

Jag & min familj – ett familjeprogram med barnet i fokus

Kapitel 36 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi
lyssna på dem?

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Kari Jess, Ann Lyrberg och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

REDAKTÖRER Rosita Brolin, Ritva Gough, Lennart Magnusson,
Elizabeth Hanson

Ta del av hela antologin på www.anhoriga.se/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/

Kapitel 36

Jag & min familj – ett familjeprogram med barnet i fokus

Kari Jess, Ann Lyrberg

Kari Jess är filosofie doktor i socialt arbete och arbetar för närvarande som universitetslektor i socialt arbete vid Högskolan Dalarna. Hennes forskningsfält har främst varit inom missbruk och barn. I forskningsprojektet "Jag & min familj" förenas dessa områden. Att utveckla det sociala arbetet i nära samarbete med praktiken är ett särskilt intresse.

Ann Lyrberg är doktorand vid Högskolan i Gävle i socialt arbete vid Akademin för hälsa och arbetsliv. Hon arbetar också som utredare vid Forsknings- och utvecklingsenheten Valfärd Region Gävleborg. Hon är utbildad socionom och har tidigare, under 20 års tid, arbetat inom socialtjänsten med skadligt bruk och beroende, då hon också bland annat utvecklade interventionen Jag & min familj. Hennes avhandlingsarbete handlar om barn som växer upp i familjer där vuxna har skadligt bruk och beroende och om barns delaktighet.

Sammanfattning

Familjeinterventionen Jag & min familj är framtagen utifrån tidigare forskning som pekar på att det saknas öppenvårdsinsatser som riktar sig till hela familjer där minst en vuxen förälder har ett skadligt bruk av alkohol eller droger. Interventionen, som ges i samarbete mellan socialtjänstens barn- och familjeenheter och vuxnenheter, involverar hela familjen i åtta manualbaserade träffar samt två uppföljningsträffar. De uttalade målen med interventionen är att stärka barnets rättigheter och perspektiv genom kommunikation och med fokus på barnets behov av information och stöd.

Forskning kring interventionen har visat att Jag & min familj stärker barnet och avlastar dem skuld och skam. En utfallsstudie visar att interventionen bidrog till ökad närhet och minskat kaos i familjen samt minskade uppförandeproblem hos barnen. Föräldrarna uppvisade också minskade ångest- och depressionssymtom samt minskad konsumtion av alkohol och droger (vilket inte var ett uttalat mål).

Implementeringen av programmet i forskningsstudien följde en implementeringsplan som innehöll utbildning i programmets innehåll och teoretiska grund, handledning och booster-dagar men också vilka forskningsaktiviteter som samtalsledarna

skulle ansvara för. Utvärdering av implementeringen visade på vikten av tid för reflektion och stöd från arbetsledningen.

Summary

Me & My Family – A Family Intervention with the Child in Focus

The family intervention *Me & My Family* was developed based on previous research indicating a lack of outpatient services targeting entire families affected by at least one parent's problematic alcohol or drug use. The intervention, delivered in collaboration between child and family services and adult services, engages the whole family in eight manual-based sessions and two follow-up meetings. The explicit goals of the intervention are to strengthen children's rights and perspectives through communication, with a particular focus on their need for information and support.

Research on the intervention has shown that *Me & My Family* empowers children, alleviating feelings of guilt and shame. An outcome study demonstrated that the intervention contributed to increased family closeness, reduced chaos in the household, and decreased behavioral problems in children. Additionally, parents reported reduced symptoms of anxiety and depression, as well as decreased alcohol and drug consumption, although the latter was not an explicit goal of the intervention.

The implementation of the intervention in the study followed a detailed plan that included training in the program's content and theoretical foundation, supervision, booster sessions, and specific research responsibilities for facilitators. Evaluation of the implementation underscored the importance of providing time for reflection and managerial support.

Inledning

Så många som 20 procent eller 430 000 barn mellan 0–18 år lever i familjer där de utsätts för förälders missbruksproblematik [1, 2]. Dessa barn har en ökad risk att utveckla en rad problem så som självdestruktivitet, eget missbruk, både under ungdomstiden och senare i livet, samt försenad mental utveckling [1, 3–8]. De är också överrepresenterade bland elever med ofullständiga betyg i grundskola och saknar ofta behörighet till gymnasieskola [7, 9–12, 15]. Dessa barn riskerar både sämre möjligheter i arbetslivet och en sämre hälsa såväl under uppväxten som senare i livet [1, 4, 6, 7].

Studier om den direkta påverkan av förälders alkohol- och drogproblem visar att barn ofta känner oro och ensamhet, är ofta ledsna och gråter, att våld och kränkningar är vanliga liksom att föräldern är i perioder både fysiskt och mentalt frånvarande [13–14]. Familjerna utvecklar ofta en tystnadskultur kring föräldrarnas

missbruk vilket försvårar för barnet att förstå vad som verkligen händer och att kunna berätta för andra [13, 15]. I takt med att livet kretsar mer kring föräldrarnas känslor och behov försvinner barnets rätt till att få sina egna behov tillgodosedda [13].

Socialtjänsten i Sverige har till uppgift att stödja barn till föräldrar med ett skadligt substansbruk och erbjuder oftast samtalsstöd, gruppaktiviteter och individuellt anpassade dagliga aktiviteter inom socialtjänstens ram [16–17]. Föräldrarna kan i förhållande till sitt föräldraskap erbjudas stödsamtal och föräldrastödsprogram inom socialtjänstens barn- och ungdomsvård [1, 16]. De kan även erbjudas stöd och behandling för sitt skadliga bruk av alkohol och droger via en missbruksenhet. Däremot är det mindre vanligt med interventioner som inkluderar hela familjen. Internationell forskning om interventioner där familjen involveras visar att sådana interventioner gynnar familjesammanhållningen och barns utveckling [18–20].

På senare år har några interventioner med syfte att förebygga problem hos barn börjat implementeras i Sverige, däribland Childrens Program och Family talk intervention (FTI), bägge utformade i USA. Vad gäller Childrens Program saknas i dagsläget publicerade forskningsresultat. För FTI och andra liknande interventioner som används internationellt som t.ex. Option 2 och Moving Parents and Children Together (M-PACT), tyder resultat från dessa studier på bl.a. minskad oro hos barnen och förbättrade skolprestationer. Familjerna får ökade kunskaper om beroende, förbättrad kommunikation samt stärkta relationer. Föräldrarna får därutöver ökad motivation till beroendebehandling [18, 20–23].

Som ett led i att förbättra stödet till barn i Sverige drev Socialstyrelsen 2013–2014 ett pilotprojekt med syftet att utveckla ett samordnat arbetssätt i familjer där vuxna har ett skadligt bruk av alkohol och/eller droger [24]. Projektet var en del i ett regeringsuppdrag 2011–2020 vars syfte var att stärka stödet till barn som anhöriga, däribland barn som växer upp i familjer där det finns skadligt substansbruk och beroende. Bakgrunden till regeringsuppdraget var ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen 1 januari 2010. Tillägget lyfter bl.a. barns rätt till information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med har ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel (*Hälso- och sjukvårdslag (2017:30, u.å.)*).

Detta är också i linje med FN:s konvention om barns rättigheter (som antogs 1989). Konventionen innebär att barn ska ha rätt att komma till tals i frågor som rör dem. Utifrån detta perspektiv utvecklades en familjeintervention, Jag och Min Familj, utformad för svenska förhållanden [24]. Interventionen innebär att man genom ett samordnat arbetssätt där socialarbetare från missbruksvården och barn- och ungdomsvården i ett gemensamt arbete möter barnfamiljer där det förekommer problematiskt substansbruk bland föräldrarna. En delstudie i forskningsprojektet Jag och min familj visade att interventionen stärkte familjesammanhållningen och minskade barnens uppförandeproblem [25]. Familjebaserade interventioner kan

dock, trots goda avsikter, inte alltid upplevas av barnen som att deras perspektiv fått utrymme [26–27]. I dagsläget är det begränsat med vetenskapliga studier som utvärderat familjeinterventioner där barn och föräldrar involveras tillsammans. Likaså är det sparsamt med studier där barnen själva kommer till tals om sina erfarenheter.

I detta kapitel beskrivs interventionens syfte och mål, några forskningsresultat samt erfarenheter av implementering.

Bakgrund och syfte med programmet Jag & min familj

Vi vet genom forskning att föräldrars skadliga bruk av alkohol eller droger påverkar barns hälsa negativt [17, 28]. En vanlig föreställning bland vuxna är att barnen inte känner till missbruket och att det inte gått ut över dem. För att inte belasta barnen tror många föräldrar att det är bäst att inte prata om missbruket och problemen i familjen. Barnet kanske inte heller visar några tecken på oro eller ställer frågor. Många vuxna tolkar det som att barnet inte påverkas. I själva verket vet barnet mycket mer än vad föräldrarna tror. Det är också vanligt att barn har fantasier om att de bär skulden till att mamma eller pappa dricker och känner stort ansvar för föräldrar och syskon. De kan även ha föreställningar om att de ska kunna göra mamma eller pappa frisk igen. Barn behöver få veta att de inte är orsaken till att familjen har problem och att de inte är ansvariga för att mamma/pappa ska bli bra.

Vi utgår från att alla föräldrar vill sina barn väl och att de ska ha en bra uppväxt. Men missbruket gör det svårare att utöva sitt föräldraskap; att vara en närvarande, trygg och stödjande förälder till barnet. Missbruket påverkar också den andra föräldern som ofta utvecklar egna psykiska och psykosociala problem. Det i sin tur medför konsekvenser som påverkar omsorg om barnen. Därmed blir alkohol- eller drogmissbruk hos en familjemedlem något som påverkar och belastar alla vuxna och barn i familjen. Det blir ett hälsoproblem för hela familjen. Barn behöver få åldersadekvat information, råd och stöd om vad som händer i familjen; om vad ett beroende är, hur en person blir beroende, vem som blir beroende och hur det påverkar familjen. Det kan ge förklaringar till vad som sker i familjen och göra tillvaron mer begriplig. Det minskar ofta barns oro. Vi vet också genom tidigare forskning att om alla i familjen får hjälp samtidigt så blir det bättre för alla [11, 17, 24, 28].

Tidigare behandlades den vuxne med problematiskt bruk av alkohol och droger, partnern och barnen i separata behandlingsprogram. Det var också vanligt att barnen inte involverades alls. Jag & min familj syftar till att involvera hela familjen i missbruksbehandlingen och till att göra barn delaktiga eftersom det visat sig ha en positiv effekt på familjens samvaro, barns och vuxnas hälsa [19, 21, 22, 23, 24].

Målgrupp

Programmet riktar sig till familjer där en eller bägge föräldrarna, eller förälders sambo, har ett problematiskt bruk av alkohol eller droger. Programmet är mindre lämpligt i familjer med en kaotisk social situation, om det förekommer våld, om föräldern/föräldrarna konsumerar stora mängder alkohol och droger, och barnen har behov av skydd. I dessa fall krävs andra mer akuta insatser för att skydda och ge barnen stöd. Total nykterhet är dock inget krav för att delta i Jag & min familj, återfall kan förekomma, men en förutsättning är att föräldern är nykter och drogfri vid sessionerna. Även om programmets primära mål inte är att göra föräldern nykter är förhoppningen att förälders motivation till förändring och nykterhet stärks. Äldre syskon över 18 år kan med fördel medverka. Utgångspunkten är att familjen själv bäst avgör vilka som ingår i familjen. Det kan även inkludera vuxna barn, en mor- eller farförälder.

Programmets teoretiska utgångspunkter

Programmet utgår från att betrakta en förälders missbruk eller beroende som ett hälsoproblem för hela familjen. Hur beroende uppkommer förklaras multifaktoriellt: utifrån ett bio-psyko-socialt teoretiskt perspektiv [29–31]. Beroendet uppkommer i ett komplext samspel mellan individuella (biologiska och förvärvade) förutsättningar och omgivning; såväl strukturella som ibland oförutsedda [32]. Arbetssätten i programmet har utgångspunkter i flera teoretiska perspektiv så som systemteori, narrativa, neurobiologiska och kognitiva teorier och förklaras utförligare nedan.

Tankar om att en förälders missbruk blir hela familjens hälsoproblem förstås ur ett *systemteoretiskt perspektiv* där en familj betraktas som något mer än summan av sina familjemedlemmar [33]. Enligt systemteorin uppstår och vidmakthålls mänskliga problem i sociala samspel, ett problem tillhör därmed inte individen. Problem bör därför behandlas genom att ett större system, t.ex. familjesystemet, involveras. Centralt i systemteorin är språket och dess betydelse för hur sanningar och värderingar skapas i samtal. Fokus ligger på hur systemet (familjen) är organiserat, på dess resurser och lösningar. I Jag & min familj förklaras uppkomsten av familjens problem av att jämvikten i familjesystemet rubbats till följd av missbruket. Familjemedlemmarnas roller för att systemet ska fungera ändras i försök att återupprätta balansen. En reaktionsprocess startar där nya beteenden utvecklas, ofta ohälsosamma. Därmed har missbruket blivit ett hälsoproblem för hela familjen. I programmet synliggörs vilka roller som utvecklats och vilka konsekvenser det får för familjen och individen.

En annan utgångspunkt för arbetssättet i programmet är *narrativa teorier*. Enligt narrativa teorier formas våra identiteter genom mellanmänskliga samspel och kulturella berättelser. I grunden betraktas människor som experter på sina egna liv och problem åtskiljs från person. Behandlarens roll är att nyfiket, icke-klandrande utforska och ställa frågor som bara individen har svar på [31, 34]. Genom att prata med barn och vuxna, lyssna till deras berättelser om problemet, sätta det i sitt

sammanhang samt lyssna till alternativa berättelser om hur barn och föräldrar skulle vilja ha det, stärks motivation till förändring.

Information utifrån *neurobiologiska förklaringsmodeller till beroendutveckling* bidrar till att avskilja problemet från individerna och ger en möjlighet att betrakta problemet från en ny synvinkel. Beroende förklaras med att alkohol och droger påverkar hjärnans belöningssystem: I belöningssystemet frisätts dopamin och serotonin när vi äter, släcker törsten och rör på oss, vilket får oss att må bra. Genom att belöningssystemet kommunicerar med de delar som styr våra känslor, vilja och omdöme, får det oss att upprepa sådana beteenden. Alkohol och droger påverkar belöningssystemets funktion på ett liknande sätt. Utsöndringen av serotonin och dopamin ökar, vilket får oss att må bra – för en stund! Kommunikationen i hjärnan störs och funktionen som styr omdöme och vilja (som säger att det blir dåligt för barnen om föräldern dricker) blir nedsatt [32, 35, 36].

Enligt *kognitiva teorier* sker människors mentala och medvetna processer i hjärnan [39, 40]. Fokus ligger på sambanden mellan tanke, känsla och handling. En individs tolkning av en situation avgör den känslomässiga och beteendemässiga reaktionen. Tidigt i livet skapas grundantaganden och livsregler som lagras i minnet som "inre" scheman. Dessa scheman, eller automatiska tankar, påverkar hur vi uppfattar situationer, reagerar känslomässigt och hur vi handlar. Automatiska tankar, grundantaganden och livsregler kan bli dysfunktionella.

Med hjälp av *kognitiva* och *neurobiologiska teorier* förklaras hur ett beroende kan uppstå och vidmakthållas trots synbara negativa konsekvenser t. ex att barn skadas av förälders missbruk. Kognitiva och neurobiologiska teorier bidrar också till kunskap om hur förändring och vågar ut ur beroende är möjligt, t.ex. genom att träna in alternativa handlingar, ersätta gamla dysfunktionella scheman med nya och mer hälsosamma scheman och tid för återhämtning av den neurobiologiska balansen i hjärnan.

Med inspiration från Tom Andersen [37] om *reflekterande processer* används reflektioner vid träffarna. Genom att i olika konstellationer lyssna till samtal kan nya öppningar till insikter, acceptans och lösningar framträda. Familjen lyssnar till samtalsledarnas samtal om familjen och behandlingen, samtalsledarna lyssnar till familjens samtal, föräldrar lyssnar till barnens samtal. Genom att byta positioner, växla mellan samtal och lyssnande är det möjligt för föräldrar att se konsekvenser av missbruket i nya perspektiv och motivationen till förändring stärks samtidigt som det avlastar barnen från skuld, skam och ansvar.

Programmets värdegrund

Programmet utgår från FN:s konvention om barns rättigheter från 1989 (förkortad barnkonventionen) och en humanistisk syn på människan, där vuxna och barn betraktas som kompetenta aktörer i sina egna liv. Centralt för humanismen är tankar om att varje människa föds med ett "jag" som är gott, att människan är fri och har

ett förnuft, och har framtidsoptimism [40]. I praktiken innebär det en tro på att varje människa har en inneboende potential som hon strävar efter att utveckla. Genom att vuxna och barn har viktiga förmågor och erfarenheter har de också de bästa lösningarna på sina problem. Grundläggande principer i Barnkonventionen utgörs av icke-diskriminering av barn, barns bästa, deras rätt till liv, överlevnad och utveckling samt rätten till delaktighet. I Barnkonventionen finns ingen åldersgräns för barns rättigheter. Varje barn har rätt till åsikter och delaktighet oavsett ålder, trots små barns begränsningar i att uttrycka och förstå det "vuxna" verbala språket. Det kräver hänsyn och kunskap om barns olika uttryckssätt så som icke verbal kommunikation, ansiktsuttryck, kroppsspråk, lek och tecknande [41]. Delaktighet stannar inte heller vid att lyssna till barns önskemål. Det handlar om att ta barns åsikter på allvar i frågor och beslut som rör deras liv med hänsyn till barnets mognad.

Arbetsätt och process

Arbetsättet i Jag & min familj förutsätter dubbelkompetens där två samtalsledare, en med erfarenhet av psykosocialt behandlingsarbete bland barn, ungdomar och familjer och en med erfarenhet av missbruks- och beroendevård bland vuxna, arbetar i par. Som en röd tråd i programmet löper ett empatiskt bemötande med kommunikation som grund. Tanken är att göra missbruket samtalsbart. Arbetsättet liknar det vid Motiverande samtal (MI) [42]; samtal som bygger på ett icke-dömande förhållningssätt där relationen mellan vuxna, barn och samtalsledare strävar efter likvärdighet, samarbete och utforskande. Kommunikationen sker med acceptans och respekt där samtalsledarna aktivt visar att de vill vuxna och barn väl. Ett viktigt inslag är att ge stöd till både vuxnas och barns självbestämmande och rättigheter. Utifrån barnkonventionen och svensk lagstiftning har barn rätt till information, råd och stöd, rätt till att må bra, rätt till skola, fritid och vila, rätt till att uttrycka åsikter och till att bli lyssnad på.

I programmet ingår förberedelser i form av informationssamtal, familjesessioner och uppföljning, se tabell 1. Bedömningen av om programmet är tillämpligt bör ske i samråd med barn, föräldrar, socialsekreterare och/eller ansvarig behandlare. I några familjer kan det vara i början av ett förändringsarbete medan det i andra fall kan vara aktuellt först efter att barn och föräldrar fått annat stöd.

Programmets innehåll

Jag & min familj kan karakteriseras som ett kunskaps- och motivationshöjande program, utifrån ett biopsykosocialt perspektiv, där barn och föräldrar deltar tillsammans. Programmet är manualbaserat och innehåller ett pass i veckan i åtta veckor. Passen leds av två samtalsledare från socialtjänsten, en från sektionen för barn- och familj och den andre från sektionen för vuxna med missbruksproblem, och pågår ca 2 timmar plus tid för förberedelse och efterarbete. Programmet innehåller psykopedagogiska komponenter, rollspel och olika lekar och övningar. De olika inslagen syftar till att skapa ett öppnare samtalsklimat och öka sammanhållningen i

familjen samt minska känslor av skam och skuld hos barnen. Innan programmet startar hålls en försession för att informera familjen om programmet. Varje pass har ett tema kopplad till miniföreläsningar och diskussioner. Efter feedback från familjen avslutas sessionen.

Tabell 1. Schematisk bild över programmets innehåll.

TRÄFF	TEMA
FÖRBEREDELSE	Information till föräldrar och barn, 2 träffar
1	Hjärnan och beroendeutveckling
2	Beroendeutveckling forts.
3	Hur beroende påverkar familjen och barnen
4	Hur beroende påverkar familjen och barnen, forts.
5	Kommunikation – betydelsen av en tydlig kommunikation
6	Jag – hemma hos mig. Att ta hand om känslor och hur samvaron i familjen kan förbättras
7	Säkerhetsplanering
8	Sammanfattning och avslut
BOOSTER ¹	Uppföljning och booster, 6 veckor och 3 månader efter avslut.

¹ Booster är här en benämning på uppföljningsträffen där samtalsledarna återupplivar programmet för familjerna

Exempel på övningar:

- Rita en bild eller skriv om hur alkohol eller droger har påverkat dig: Hur känner du när mamma/pappa använder alkohol eller droger?
- Önskeballongen: Varje familjemedlem skriver en lapp om hur de vill att deras familj ska förändras. Lappen läggs sedan i en ballong som sprängs. Deltagarna fångar en ballong, poppar den och läser önskan.
- Lista: Vad kan du göra för att stödja, hjälpa och skydda ditt barn och förbättra deras välbefinnande?

ELLER

- Lista: Hur vill jag att mina föräldrar ska hjälpa och stödja mig så att jag kan må bra och vara lycklig?

Implementering

Vår implementeringsstrategi [43] följer Active Implementation Frameworks/AIF [44–45] beroende på att vårt syfte inte enbart var att implementera programmet men också att träna och involvera socialarbetarna/samtalsledarna i forskningen. AIF är ett evidensbaserat ramverk som används för att implementera vilken som helst innovation som också involverar praktiker i implementering och utveckling. Ramverket bygger på lärdomar från tidigare implementeringsförsök, och bygger på fem kärnkomponenter: 1. Interventionen, 2. Vilka som ska ansvara och driva implementeringen framåt, 3. Implementeringssteg, 4. Förbättringscyklar och 5. Implementeringsteam. I implementeringen av Jag & min familj har vi framför allt utgått ifrån kärnkomponent 3, implementeringssteg, som beskriver vad som ska inkluderas och leder implementeringen framåt. Dessa steg framgår i tabell 2 och 3 nedan.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

Tabell 2. Implementeringsstrategier för Jag & min familj

Deltagande samtalsledare	Utbildning innan programstart	Administrativ support/ Rekrytering av familjer	Coaching och handledning	Booster/ Påfyllning feedback/
Samtalsledare från två olika enheter inom socialtjänsten som tillsammans arbetar i programmet (Akademiskt utbildade)	Utbildning (2+1 dagar) i programmet inkl. forskningsaktiviteter	Fr o m utbildningsstart: Möten med chefer två ggr per år eller vid behov (några av cheferna deltog också i månadsavstämningar med samtalsledarna)	Fr o m utbildningsstart: Handledning av samtalsledare en gång per månad (via Skype/Teams/Zoom)	Booster-dagar Två gånger per år med deltagande samtalsledare och chefer

I implementeringsstegen i verktyget AIF ingår dock inte implementering av forskningsstrategier som kontinuerligt involverar samtalsledare/praktiker i programmet. Därför har vi lagt till dessa strategier i tabell 3 nedan.

Tabell 3 Implementering av forskningsstrategier

Innan programstart	Pågående under hela programtiden	Feedback
Forskningsaktiviteter och mätinstrument introduceras	Insamling av kvantitativa och kvalitativa data under hela programtiden	Kontinuerlig feedback i handledning och vid booster-dagar

Nedan beskrivs de olika stegen och dess innehåll noggrannare.

Utbildning innan implementering av Jag & min familj i medverkande kommuner skedde i internatform de två första dagarna och som endagsutbildning den sista dagen.

De första två dagarna av utbildningen hade följande innehåll:

- Översikt över programmets teoretiska bas: Hur ser vi på missbruket och vilka värderingar grundar det sig på?
- Forskningsöversikt: Varför är det viktigt med ett program som involverar hela familjen och finns det forskning som stöder detta?
- Programmets innehåll, träff 1–4, gås igenom inklusive lämpliga övningar.
- Forskningsdata: Hur och vilka forskningsdata som samlas in.

Den tredje dagen:

Efter ungefär tio veckor hölls en uppföljande utbildningsdag. Det var då meningen att samtalsledarna skulle ha påbörjat programmet med en övningsfamilj och på så sätt fått erfarenheter att gå vidare med till den sista utbildningsdagen.

Innehållet i utbildningsdag 3 var:

- Programmets innehåll, träff 5–8 inklusive uppföljningsträffarna efter 3 och 6 månader, gås igenom inklusive lämpliga övningar.
- Diskussion av samtalsledarnas erfarenheter.
- Ytterligare en genomgång av forskningsaktiviteter.

Erfarenheterna var begränsade och rörde sig i huvudsak om svårigheterna att rekrytera familjer till programmet.

Totalt deltog 56 samtalsledare från 10 kommuner i den initiala utbildningsomgången varav 46 utvärderade utbildningen (82 % svarsfrekvens). Deltagarna var i huvudsak nöjda med utbildningen (8,3 av 10), kände sig förberedda att påbörja programmet med familjer (7,6 av 10) och hade fått tillräcklig information om forskningsaktiviteter i programmet (7,7 av 10).

I utvärderingen framkom också en viss frustration med svårigheten att rekrytera familjer till programmet.

Hur organiserades implementeringen av forskningsaktiviteter som en del av implementeringen av programmet?

Alla mätinstrument introducerades och förklarades, inklusive forskningsanknytning, de första två utbildningsdagarna och även vid den sista utbildningsdagen. Samtliga samtalsledare var ovana med forskningsaktiviteter och det framkom en frustration kring hur det skulle gå till. För att underlätta forskningsaktiviteterna för

samtalsledarna färdigställdes därför pärmar – en per familj – med allt material som behövdes för att genomföra programmet och följa upp resultaten.

Pärmarna innehöll:

- Material för varje programträff inklusive innehåll och övningsförslag.
- Mätinstrument för uppföljning under rätt flik med angiven ansvarig.

Vid informationsträff 2, när familjerna bestämt sig för att genomföra programmet, gjordes föremätningen enligt självskattningsformulären, både de som barnen skulle fylla i och de som föräldrarna skulle fylla i. Sedan fanns motsvarande uppföljningsformulär i samband med programavslut (träff 8) och vid uppföljningsträffarna.

Forskningsteamet erbjöd handledning via Skype eller motsvarande digitala plattformar var eller varannan månad utifrån behov (se tabell 2 och tabell 3). Vid några handledningstillfällen upptäcktes att samtalsledarna blandat ihop mätinstrumenten och innehållet i träffarna efter att ha tagit ut materialet från pärmarna. Problemet åtgärdades snabbt efter insats från forskningsteamet.

Några av samtalsledarna fann det dock svårt att använda mätinstrument och fortsatte ifrågasätta värdet av dem genom hela projekttiden.

Booster-dagar (se tabell 2 och 3) organiserades höst och vår under hela programtiden, under Covid19-pandemin hölls de via Teams eller Zoom. Agendan för boosterdagarna var feedback från forskningen och erfarenhetsutbyte mellan deltagande kommuner av att genomföra programmet (inklusive forskningsaktiviteter).

Erfarenheterna av implementeringen av programmet och forskningsstrategierna (43) var att organiseringen i stuprör, dvs. socialtjänstens specialiserade organisering, försvårade rekryteringen av familjer till ett stödprogram som involverar flera enheter inom socialtjänsten. Detta var särskilt tydligt i större kommuner.

Utbildningen i samband med implementeringen var avgörande för att kunna starta och genomföra programmet i familjerna. Lika viktiga var de månatliga handledningstillfällena, där samtalsledare fick stöd i frågor rörande rekrytering, arbete med familjer och användningen av mätinstrument. Samtalsledarna förberedde frågor inför handledningen, och forskningsledarna ansvarade för dokumentationen.

I de kommuner där rekryteringen gick bäst deltog arbetsledare från båda enheterna i handledningen och följde upp arbetet. De spelade även en nyckelroll i att möjliggöra rekryteringen av familjer. Om arbetsledarna inte var delaktiga i handledningstillfällena erbjöds särskilda möten mellan forskningsteamet och arbetsledarna.

I forskningsprojektet var samtalsledarna direkt involverade i forskningsaktiviteterna: De presenterade mätinstrumenten och genomförde mätningarna med familjerna före, efter och tre månader efter programsut. Detta upplevdes som en utmaning, men blev vartefter en integrerad del av arbetet.

Av särskilt intresse är vikten av chefernas stöd för att skapa tid för reflektion och därmed skapa rutiner för att arbeta utifrån evidens och beprövad erfarenhet. Det noterades också att akademiskt utbildade samtalsledare i högre grad anpassade sig till forskningsaktiviteterna.

Forskningsresultat

Implementeringen av Jag och min familj följdes av ett forskarteam. Dels skattades familjemedlemmarna utifrån självskattningsformulär före, under och efter programmet vilket resulterade i en utfallsstudie. Dessutom genomfördes enskilda intervjuer med barn och föräldrar angående erfarenheter av att delta i Jag & min familj samt fokusgruppsintervjuer med samtalsledare utifrån deras erfarenheter. Nedan redovisas erfarenheter från två publicerade vetenskapliga artiklar kring utfall och barnens erfarenheter. Tidigare i texten har vi också redovisat resultat från att utveckla forskning i praktik i samband med implementeringen av Jag & min familj.

Utfallsstudien

Utfallsstudien [25] redovisar resultatet för familjerna som genomgått programmet. Vår ursprungliga tanke var att jämföra de familjer som genomgått programmet med en kontrollgrupp, dvs. som en randomiserad kontrollerad studie. Familjerna skulle då lottas till antingen att få gå programmet genast eller vänta 3 månader på att få genomföra programmet – en så kallad väntelistegrupp. Målet var alltså att skapa en kontrollgrupp med samma inklusionskriterier som interventionsgruppen.

Ambitionen att använda väntelista visade sig dock svår att genomföra. Den reviderade planen var att sammanlagt 50 familjer skulle ha genomgått programmet och i möjligaste mån jämföras med familjer i väntelistegruppen, i andra hand med sina egna baslinjevärden. I praktiken jämfördes familjernas utfall med deras egna värden före programstart.

Följande utfallsmått har använts:

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) och DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test). Instrumenten fångar grad av alkohol-/drogproblematik samt förändringar i denna [46–47].
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), fångar tecken på ångest och depression, samt förändringar [48–49].
- Familjeklimat – för att mäta om familjeklimatet har påverkats [50–51].
- SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), fångar barnens psykiska hälsa och fungerande [52–53].
- Motivationsskala – VAS-skala (visuell analog skala) för att mäta om programmet påverkat de vuxnas motivation till förändring av sina alkohol-/drogvänor.

De vuxna besvarade AUDIT/DUDIT, HADS, familjeklimat samt motivationsskala. I forskningsstudien användes konsumtionsmått i AUDIT och DUDIT dvs. frågorna 1–3 respektive 1–4 som utfallsmått.

Barnen (10–18 år) besvarade familjeklimat och SDQ. Föräldrarna besvarade SDQ för barn 6–9 år.

Bakgrundsvariabler: föräldrarna fick också svara på frågor om arbete/sysselsättning samt om man mottagit insatser tidigare på grund av sitt missbruk.

Enligt mätinstrumentet Familjeklimat fann vi signifikant ökad närhet och minskat kaos mellan före programstart och efter programmet- förändringar som kvarstod tre månader efter programslut. Barnen rapporterade också minskade uppförande-problem och föräldrarna rapporterade minskade ångest- och depressionssymtom samt minskad alkohol- och drogkonsumtion både direkt efter programmet och tre månader senare. Samtliga förändringar var statistiskt signifikanta.

Huvudresultaten från studien var följande:

- Enligt mätinstrumentet Familjeklimat fann vi signifikant ökad närhet och minskat kaos mellan före programstart och efter programslut, med bibehållen effekt tre månader senare.
- Barnen rapporterade signifikant minskade uppförandeproblem både direkt efter programmet och vid tremånadersuppföljningen.
- Föräldrarna rapporterade signifikanta minskningar av ångest- och depressionssymtom efter programmet samt tre månader senare.
- Föräldrarna rapporterade också signifikant minskad av alkohol- och drogkonsumtion efter programmet och vid uppföljningen tre månader efter.

Dessa resultat är betydelsefulla eftersom interventioner traditionellt riktats antingen mot barn eller föräldrar, eller mot båda parallellt men i separata insatser. Programmet Jag & min familj vänder sig till hela familjen och de går hela programmet tillsammans. Trots sitt tydliga barnfokus visade programmet även positiva utfall för föräldrarna.

Barnens upplevelser av programmet

För att fånga barnens upplevelser av att delta i programmet genomfördes 17 intervjuer med barn i åldern 7–19 [54]. Intervjuerna visade att programmet framför allt hjälpte barnen att bryta tabu kring föräldrarnas missbruk och gjorde det möjligt för barnen att berätta om hur missbruket påverkade dem. Detta tolkades som avlastande och bidrog till att stärka familjebanden.

Resultaten är viktiga då vi vet från tidigare studier att barn som växer upp i familjer med problematiskt bruk av alkohol eller droger har sämre livschanser än andra barn [1, 3–13]. Barnen berättade att de ansåg att programmet bidragit till positiva förändringar i familjen, och att det underlättade kommunikationen i familjen kring

föräldrarnas alkohol- eller drogkonsumtion. De kände sig hörda och erkända i sina iakttagelser och känslor kring missbruket och hur det påverkat dem. Därutöver fick de viktig information om hur missbruket påverkar förälderns hjärna och beteende.

Tidigare forskning [15, 51–52, 55–56] betonar vikten av att barnen får ett språk för att uttrycka sina känslor och sina egna behov för att kunna hantera sin livssituation nu och i framtiden [57]. I vår studie fann vi dessutom att det var av stor vikt att barnens föräldrar aktivt lyssnade och bekräftade barnens berättelser. I fall där barnen upplevde att föräldrarna inte aktivt lyssnade eller bekräftade deras upplevelser och känslor, kände barnen att programmet inte hade hjälpt dem.

Referenser

1. Ramstedt, M., Raninen, J., Larm, P., & Livingston, M. (2022). Children with problem drinking parents in Sweden: Prevalence and risk of adverse consequences in a national cohort born in 2001. *Drug and Alcohol Review* 41, 625–632. doi: 10.1111/dar.13406
2. Ramstedt, M. (ed.) (2019). *Hur många barn växer upp med föräldrar som har alkoholproblem? Resultat från en systematisk litteraturöversikt* [How many children grow up in families with SUP? Results from a systematic literature review. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs]. CAN: Rapport 185.
3. Baldwin, S. A., Christian, S., Berkeljon, A., & Shadish, W. R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy* 38(1), 281–304.
4. Berg L, Bäck K, Vinnerljung B, & Hjern A. (2016). Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds—a Swedish national cohort study. *Addiction* 111, 1795–803.
5. Folkhälsomyndigheten (2016). *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld*
6. Jääskeläinen, M., Holmila, M., Notkola, I.-L., & Raitasalo, K. (2016). Mental disorders and harmful substance use in children of substance abusing parents: a longitudinal register-based study on a complete birth cohort born in 1991. *Drug and Alcohol Review* 35, 728–40.
7. Torvik, F. A., Rognmo, K., Ask, H., Roysamb, E., & Tambs, K. (2011). Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: results from the HUNT study. *BMC Public Health* 11, 706.
8. Velleman, R. D. B., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug & Alcohol Review* 24(2), 93–109.
9. Hjern, A. & Manhica, H. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* [Children as next of kin of patients in care – how many are there? National competence center for relatives/ Linnæus University]
10. Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2000). *Risk och prognos i socialt arbete med barn: forskningsmetoder och Gothia*. Centrum för utvärdering av socialt arbete.
11. Lindgaard, H. (2006). *Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter* [Family-based alcohol treatment – a literature review on the effects. Danish Health Authority]. Sundhedsstyrelsen.
12. Socialstyrelsen (2013). *Barn som anhöriga. Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter eller avlider* [Children as next of kin. Consequences and needs when parents have serious problems or die. National Board on Health and Welfare].

13. Kroll, B. (2004). Living with an elephant: Growing up with parental substance misuse. *Child & Family Social Work*, 9(2), 129–140. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00325.x>
14. Näsman, E. & Alexanderson, K. (2017). Föräldrar med missbruksproblem: Möten mellan barns och föräldrars perspektiv. *Socialmedicinsk Tidskrift*, 94(4), 447–456.
15. Tedgård, E., Råstam, M. & Wirtberg, I. (2019). An upbringing with substance-abusing parents: Experiences of parentification and dysfunctional communication. *NAD Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3), 223–247. <https://doi.org/10.1177/1455072518814308>
16. Rehnman, J. & Andrée Löfholm, C. (2009). *Insatser till barn och unga som lever i familjer med missbruks- eller beroendeproblematik: en kunskapsöversikt* [Interventions for children and adolescents living in families with SUP: A review. National Board on Health and Welfare].
17. Socialstyrelsen (2009). *Barn och unga i familjer med missbruk: Vägledning för socialtjänsten och andra aktörer* [Children and adolescents in families with SUP: Guidance for social services and other actors. National Board on Health and Welfare].
18. Forrester, D., Holland, S., Williams, A., & Copello, A. (2016). Helping families where parents misuse drugs or alcohol? A mixed methods comparative evaluation of an intensive family preservation service. *Child and Family Social Work* 21(1), 65–75.
19. Gottfredson, D., Kumpfer, K., Polizzi-Fox, D., Wilson, D., Puryear, V., Beatty, P. & Vilmenay, M. (2006). The strengthening Washington D.C. Families project: A randomized effectiveness trial of family-based prevention. *Prevention Science : The Official Journal Of The Society for Prevention Research*, 7(1), 57–74. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-0017-y>
20. Niccols, A., Milligan, K., Smith, A., Sword, W., Thabane, L., & Henderson, J. (2012). Integrated programs for mothers with substance abuse issues and their children: A systematic review of studies reporting on child outcomes. *Child Abuse & Neglect* 36, 308–322.
21. Pihkala, H., Dimova-Bränström, N. & Sandlund, M. (2017). Talking about parental substance abuse with children: Eight families' experiences of beardslee's family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 395–401. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1308009>
22. Templeton, L., Velleman, R., Hardy, E., & Boon, S. (2009). Young People Living with Parental Alcohol Misuse and Parental Violence: 'No-one Has Ever Asked Me How I Feel in Any of This'. *Journal of Substance Use* 14(3–4), 139–150. doi:10.1080/14659890802624287
23. Templeton 2016

24. Alexanderson, K. & Jess, K. (2015). *Stuprör, hängrännor och rännkrokar. Utvärdering av projektet Samordnat stöd till barn och föräldrar i familjer med missbruk 2013–2014* [Downspouts, gutters and gutter hooks. Evaluation of the project Coordinated support for children and parents in families with SUP, 2013–2014 National competence center for relatives. Linnæus University] Nationellt kunskapscentrum anhöriga. Linnéuniversitetet
25. Jess, K., Lyrberg, A., Isaksson, J. & Nehlin, C. (2023) *Me & my family: a programme for children and parents in families with parental substance use problems – an outcome study*. Nordic Social Work Research. <https://doi-org.www.bibproxy.du.se/10.1080/2156857X.2023.2192223>
26. Eklund, R., Kreichbergs, U., Alvariza, A. & Lövgren, M. (2022). Children's views are not taken into account in accordance with article 12 of the united nations convention on the rights of the child in the family talk intervention when a parent is cared for in palliative care. OMEGA-Journal of Death and Dying, 85(1), 126–154. <https://doi.org/10.1177/0030222820941283>
27. Ståhlberg, A., Sandberg, A., Söderbäck, M. & Larsson, T. (2016). The child's perspective as a guiding principle: Young children as co-designers in the design of an interactive application meant to facilitate participation in healthcare situations. Journal of Biomedical Informatics, 61, 149–158. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.03.024>
28. Alexanderson, K. & Näsman, E. (2015). Barndom och föräldraskap i missbrukets skugga. Barn, ungdomar och föräldrar berättar om vardagsliv och behov av stöd när föräldern har missbruksproblem. Uppsala: Regionförbundet i Uppsala län och Uppsala universitet
29. Blomqvist, J. (2012). Perspektiv på missbruk och beroende: Från Magnus Huss till Robert West, i Fahlke, C. (Red.), Handbok i missbrukspsykologi – teori och tillämpning. s 151-169. Stockholm: Liber.
30. Berglund & Fahlke 2012 Leta upp
31. Larsson, S., Sjöblom, Y. & Lilja, J. (2008). Narrativa metoder i socialt arbete. Lund: Studentlitteratur.
32. West, R. (2006). Theory of Addiction. Oxford: Blackwell Publishing
33. Hårtveit, H. & Jensen, P (2002). Familjen plus en. En resa genom familjeterapins praktik och idéer. Smedjebacken: Mareld.
34. Morgan, A. (2014). Vad är narrativ terapi? Lund: Studentlitteratur.
35. Franck, J. & Nylander, I. (2022). Beroendemedicin. Lund: Studentlitteratur.
36. Boberg, J. (2021). Alkohol, vad är det och hur blir det? Vulkan
37. Andersen, T. (2011). Reflekterande processer: Samtal och samtal om samtalen. Lund: Studentlitteratur Arnell, A. & Ekblom, I. När mamma eller pappa dricker – En handbok om att arbeta i grupp med barn till alkoholister. Rädda barnen.
38. Von Wright, G. H. (1990). Humanismen som livshållning. Stockholm: Mån-pocket.

39. Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Eds.) (2005). Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, 2nd Edition, New York: Guilford Press.
40. Nyberg, L. (2020). Kognitiv Neurovetenskap – nya teorier och tillämpningar. Studentlitteratur: Tredje uppl.
41. Percy-Smith, B. & Thomas, N. (2010). A Handbook of Children and Young People's Participation. Perspectives from theory and practice. London and New York: Routledge.
42. Miller, W.R. & Rollnick, S. (2013) Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring
43. Jess, K. & Nehlin, C. (2024). Developing Evidence-Based Practices: Lessons Learned from Implementing a Collaborative, Cross-Agency Substance Use Family Intervention. Publicerat open access i Journal of Evidence-Based Social Work. <https://doi.org/10.1080/26408066.2024.2397669>
44. Fixsen, D. L., & Blase, K. A. (2020). Active implementation frameworks in Nilsen, P & Birken, S.A. (2020). Handbook on implementation science. Elgar Publ. https://doi.org/10.4337/9781788975995_700
45. Fixsen, D. L., Blase, K. A., Sandra, F., Naoom, S. F., & Wallace, F. (2009). Core implementation components. Research on social work practice volume 19 5 September 2009 531–540 # 2009 the Author(s). <https://doi.org/10.1177/1049731509335549>
46. Reinert, D. F. & Allen, J. P. (2007). The alcohol use disorders identification test: an update of research findings. *Alcohol, Clinical and Experimental Research* 31(2),185–99. doi: 10.1111/j.1530-0277.2006.00295.x. PMID: 17250609.
47. Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research* 11, 22–31.
48. Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67(6), 361–70.
49. Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research* 52(2), 69–77.
50. Hansson, K. (1989). *En adjektivlista för familjediagnostik. Forskningsrapport från Institutionen för tillämpad psykologi* [A list of adjectives for family diagnostics. Research report from the Department of Applied Psychology, University of Lund]. Lunds universitet.
51. Johnsson, B. & Söderlind, M. (2004). *Familjeklimat – en validering* [Family climate – a validation]. Socialhögskolan, Lunds universitet.
52. Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40(11), 1337–1345.

53. Malmberg, M., Rydell A.-M., & Smedje, H. (2003). Validity of the Swedish version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Swe). *Nordic Journal of Psychiatry* 57(5), 357–63.
54. Lyrberg, A., Jess, K. & Forinder, U. (2023). Barns upplevelser av en intervention i familjer där vuxna har ett problematiskt bruk av alkohol och droger. DOI:10.1177/14550725231219845
55. Tamutiene, I. & Jogaite, B. (2019). Disclosure of alcohol-related harm: Children's experiences. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 36(3), 209– 222. <https://doi.org/10.1177/1455072518807789>
56. Pennebaker, J. W. (1, 2), & Seagal, J. D. (1). (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199910\)55:103.O.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199910)55:103.O.CO;2-N)
57. Antonovsky, A. & Elfstadius, M. (2005). Hälsans mysterium. (2. utg.). Natur och kultur.