle presenteras på ett sätt så att det inte kunde gå att identifiera vare sig familjen eller behandlarna. Med tanke på hur öppna och ärliga de familjer som var missnöjda med behandlingsinsatsen var i sina intervjuer, är det inte troligt att de påverkades eller hämmades nämnvärt av att de pratade om intervjuarens kollegor.

Som intervjuare i studien blir man i mötet med familjerna en mer neutral person än i rollen som behandlare. I en situation där familjen har ett problem med ett hjälpbehov och möter en behandlare som är tänkt att hjälpa dem, hamnar samtliga deltagare i mötet i olika roller. Det finns outtalat förväntningar, farhågor, tidigare erfarenheter med mera som påverkar relationerna och hur det sociala samspelet blir. De intervjuade familjerna, särskilt de som var missnöjda med Mellanvårdens insats, var öppna och ärliga i sina berättelser. Informationen kom kanske fram just för att de mötte en intervjuare i en neutral roll, med avsikt att bara lyssna och ta reda på så mycket som möjligt om familjens upplevelse utan att alltför mycket påverkas av en egen förförståelse.

Begreppet ”Not-knowing-position” gavs i denna studie utifrån intervjurollen en ännu djupare dimension. Under familjeterapiutbildningen vid Ersta Sköndal har förhållningssättet i mötet med patienter diskuterats och även praktiserats i arbetet. Men först i rollen som intervjuare, när behandlar- och terapeutrollen lades åt sidan (så pass som det nu går) framträdde ett ännu mer öppet och fritt lyssnande, där effekten av begreppet not-knowing blev ännu tydligare.

Miljö, tidsintervall och struktur

Att intervjuerna genomfördes i hemmiljö gav en ännu bättre bild och förståelse av hur det hade varit under behandlingsperioden när familjerna tog emot behandlarna i hemmet. Den fysiska miljön blev nu densamma som den som familjerna och behandlarna hade delat. Hur det ser ut hos en familj får man inte lika bra grepp om när man endast träffar dem på en mottagning. Att intervjuerna skedde hemma hos familjerna kan ha påverkat dem positivt i den bemärkelsen att de bättre under intervjun mindes hembesöken, kontakten och situationerna med behandlarna, när de befann sig i samma miljö.

Intervjuerna gjordes med familjerna efter att de avslutat kontakten med Mellanvården, detta för att de inte skulle känna att deras svar kunde påverka behandlingskontakten på något sätt. Behandlingen hade avslutats mellan 3-12 månader tillbaka. För dem som hade ett avslut som låg nästan ett år tillbaka i tiden, kan det ha påverkat och försvagat deras minnesbild av behandlingen och kontakten med Mellanvården.

Intervjuerna, gällande platsen de genomfördes på, tid och deltagare hade kunnat vara mer styrd och med tydligare bestämda ramar satta från intervjuaren. Detta hade troligen underlättat möjligheten att mer strikt följa intervjuguiden och bättre utforska familjernas upplevelse av just hembesök som arbetsmetod. Däremot är det tveksamt om detta hade gett möjlighet för familjerna att känna sig fria att ge annan information om upplevelser inom mer känsliga områden. När intervjuerna i studien nu genomfördes i hemmen fick familjerna mer styra kring ramarna. Det här är en likhet med hur man arbetar som behandlare vid hembesök, ett förhållningssätt som öppnar upp för ”oväntad” information som kan föra arbetet vidare i en ny riktning.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet med studien var att undersöka familjers upplevelser av hembesök som arbetsmetod med frågeställningar kring platsens betydelse, det relationella mellan familj och behandlare samt utfallet av behandlingsinsatsen. Vid intervjuerna framkom att flertalet av familjerna främst hade ett behov av att prata om den behandlingsinsats de fått av Mellanvården, där några av dem i efterhand kände att de inte hade fått den hjälp de önskade gällande problemen

de sökte för. Frågeställningarna kring platsens betydelse och det relationella gick också att besvara, nedan diskuteras områdena var för sig.

Platsen och rummet

Det var framför allt praktiska fördelar med att ha besöken i hemmet som lyftes fram av familjerna, det upplevdes som tidsbesparande att inte behöva åka till mottagningen. Detta resultat bekräftas bland annat i den studie som Kock (2010) genomfört där förstagångsföräldrar beskrivit upplevelsen av att få besök hemma av barnavårdscentralen.

Resultatet av Henning & Toomingas (1997) samt Fridh & Normans (2008) forskning tar upp att familjer känner sig tryggare när de får visa upp sig i sin egen miljö. Detta bekräftades av några föräldrar i denna studie också, då de beskrev det som en trygghet att vara i sitt eget hem och kunna visa upp situationen de befann sig i när de träffade behandlarna. En del föräldrar tyckte däremot att hemmet som plats inte hade haft betydelse för kontakten, utan att mötet lika gärna kunde ha skett på en mottagning. Det framkom också att några av barnen samt deras syskon ställde sig negativa till att ha behandlare i hemmet, de beskrev det som störande och obehagligt. Deras upplevelser har inte kunnat jämföras i andra studier.

Fridh & Norman (2008) tar upp att information inte bara är det som sägs, utan minst lika mycket det som man ser. Att mötet sker i familjernas hem kan ge behandlarna ytterligare värdefull information, som förhoppningsvis ska kunna leda kontakten och behandlingen med familjen framåt. Men resultatet som framkommit i denna studie, där en stor andel av de intervjuade ställde sig likgiltiga eller rent av negativa, till att ha hemmet som mötesplats bör ställas i relation till vems behov av hembesök som ska ställas främst, familjens eller behandlarnas? Att det är praktiskt för familjerna är bra, men hembesök är både tid- och resurskrävande från barnpsykiatriens håll så frågan som bör ställas är om det värt att göra hembesök, får man ut mer än det "kostar"? Att dessutom några av barnen och syskonen rent av upplevde det som obehagligt att ha behandlarna hemma är en viktig information. Det egna hemmet är en privat sfär där alla familjemedlemmar har rätt att känna sig trygga och bekväma. Hur blir det om ett barn upplever obehag när behandlare från barnpsykiatrien kliver över tröskeln till deras hem? Blir det att förlänga processen och försvåra ett relationsskapande genom att komma hem till dem? Kan man hitta andra sätt att skapa en första kontakt med barnen, som inte blir ett fysiskt intrång i hemmet?

Behandlingen och hjälpen

Av de intervjuade var två familjer nöjda med insatsen från Mellanvården och tyckte sig ha fått den hjälp de önskade. De fyra övriga familjerna upplevde sig däremot inte ha fått hjälp med den problematik de sökte för. Detta resultat stämmer någorlunda överens med barnpsykiatriens statistik och registreringsystem (Pastill). Behandlare registrerar där en bedömning av

patientens funktionsnivå vid påbörjad kontakt samt ett värde vid avslutad kontakt. Mellanvårdens statistik ur Pastill för 2012 visar att för ca. 1/10 försvann problemen helt vid avslutad kontakt, 5/10 patienter bedömdes av behandlarna ha en högre funktionsnivå, för 3/10 var det oförändrat och för 1/10 hade funktionsnivån förvärrats eller gick inte att bedöma.

Mellanvårdens ärenden är ofta svåra och komplexa där insatsen från barnpsykiatrin inte alltid är tillräcklig. I uppdraget kan ingå att kartlägga familjens situation vilket ibland kan vara en fördel att göra på hemmaplan. Under kontakten med familjen kan det framkomma att de behöver annan hjälp med insatser från andra, till exempel från socialtjänsten eller annan skolform. Studiens resultat som visade att flera av de intervjuade familjerna kände sig missnöjda med Mellanvårdsinsatsen är förstås inte bra. Upplevelser som avsaknad av metod eller oprofessionellt intryck behöver fångas i ett tidigare skede. Hur man ska kunna göra detta är samtidigt svårt. Att som familj befinna sig i en situation med ett stort hjälpbehov gör det troligtvis än svårare att i stunden vara kritisk mot den hjälp man får och att kunna ta upp detta med behandlarna.

De familjer som vid intervjutillfället fortfarande var kvar i sin svåra situation, för en del även en rätt lång tid efter avslutad Mellanvårdskontakt, kan vid intervjun och återgivningen av Mellanvårdens insats eventuellt ha påverkats av att deras problem kvarstod och därför lättare tendera till att även se negativt på den kontakt som tidigare var. Även om inte helheten förbättrades så kan små saker i insatsen varit till hjälp, men som i efterhand vid intervjun känns betydelselösa. Tiden som gått sedan kontakten avslutat leder till att nya tankar hos familjerna kan dyka upp. Lindseth & Norberg (2004) skriver att intervjuarens mål är att få föräldrarna att reflektera och att detta reflektiva sätt tyder på kvalitet i intervjuerna. För att få en så rättvis bild av familjernas upplevelse av behandlingsinsatsen känns det angeläget att på Mellanvården genomföra kontinuerlig utvärdering av arbetet, vilket inte på ett systematiskt sätt sker i dagsläget.

Ytterligare en aspekt som är viktig att ta reda på är vilka förväntningar familjerna har inför behandlingskontakten. Kan hända är förväntningarna och förhoppningarna om en förändring större än vad som är rimligt att genomföra? Detta blir behandlarnas ansvar att undersöka, diskutera och göra talbart tillsammans med familjen för att inte onödig besvikelse eller missnöje ska uppstå. Att kontakten sker genom just hembesök i detta avseende är också viktigt att fånga. Är det så att familjerna ställer ett ännu större hopp om att det ska ske positiva förändringar genom att de öppnar upp sitt hem för behandlarna?

Behandlarna och det relationella

Hälften av familjerna upplevde det positivt att det var två behandlare i kontakten och kunde se fördelar med det. De övriga tyckte att det kunde ha

räckt med en. Svaren från de intervjuade leder till funderingar kring sammansättningen av de två behandlarna. De som såg det som positivt med två uppskattade behandlarnas olikheter och att de kompletterade varandra. De beskrev också fördelarna med att kunna dela på sig i samtal där flera familjemedlemmar var med men inte ville eller kunde sitta tillsammans. Men de som tyckte att det hade räckt med en behandlare beskrev att de inte såg syftet med att de var två och att detta inte var uttalat eller förklarat. För en familj blev behandlarnas olikheter svåra att förhålla sig till och de upplevde att det blev rörigt och hade varit lättare med endast en. Det känns angeläget att man medvetandegör detta hos behandlarna och att man på arbetsplatsen handleder och utvecklar coterapiskapet. Annars finns säkerligen risk för att dålig matchning av behandlare ger grogrund till ett oprofessionellt intryck.

Hembesök i en okänd miljö kan för en behandlare innebära många intryck att förhålla sig till samt svårigheter att vara i relation och samspela med flera familjemedlemmar samtidigt. Som behandlare kan man behöva växla mellan att vara mer aktiv till att kunna inta en mer reflekterande position. De yttre tydliga ramarna som behandlaren har till hjälp på ett mottagningsrum saknas ofta i familjernas hem. Det finns också en säkerhetsaspekt bakom beslutet att vara två behandlare vid hembesök, både utifrån familjens perspektiv och behandlarnas. Frågan väcks om det ligger mer i behandlarnas intresse än familjernas att det är två behandlare i kontakten?

I den här studien var det endast ett fåtal som upplevde det som lättare att prata och få kontakt med behandlarna när samtalen skedde i hemmiljö. Sett till resultat i tidigare forskning, som gjort gällande att det ska underlätta att prata när samtal sker i hemmet, får det här inte särskilt starkt respons. Resultatet bland de intervjuade som gällde delaktighet och att bli sedd och förstådd, visade på att det inom en och samma familj kan finnas stora skillnader i upplevelser. Föräldern kan vara positiv och känna stort engagemang i kontakten medan barnet upplever motsatsen och att detta kan vara mer eller mindre synbart för behandlaren. Risk finns att man tror sig ha en god arbetsallians med familjen och att man lägger fokus på de som aktivt deltar i besöken. Viktigt är att vara medveten om hur den ojämnt fördelade delaktigheten kan påverka processen. Man kan som behandlare behöva "arbeta i flera olika läger" och där det kan vara en otakt mellan familjemedlemmarnas engagemang.

Flera personer i studien tog under intervjuerna upp det som de upplevt inte hade varit "pratbart" under kontakten med behandlarna. Familjerna föreföll uttrycka sig mer öppet och ärligt i intervjuerna än vad de kunde göra med behandlarna. På vilket sätt skulle det kunna gå att få fram deras åsikter under pågående behandlingskontakt? Hänger deras mer ärliga åsikter ihop med att rollerna förändras under en intervju där intervjuaren är mer "neutral" och inte där i rollen som professionell behandlare inom barnpsykiatri? Föräldrarna får en mer jämställd relation där ingen hierarki påverkar, eller hämmar relationen under intervjun. Funderingar väcks också kring ifall barnen, som med sina

ibland mer negativa upplevelser, hamnar i underläge när deras föräldrar är mer positiva till insatsen? Detta trots att barnen befinner sig inom ramen för barnpsykiatri med fokus på barnet. Vad kan man göra åt det och finns det andra platser som är bättre att träffas på för barn och ungdomar? Hur når man som behandlare de barn som inte kommer till mottagningen och som inte heller vill ha kontakt i hemmet?

Sammanfattningsvis finns många områden gällande hembesök som behöver studeras och undersökas vidare. Inom Mellanvårdens behandlingsarbete läggs mer fokus på utvärdering av de olika behandlingsmetoder som erbjuds och vi glömmer kanske bort att hembesöket är en arbetsform i sig som också måste ses över, diskuteras och utvecklas vidare.

8.3 Förslag till fortsatt forskning

Med anledning av den brist som finns på studier kring mottagarens upplevelse av hembesök inom barn- och ungdomspsykiatri känns området i sig mycket angeläget att studera vidare. Ett tillvägagångssätt att fånga familjernas mer uppriktiga syn på behandlingsinsatsen med hembesök kan vara att göra en samforskningsstudie. En utomstående behandlare intervjuar familj respektive behandlare efter varje hembesök för att undersöka närmare kring öppenhet och pratbarhet, delaktighet och det relationella.

Avstämningsmöten finns som rutin i dagsläget där familj, Mellanvård och Öppenvård möts för att stämma av hur behandlingen framskrider, men där det kanske främst är praktiska och konkreta områden som diskuteras. Resultatet i denna studie visar att familjerna parallellt också har en pågående känslomässigt mer svåråtkomlig process. Det oväntade som kom fram vid intervjuerna var det som låg utanför intervjuguiden, där familjerna efter behandlingens avslut (för vissa lång tid efter) känslomässigt fortfarande var berörda och involverade. Hur ska man kunna fånga detta under kontakten, eller går det över huvud taget att under pågående kontakt och avstämningsmöten nå denna samtalsnivå? Familjernas behov i behandlingskontakten är i första hand att få en här-och-nu hjälp, egna inre känslor och reflektioner får stå tillbaka eller låter sig inte träda fram. Viktigt blir att fundera kring på vilket sätt behandlare inom barn- och ungdomspsykiatri kan förhålla sig till och vidareutveckla denna nya insikt i sitt arbete.

Referensförteckning

- Anderson, H. (1999). *Samtal, språk och möjligheter*. Stockholm: Mareld.
- Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber AB.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Fridh, B. & Norman, G. (2008). *Att utreda när barn far illa – en handbok om barnvårdsutredningar i socialtjänsten*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Gustafsson, K. & Weine, B. (2005). Familjebehandling som samarbetsprojekt. *Svensk Familjeterapi*, 4, 12-15.
- Hansson, I. (1983). *Ska vi göra hembesök? En granskning av hembesök på en PBU-central*. (Psykoterapeutexamensuppsats). Stockholm, S:t Lukasstiftelsens utbildningsinstitut.
- Henning, E. & Toomingas, B. (1997). *Hembesök: en unik möjlighet eller en förlegad resursslösande arbetsform? : en kartläggning av frågeställningar*. Stockholm: Omsorgsnämnden i Stockholms läns landsting (Omsorgsnämndens rapportserie 1997:07).
- Kock, A. (2010). *Dom kommer hem på våra villkor och ser oss där vi är! : Nyblivna förstagångsföräldrars upplevelser av hembesök från Barnvårdscentralen*. (Examensuppsats). Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Lanyado, M. (1999). *Handbook of child and adolescent psychotherapy*. London: Routledge.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenologic hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal Caring Science*, 2004:18, 145-153.
- Lundman, B. & Hällgren-Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (159-171). Lund: Studentlitteratur AB.

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

Quintana, C. (2010). *Familjens hem som terapeutiskt rum.* (Psykoterapiexamensuppsats). Stockholm, Ericastiftelsen.

Roush, C. & Cox, J. (2000). *The meaning of home: How it shapes the practice of home and hospice care.* Home Healthcare Nurse, 18, 388-394.

Socialstyrelsen (2006). *Handläggning och dokumentation av ärenden som rör barn och unga.* Tillgänglig via: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2006-12/Documents/2006_12.pdf

Svensson, A. & Lindström, J. (2012). *Hembesök – hur gör man? : en fokusgruppstudie av socialsekreterares kunskap och tillvägagångssätt gällande hembesök vid barnavårdsutredningar.* Linnéuniversitetet, Institutionen för socialt arbete.

Trost, J. & Levin, I. (1996). *Att förstå vardagen.* Lund: Studentlitteratur AB.

Utbildningsdepartementet. (2003). *Lag om etikprovning av forskning som avser människor (2003:460).* Tillgänglig via: http://www.riksdagen.se/sc/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Lag-2003460-om-etikprovning_sfs-2003-460/

Vetenskapsrådet. (2012). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Tillgänglig via: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Bilaga 1

Brev 1

(Originalen av breven, bilaga 1 och 2, är ursprungligen utskrivna och skickade på brevpapper med BUP Mellanvårds förtryckta info i sidhuvud och sidfot. Dessa är borttagna i bilagorna för att höja confidentialiteten)

Hej,

Det här brevet är en inbjudan och förfrågan till familjer som under år 2012 haft kontakt med BUP Mellanvård. Under våren kommer en studie att genomföras vid mottagningen med syfte att ta reda på *hur familjer som fått behandling genom BUP Mellanvård upplever hembesök som behandlingsätt*. Inom Mellanvården ges möjlighet till samtal och behandling både på mottagningen och i hemmiljö. Upplevelsen av att ta emot behandling/behandlare i sitt eget hem skiljer sig åt mellan familjer och mellan individer inom en familj. För att ta del av familjers erfarenheter och upplevelser av hembesök kommer intervjuer att göras med föräldrar/barn/ungdomar som mottagit hembesök.

Jag som håller i studien heter Irja Lagerkranz, är beteendevetare och arbetar vid BUP Mellanvård . Studien är en del av min pågående vidareutbildning till psykoterapeut vid Ersta Sköndal Högskola/St Lukas utbildningsinstitut. Intervjuerna tar ca. 45-60 minuter, de spelas in på ljudband som raderas efter bearbetning. Svaren behandlas konfidentiellt så att enskilda personer, vare sig familj eller behandlare, inte går att identifiera. Familjernas deltagande är frivilligt och de har rätt att avbryta sin medverkan när som helst.

Det är viktigt för oss inom barnpsykiatrien att samla in information och kunskap om hur den behandling vi ger upplevs, för att kunna utveckla oss vidare och förbättra vårt arbete. Ert deltagande vid en intervju kommer att vara värdefullt för vårt fortsatta arbete med familjer inom barnpsykiatrien.

Jag kommer att via telefon kontakta er igen under vecka 12-13, för att höra om ni kan tänka er att delta vid en intervju. Utifrån ert önskemål kan intervjun genomföras hemma hos er eller på BUP Mellanvårds mottagning. Om ni har några frågor får ni gärna höra av er

Med vänlig hälsning

Irja Lagerkranz
irja.lagerkranz@sll.se
(arbetsmobil telefonnummer)

Bilaga 2

Brev 2

Hej!

Först vill jag tacka för att ni tar er tid till att vara med i studien om hembesök som arbetsmetod inom barnpsykiatri.

Upplägget för mötet är att jag inledningsvis sitter tillsammans med alla de i familjen som ska delta. Sedan önskar jag göra en kortare enskild intervju med var och en av deltagarna. Hela mötet beräknas ta 40-60 min. Intervjun består dels av några mer styrda frågor som jag ställer, men också en öppnare form av frågor för att ge er möjlighet till ett fritt samtal, funderingar och reflektioner om era upplevelser av hembesöken.

Inför mötet får ni gärna fundera kring några områden som jag kommer att ta upp:

- På vilket sätt tycker du att hembesöken passar/inte passar som arbetsmetod i ert fall, kopplat till det som ni sökte hjälp för hos BUP.
- Fördelar och nackdelar med att kontakten sker hemma, jämfört med på en BUP-mottagning.
- Påverkades du, och i sådana fall hur, av den fysiska miljön som kontakten sker i, dvs. i hemmiljö jämfört med BUP-mottagning.
- Underlättar/försvårar hembesök relationerna mellan deltagarna, mellan familjemedlemmarna samt i relation till behandlarna.

Jag ser fram emot att träffa er för intervjun:

Datum: _____ Tid: _____

Med vänlig hälsning

Irja Lagerkranz

Bilaga 3

INTERVJUGUIDE

(OBS: Be om exempel)

Vad var bakgrunden till att ni hade kontakt med BUP Öppenvård?

- Vad var det som ni önskade få hjälp med?

På vilket sätt introducerades förslaget om en Mellanvårdsinsats?

- Fick ni den info. ni tyckte att ni behövde om Mellanvården?

- Hur ställde ni er till en Mellanvårdsinsats?

- Vad tänkte / tyckte ni om erbjudandet / möjligheten till att Mellanvården kunde komma hem till er (arbete i hemmet)?

Hur brukade det gå till när ni fick besök hemma av Mellanvården?

- Vilka brukade vara med?

- Var brukade ni vara?

- Vad brukade ni göra?

- Hur länge varade besöket?

- Hur många gånger träffades ni?

På vilket sätt tycker du att hembesök passar / eller inte passar i ert fallkopplat till det som ni sökte hjälp för hos BUP?

- Tor du att själva behandlingsprocessen påverkats av att kontakten skedde på hemmaplan? (jmf. med på mottagning)

-Fördelar och nackdelar med att kontakten sker hemma? (jmf. med på enmottagning)

Påverkades du, och i sådana fall hur, av den fysiska miljön som kontakten sker i? (hemmiljö jmf. med mottagning)

- Hur kändes det/tänkte du inför det 1:a hembesöket?

- Hur var det att ta emot behandlare till ditt/ert hem? (den privata sfären, integritet, observerad, granskad, värd/värdinna)

Hur påverkas relationerna mellan deltagarna (mellan familjemedlemar sinsemellan och gentemot behandlare) när kontakten sker hemma? (underlättar vs. försvårar)

- Blir det någon skillnad i rollerna? (hjälpssökande vs. behandlare)

- Är det lättare/svårare att prata i hemmiljö jmf. med mottagning?

Hur blev er situation efter insatsen från Mellanvården? (vad resulterade kontakten i)

Hur ser det ut i nuläget för er?

- Har ni behov/önskan om ngn hjälp? Vilken hjälp i sådana fall?
- Har det blivit bättre / oförändrat / sämre för er?

Har du förslag eller tankar kring hur Mellanvården kan göra sina hembesök på ett annat sätt - bättre sätt?

FRÅGOR SPECIFIKT RIKTADE TILL BARN / UNGDOMAR:

Hur tyckte du att det var när Mellanvården (eller namnet på behandlarna) kom hem till er?

När ni satt alla tillsammans och pratade, hur tyckte du att det var?

- Förstod du vad ni pratade om?
- Fick alla prata?
- Vilka / vem pratade mest / minst?
- Ville du vara med / inte vara med?

Tittade de / var behandlarna (namnen) inne i ditt rum?

- Hur gick det till?
- Hur var det?
- Vad tyckte du om det?

Om du var behandlare på BUP, hur skulle du göra då om du skulle komma hem till familjer för att hjälpa barn och föräldrar?

Hur tycker du att ni har det nu?

- Har det blivit bättre / sämre / likadant gällande...? (det ni sökte hjälp för)