

Avslutsprocesser i familjebehandling inom socialtjänsten

En kvalitativ intervjustudie med åtta chefer inom individ- och familjeomsorgen

Peter Bergman

Psykologiska institutionen

Examensarbete i psykoterapi 15 hp

Psykoterapeutprogrammet 90 hp

Vårterminen 2019

Handledare: Andrzej Werbart

English title: Ending family treatment in Social services



Stockholms
universitet

Prematurt avslutade terapier eller plötsliga avbrott under ett terapeutiskt arbete är ett fenomen som kan få allvarliga följder både för patienten och för organisationen som bedriver behandlingen. Forskning som belyser organisationens roll när det gäller utfallet av terapier är synnerligen bristfälligt. Syftet med denna studie var att undersöka erfarenheter och upplevelser gällande avslutsprocesser av familjebehandlande insatser hos chefer inom individ- och familjeomsorgen på socialtjänsten. Studien bygger på kvalitativa semistrukturerade intervjuer med åtta chefer från fem olika socialkontor och genomfördes med en kvalitativ ansats och analyserades med tematisk analysmetod. Som teoretiska ramverk har psykodynamisk och anknytningsteoretiskt perspektiv använts. Resultatet visade på att avslutningsprocessen är komplex och svår. Huvudtemat är: Uppdragets utformning påverkar utfallet, medan de fyra centrala temana innefattar: Tydliga uppdrag, mätbara mål, uppföljning samt dialog främjar insatsen och dess avslutningsprocess, Svårigheter under avslutningsprocessen, Situationen måste vara tillräckligt bra för att kunna avsluta familjebehandlingen samt Den familjebehandlande insatsens längd. En viktig slutsats är att olika aktörers ideal och realiteter skapar motsättningar som kan få negativa konsekvenser för klienten. Ytterligare forskning är nödvändigt inom detta forskningsområde.

Undertecknad har under ett antal år arbetat med olika familjebehandlande och psykoterapeutiska insatser som extern utförare på uppdrag av socialtjänsten. Min samlade erfarenhet är att det återkommande uppstår svårigheter och komplikationer kring avslutningsprocessen av flera skäl. Ibland har personer i beslutande position försökt att motivera till att insatsen skall fortsätta, trots att både behandlare och klienter varit överens om att behandlingen nått vägs ände. Vid andra tillfällen har behandlingsarbetet avslutats under otydliga former utan någon egentlig motivering och med oklara argument. Vid de flesta gånger jag som behandlare erfarit detta har följden inneburit ett sammanbrott där redan utsatta personer upplever att de blivit övergivna, både av mig som behandlare som inte klarat att stå upp för familjen, och av samhället i stort. Inte sällan har insatserna varit inriktade på ett anknytningsarbete mellan barn eller ungdom och vårdgivare, där familjen historiskt upplevt återkommande separationer, t.ex. utifrån olika placeringar av barnet på familjehem, jourhem eller på institutioner. Istället för att kunna bidra med stabilitet och trygghet för familjen har situationen förvärrats på grund av frånvaron av en stabil terapeutisk ram utifrån att ett avslutsscenario initierats av tredje part utan att klient eller terapeut efterfrågat detta. Holmes (1997) menar att avslut i terapier ofta är problematiska, särskilt om de är offentligt finansierade och att avslut kan vara prematura eller fördröjda. Även om psykoterapeutisk behandling inom den offentliga sektorn inte bedrivs i traditionell mening utan kanske mer utifrån sofistikerat utarbetade tillämpningar (Reeder, 2010) bör den terapeutiska ramen vara en hörnsten även i detta arbete, för att skapa trygga förutsättningar för växt och utveckling. Bleger (1967) jämför den terapeutiska ramens permanenta närvaro med det som föräldrarna utgör för ett barn och att ingen utveckling av jaget är möjlig utan dem, Killingmo och Gullestad (2011) menar att ramen bidrar till en bakgrund av trygghet där det ges möjlighet att undersöka och analysera den enskildes trygghetsproblematik. Utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv är ett centralt tema relationen mellan rädsla och utforskande där ramen och terapeutens roll blir att etablera en trygg bas och en säker hamn varifrån klienterna får möjlighet att utforska sina svårigheter (Eagle, 2013). Till den psykodynamiska terapins etos, vilket jag själv utgår från och som kommer att vara studiens teoretiska utgångspunkt, hör centrala värden som t.ex. uttalade löften från

terapeuten till klienten att han skall ta emot vid överenskomna tider och så långt som möjligt hårbärgera klientens lidande, kaos och uppgivenhet (Reeder, 2010).

Forskning har visat på att plötsliga oannonserade avbrott i terapier aktualiserar upplevelser av försummelser samt omvårdnadsbrister av viktiga omvårdandspersoner från barndomen (Werbart, Andersson & Sandell, 2014). Bostic, Shadid och Blotcky (1996) beskriver att påtvingade avslut av pågående psykoterapier aktualiserar patientens tidiga upplevelser av oförutsägbart och själviskt beteende av sina föräldrar där patienterna kommer att känna sig ovärdiga i tron av att terapeuten inte egentligen bryr sig om dem. När de nås av meddelandet att terapin kommer att avslutas så möts detta inte sällan av negativa reaktioner som förnekelse, utageranden och nedvärderanden av terapin (a.a.). Bleichmar (1996) menar att förluster av olika slag under en människas liv kan orsaka depressivitet. Dessa innefattar bl.a. förlusten av någon annans omsorg och omvårdnad av omsorgspersoner eller hjälpare. Andra riskfaktorer kan vara omständigheter som omgärdas av övergivenhet och rotlöshet samt känslan av hjälplöshet och att inte kunna påverka sin situation är en stark påverkansfaktor för utvecklandet av depression (a.a.). Bohart och Greaves Wade (2013) menar att klienter som avslutar prematurt riskerar att må sämre psykiskt istället för att bli mentalt starkare. Framförallt drabbas barnen i dessa situationer, vilket också Mattsson (2006) belyser då hon beskriver att barnets rättsliga ställning inte tillgodoses i tillräckligt hög grad där vuxnas och myndigheters intressen inte sällan kommer före barnets behov. Att ha rollen som hjälpsökande innebär att vara utsatt oavsett vem man är som person. Den som behöver hjälp eller stöd befinner sig ofta i ett starkt beroende- förhållande till socialtjänsten. Definitionen av problemet, urval av tänkbara lösningar och vem som beslutar om insatsen är ofta en fråga om makt i relationen mellan socialtjänsten och den enskilde (Socialstyrelsen, 2015). Rönning (2012) resonerar utifrån begreppet *empowerment*, att det är i en komplicerad relation mellan hjälp och kontroll som aktörerna inom välfärdssektorn behöver orientera sig, där klienten riskerar få skulden om ingen förbättring sker. Starrin (2012) menar att det finns en paternalistisk bedräglighet i det sociala arbetet som handlar om under- och överordning, där paternalismen ger ett sken av välvilja men som egentligen utgår från ledarens egenintresse på bekostnad av klientens välmående. Börjesson (2008) beskriver ojämlikheten mellan klient och socialarbetare som att klientens underläge befasts i mötet mellan dessa två där klientens negativa självbild riskerar att ytterligare bekräftas. De familjer jag träffar uttrycker ofta i dessa situationer att de inte känner att de kan påverka sin livssituation och att det hopp de fått i det terapeutiska arbetet istället övergår till uppgivenhet och förtvivlan där positionen som underordnad befasts. Som terapeuter kommer vi då att befinna oss i en position där vi hamnar i ett vacuum och där allt arbete kommer att handla om att försöka hårbärgera familjernas förtvivlan och oro utifrån upphörandet av terapin, samt deras ilska mot myndigheten. Samtidigt skall vi som behandlare och externa aktörer försöka att samverka med uppdragsgivaren och acceptera ett beslut som går emot vår bedömning. I detta hamnar vi i en organisationspsykologisk situation där komplexiteten kring konflikt och samarbete mellan organisationer aktualiseras, vilket Schruijer (2009) menar är ett utforskat område.

TIDIGARE FORSKNING

ALLMÄNT OM AVSLUT I PSYKODYNAMISK PSYKOTERAPI

För patienten kan terapins avslutsprocess aktualisera frågor kring olösta konflikter gällande förlust och separation som arbetats med under terapin. Om terapeuten lyckas med att hantera avslutet och hjälpa patienten genom denna process så blir de redan positiva förändringar som uppstått under arbetet i terapin ytterligare förstärkt. Om terapeuten däremot inte lyckas med att hantera avslutet så kan det positiva som uppnåtts i terapin bli annullerat. Avslutet kan samtidigt bli en möjlighet att lyfta frågor kring relationen mellan patient och terapeut och slutligen kan

avslutet bli en möjlighet för patienten att känna uppskattning för det positiva som uppnåtts i terapin och på så sätt bli en möjlighet till utveckling och växt (Joyce, Piper, Ogrodniczuk & Klein 2017). Bohart och Wade (2013) menar att prematura avslut i psykoterapi kan bli kostsamt för både patienter och de som levererar tjänsten. Många av de som avslutar för tidigt misslyckas inte bara med att bli bättre utan de riskerar snarare att bli sämre. Inom litteraturen finns ingen konsensus kring vad prematura avslut faktiskt innebär. Joyce et al. (2017) beskriver att en del patienter slutar tidigare än vad man planerat på grund av att patienterna själva känner att de fått adekvat hjälp och mår bättre. Andra prematura avslut är oundvikliga eller helt nödvändiga på grund av omständigheter som förhindrar fortsättning, till exempel flytt eller sjukdom hos patienten. Patientrelaterade orsaker kan vara låg utbildningsnivå, låg ekonomisk status samt att patientens förväntningar inte uppfyllts i terapin. Terapeutfaktorer handlar främst om brister i teoretiskt kunnande samt allmän skicklighet i det terapeutiska arbetet. Administrativa faktorer kan handla om långa väntelistor medan interaktiva orsaker är sådant som svårigheter i överenskommelse kring kontrakt och vad som skall uppnås i terapin (a.a.). Holmes (1996) menar att avslut i psykodynamisk psykoterapi ofta är problematiskt, särskilt i offentligt finansierade organisationer. I dessa Organisationer så är det normala antalet sessioner tio och kan vara tillräckligt för en viss kategori av patienter, samtidigt så visar forskning på att långa terapier tenderar att uppvisa större positiva förändringar i patienten.

PÅTVINGADE AVSLUT

Påtvingade avslut eller *forced terminations*, innebär enligt Aafjes-Van Doorn och Wooldridge (2018) att avslutet initieras och bestäms av externa faktorer snarare än att någon själv väljer detta. Till exempel kan det handla om att terapeuten behöver flytta, gå i pension eller att terapeuten faktiskt dör. När detta inträffar så kan patienten uppleva en känsla av narcissistisk skada av självkänslan (Joyce et al. 2007). Påtvingade avslut kan också orsakas av administrativa eller organisatoriska faktorer. Werbart, Andersson och Sandell (2014) fann att organisatoriska faktorer kan ha starkare inverkan på utfallet än patientfaktorer. I organisationer med oklara mandat, oklar behandlingspolicy samt där det råder finansiella oklarheter kan utfallet av en terapi påverkas negativt. Forskning kring organisationers påverkan är bristfällig och behöver ytterligare utforskas (a.a.). Aafjes-Van Doorn och Wooldridge (2018) menar att påtvingade avslut kan innebära en omfattande terapeutisk utmaning för både patient och terapeut och den mycket begränsade forskning som är gjord i detta ämne visar på att dessa avslut har en negativ effekt på den terapeutiska alliansen och det terapeutiska utfallet. Det påtvingade avslutet kan komma att trigga patientens känslor av att uppleva sig övergiven och sviken utifrån det som terapeuten implicit eller explicit lovat, nämligen att försäkra patienten trygghet, säkerhet och förutsägbarhet.

PATIENTERS REAKTIONER VID PÅTVINGADE AVSLUT

Joyce et al. (2007) beskriver att vid påtvingade avslut så tenderar patienten att reagera med ångest, känna stark övergivenhetskänsla, ilska, förvirring, uppgivenhet, rädsla, kontrollförlust och vrede. Patienten kan komma att regrediera och det är inte ovanligt att patienten abrupt avslutar terapin som svar på terapeutens tillkännagivande att terapin behöver avslutas. Kupers (1988) identifierade olika mönster i patienters överföringsreaktioner vid påtvingade avslut. Vissa patienter känner sig så förbittrade av att bli förskjutna eller övergivna av terapeuten att de agerar ut i terapin och får då svårt att utnyttja vinsterna av det som åstadkommits under det terapeutiska arbetet. Garcia-Lawson och Lane (1997) beskriver att patientens negativa överföring under avslutet i form av intensiva projektioner av psykisk smärta, besvikelse eller sorg innebär att patienten omedvetet önskar frustrera eller straffa terapeuten. Andra ageranden kan handla om nedvärderande av terapeuten och den terapeutisk relationen för att på så sätt försäkra sig om att inget av vikt kommer att förloras eller saknas.

TERAPEUTENS REAKTIONER VID PÅTVINGADE AVSLUT

Joyce et al. (2007) beskriver att det även för terapeuten är en synnerligen påfrestande prövning att avsluta en terapeutisk relation. Terapeuten kan uppleva egna tidiga upplevelser och konflikter kring förluster och även väcka ångestfyllda känslor kring frågan om patientens förmåga att fungera utan terapin. Det är inte heller ovanligt med känslor av att inte ha lyckats hjälpa patienten med allt denne önskat. Weddington & Cavenar (1979) beskriver att terapeuten vid påtvingade avslut kan känna skuld och sorg kring förestående separation på grund av att terapeuten känner sig ansvarig för de negativa känslor och beteenden som uppkommer hos patienten.

TERAPEUTENS MOTSTÅND MOT ATT AVSLUTA TERAPIN

När terapeuter motsätter sig patientens önskan om att avsluta terapin så handlar detta till stor del om terapeutens motöverföringsreaktion (Kramer 1986). Bland annat kan terapeuten komma att manövrera in patienten i en "no-win" situation där terapeuten tillskriver patientens önskan om att sluta som ett utagerande för att undvika att komma i kontakt med visst kliniskt material. Patientens känslor blir därigenom inte respekterade varpå avslutet blir ogenomförbart. Kramer (a.a.). menar att det är av största vikt att skilja på vad klienterna vill och vad terapeuterna vill att patienterna skall få. Motståndet mot att avsluta terapin kan också ha ekonomiska incitament, d.v.s. en fråga om försörjning för terapeuten vilket är en av de största svårigheterna kring avslutsprocesser. Liegner (1986) anger ett behov av att vara behövd, att inte vilja misslyckas samt att undvika maktlöshet och där terapeuten vill ha patientens uppskattning och tacksamhet.

BAKGRUND

FAMILJEBEHANDLING

Familjebehandling skulle kunna definieras av att det är en behandling som riktas mot familjen, det vill säga att det är målgruppen som definierar behandlingen. En annan definition är att familjebehandlingen är den teori som tar upp relationer och interaktioner mellan människor som en grund för behandling i motsats till teorier som endast talar om emotioner och tankar hos en enskild individ. Familjebehandling som metod och begrepp kan användas på hela eller delar av en familj. En familjeterapeut kan även arbeta med enskilda individer men gör det då med ett familjeperspektiv. Det finns idag en rad olika begrepp som syftar till att man arbetar med familjer: familjebehandling, familjearbete, familjeterapi, nätverksarbete, familje-rådgivning, systemisk terapi m.m. (Hansson 2011).

SOCIALTJÄNSTLAGEN OCH ALLMÄNNA RIKTLINJER

Socialtjänstlagen är en målinriktad ramlag som ger kommunerna stor frihet att utforma verksamheten med utgångspunkt från lokala förutsättningar och behov (Socialstyrelsen 2015). I portalparagrafen anges de övergripande målen och grundläggande värderingarna för samhällets socialtjänst. I denna inledande paragraf sägs att samhällets socialtjänst på demokratins och solidaritetens grund, skall främja människornas ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor, aktiva deltagande i samhällslivet. Vidare skall Socialtjänsten under hänsynstagande till människans ansvar för sin och andras sociala situation inriktas på att frigöra och utveckla enskilda och grupper egna resurser. Verksamheten skall bygga på respekt för människornas självbestämmanderätt och integritet (a.a.). Enligt 4 kap. 1 § SoL har också den som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde skall genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet skall utformas

så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (a.a.). Socialtjänstens vägledande principer som skall bidra till inkludering i samhället är *helhetssyn, frivillighet och självbestämmande* samt *normalisering, kontinuitet och närhet*.

STUDIENS TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

PSYKODYNAMISK TEORI

Den psykodynamiska teoribildningen är förutom en behandlingsmetod också en teori om hur personligheten organiseras och utvecklas, samt en teori om psykopatologi. Teorin knyter förståelsen för en persons svårigheter till de dynamiska och strukturella förhållanden som ligger bakom en viss symptombild, istället för att fokusera på just symptomen. Terapeuten inom den psykodynamiska teorin frigörs också från ett kategoriserande tankesätt och ger istället möjlighet till ett individualiserande synsätt, där mötet mellan terapeut och patient sker i ett komplext, dynamiskt fält som terapeuten själv är deltagare i. Utifrån detta synsätt blir varje situation unik utan på förhand definierade problemsituationer. Teorin är också en helhetsteori där patologisyn och diagnostiska överväganden samt terapeutiska metoder kan sammanfattas och beskrivas inom en och samma teori (Gullestad & Killingmo).

ÖVERFÖRING OCH MOTÖVERFÖRING

Det teoretiska begrepp som är det mest centrala i det kliniska arbetet är överföringsbegreppet. Överföringen tjänar som ett nav i den psykoanalytiska terapiprocessen. Utgångspunkten är att omedvetna hållningar som är knutna till inre representationer av personer från patientens förflutna aktiveras, vilka oftast innefattar föräldrarna eller nära omvårdnadspersoner. Hållningarna förskjuts till patientens inre bild av terapeuten och den terapeutiska relationen. Detta leder till att patienten uppfattar och handlar som om den tidigare relationen fortfarande existerar i relation till terapeuten (a.a.). Detta ger terapeuten en möjlighet att hjälpa patienten att få insikt i hur upplevelser med omsorgspersoner tidigare i livet resulterat i olösta konflikter, som påverkar relationer i nuet (Safran, 2012). Motöverföring är ett annat, lika centralt begrepp, som syftar på terapeutens affektiva reaktioner på omedveten kommunikation från patienten. Från att tidigare ha ansetts vara problematiskt så anses motöverföringen idag vara centralt i det kliniska arbetet i psykoanalytisk psykoterapi. Killingmo och Gullestad (2011) menar att motöverföringen kan sägas vara kungsvägen till undertexten i mellanmänsklig kommunikation.

DEN PSYKOTERAPEUTISKA RAMEN

Killingmo & Gullestad (a.a.) beskriver återkommande att ramen är det som åtskiljer och avgränsar det terapeutiska samspelet från vanligt socialt samspel. Författarna menar att rummets ritualer sänder ut budskap och att patientens egna ritualer är svar på dessa. Ett av ramens syften är att den bidrar till en bakgrund av trygghet, i den meningen att den är *känd*, dock inte nödvändigtvis godartad och stabil, där det ges möjlighet att undersöka och analysera den enskildes trygghetsproblematik (a.a.).

ANKNYTNINGSTEORI

Anknytningsteorin utvecklades av den engelska läkaren John Bowlby. Begreppet anknytning avser en varaktig inre representation av relationen till föräldern vilket inbegriper en stark tendens att söka föräldrarnas närhet vid stress. Att vara anknuten till någon är en av våra starkaste känslomässiga relationer och är mycket mer än att bara söka närhet vid annalkande fara. Det som är specifikt för en anknytningsrelation i jämförelse med andra känslomässiga band är att

den som är anknuten söker trygghet, tröst och beskydd hos sin anknytningsperson. (Broberg et al., 2008). Eagle (2013) beskriver att en persons välbefinnande i livet hänger samman med hur föräldern lyckats försäkra barnet säkerhet och trygghet i relationen till barnet och är centralt genom hela livet. Denna säkerhet och trygghet ligger till grund för barnets förmåga att utforska världen och utvecklas gynnsamt under livets faser.

ANKNYTNING OCH PSYKOTERAPI

Eagle (2013) menar att det är av vikt att ta fasta på patientens anknytningsmönster och utifrån ett anknytningsteoretiskt perspektiv hjälpa patienten att frigöra sig från dysfunktionella anknytningsmönster. En *förståelse* för dynamiken i anknytning snarare *informerar* än *definierar* interventioner och kliniskt tänkande och blir hjälpsamt då dessa mönster aktualiseras i terapin. Terapeutens kommer att utgöra en anknytningsperson vars roll blir att etablera en *trygg bas* varifrån patienten kan utforska sina svårigheter i nuet eller i det förgångna, alltså är kopplingen till utforskande även centralt i den terapeutiska relationen.

PROBLEMFORMULERING

Prematurlt avslutande eller plötsligt avbrott under ett terapeutiskt arbete är ett fenomen som kan få allvarliga kliniska, men också ekonomiska konsekvenser både för patienten och organisationen som bedriver behandlingen (Bohart & Greaves Wade, 2013; Werbart, Andersson & Sandell, 2014). Organisatoriska faktorer påverkan på prematura avbrott i psykoterapi har sällan blivit belyst i forskning men där det går att finna indikationer på att dessa har starkare inflytande på utfallet än patientfaktorer. Framförallt är det i organisationer med oklara mandat, oklar behandlingspolicy samt där det råder finansiella oklarheter som kan påverka utfallet av en terapi negativt. Forskning kring avbrott i psykoterapier är omfattande men samtidigt ett område som inte följer något givet mönster och är ett område där det saknas forskning som belyser organisationens roll när det gäller utfallet av terapin och dess avslut. Werbart et al. (2014) menar att instabilitet inom organisationen är starkt kopplad till patientinitierade orsaker till avbrott av terapier och att prematura avbrott kan få negativa följder för framtida terapier. Ovanstående forskning fokuserade på effekten av organisatorisk instabilitet avseende patient- eller terapeutinitierade avslut av terapier. Denna studie vänder blicken mot terapier som av olika anledningar avslutas av en tredje part, som också initierat insatsen. Syftet med denna studie är att undersöka erfarenheter och upplevelser gällande avslutsprocesser av familjebehandlande insatser av externa och interna aktörer hos chefer inom individ- och familjeomsorgen på socialtjänsten.

METOD

Studien genomfördes med en deskriptiv, tolkande kvalitativ ansats och materialet analyserades med en empiristyr, induktiv tematisk analysmetod enligt Braun & Clark (2006). Kazdin (2014) menar att den kvalitativa metoden bäst fångar den andres upplevelser och ger kunskap och fördjupad förståelse för olika svårfångade fenomenen och lyfter fram komplexiteten i forskningen. Enligt Larsson (2005) handlar en kvalitativ forskningsstrategi om individens eller aktörens skrivna eller verbala utsagor samt observerbara handlingar. Forskaren försöker fånga in den andres upplevelser och se världen från dennes perspektiv och nå kunskap om individens subjektiva upplevelser (a.a.). Den deskriptiva ansatsen innebär enligt Kvale (1997) att forskaren strävar efter att nå nyanserade beskrivningar som återger den kvalitativa mångfalden samt att förstå meningen hos centrala teman i den intervjuades livsvärld och dennes relation till den.

McLeod (2013) menar att den kvalitativa forskningen har potentialen att kunna beskriva kontextuella faktorer och tolka meningen i dessa i relation till det psykoterapeutiska arbetets praktik.

URVAL, PROCEDUR OCH AVGRÄNSNING

Urvalet av intervjupersoner är gjord utifrån en önskan om att kunna svara på studiens syfte. Detta ändamålsurval är enligt Denscombe (2016) väl lämpat för att hitta informanter som kan ge den bästa informationen och som med största sannolikhet har den erfarenhet eller expertis som ger kvalitativ information och värdefulla insikter i forskningsämnet. Enligt Bryman (2011) är denna målinriktade strategi ett försök att skapa överensstämmelse mellan forskningsfrågor och urval. Ett urvalskriterium var att intervjupersonerna skulle befinna sig i en direkt eller indirekt beslutsfattande position när det gäller att ge bistånd i form av familjebehandling. Att ha en indirekt position innebär att man har ett övergripande ansvar för chefer som ansvarar för biståndsbeslut. Av socialkontoren som ingår i studien återfinns ett centralt i Stockholm, två i förorter till Stockholm, ett i en kommun strax utanför Stockholm medan ett socialkontor ligger i en mellanstor stad i Värmland. Intervjupersonerna kontaktades initialt via telefon utifrån en upprättad lista på socialkontoren i Stockholm och närliggande kommuner i bokstavsordning. Socialkontoret i Värmland valdes utifrån ett bekvämlighetsurval då forskaren besökte staden i annat syfte under forskningsprocessen. Sammanlagt kontaktades 16 socialkontor. I de fall då kontakt misslyckades eller att den tillfrågade personen avböjde medverkan så kontaktades nästa socialkontor på listan. När kontakt upprättats så informerades cheferna om studiens syfte och frågeställningar och i de fall som personerna accepterade att delta så bokades tid för intervju på intervjupersonernas arbetsplats.

DELTAGARNA

Studien bygger på intervjuer med åtta chefer inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg på fem olika socialkontor. Samtliga intervjuade var till sin grundprofession socionomer. Av dessa var två enhetschefer, fyra biträdande enhetschefer samt två gruppchefer. Enhetscheferna var män medan de övriga var kvinnor och samtliga intervjuade hade mer än åtta års erfarenhet av att vara chef inom socialtjänsten. Åldersspannet hos deltagarna var 38–62 år.

INTERVJUERNA

Intervjuerna har genomförts med kvalitativa semistrukturerade intervjuer och varade mellan 45–80 minuter. Intervjuerna har utgått från en intervjuguide (Bilaga 1) med några få övergripande teman som haft för avsikt att täcka in vissa specifika områden som behövt besvaras utifrån studiens syfte och frågeställningar. Dessa teman innefattade: en beskrivning av intervjupersonernas bakgrund och yrkesroll, synen på chefernas roll avseende beslut kring bistånd gällande familjebehandling, hur de tänker kring förändringsprocesser och avslut, hur de tänker kring längden på den familjeterapeutiska behandlingen samt vilka erfarenheter de har gällande externa utförare av familjebehandlande insatser. Detta har tjänat som syfte för att kunna fånga in beskrivningar och undersöka intervjupersonernas upplevelser och uppfattningar utifrån deras livsvärld, samt att inte bli för styrande i intervjun då spontanitet anses vara av vikt för att inte förlora viktig information. Enligt Kvale (1997) är den kvalitativa forskningsintervjun särskilt lämplig om man vill förstå och beskriva centrala teman som den intervjuade förhåller sig till, vilket också har varit denna studies mål. Den syftar också till att förtydliga de många gånger mångtydiga och motsägelsefulla beskrivningar som den intervjuade ger uttryck för (a.a.). En styrka med denna utformning har inneburit att det också varit möjligt att ställa följdfrågor och att upprepa redan ställda frågor i kontrollsyfte. Bryman (2011) beskriver att det

är önskvärt att låta intervjun röra sig i olika riktningar då detta ger kunskap om vad intervjupersonen upplever vara relevant och viktigt.

KVALITATIV ANALYS

Intervjuerna spelades in på mobiltelefon efter att samtliga intervjupersoner gett sitt skriftliga samtycke till detta. Därefter transkriberades intervjuerna vilket har flera fördelar. Bland annat bibehåller man intervjupersonernas uttryckssätt och ordalag, vilket sedan kan användas vid presentation av citat och illustrera uttalanden för att skapa transparens mot läsaren. Braun och Clark (2006) beskriver detta som en central del i den kvalitativa forskningsmetoden. Under bearbetningen har meningskoncentrering använts för att göra svaren mer uttrycksfulla och kärnfulla. Detta innebär att man tar bort upprepningar, pauser och utfyllnadsljud (Kvale 1997). Efter transkriberingen där intervjuerna överförts till textdokument i datorn så har ljudfilerna raderats. Intervjuerna har sedan bearbetats och strukturerats övergripande och därefter brutits ned till mindre mer specifika teman. Denna induktiva tematiska analysmetod är lämplig när man vill fånga in viktiga aspekter från det insamlade datamaterialet som går att koppla till forskningsfrågan och på så vis göra det möjligt att tolka olika aspekter av forskningsämnet.

Syftet med metoden är att stegvis identifiera, analysera, organisera och redogöra för mönster och teman från inhämtade data (Braun & Clark 2006). I ett första steg bekantar sig forskaren med den data som transkriberats genom att upprepade gånger läsa igenom intervjuerna. Detta innebär ett aktivt sökande efter meningsbärande mönster i innehållet. Att kolla av det transkriberade materialet mot ljudfilerna rekommenderas av Braun och Clark (a.a.), vilket gjordes flera gånger. Nästa steg innebär att identifiera initiala koder så nära det transkriberade materialet som möjligt för att identifiera intressant råmaterial för fenomenet i fråga. Materialet i denna studie kodades manuellt utifrån ett datagenererande semantiskt innehåll. Materialet kodades genom att anteckna i texten samt genom att konstruera tankekartor utifrån respektive intervju. I ett tredje steg påbörjas ett arbete med att successivt hitta teman utifrån de koder som nu samlats in från det transkriberade materialet. De koder som påminner om varandra eller bär någon sorts relation till varandra från varje intervju kodas nu in i olika grupper eller i preliminära teman. I nästa skede testas de teman som framkommit och prövades åter mot det transkriberade materialet. För att materialet skall bli så koherent och begripligt som möjligt så gjordes här justeringar och förbättringar av redan konstruerade teman. När analysarbetet nått en punkt där en tillfredställande karta av teman konstruerats startade en process där dessa teman ytterligare definierades och förfinades för att få fatt i essensen av vad varje tema faktiskt handlar om och vilka aspekter som de lyckats fånga. Ur vissa mer komplexa teman kommer också underteman att behöva presenteras för att skapa en bättre organisation och struktur kring den följande presentationen av materialet.

FÖRFATTARENS FÖRFÖRSTÅELSE

Både Kazdin (2014) och Denscombe (2016) menar att kvalitativa data alltid är en produkt av en tolkningsprocess och att detta får konsekvenser för möjligheten till objektivitet. Då forskaren är en del av mätinstrumentet så kommer dennes värderingar, identitet och övertygelser att i olika utsträckning påverka tolkningen (a.a.). Att ha ett öppet sinne och att redogöra för information om forskaren i rapporten är ett sätt att hantera detta. Malterud (2001) menar att subjektivitet uppstår i den stund som forskarens egen påverkan på resultatet ignoreras och understryker vikten av reflexivitet hos forskaren. Ett vidare resonemang kommer att föras kring detta tema under metoddiskussionen.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Studien har utgått från och nogsamt beaktat Lag (SFS 2003) om etikprövning av forskning som avser människor samt från Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2011). Följande etiska aspekter har beaktats: *Informationskravet*: Cheferna kontaktades i samtliga fall initialt via telefon. Vid detta tillfälle informerades de om studiens innehåll, vad syftet är och hur informationen kommer att användas. Vid intervjutillfället gavs åter ovanstående information till samtliga informanter för att säkerställa att alla får samma information samt att alla får möjlighet att ställa eventuella frågor om studien. *Samtyckeskravet*: Innan varje intervju informerades intervjupersonerna om att deltagandet är frivilligt och att de kunnat dra sig ur närhelst de önskat. De har också fått tillgång till forskarens kontaktinformation så att det funnits möjlighet att i efterhand korrigera information och medverkan, inom rimlig tidsgräns.

Konfidentialitetskravet: Samtliga informanter är avidentifierade. Det har inte heller varit ett syfte med denna studie att inhämta känslig information av personlig karaktär eller privata data, utan att fånga intervjupersonernas upplevelser och beskriva deras erfarenheter.

Nyttjandekravet: Samtliga intervjupersoner är informerade om ändamålet med studien, vilket är att den kommer att utmynna i en examensuppsats på Psykoterapeutprogrammet. Inga andra ändamål kommer att bli aktuella. Samtliga informanter har gett sitt samtycke till detta skriftligt.

RESULTAT

Den tematiska analysen genererade i ett övergripande huvudtema, *Uppdragens utformning påverkar utfallet*, samt fyra centrala teman: *Tydliga uppdrag, mätbara mål, uppföljning samt dialog främjar insatsen och dess avslutsprocess*, *Svårigheter under avslutsprocessen*, *Situationen måste vara tillräckligt bra för att kunna avsluta familjebehandlingen* samt *Den familjebehandlande insatsens längd*. Nedan presenteras dessa teman samt dess tolv underteman. Svarsfrekvensen från cheferna redogörs enligt modell utifrån Hill et al. (2005): *generellt svar* innebär här att minst sju uttalat sig kring temat, *typiskt svar* innebär att hälften eller fler uttalat sig, i frekvensen *variant* har mindre än hälften men minst två sagt något som överensstämmer med temat medan frekvensen *ovanligt* innebär att endast en deltagare uttalat sig (tabell 1).

Tabell 1. Teman och underteman med respektive frekvens		
Teman och underteman	(n=8)	Frekvens
Huvudtema: Uppdragens utformning påverkar utfallet	8	Generell
1. Tydliga uppdrag, mätbara mål, uppföljning samt dialog främjar insatsen och dess avslutsprocess	8	Generell
1.1 Bristande avstämning och uppföljning samt otydliga uppdrag försvårar avslut	8	Generell
1.2. Klientens mottaglighet och motivation avgörande för utfallet	5	Typisk
2. Svårigheter under avslutsprocessen	7	Generell
2.1. Oenighet mellan aktörer	7	Generell
2.2. Otydlighet vem som har mandat att initiera avslutet	7	Generell
2.3. Svårigheter för klienten att påverka sin situation under avslutsprocessen	8	Generell
2.4. Svårigheter hos familjebehandlare att avsluta	8	Generell
2.5. Skillnader mellan externa och interna behandlare	8	Generell
2.6. Ett bra avslut av betydelse för familjerna	6	Typisk
3. Situationen måste vara tillräckligt bra för att kunna avsluta familjebehandlingen	8	Generell
3.1. Kontrollfunktionen avgörande	8	Generell
3.2. Att våga lita på klienternas förmåga	3	Variant
4. Den familjebehandlande insatsens längd	7	Generell
4.1. Klienterna anses vara orsak till prematura avslut	8	Generell
4.2. Familjebehandling som pågår längre än ett år anses vara lång tid och främjar inte förändringsarbetet	7	Generell
4.3. Socialtjänsten orsak till att behandling pågår för länge	7	Generell

UPPDRAGENS UTFORMNING PÅVERKAR UTFALLET

Detta generella huvudtema går som en röd tråd genom samtliga teman i resultatet. Intervjupersonerna beskriver att insatsens uppstartande har ett tydligt samband med hur avslutet kommer att bli, oavsett om den familjebehandlande insatsen leder till prematura avslut eller för långa behandlingar. Cheferna beskriver att uppdraget initialt behöver vara tydligt utformat och att kontinuerlig uppföljning behöver ske under hela behandlingsprocessen.

1. TYDLIGA UPPDRAG, MÄTBARA MÅL, UPPFÖLJNING SAMT DIALOG FRÄMJAR INSATSEN OCH DESS AVSLUTSPROCESS

Cheferna beskriver generellt att de utformade målen skall var mätbara och konkreta där uppdragsgivaren kontinuerligt stämmer av med utförare och familj så att man i arbetet inte avviker från det angivna och överenskomna målet.

Det måste vara en tydlig ingång i ärendet, det skall vara mätbara mål är viktigt initialt, det som är mätbart blir gjort. Därefter hela tiden kolla av om målen uppfylls och att man håller kursen i behandlingen är av vikt. Målen skall vara konkreta

Vi måste ju vara överens med föräldrar vad som skall arbetas med, överens om målen liksom. Hur uppdrag utformas, hur man beställer, att tidsbestämma insatsen, det är extremt viktigt, vi gör luddiga uppdrag som leder till luddiga insatser, absolut och det är soc ansvar. saker och ting måste kunna mätas, behandlarna måste också kunna mäta sin egen framgång

Vidare behöver det råda samsyn mellan samtliga aktörer om vad som skall uppnås och familjerna behöver veta vad de tackar ja till innan insatsens uppstartande. Samtliga intervjupersoner beskriver att man inom myndigheten kontinuerligt arbetar med att förbättra sig avseende utformningen av uppdrag samt kring förmågan att kunna bedöma vilka behov som föreligger. En förvaltning beskriver bland annat att de precis har börjat med att implementera en modell, "Smarta Mål" för att skapa struktur kring uppdragen. Det finns samtidigt en återkommande beskrivning hos intervjupersonerna om mätbarhetens komplexitet och svårigheter kring bedömningen vad och hur man skall mäta.

Vi försöker skriva målen så mätbara och konkreta som möjligt men det är ju väldigt svårt att mäta "nu slår föräldern färre gånger eller aldrig mer" hur kan vi egentligen veta det? Det är ju en form av känsla i förändringsarbetet som görs

1.1. BRISTANDE AVSTÄMNING OCH UPPFÖLJNING SAMT OTYDLIGA UPPDRAG FÖRSVÅRAR AVSLUT

Intervjupersonerna beskriver ett generellt undertema att den familjebehandlande insatsen tenderar att pågå slentrianmässigt år efter år på grund av att uppdragen initialt varit otydliga samt att uppdragsgivare inte följt upp insatsen kontinuerligt. Intervjupersonerna beskriver att de erfarit att behandlingen pågått trots att målen varit uppnådda för länge sedan.

Det var behandling som bara pågått utan slutdatum, ingen dokumentation, bara fortlöpt, ingen uppföljning, man ringer familjen och de förstår inte varför insatsen pågår, kan ha pågått i fem år, Mycket har handlat av att klippa av långa insatser för mig sedan jag började min tjänst

Cheferna anger bland annat orsaker som att behandlarna är inne hos familjen för att säkerställa att situationen är "good enough", att insatsen fungerar som "konstgjord andning" där yngre

syskon tar över efter äldre som mål för insatsen och där dialogen brutit samman mellan tjänstemännen. Det finns en självkritik hos intervjupersonerna som menar att det inte bara handlar om den familjebehandlande insatsens kvalitet som en avgörande faktor kring utfallet, utan hur insatsen följs upp och kontrolleras av myndigheten.

I en föränderlig organisation som socialtjänsten är så händer det att vi tappar bort ärenden, att vi inte har koll och kan då betala ut 12 000 kr/mån och så glömmar vi bort det ena och det andra, det är ju ingen alarmerande kostnad för oss men sedan ser vi plötsligt, ”men vad har de gjort här? Vad är detta, varför har detta pågått så länge?” ofta upptäcks det när det kommer någon ny och skall styra upp...”

1.2. KLIENTENS MOTTAGLIGHET OCH MOTIVATION AVGÖRANDE FÖR UTFALLET

Ett typiskt undertema där intervjupersonerna beskriver att klientens mottaglighet och motivation är avgörande för utfallet. De beskriver att klienten måste vilja ta emot insatsen och att de är mer förändringsbenägna om de tillåts bli delaktiga och involveras under initialskedet. Klienterna behöver ha acceptans för situationen de befinner sig i och förstå vad de skall arbeta med i behandlingsarbetet annars menar intervjupersonerna att insatsen tenderar att ”rinna ut i sanden”.

Viktigt med acceptans hos familjerna, de måste veta vad man skall jobba med annars rinner det ut i sanden, de säger ”vi kan väl ta emot då” men ingen motivation finns egentligen. Här måste det vara ett nära samarbete, implementeringen måste funka..

Cheferna beskriver att motivationen hos familjerna ofta är större under själva utredningen där mottagligheten tenderar att försvinna efter att insatsen påbörjats. Det är först då som klienterna förstår innebörden av vad de tackat ja till, varpå attityden kan komma att förändras.

Det kan bli så att familjerna säger att de inte tycker som de gjorde under utredningen ”vi tycker inte så här längre” och då kan det bli att insatsen avslutas för det är ingen mening. Det är en svår sist när det blir så, det är en extremt svår sits med dessa familjer som inte är mottagliga

2. SVÅRIGHETER UNDER AVSLUTSPROCESSEN

Ett generellt tema där intervjupersonerna beskriver att det ofta är ett bra samarbete mellan tjänstemännen men att man inte sällan stöter på olika typer av svårigheter under den pågående insatsen och då framförallt under avslutsprocessen.

2.1. OENIGHET MELLAN AKTÖRER

Cheferna beskriver generellt att det är svårt att hitta ett fungerande samarbete kring hur arbetet skall utföras och hur det skall avslutas. Intervjupersonerna anger flertalet orsaker till svårigheterna. De beskriver att det blir ”krockar” utifrån tjänstemännens olika roller och positioner där det råder olika idéer om vad som behövs för familjerna. I detta beskriver cheferna hur det kan uppstå frustration mellan utförare och beställare där cheferna återkommande kan behöva gå in och medla mellan parterna.

Det kan finnas en skillnad där vi vill ha en större intensitet utifrån att vi vill ha kontroll medan behandlarna arbetar utifrån en målbild, då kan det bli problem (skratt), vi har olika idéer, det är då vi hamnar i dessa tjänstemöten som inte är roliga för någon, det är frustrerande för båda sidor.

En av cheferna anger skillnader i den teoretiska utgångspunkten hos utförare och beställare som en problemkälla.

Jag tror att vi kan förstå problemet utifrån ett teoriglapp där jag som är skolad i den systemiska traditionen tänker på ett sätt som jag menar är applicerbart på det vi håller på med. Psykodynamiskt och KBT är inte applicerbart på den värld som jag företräder. Får vi in aktörer med steg 1 eller 2 så är det ju fantastiskt och bra, men hur översätter man det i ett familjearbete? Vi delar inte den teoretiska grunden med uppdragstagarna helt enkelt.

Intervjupersonerna beskriver också att det råder skillnader mellan vad klienten vill i relation till både handläggare och familjebehandlare. Cheferna beskriver att socialsekreterarna och även familjebehandlarna många gånger vill mer än vad familjerna vill där det råder oenighet kring vad målet faktiskt är och när detta är uppfyllt. En chef beskriver att socialsekreterarens godhjärtade inställning inte alltid sammanfaller med klientens motivation.

Socialsekreterarna vill ibland mer än familjen, de har olika mål. De är ju godhjärtade och vill väl, de vill ge och ge, mer och mer, men kanske missar hur mycket familjen vill ha

2.2. OTYDLIGHET VEM SOM HAR MANDAT ATT INITIERA AVSLUTET

Frågan vem som äger mandat att avsluta den familjeterapeutiska behandlingen är ett generellt undertema där beskrivningarna till delar är paradoxala. Å ena sidan beskriver cheferna att en insats är frivillig där man från myndighetens sida inte kan tvinga klienterna till fortsättning om de inte vill och där den enskilde är i sin fulla rätt att avsluta närhelst de önskar. På samma sätt beskriver intervjupersonerna att man som tjänsteman inte kan avsluta mot den enskildes vilja.

Klienten har ju alltid möjlighet att avsluta, för det är ju en frivillig insats, man kan beklaga och motivera till fortsättning, men vi kan inte tvinga på något

Å andra sidan så förekommer beskrivningar där cheferna menar att man som myndighet avslutar om det inte finns potential för förändring hos klienten eller mottaglighet hos densamma. Finns det fortfarande oro kring en familj och familjen inte vill ingå i någon behandling så inleder man helt sonika en ny utredning. De beskriver också att de avslutar en insats om de bedömer att en insats inte är adekvat och av tillräckligt god kvalitet.

Om jag gör en bedömning att en insats är undermålig så är det ju som ett avtalsbrott, jag har köpt något som inte funkar, dom levererar inte och då avslutar jag

Klienten kanske vill ha mer, vilket kanske går att förstå i någon mening, men man kan ju inte vara inne i en insats bara för att man har goda relationer, det kan ju pågå i tio år då, nå då måste vi avsluta och kanske andra huvudmän får gå in om det behövs annat

En beskrivning gör gällande att behandlarna ibland tar beslut utan dialog med handläggaren där man avslutar insatsen med klienten, trots att klienten önskat mer hjälp. Intervjupersonen menar att familjerna då blir drabbade av tjänstemännens brist på samverkan.

Ibland har behandlarna redan sagt till klienten att nu skall vi sluta, utan att ha dialog med oss som beställt insatsen, i vår värld är det ju bara vi som kan avsluta insatsen, det är ju vi som är myndighet. Men då har de redan bestämt över våra huvuden, utifrån deras ärendedragningar och yrkeskunnande, men det drabbar ju klienten i slutändan

2.3. SVÅRIGHETER FÖR KLIENTEN ATT PÅVERKA SIN SITUATION UNDER AVSLUTSPROCESSEN

Ett generellt undertema är beskrivningar av negativa konsekvenser för klienten under avslutsprocessen. Bland annat kommer familjerna i kläm på grund av ovan nämnda orsaker där det uppstår svårigheter i samverkan mellan tjänstemännen. Detta kan innebära att insatsen inte kommer igång tillräckligt snabbt med ökat lidande för familjen som följd, eller att insatsen upphör utan att klienten blir delaktig. Cheferna gör gällande att klienterna känner att de är i ett ständigt underläge där de inte vågar gå emot tjänstemännen, oavsett om det handlar om handläggarna eller behandlarna. Klienterna är utelämnade till tjänstemännens godtyckliga bedömningar oavsett om det handlar om att avsluta insatsen mot familjens vilja eller att förlänga den trots att familjen önskar att avsluta densamma. Intervjupersonerna beskriver att familjerna har att inrätta sig i de familjebehandlande interventioner som erbjuds, de behöver s.a.s. passa in i modellen. Cheferna beskriver att de varit i kontakt med familjer som beskrivit att de inte förstått varför en insats fortfarande pågår och de menar att familjerna under gemensamma uppföljningar inför avslut inte vågar säga att en insats inte varit till nytta.

Jag menar att familjerna hamnar i en svår sits, vi sitter på en uppföljning där de skall säga att de inte tycker att man jobbat med rätt saker. Man kanske skulle jobba med barnet men har fokuserat på föräldrarnas konflikt. De vågar ju inte gå emot familjebehandlarna och säga att "nä, vi vill avsluta", eller emot handläggarna för den delen, de kommer i kläm tycker jag, ofta.

2.4. SVÅRIGHETER HOS FAMILJEBEHANDLARE ATT AVSLUTA

Ett generellt undertema är beskrivningar om familjebehandlarnas ovilja och- eller oförmåga att avsluta den familjebehandlande insatsen. Intervjupersonerna anger bland annat att det handlar om familjebehandlarnas egna behov där de hos familjerna kommit att känna sig bekräftade och duktiga och därför inte själva tar initiativ till avslut.

Nog är det så med mänskligheten, att om vi får en bra relation och känner oss duktiga och värdefulla, så inte säger behandlarna nej till fortsättning om familjen vill fortsätta, då kör man på om det känns bra för de professionella, det är nog lika för oss chefer

Man beskriver att behandlarna "naglat sig fast" för att man blivit förtjust i familjen och att det varit en ynnest att få jobba i en specifik familj på grund av att de varit så trevliga och behagliga. Det är som om uppdragen blir som ett medberoende mellan familj och behandlare där behandlarna blivit en del av vardagen, där det hänt att familjer kommit att betrakta och kalla familjebehandlarna för familjemedlemmar.

Ibland har jag stött på att familjen inte vill avsluta, men jag har också stött på att det varit behandlare som kan ha svårt att avsluta, det är som om man formar någonting, att det kan bli ett medberoende. En familj kallade familjebehandlarna för familjemedlemmar kommer jag ihåg (skratt)

När jag började min tjänst så fick jag starta med att avsluta en mängd med ärenden som bara pågått utan någon som helst kontroll, jag undrade vad håller dom på med? Det var mycket gråt och tandagnisslän och det var faktiskt familjebehandlarna som skrek mest (skratt). Behandlingen bara pågick utan slutdatum.

En annan återkommande beskrivning är att familjebehandlarna efter ett formellt avslut ändå fortsätter att ha kontakt med familjerna där behandlarna menar att familjerna behöver en

”boost”, i mening att få någon slags terapeutisk påfyllnad av efter avslutat uppdrag. Bland annat ges familjerna möjlighet att ringa familjebehandlarna vid behov efter avslutad behandling. Cheferna uttrycker oförståelse för detta.

Dom säger att det ingår en boost, jag litar väl på dom, men jag förstår det inte. Jag tänker på lagen, inom vilken ram gör de detta? Var journalförs detta? Om det framkommer något nytt, vad gör de då? De kan ju inte rapportera till oss för det finns ju inget ärende

Oviljan att avsluta kan också ha ett ekonomiskt incitament. Man avslutar helt enkelt inte på grund av att man inte vill förlora inkomst. Detta riktas specifikt mot de externa aktörerna.

Jag tror det är som allt annat i världen, att man inte biter den hand som föder en, jag tror det är väldigt mycket ekonomi, säger ingen något från myndighetshåll, ja då får det väl fortgå, man ropar inte varg i onödan.

2.5. SKILLNADER MELLAN EXTERNA OCH INTERNA BEHANDLARE

Ett generellt undertema är att cheferna beskriver tydliga skillnader mellan de egna familjebehandlarna som finns i kommunen och de familjebehandlande insatser som köps in. Cheferna beskriver att det är lättare att både formulera uppdrag och avsluta desamma med externa utförare. Man kan modellera mer med de externa och intervjupersonerna menar att de externa aldrig skulle överpröva ett beslut kring avslut som kan ske i relation till de interna utförarna. Man kan som uppdragsgivare vara mer styrande gällande timantal och vad som skall utföras.

Det är inte klokt, men jag verkligen kräver mer resultat av en köpt insats, man kan tydligt visa på, att ni skulle ju jobba med detta och jobba med de här målen det här datumet, varför har det inte hänt? Jo, jag blir tuffare i det här än i intern öppenvård

Cheferna menar också att de externa har en större flexibilitet där de kan gå in i mer komplexa ärenden och om insatsen behöver pågå utanför kontorstid och i hemmen hos familjerna. Upplevelsen hos intervjupersonerna är därför att insatserna pågår längre hos de interna utförarna. Det framkommer att det också är lättare att kritisera de externa behandlarna och vara mer tydliga mot dem än de interna då man inte vill riskera försämrade relationer med de interna behandlarna, som man kontinuerligt träffar i andra interna organisatoriska sammanhang.

Det är ju rent krasst lite svårare att titta på interna insatser, att säga ”nej ni är kassa, ni funkar inte, det gör man ju inte, vi kan lugnt göra det med externa utförare, där har vi inte de personliga relationerna

2.6. ETT BRA AVSLUT AV BETYDELSE FÖR FAMILJERNA

Ett typiskt undertema där intervjupersonerna beskriver att avslutet är viktigt. Man behöver ritualisera avslutet med familjerna och att man behöver förbereda familjerna i tid på att avslutet närmar sig. Cheferna menar att man inte bara kan ”klippa av behandlingen” utan det behöver ske i dialog och vara begripligt för den enskilde. Man understryker den relationella delen av familjebehandlingen och beskriver förståelse för att familjebehandlarna många gånger blivit viktiga personer i familjernas liv och att man som beställare behöver ha respekt för detta.

Det är inte bara att avsluta en familjebehandlande insats pang bom, måste fasas ut, ritualiseras, inte bara klippa av. Man har påbörjat en relation som blir svår att bryta, skall finnas ett syfte med det man gör och förklaras för familjen

3. SITUATIONEN MÅSTE VARA TILLRÄCKLIGT BRA FÖR ATT KUNNA AVSLUTA FAMILJEBEHANDLINGEN

Ett generellt tema där begreppet ”good enough” användes av samtliga intervjupersoner för att beskriva ett tillstånd som behöver uppnås för att ett avslut kan bli möjligt. En av cheferna sade sig inte tycka om just det begreppet utan valde att använda sig av *skälig levnadsnivå* istället. Det man avser med dessa begrepp är hur situationen ser ut i familjen för barnet som insatsen riktat sig till, då barnet alltid är utgångspunkten i samtliga uppdrag. Det råder inte sällan oenighet kring dessa bedömningar mellan de olika aktörerna, vilket också beskrivs under ovanstående tema. Här menar cheferna att de återkommande behöver göra avvägningar huruvida situationen är tillräckligt bra eller ej. Intervjupersonerna beskriver att dessa bedömningar är komplicerade och att begreppen är svårdefinierbara.

Det är ju en juridisk term, skälig levnadsnivå, eller good enough, vad är det? Hur kan man veta vad som är bra nog? En förälder kanske måste komma upp till en viss nivå, behöver ju inte vara tip-top, utan tillräckligt bra

3.1. KONTROLLFUNKTIONEN AVGÖRANDE

Ett generellt undertema där samtliga chefer återkommande beskriver deras situation där de behöver säkerställa att barnen är tryggade och de inte utsätts för våld i någon form. Att inte avsluta insatser har ett nära samband med att man fortsatt vill ha kontroll och insyn i vad som föregår hos familjerna. De beskriver att de flesta anledningarna till att man använder sig av en familjebehandlande insats utgår från anmälan om att barn på ett eller annat sätt farit illa. En chef beskriver att familjebehandlingen i någon mening har som syfte att just ha kontroll över familjen och det som pågår hos den enskilde. Cheferna återkommer i sina beskrivningar om att de är samhällets skyddsnät och har skyldigheter mot barnen och behöver säkerställa deras välmående. En tydlig gränsdragning är att inga kriterier för LVU skall förekomma eller där någon oro för barnen skall råda. I detta så beskriver cheferna att insatserna många gånger är tvingande.

Vi måste veta att barnen har det bra men om vi ser att det skett en förändring och att barnen är utom fara så kan vi avsluta om familjen så önskar. Finns det fortfarande oro så blir det en ny utredning helt enkelt. Familjebehandlingen kan ha en sån funktion, att kontrollera.

3.2. ATT VÅGA LITA TILL KLIENTERNAS FÖRMÅGA

En variant som undertema handlar om chefernas resonemang kring klienternas egen förmåga, där de menar att man måste våga lita på att klienterna har egna resurser och att den familjebehandlande insatsen faktiskt inneburit en förändring. Det handlar om att våga släppa taget vilket har ett nära samband med de båda andra underrubrikerna i detta tema, nämligen känslan av att behöva ha kontroll och att lita på att familjen och barnen specifikt har det ”good enough”. Cheferna menar att man genom att ge klienterna tillit så kommer de också att växa och lita på sig själva. Skulle myndigheten signalera att man inte litar på klienterna så kommer klienterna själva att mista tron på den egna förmågan.

Vi som följer upp måste våga säga att nu räcker det, mamma och pappa måste få pröva sig, få pröva sina vingar på egen hand, vi måste lita på förändringen, att det går att göra förändring. Oro finns alltid så vi måste våga tro att det går, vi kan ju inte vara inne för all framtid (skratt)

Vi måste komma ihåg att vi skall vara så lite inne i familjernas liv som möjligt och behöver backa ur för att bibehålla legitimitet och trovärdighet, vi måste våga lita på förändring, att familjerna har resurser.

4. DEN FAMILJEBEHANDLANDE INSATSENS LÄNGD

Cheferna anser generellt att tre månader är för kort tid för att en förändring skall kunna komma till stånd hos familjerna och flera beskriver oförståelse för att man skall följa upp redan efter så kort tid. Man menar att familjerna inte orkar följa upp hela tiden, vilket blir en paradox eftersom det också finns en generell beskrivning om att täta uppföljningar främjar behandlingsprocessen tillika avslutet. Cheferna anger att det behövs sex till åtta månader för att en familjebehandlande insats skall vara verksamt. De beskriver vissa undantag där man kan ha gett ett riktat bistånd i form av fem samtal eller någon form av "stötinsats" men att dessa är sällsynta.

Tre månader, jag förstår inte detta, man orkar ju inte följa upp stup i kvarten. Det är alldeles för kort tid, hur skall man hinna förändra på tre månader, då kanske man inte ens kommit in i familjen.

4.1. KLIENTERNA ANSES VARA ORSAK TILL PREMATURA AVSLUT

Ett generellt undertema är chefernas beskrivningar kring avslut som sker prematurt. Här beskriver intervjupersonerna faktorer kopplade till klienternas situation och agerande. Dessa innefattar familjens bristande motivation på grund av att insatsen är påtvingad, att familjerna har en mängd andra pågående insatser från andra huvudmän, att familjen är stressad och inte klarar att gå på alla möten samt att familjerna upplever insatsen som ett intrång i deras liv. Cheferna menar att det är ett svårt arbete att närma sig och motivera klienter som inte vill. Intervjupersonerna menar att familjerna kan ha uttryckt behov under den pågående utredningen men där motivationen avstannar när den tvingande faktorn inte längre finns, vilken den gör under utredningsskedet. Cheferna menar att de aldrig skulle avsluta prematurt.

Om vi anser att det är för kort, då är det aldrig vi som avslutar, för kort är ju ett avslut som inte är önskvärt från vår sida, Det är inte vi som avslutar då, det är ju frivilligt så vi kan inte göra något

4.2. FAMILJEBEHANDLING SOM PÅGÅR LÄNGRE ÄN ETT ÅR ANSES VARA LÅNG TID OCH FRÄMJAR INTE FÖRÄNDRINGSARBETET

Ett generellt undertema är chefernas uppfattning att familjebehandling som pågår längre än ett år är att beteckna som lång behandling. Cheferna menar att det är myndighetens skyldighet att tillgodose klientens behov och att det i grunden alltid är behovet som styr och att man aldrig nekar till förlängning om familjen önskar fortsätta. Samtidigt menar de att det är tveksamt om det genererar någon förbättring efter så lång tid. De beskriver att man inte kan bedriva ett förändringsarbete hur lång tid som helst då det finns begränsningar i hur länge en familj är mottaglig för den terapeutiska interventionen. Skulle en insats behövas så lång tid som ett och ett halvt år, så menar man att det istället behövs andra insatser än familjebehandling.

Jag tror inte en familjebehandling skall pågå mer än ett och ett halvt år, familjen kan inte ta emot så lång tid, det gynnar inte familjen, skulle tro att man behöver andra insatser då

4.3. SOCIALTJÄNSTEN ORSAK TILL ATT BEHANDLING PÅGÅR FÖR LÄNGE

Ett generellt undertema visar på bakomliggande faktorer som gör att familjebehandling pågår längre än nödvändigt. Cheferna menar att det är myndighetens skyldighet att tillgodose den enskildes behov om denne så önskar och att det är behovet som hela tiden styr. Som tidigare

angetts under andra teman är insatserna som pågår för länge en effekt av för dålig uppföljning och bristande organisatoriska faktorer samt ovilja att avsluta av de olika aktörerna. Kontrollbehovet är också avgörande där man vill ha fortsatt insyn, vilket också har ett samband med tillitsfrågan. En ytterligare faktor som nämns i sammanhanget är oviljan att skilja på barn och förälder, alltså att man försöker att undvika en placering av barnet. Många av familjerna har en lång historia av pågående insatser avlöser varandra där yngre syskon tar vid från äldre syskon som kanske får andra insatser eller inte behöver vidare stöd.

Jag tänker att det kanske bottnar i en ovilja att skilja på barn och föräldrar, att göra placeringar, man vill tejpa hela vägen och jag tror det handlar om inställningar hos handläggarna och kanske även hos familjebehandlarna som varit inne, som inte kan släppa taget, det är som en process från två håll...

Vi säger aldrig nej om det behövs mer, det är vår skyldighet att tillgodose de behov som föreligger, sen kan vi ju vara oroliga och vilja att det fortsätter för att få någon slags kontroll.

DISKUSSION

Studiens huvudtema *uppdragens utformning påverkar utfallet* handlar om behovet att tydliggöra strukturen kring uppdragen och dess utformning för att främja avslutsprocessen i det familjeterapeutiska arbetet. Samtliga chefer beskriver att en insats måste kunna vara mätbar med kontinuerlig uppföljning och löpande dialog mellan aktörerna utifrån en strävan att ta kontroll över behandlingsprocessen. Intervjupersonerna uppger samstämmigt att det tidigare rådde brister i uppdragens utformning vilket man idag försöker motverka genom olika modeller och metoder. Rönning (2012) menar att det inom välfärdsinstanserna ligger makt i rutiner och i fysisk strukturering som är svår att angripa. Kontrollbegreppet förekommer återkommande i intervjuerna och är i detta sammanhang kopplat till frågan om makt och möjligheter till maktutövning gentemot klienterna. Lundström och Sunesson (2006) beskriver att socialtjänsten som organisation kontrollerar resurser av olika slag, mer eller mindre betydelsefulla för klienten, medan Askheim och Starrin (2012) menar att socialtjänstens arbete äger rum inom ramen för ett asymmetriskt förhållande varpå tjänstemännen befinner sig i en maktposition i förhållande till dem som tjänsten vänder sig till. Behoven och förväntningarna hos de olika aktörerna kan därmed stå i motsatsförhållande till varandra. Studien visar på svårigheter under avslutsprocessen utifrån de olika aktörernas oenighet huruvida en familjebehandlande insats skall avslutas eller ej. Cheferna återkom generellt till begreppet *good enough* eller *skälig levnadsnivå* kring denna fråga, vilket här innebär att det behöver vara tillräckligt bra i en familj för att man skall kunna avsluta en familjebehandlande insats. Frågan uppstår i detta spänningsfält vem av aktörerna som äger mandatet att avgöra vad som är just *good enough*, är det handläggaren, familjebehandlarna eller klienten? Här framkommer motsägelsefulla och paradoxala beskrivningar om att det är klienten som äger mandatet på grund av att insatsen bygger på frivillighet. Samtidigt anges att det bara är socialtjänsten som kan initiera avslutet, då man ansvarar för barnens säkerhet vid missförhållanden, vilket enligt cheferna kan innebära att insatsen just är tvingande.

Det är utan tvivel så att socialtjänsten har ett övergripande ansvar för att barn inte far illa då kontrollaspekten är legitim och ett arbetsdirektiv. Studien visar dock på att det råder situationer där insatser kan avslutas, eller fortgå, men där aktörernas olika intressen hamnar i konflikt med varandra. Klienterna kommer då att befinna sig i en organisatorisk rävsax där de behöver förlita

sig på tjänstemännens bedömningar, oavsett om klienten önskar fortsätta behandlingen eller avsluta densamma. Finns det någon form av oro hos myndigheten så tycks det utifrån studiens resultat vara svårt att frigöra sig från myndigheternas kontroll. Denna kontroll utövas genom att socialtjänsten återkommande inleder nya utredningar för att få insyn eller sätter in en "familjebehandlande" insats för att de skall kunna vittna om vad som pågår i familjen. Samtidigt beskriver flera av cheferna att det är viktigt att lita på klienternas egen förmåga och att våga tro på familjernas förändringspotential där man istället behöver minska behovet av kontroll. Att lita på klienterna menar en chef, är att tillskriva dem förmågor istället för att frånta dem dessa. Kornacki, Silversin och Chokshi (2019) menar att chefer är de som är bäst lämpade att ta första steget när det gäller att bygga tillitsfulla relationer och att etablera tillit. Cheferna behöver tro på positiva intentioner från andra och författarna menar att tillit är lätt att förlora men inte lika lätt att återfå. I andra situationer beskriver cheferna att familjer ofta behöver motiveras eller övertalas för att de skall ta emot det som myndigheten erbjuder. I relation till familjebehandlarna så uppstår ett fenomen där det är den professionelle som vet bäst och gör bedömningen huruvida insatsen skall fortsätta eller ej. Starrin (2012) menar att denna paternalistiska hållning bygger på en över- och underordning där det antas att människor i allmänhet och utsatta människor i synnerhet inte själva är förmögna att veta vad som är bäst för dem, utan bedömningen av detta är en fråga för "experten" eller en myndighet. Konsekvensen blir att livet för den enskilde kommer att planeras och bestämmas av andra. Paternalismen är bedräglig i den meningen att den ger sken av kärleksfullhet, välvillighet och en strävan att beskydda. Utifrån ett psykoterapeutiskt perspektiv menar Kramer (1986) att liknande situationer uppstår när patienten vill avsluta terapin trots att terapeuten gör bedömningen att den bör fortgå. Terapeuten kan då tillskriva detta som ett motstånd hos patienten för att undkomma ett visst kliniskt material.

Cheferna beskriver att familjer ibland inte förstår varför en insats bara fortgår, att det kan vara trevligt att det kommer en person till familjen men har ingen aning om varför. Skulle en insats avbrytas eller misslyckas så tillskrivs detta klienten. Detta överensstämmer väl med Rönning (2012) som beskriver att om den enskilde inte uppnår ett uppsatt mål så är det den vederbörandes fel där fokus riktas mot aktörerna och de strukturella förhållandena underskattas. Här återkommer också uppstartens betydelse och chefernas beskrivning av tydlighetens nytta. Det förekommer enligt intervjupersonerna att klienter är helt oförstående till en pågående insats eller varför insatsen plötsligt skall avslutas men också att de inte förstått vad de tackat ja till förrän insatsen påbörjats. Även handläggarna kan befinna sig i okunskap om pågående familjebehandling. Sannerstedt (1997) menar att den som skall tillämpa en metod eller ett beslut behöver *förstå* metoden, *kunna* genomföra denna, som handlar om resurser i form av pengar och lokal, samt *vilja* genomföra det som skall genomföras. Om inte dessa faktorer är uppfyllda så kommer implementeringen att misslyckas. Här menar cheferna att klienterna behöver vilja ta emot insatsen och förstå vad det är de tackar ja till annars riskerar insatsen att rinna ut i sanden.

Studiens resultat visar på omfattande komplexitet med mängder av inbyggda svårigheter när det gäller att bedriva psykoterapeutiskt inriktat arbete inom socialtjänsten vilket har med den asymmetriska maktstrukturen att göra och den paternalism som blir tydlig utifrån studien. Vid de tillfällen då behandlare och familj önskar fortsatt behandling men där socialtjänsten av olika anledningar kan besluta att avsluta insatsen så finns risk att tillståndet i familjen kommer att försämrats. Om målet med den terapeutiska insatsen är att klienten skall bli autonom och uppnå självbestämmande med ökad tillit till den egna förmågan så kan ett påtvingat avslut inte bara göra att en påbörjad positiv terapeutisk process avstannar utan den riskerar istället att bli iatrogen. Det terapeutiska arbetet kan innebära att klienterna börjar få en känsla av makt över eget liv samt tillit till behandlarna vilka tillfälligt kan gå in som anknytningspersoner och

fungera som en trygg bas för att klienterna skall våga möta sin omvärld (Eagle 2013). I den stund avslutet initieras av tredje part kommer klienten att få bekräftelse att de strukturella maktförhållandena inte förändrats vilket istället kommer att riskera att befästa individens känsla av vanmakt. Det terapeutiska arbetet kommer att visa sig bedrägligt i den mening att det uppstår ett Ikarosyndrom där vi uppmuntrar klienten att flyga mot solen med vingar som inte bär (Rönning 2012). Lundsby (1992) menar att det inte finns några förutsättningar för mänsklig förändring i ett terapeutiskt arbete om en sådan deterministisk situation råder där människan är ofri och inte kan påverka sitt liv. Aafjes-Van Doorn och Wooldridge (2018) menar att påtvingade avslut kan innebära en omfattande terapeutisk utmaning för både patient och terapeut där båda parter kan komma att hamna i en känsla av maktlöshet.

Mitt personliga intresse för denna studies fokus utgick från en föreställning om att den familjebehandlande insatsen tenderade att avslutas prematurt. Resultatet visade till min förvåning snarare på att cheferna uppfattade att behandlingsinsatserna pågår för länge. Cheferna menade generellt att detta bland annat orsakades av familjebehandlarnas egna svårigheter eller ovilja att avsluta insatsen. De angav orsaker som att familjebehandlarna hade egna behov av att känna sig bekräftade och duktiga och att de var tacksamma över att få jobba med trevliga familjer. När det gällde de externa aktörerna fanns det enligt cheferna även ekonomiska incitament att vara kvar i ärendet. Kramer (1986) beskriver att när terapeuten motsätter sig patientens önskan om att avsluta terapin så är detta en fråga om terapeutens motöverbeföring där terapeutens narcissistiska behov blir styrande. Kramer (a.a.) menar att terapeutens ovilja att avsluta terapi på grund av dennes försörjningsbehov, är en av de största inbyggda svårigheterna när det gäller avslutsprocesser. Svårigheterna att avsluta kan också handla om terapeutens egen separationsproblematik. Joyce et al. (2007) beskriver att terapeuten kan uppleva egna tidiga upplevelser och konflikter kring förluster och kan även väcka ångestfyllda känslor kring frågan om patientens förmåga att fungera utan terapin. Ett sätt att möta detta för terapeuterna är tydligen att fragmentera och förlänga processen, vilket beskrivs som att man ger klienterna (eller terapeuterna, egen tolkning) en *"boost"*. Cheferna beskriver att behandlarna gör sig tillgängliga efter att man avslutat där klienterna kan kontakta behandlarna vid behov. Kramer (1986) betonar vikten av att patienten skall försäkras om att alltid kunna återvända till terapin om nya olösta inre konflikter skulle dyka upp eller att man bara gör en uppföljning och även han använder begreppet *"boost"*. Min egen reflektion och undran är om inte detta också är en motöverbeföringsreaktion, vilket blir en paradox utifrån Kramers (a.a.). egna beskrivningar av terapeuters svårigheter med avslut.

För att återknyta till huvudtemat så finns det enligt cheferna även organisatoriska orsaker till att familjebehandling pågår för länge. Intervjupersonerna beskriver generellt att deras bristande rutiner och uppföljningar bidrar till detta. Att påtvingade avslut kan också orsakas av administrativa eller organisatoriska faktorer bekräftas i forskning. Holmes (1997) menar att avslut i psykodynamisk psykoterapi ofta är problematiskt, särskilt i offentligt finansierade organisationer. Werbart, Andersson och Sandell (2014) fann att organisatoriska faktorer kan ha starkare inverkan på utfallet än patientfaktorer. I organisationer med oklara mandat, oklar behandlingspolicy samt där det råder finansiella oklarheter kan utfallet av en terapi påverkas negativt. Cheferna beskriver att det behövs tydliga strukturer, där uppstarten skall vara tydlig och nogsamhet och samverkan skall råda. Samtliga aktörer skall göras delaktiga och förstå vad som kommer att krävas och vad insatsen innebär. Min egen erfarenhet är att det ofta råder ett akut läge där insatserna sätts igång ad hoc, därför att situationen kräver detta. När det gäller organisationers påverkan på terapiprocesser generellt och kring avsluts specifikt så är forskningen bristfällig (Werbart et al. 2014).

I ett generellt undertema beskriver cheferna skillnader i förhållningssätt till de externa och interna utförarna där de menar att det är lättare att avsluta insatser med de externa behandlarna än med de interna. Cheferna känner att de kan vara tydligare och ställa högre krav på de externa där det är lättare att modellera och vara styrande kring biståndets struktur. De upplever en större flexibilitet hos de externa som kan användas i mer komplexa ärenden. En generell uppfattning är att de interna insatserna pågår mycket längre än de externa vilket till del har med ekonomi att göra. Här uppstår en fråga kring rättvisa och jämlikhet utifrån klientens perspektiv. Att bli tilldelad en extern behandlare skulle utifrån studien innebära att familjebehandlingen i större utsträckning kommer att präglas av kontroll och kanske risk för ett prematurt avslut, samtidigt som insatsen kommer att präglas av större flexibilitet i utförandet. Blennberger (2005) menar att detta är en fråga om social rättvisa och om alla får tillgång till samma resurser.

Cheferna fick reflektera över frågan vad som är lång respektive kort tid avseende familjebehandling. Det blev ett generellt svar där cheferna menade att tre månader, då samtliga insatser skall omprövas enligt normen, är allt för kort tid. Lång behandling ansågs vara när en tidsram över ett år överskridits. Lambert (2013) refererar till forskning kring individualterapi som visar på att 50 procent blir påtagligt förbättrade efter sju tillfällen i psykoterapi medan 75 procent mår bättre efter 50 tillfällen. Min erfarenhet är att det inom socialtjänstens familjebehandlande praktik behövs cirka ett år för att nå förbättring då många ärenden är komplexa och innefattar ofta många personer, något som tycks överensstämma med intervjupersonernas erfarenhet.

METODDISKUSSION

Validitet svarar på frågan om man mäter det man avser att mäta eller i ett bredare perspektiv i vilken utsträckning en metod undersöker vad den är avsedd att undersöka medan reliabiliteten avser en studies stabilitet och pålitlighet (Larsson 2005). Den kvalitativa forskningen är befäst med vissa problem när det gäller validiteten och reliabiliteten. Eftersom man inte gör någon direkt mätning i den kvalitativa forskningen utan mer är ute efter att upptäcka och beskriva fenomen blir det svårt att fastställa reliabiliteten. På samma sätt blir det svårt att diskutera validiteten då kvalitativ forskning ofta är induktiv och skall således leda till begrepp. Med andra ord finns det då inga färdiga begrepp att mäta (a.a.). Denscombe (2016) menar dock att det finns åtgärder som kan hjälpa till att övertyga om att data med rimlig sannolikhet är exakta och träffsäkra. Genom att använda begreppen trovärdighet och pålitlighet erbjuds en försäkran om att undersökningens kvalitativa data har producerats och kontrollerats i överensstämmelse med god praxis. För att säkerställa trovärdigheten och tillförlitligheten i studien har respondentvalidering använts. Detta innebär att intervjupersonerna får ta del av utskrift och material för att kontrollera dess riktighet (a.a.). Det transkriberade materialet mejlades till cheferna så att de skulle få möjlighet att korrigera men också lägga till reflektioner om de så önskade. Detta skedde direkt efter att jag transkriberat respektive intervju. Efter att resultatet färdigställts så mejlades även detta material till deltagarna. Endast två personer återkom kring det transkriberade materialet medan fyra personer återkopplade efter att de fått ta del av resultatet. Personerna som responderade på transkriberingen gjorde gällande att de inte hade något att tillägga. Två personer återkom via mejl där de kommenterade resultatet med att det såg intressant ut och att de ansåg att de kände igen sig i innehållet. De uttryckte att resultatet var intressant och att de gärna skulle vilja se det slutgiltiga dokumentet. Två personer bekräftade i mejl att de tagit del av resultatet utan vidare kommentarer. Hill et al (2005) använder begreppet "*member check*" för detta förfarande och beskriver detta som vanligt förekommande i kvalitativa studier för att öka validiteten, men också att det kan vara svårt att få återkoppling av respondenterna.

För att ytterligare säkerställa exakthet och träffsäkerhet i studien valde jag att använda mig av informanter i olika positioner och med olika perspektiv samt att intervjua personer som befann sig i olika geografiska kontext. Denna studie innehåller intervjuer med chefer inom individ- och familjeomsorgen inom socialtjänsten vilken i någon mening är endimensionellt. Samtidigt befann sig deltagarna i olika chefspositioner med olika perspektiv, både vad gäller djup och bredd. Två av gruppcheferna hade t.ex. två skilda roller i beslutsfattandet där den ena ansvarade för godkännandet av bistånd medan den andre ansvarade för beslut kring avslut av insatserna, i detta fall familjebehandling. På detta sätt menar jag att man uppfyller det som Denscombe (2016) benämner som datatriangulering där data från olika informationskällor används. På samma sätt ökar validiteten genom att genomföra intervjuer med personer inom mer än en social eller geografisk kontext, vilket gjordes i denna studie. Utifrån att studien bygger på ett litet antal personer så är det svårt att generalisera studiens fynd till andra platser och situationer. Syftet har dock inte varit att statistiskt påvisa likheter med andra populationer utan istället utforska sammanhang och generera teorier genom fylliga och täta beskrivningar. Genom dessa beskrivningar blir det möjligt att bedöma hur pass överförbara fynden är till andra miljöer (Bryman 2009). Studiens fokus har dessutom vänt sig mot ett i princip helt utforskat område vilket också ökar studiens validitet. Genom att arbeta nära datamaterialets ursprungliga form utan att förvränga eller tolka materialet samt en relativt stor mängd citat använts i resultatdelen så torde studiens reliabilitet och validitet ha stärkts. Reliabiliteten har också hanterats genom att intervjuerna transkriberats samt att intervjufrågorna ställts på ett konsekvent sätt.

Min egen utgångspunkt är att jag under många år verkat som konsult där jag åtagit mig uppdrag som familjebehandlare inom socialtjänsten. Jag har utifrån denna position erfarit återkommande svårigheter kring de processer som omgärdat avsluten i flertalet ärenden över tid. Detta har väckt både ilska och förstämning periodvis men har också väckt ett intresse av att försöka förstå mer kring de beslutsprocesser som antingen inneburit prematura avslut eller att uppdragsgivarna inte velat avsluta pågående insats. Min förförståelse har inneburit att jag under forskningsprocessen hela tiden försökt förhålla mig reflekterande kring mina värderingar och känslor och ha ett öppet sinne för det som framkommit under forskningsprocessen, vilket inte varit helt oproblematiskt. Denscombe (2016) menar att den kvalitativa studiens kvalitet ökar om alternativa förklaringar undersöks i studien. Utifrån att jag hade en föreställning om att familjebehandlingar avslutas prematurt så blev jag relativt omgående tvingad till att ompröva den idén. Cheferna redogjorde relativt enstämmigt om att familjebehandlingen snarare pågick för länge. Denna insikt var initialt svår att ta till mig men efter hand blev jag snarare mer intresserad än frånvänd kring denna insikt. Jag skulle snarare påstå att jag omvändes i min profession mer än i forskarrollen.

STYRKOR, BEGRÄNSNINGAR OCH FORTSATT FORSKNING

Studien har ett flertal brister som bland annat innefattas av det begränsade antalet intervjupersoner. Att endast intervjua chefer ger en något endimensionellt perspektiv och att anslå ytterligare teoretiska perspektiv, exempel organisationspsykologiska och sociologiska riktningar, skulle berika studien. Studiens styrkor är bland annat att den har en utforskande ansats där ny kunskap genereras. Även om studien kan färgas negativt av forskarens förförståelse så menar jag att det även är en styrka vilket också Denscombe (2016) beskriver. Intervjuerna har också utförts med personer som befinner sig nära den kliniska verkligheten. Utifrån detta blir det möjligt att få syn på mekanismer i miljöer och situationer som annars skulle bli svåra att få fatt i och förblir därför okända av allmänheten. I förlängningen blir detta ett sätt att få syn på dolda hegemoniska maktstrukturer som i förlängningen kan bli möjliga att förändra. För tjänstemännen uppstår en möjlighet att få syn på den egna praktiken ur ett annat perspektiv och på så sätt kunna förbättra den egna verksamheten. Även intervjuerna bidrog till

reflektion vilket flera av cheferna uttryckte uppskattning över. Den förmodligen största styrkan med denna studie är att den bidrar med ny kunskap i ett område som tycks helt oberört av forskarsamhället. Det pågår behandlande insatser i stor omfattning inom socialtjänsten men är mycket bristfälligt beforskat. Kramer (1986) refererar till flertalet studier som bland annat anför att denna brist är ett allvarligt hälsoproblem för offentligt finansierade organisationer. Att hitta forskning liknande denna studies inriktning avseende avslutsprocesser i familjebehandling inom socialtjänsten gick inte att finna. Vidare forskning skulle kunna innefatta intervjuer med övriga aktörer som innefattas i denna studie, som klienter och handläggare inom socialtjänsten samt interna och externa utförare. Även en jämförande studie mellan externa och interna aktörer skulle vara av intresse.

Viktiga slutsatser i denna studie är att uppstarten av en familjebehandlande insats är av vikt för att främja avslutsprocessen och uppdraget i stort, samt att oenighet mellan aktörerna kan få negativa konsekvenser för klienten.

REFERENSER

- Aafjes-Van Doorn, K. & Wooldridge, T. (2018). The complexity of loss during a forced termination: a case illustration. *British Journal of Psychotherapy*, 34(2), 285–299.
- Bergmark, Å., & Lundström, T. (1998). Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 4, 291–314.
- Bleger, J. (1967). Psychoanalysis of the psychoanalytic frame. *International Journal of Psychoanalysis*, 48, 511–519.
- Bleichmar, H.B. (1996). Some subtypes of depression and their implications for psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 77, 935–961.
- Bohart, A. C., & Greaves Wade, A. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed., pp. 219–257). New York: John Wiley.
- Bostic, J. Q., Shadid, L. G. & Blotcky, M. J. (1996). Our time is up: forced terminations during psychotherapy training. *American Journal of Psychotherapy*, 50(3), 347–359.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative analysis: A practical guide for beginners*. London: Sage.
- Broberg, A., Granqvist, P., Ivarsson, T., & Risholm-Mothander, P. (2006). *Anknytningsteori. Betydelsen av nära relationer*. Falköping: Natur & Kultur.
- Börjesson, B. (2008). *Förstå socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Chernus, L. A. (2015). A self psychologist approaches retirement; "forced" termination with highly vulnerable clients. *Clinical Social Work Journal*, 44, 150–159.
- Denscombe, M. (2014). *Forskningshandboken för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna* (3:e utgåvan). Lund: Studentlitteratur.
- Eagle, M.N. (2013) *Attachment and psychoanalysis: Theory, research and clinical implications*. Guilford press: New York
- Elliot, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215 – 229.
- Garcia-Lawson, K. A. & Lane, R., C. (1997). Thoughts on termination: Practical considerations. *Psychoanalytic Psychology*, 14, 239–257.
- Hansson, K. (2001). *Familjebehandling på goda grunder. En forskningsbaserad översikt*. Växjö: Gothia.

Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Nutt, Williams., E, Hess, S. A., & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205.

Holmes, J. (1997). Too early, too late: endings in psychotherapy – an attachment perspective. *British Journal of Psychotherapy*, 14(2), 159-171.

Joyce, A. S., Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., & Klein, R. H. (2007). *Termination in psychotherapy: A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington, DC, US: American Psychological Association. Psychological Association.

Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 418-428.

Kazdin, A.E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th Ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

Killingmo, B., & Gullestad, S.E. (2011). *Undertexten*. Stockholm: Libers förlag.

Kornacki, M. J., Silversin, J. & Chokshi, D., A. (2019). *From distrust to building trust in clinician-organization relationships*. Hämtad 9 maj, 2019, från Jama network, <https://www.jamanetwork.com>

Kupers, T. A. (1988). *Ending Therapy: The meaning of termination*. New York: New York University Press.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed., pp. 169–218). New York: John Wiley.

Larsson, S. (2005). Kvalitativ metod – en introduktion. I Larsson, S., Lilja, J. och Mannheimer, K. (red.). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. (s. 91–128). Malmö: Studentlitteratur.

Liegner, E. (2003). The question of termination in modern psychoanalysis. *Modern Psychoanalysis*, 28(1), 119–131.

Lundström, T. & Sunesson, S. Socialt arbete utförs i organisationer. (2006). I Meeuwisse, A., Sunesson, S. och Swärd, H. (red.). *Socialt arbete: en grundbok*. (s. 183–194) Stockholm: Natur och Kultur.

McLeod, J. (2013). Qualitative research. Methods and contribution. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed., pp. 49–84). New York: John Wiley.

Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358(9280), 483–488.

- Mattsson, T. (2006) *Barnet som subjekt och aktör. En rättslig studie om barn i familjehem*. Uppsala: Iustus förlag.
- McWilliams, N. (2016). *Psykoanalytisk diagnostik. Att förstå personlighetsstruktur*. Malmö: Wahlström & Widstrand.
- Philips, B., Karlsson, R., Nygren, R., Rother-Schirren, A., & Werbart, A. (2017). Early therapeutic process related to dropout in mentalization-based treatment with dual diagnosis patients. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 205–216.
- Reeder, J. (2010). *Det tystade samtalet*. Stockholm: Norstedts.
- Rennie, D. L. (2012). Qualitative research as methodological hermeneutics. *Psychological Methods*, 17(3), 385–398.
- Rönning, R. (2012). Brukarmedverkan och empowerment – gammalt vin i nya flaskor? I Askheim, O. P. & Starrin B. (Red.), *Empowerment i teori och praktik*. (s. 33-47). Dalby: Gleerups.
- Safran, J. D. (2012). *Psychoanalysis and psychoanalytic therapies*. Washington: APA.
- Schruijer, S. G. L. (2009). The social psychology of inter-organizational relations. In Cropper, S., Huxham, C., Ebers, Mark & Smith Ring, P (Ed), *The Oxford handbook of inter-organizational relations*. Hämtad från <http://www-oxfordhandbooks-com.ezp.sub.su.se>.
- Sexton, T. L., Datchi, C., Evans, L., LaFollette, J. & Wright, L. (2013). The effectiveness of couple and family-based clinical interventions. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (6th ed., pp. 587–639). New York: John Wiley.
- Shapiro, E. R. & Carr, W. A. (1991). *Lost in familiar places. Creating new connections between the individual and society*. New Haven: Yale.
- Socialstyrelsen (2015). *Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten*. Falun: Editabobergs AB.
- Starrin, B. (2012). Empowerment som förhållningssätt – kan vi lära oss något av Pippi Långstrump? I Askheim, O. P. & Starrin B. (Red.), *Empowerment i teori och praktik*. (s. 62-75). Dalby: Gleerups.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 33, 187–196.
- Vetenskapsrådet (2011). *God forskningssed*. (Rapport 1:2011). Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Weddington, W. W., Jr., & Cavenar, J. O., Jr. (1979). Termination initiated by the therapist: A countertransference storm. *American Journal of Psychiatry*, 136, 1302-1305.

Werbart, A., Andersson, H. & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of organizational instability, *Psychotherapy Research*, 24(6), 724-737.

BILAGA INTERVJUGUIDE

Berätta kort om din yrkesbakgrund och nuvarande roll

Hur ser du på din egen roll avseende beslut kring bistånd gällande familjebehandlande insatser?

Vad tänker du om förändringsprocesser i familjebehandling avseende:

-Klientens situation?

-Socialtjänstens bedömning?

-Familjebehandlarnas uppdrag?

Hur tänker du kring avslut generellt?

-Hur vet man att det är dags att avsluta?

-När de initieras av klient?

-Behandlare?

-Uppdragsgivare?

-kan du ge ett exempel på då det varit oenighet kring avslut, resp enighet?

-Hur ser du på bedömningskriterier kring avslut? Kan du ge ett aktuellt exempel?

-Hur gör man om det finns oenighet? Kan du ge ett aktuellt exempel?

-Vem tänker du är bäst lämpad att avgöra huruvida en behandlingsinsats nått sitt mål?

Hur tänker du kring längden på en familjeterapeutisk behandling? Vad är en lång resp. kort behandling? Kan du ge ett par exempel?

-Kan behandling pågå för kort resp för länge? Vad kan det bli för följder?

-vad tänker du det finns för orsaker bakom för tidiga avslut? Kan du ge ett aktuellt exempel?

Vilka erfarenheter har du när det gäller familjebehandling av externa utförare? Kan du ge ett aktuellt exempel?

-Lättare eller svårare att initiera avslut med externa än interna behandlare?