

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**”Början är redan början på avslutet”
– en kvalitativ utvärdering av Hemmasittarprogrammet**

Maja Lindhé och Alvina Miller

Examensarbete 30 poäng
Psykologprogrammet
Höstterminen 2019

Handledare: Elin Alfredsson
Fanny Gyberg

”Början är redan början på avslutet” – en kvalitativ utvärdering av Hemmasittarprogrammet

Maja Lindhé och Alvina Miller

Sammanfattning. Skolfrånvaro är ett existerande problem för barn och unga i Sverige vilket kan ses resultera i allvarliga och långtgående konsekvenser. Denna studie undersöker genom en kvalitativ ansats upplevelsen av Magelungens hemmasittarprogram (HSP) i syfte att ta till vara på och fördjupa kunskapen om detta behandlingsprogram. Tio behandlare och tre ungdomar som deltagit i HSP intervjuades. Materialet analyseras genom en tematisk analys. Tre teman och elva underteman skapades. Resultaten lyfter fram att manualen, känslorna och relationerna upplevdes vara verksamma i behandlingen. HSP upplevs vara en unik insats men har vissa utvecklingsmöjligheter enligt behandlarna. I uppsatsens avslutande diskussion kopplas resultaten till tidigare forskning om skolfrånvaro samt ger rekommendationer på vidare forskning, däribland utveckling av HSP i enlighet med teorier om gemensamma faktorer.

”Hon bad sin mamma att säga till skolan att hon är död.” Så citerade Elisabet von Zeipel, specialpedagog, en av sina nioåriga patienter i en intervju kring barns skolvägran (Nordgren, 2017). Intresset för och medvetenheten om denna grupp har fortsatt öka i media och forskning under 2010-talet, trots att antalet barn med ogiltig skolfrånvaro är oförändrat (Skolinspektionen, 2016; SOU 2016:94). Hur många som egentligen är frånvarande är i nuläget okänt. Rektorer uppger att det finns brister i närvarorapportering då nationella rutiner saknas (SOU 2016:94). Skolinspektionen (2016) uppskattar att åtminstone 20 000 elever har frånvaro som innebär både ett pågående lidande men även en ökad risk för framtida psykisk ohälsa.

Konsekvenserna av skolfrånvaro är många och allvarliga där effektiv och evidensbaserad behandling antas öka chanserna till att få tidig och verksam hjälp (Kearney & Graczyk, 2014). Val av insatser vid skolfrånvaro och när de sätts in beror ofta på kommunens och skolans resurser (Öhman, 2016; SOU 2016:94). Denna studie önskar bidra med kunskap om vad behandlare och ungdomar upplever som verksamma/icke verksamma komponenter vid arbete med målet att vända skolfrånvaro till skolnärvaro. En insats som kan erbjudas vid skolfrånvaro är Magelungens Hemmasittarprogram (HSP). Föreliggande kvalitativa studie är en del i utvärderingsarbetet av denna behandlingsinsats.

Vad är skolfrånvaro?

I studier om skolfrånvaro används varierande termer, både internationellt och i Sverige. Skolvägran (*school refusal*) och skolk (*truancy*) är vanligt förekommande (SOU 2016:94). Berg, Nichols och Pritchard (1969) har formulerat fem kännetecken för skolvägran: a) motvilja eller vägran att gå i skolan, vilket ofta leder till långvarig skolfrånvaro, b) att under skoltid stanna hemma med föräldrarnas vetskap snarare än att dölja problemen för föräldrarna, c) upplevelse av emotionellt obehag vid tanken på att närvara i skolan till, exempel somatiska besvär, ångest och nedstämdhet, d) frånvaro av antisociala beteenden samt, e) försök från föräldrarna att få barnet att återgå till skolan. Dessa kännetecken har i modern forskning använts för att identifiera problematiken (Heyne, Sauter, Ollendick, Van Widenfelt & Westenberg, 2014). Kännetecken b, att under skoltid stanna hemma med föräldrarnas vetskap snarare än att dölja problemen för föräldrarna, och d, frånvaro av antisociala beteenden, är det som skiljer

skolvägran från skolk enligt Heyne och kollegor (2014). Kearney (2007) samt Kearney och Bates (2005) beskriver en kortare definition av skolvägran som en vägran att gå till skolan alternativt svårigheter att vara i skolan hela dagen.

Regeringens utredning ”Saknad! Uppmärksamma elevers frånvaro och agera” från 2016 slår fast att långvarig skolfrånvaro är problematisk oavsett om den är giltig eller ogiltig. I giltig frånvaro inräknas bland annat sjukdom, föräldranmäld frånvaro, beviljad ledighet eller befrielse från undervisningen (SOU 2016:94). I denna uppsats lades ingen vikt vid de olika definitionerna utan alla former av skolvägransbeteenden som fångas upp av Magelungens Hemmasittarprogram var av intresse.

I Sverige räknas skolfrånvaro som en avvikelse från den lagstadgade skolplikten (SFS 2019:410). Lagen om skolplikt gäller för alla barn bosatta i Sverige från året då barnet fyller sju till och med avslutet på det nionde skolåret. Den allmänna skolplikten innebär en rättighet till kostnadsfri grundläggande utbildning i allmän skola. Då eleven inte kan delta i vanlig undervisning under längre tid ska enligt skollagen särskild undervisning ordnas i hemmet eller på annan passande plats. Vårdnadstagare av ett barn som lyder under skolplikten ska se till att barnet uppfyller denna plikt. Det är kommunens ansvar att se till att eleverna fullgör sin skolgång. Skolan har ansvar att skyndsamt utreda orsaker och anpassa skolgång för att möjliggöra skolgång.

Prevalens

Trots skolplikten framkom det i Skolinspektionens enkät från 2015 att 1676 elever uppfyllde kriterierna för sammanhängande frånvaro, varav 455 gick i årskurserna ett till sex och resterande 1221 gick i årskurs sju till nio (Skolinspektionen, 2016). Sammanhängande frånvaro definierades som kontinuerlig frånvaro under minst en månad hösten 2015. Drygt 200 elever av de totalt frånvarande var borta hela läsåret och 34 av dem var i årskurs ett till sex. Regeringens utredning ”Saknad! Uppmärksamma elevers frånvaro och agera” (SOU 2016:94) kommenterade enkäten och benämnde antalet samt den låga åldern på barnen som är långvarigt frånvarande som anmärkningsvärd. Utöver dessa 1676 elever med sammanhängande frånvaro uppmättes antalet elever med upprepad ströfrånvaro till 18 000. Den genomsnittliga ströfrånvaron översteg sammantaget två månader per elev under hösten 2015 (Skolinspektionen, 2016). Ingen ökning av ogiltigt sammanhängande frånvaro har noterats sedan läsåret 2008/2009 (Skolverket, 2013; SOU 2016:94). Frånvaro uppmättes vara lika vanligt i kommunala som i fristående skolor (SOU 2016:94). I en rapport från Skolverket (2015) angav nio procent av eleverna i svensk skola att de inte varit i skolan under en eller flera dagar de senaste två veckorna vilket var lägre än det europeiska OECD-genomsnittet som låg på 19,7 procent samma år. Fjorton procent av alla grundskoleelever i svenska skolan år 2015 redovisades sakna betyg för att kunna söka till de nationella gymnasieprogrammen och 29% saknade grundläggande behörighet för att söka vidare till högskolan efter gymnasiet (Mind, 2016).

Bakomliggande faktorer till skolfrånvaro

Forskning har påvisat ett flertal faktorer som föranleder och/eller vidmakthåller skolfrånvaro, vilka påverkar varandra ömsesidigt (Gren-Landell, Ekerfeldt Allvin, Bradley, Andersson, & Andersson, 2015; Kearney, 2008; Skedgell & Kearney 2016; Skolverket, 2010; SOU 2016:94). Vissa riskfaktorer förekommer redan vid skolstart, såsom förhöjd ångest, tidiga tecken på personlighetsyndrom eller negativa attityder från föräldrar, exempelvis rörande

skolprestationer och skolnärvaro (Ingul & Nordahl, 2013). Skedgell och Kearney (2018) har sett att vid mindre än cirka en procents missade heldagar i skolan kan det urskiljas en större mängd riskfaktorer kopplade till skolan, familjen eller barnet. Vid fler missade heldagar i skolan, 10%–15%, har man däremot sett att flera psykiatriska riskfaktorer föreligger.

Utvecklingen av frånvaro har av regeringens utredning (SOU 2016:94) delats in i tre typer av individuella riskfaktorer. Dessa är: 1) faktorer som är relaterade till skolan, 2) faktorer som är relaterade till individen, samt 3) sociala faktorer som har samband med familj, bostadsområde och kamrater. Vilken faktor som ansågs vara den starkaste orsaken för frånvarons utveckling berodde på vem som tillfrågades (SOU 2016:94). Enligt Gren-Landell och kollegor (2015) samt Skolverket (2010) framhåller lärare faktorer inom familjen eller nedstämdhet hos eleven. Föräldrar tenderar att lyfta fram skolfaktorer (Havik, Bru, & Ertesvåg, 2014) medan elever lyfter fram skolfaktorer och sociala faktorer (Malcolm, Wilson, Davidson & Kirk, 2003).

Förekomst av ångestproblematik och/eller depression är ofta en gemensam nämnare hos de som skolvägrar (Angold & Adrian, 2003; Egger, Helen Link, Costello, 2003; Ek & Eriksson, 2013; Finning et al., 2019; Kendall, Kortlander, Chansky & Brady, 1992; Lee, & Miltenberger, 1996). Svensk forskning redovisar relativt lite information om personer som lider av psykisk ohälsa i skolvärlden då barns och ungdomars diagnoser inte registreras (NSPH, 2016). Skolkare särskiljer sig från skolvägrare då de uppvisar lägre eller ingen ångest och skattar lägre depressivitet (Egger et al., 2003). I en norsk enkätstudie, där 5465 barn med skolfrånvaro deltog, framkom det att dåliga relationer med jämnåriga är en riskfaktor vid skolfrånvaro (Havik et al., 2015). I en annan studie rapporterar de som har ångest men ändå går till skolan sig ha fler vänner än de som skolvägrar (Ingul & Nordahl, 2013). Skolvägrare uppvisar fler negativa automatiska tankar, med föreställningar om personliga misslyckanden, samt färre positiva automatiska tankar än hos de som är i skolan (Maric, Heyne, de Heus, van Widenfelt & Westenberg, 2012). Övergeneralisering av negativa tankar kan således predicera skolvägran. Andra riskfaktorer vilka Autism- och Aspergerförbundet och riksförbundet Attention, en intresseorganisation för personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar (NPF), har beskrivit är att skolan saknar NPF-kompetens, inte anpassar skolmiljön samt ger bristande stöd i lärande- och sociala situationer. Dessa brister anger förbunden som den största orsaken till att nästan hälften av deras medlemmar har skolfrånvaro (Autism- och Aspergerförbundet 2013; Autism- och Aspergerförbundet 2018; Riksförbundet Attention, 2017). Skolinspektionens rapport (2016) hade inte registrerat hur många av de 20000 barn med skolfrånvaro som uppnådde kriterierna för NPF.

Konsekvenser av skolfrånvaro

Tidigare amerikansk forskning pekar på att relativt kortvarig frånvaro, så lågt som 1%, är en betydande riskfaktor för psykiatriska svårigheter (Egger et al., 2003) samt för fysisk och psykisk ohälsa i vuxen ålder (Allison et al., 2019; Mind, 2016). Barn och ungdomar med skolfrånvaro får generellt sämre akademiska resultat (Allison & Attisha, 2019; Carroll, 2010; Skolverket, 2015). Sämre skolprestationer förefaller utifrån metaanalyser på området leda till en ökad risk för internaliserade problem bland ungdomar (Mind, 2016). Om den skolvägrande ungdomen inte får någon insats mot frånvaro kan det kortsiktigt leda till fortsatt problematisk skolnärvaro samt långvarigt och kroniskt lidande (Allison & Attisha, 2019; Bowers, Sprott & Taff, 2013; Bryk & Thym, 1989; Ek & Eriksson, 2013; King et al., 1998; Rumberger & Thomas, 2000; Tyrrell, 2005). Personer med lägre skolnärvaro skattar senare i livet lägre tillfredsställelse med arbete, mindre upplevd kontroll över sina liv, bristande socialt stöd (Ross & Wu, 1995) samt lägre förväntningar på livet (Lawrence, Rogers, Zajacova, 2016). Att avsluta

skolgången utan fullständigt gymnasiebetyg är associerat med ökad risk för tidig död, vilket ökat internationellt under de senaste 20 åren (Hayward, Hummer, & Sasson, 2015; Lawrence et al., 2016). Studier visar att varje svenskt barn som sitter hemma i ett livsperspektiv kostar samhället 10–15 miljoner i behandlingskostnader och utebliven skatteinkomst (Nilsson & Wadeskog, 2008).

Insatser vid långvarig skolfrånvaro

I regeringens utredning (SOU 2016:94) nämns tidig registrering av frånvaro som en framgångsfaktor för reducering av skolfrånvaro. Registreringen i sig beskrivs dock inte vara en tillräcklig åtgärd (SOU, 2016:94). Exempelvis visade Robinson, Lee, Dearing, och Rogers (2018) studie att interventioner riktade mot föräldrars felaktiga uppfattning gällande vikten av närvaro minskar den kroniska frånvaron hos barnen.

Studier kring skolfrånvaro har i regel större antal avhopp än andra behandlingsstudier på barn, vilket tyder på svårigheterna att forska på denna grupp (Beidas, Crawley, Mychailyszyn, Comer och Kendall, 2010; Heyne, Sauter, Van Widenfelt, Vermeiren, & Westenberg, 2011; Heyne et al., 2014; King et al., 1998; Last, Hansen, & Franco, 1998; Melvin et al., 2017). Den vanligaste behandlingsmetoden vid sammanhängande skolfrånvaro är kognitiv beteendeterapi (KBT), vilket även är den främst rekommenderade behandlingen vid depression och ångestsyndrom för både barn, ungdomar och vuxna (Socialstyrelsen, 2017b). Kognitiv beteendeterapi bygger på inlärningsteori, vilket innebär att en människas sätt att tänka, känna och agera förändras av nya erfarenheter (Kåver, 2016). Vid skolfrånvaro vidmakthålls ångesten genom olika former av undvikandebeteenden (Friberg, Karlberg, Sundberg Lax & Palmér 2017; Kåver, 2016; Magelungen, 2017; Öst, 2010). Ångesten utmanas aldrig då konfrontation med det som framkallar rädslan inte sker. Undvikandet gör att hotet upplevs som verkligt och att rädslan är berättigad. Flera studier lyfter fram den individuella beteendeanalysen som ingår i KBT, där bland annat orsaker till frånvaro utreds, som en viktig del i att kunna sätta in relevanta åtgärder mot skolvägran (Skedgell, & Kearney, 2018; SOU 2016:94; Kearney, 2007).

En metastudie har funnit att KBT med fokus på ångestreducering minskar ångest hos ungdomar som skolvägrar samt ökar skolnärvaron (Heyne, 2011). I en metaanalys av Maynard och kollegor (2018) framkom att KBT med primärt fokus på att öka skolnärvaro hos barn och ungdomar genom exponering för skolmiljö gav effekt på skolnärvaro. Studier av Heyne och kollegor (2011) visar att mer än hälften av deltagarna inte längre mötte kriterierna för ångeststörning efter samtalsbehandling eller ångestfokuserad KBT-behandling. Resultaten motsvarar de behandlingar som fokuserar på ökad skolnärvaro (Heyne et al., 2002; King et al., 1998; Last et al., 1998). Uppföljningen som King med kollegor (2001) utförde tre samt fem år efter behandlingen från 1998 stödjer varaktigheten i vinsterna som fås av KBT-behandling vid skolvägran. KBT kombinerat med SSRI-preparat gav inte bättre resultat vad gäller det primära måttet skolnärvaro eller de sekundära måtten ångest, depression, self-efficacy (ung. 'individens tilltro till att själv klara av en handling i en särskild situation') respektive globalt fungerande (Melvin et al., 2017). Ungdomar som tog antidepressiva var dock signifikant mer nöjda med behandlingsinsatsen. Forskningen är inte entydig gällande vad som är mest verkningsfullt, att fokusera på ångest/depression eller på skolvägrarbeteenden (Beidas et al., 2010; Kahn & Nursten, 1962; Magelungen, 2017; Maynard et al., 2018). Diskussion pågår även om insatser vid skolfrånvaro har bättre effekt på yngre barn än på äldre (Heyne et al., 2014). Sammanfattningsvis tyder den befintliga forskningen kring insatser vid skolfrånvaro på att interventioner baserade på KBT har effekt.

Magelungens Hemmasittarprogram

Magelungen är ett privat vårdbolag som erbjuder manualbaserad KBT-behandling för barn och ungdomar med skolvägrarbeteenden. Hemmasittarprogrammet (HSP) började erbjudas i Stockholm år 2008 men finns nu tillgängligt i tio städer. Enligt Robert Palmér, Magelungens metodgarant, kan kommuner implementera HSP efter utbildning (personlig kommunikation, 15 november, 2019). Enligt HSP:s manual är målet att uppnå kvalitetssäkring och kostnadseffektivitet samtidigt som specialistkompetens inte krävs hos behandlarna (Magelungen, 2017).

Socialtjänsten är den vanligaste uppdragsgivaren som bekostar HSP enligt Palmér (personlig kommunikation, 15 november, 2019). Barnet och familjen har oftast redan tagit del av andra insatser från socialtjänsten och/eller Barn- och ungdomspsykiatrin (BUP) innan det blir aktuellt med HSP. Varje år tar 30–50 barn del av programmet (Robert Palmér, personlig kommunikation, 15 november, 2019). Magelungens rapport gjord av Strömbeck, Oldenvi och Clinton (2015) visar att barnen vid programstart skattar signifikant sämre mående än normalpopulationen. Av alla barn som påbörjade HSP hade 44–67 % kliniskt höga nivåer av ångest och depression, och lägre upplevd livskvalitet. Magelungen har inga definitiva exklusions- eller inklusionskriterier för deltagande i HSP. Varje ärende bedöms individuellt och det är vanligt att en komplex problematik samt NPF föreligger. Missbruk hos barnet samt föräldrar som inte önskar delta i den utsträckning som insatsen kräver är faktorer som minskar sannolikheten för deltagande i HSP. Det är ovanligt att ärenden avbryts efter en kartläggning (Robert Palmér, personlig kommunikation, 15 november, 2019).

HSP består av kartläggning, behandling samt vidmakthållande arbete (Friberg et al., 2017; Magelungen, 2017). Behandlingstiden är i genomsnitt 10 månader men varierar mellan cirka 6–12 månader (Strömbeck, Oldenvi & Clinton, 2015). Varje ärende tilldelas ett team av två behandlare. Programmet utförs där barnet uttrycker behov av att vara, till exempel i hemmet, i skolan eller på annan plats (Magelungen, 2017). Kartläggningsfasen pågår under ungefär en månad och innefattar att samla in information från barnet, föräldrarna och skolan samt från andra viktiga aktörer runt barnet (Friberg et al., 2017; Magelungen, 2017; Magelungen, u. å.). Därefter sammanställs allt material i en beteendeanalys där syftet är att ta reda på utlösande respektive vidmakthållande faktorer till skolfrånvaron. En behandlingsplan formuleras sedan gemensamt med samtliga inblandade parter (Magelungen, 2017).

Behandlingsfasen är individualiserad utifrån beteendeanalysen som gjorts. Oftast sker interventionerna mer intensivt i början för att sedan minskas (Friberg et al., 2017; Magelungen, 2017). Strategier för att hantera eller avleda obehag i kombination övas in samtidigt som gradvis närmade samt anpassningar görs i skolmiljön. Behandlingen inför positiva förstärkare och ökar mängden aktiviteter utifrån barnets nivå. Detta kan benämnas som beteendeaktivering och inkluderar även att etablera rutiner och vardagliga funktioner i barnets miljö genom föräldrarbete (Friberg et al., 2017; Magelungen, 2017). En annan insats riktad mot föräldrarna är psykoedukation för att öka förståelsen och kunskapen om barnets aktuella problematik. HSP innefattar också samarbete med skolan för att minska distansen mellan hem och skola (Friberg et al., 2017; Magelungen, 2017).

Vidmakthållandefasen är till för att långvarigt bibehålla de resultat som uppnåtts under HSP. I denna fas undersöks risk- och skyddsfaktorer samt möjliga åtgärder vid bakslag. Manualen beskriver vikten av att behandlarna successivt lämnar ärendet så att föräldrar, barn och skola kan fortsätta arbetet utan dem. Familjen ska äga verktygen för förändring när insatsen avslutas (Friberg et al., 2017; Magelungen, 2017).

En extern kvantitativ studie utförd vid Karlstads universitet visade att HSP i likhet med sedvanlig behandling på BUP har låg behandlingseffekt (Martinsson, 2014). Strömbeck med

kollegor (2017) visade i sin behandlingsrapport publicerad av Magelungen att depressions- och ångestsymtom minskat på gruppnivå, att föräldrar och barn skattar livstillfredsställelse och mående som bättre efter avslutad HSP. Detta skiljer sig från Martinssons (2014) forskning där ingen signifikant förbättring upptäcktes. Strömbeck med kollegor (2017) upptäckte ingen signifikant skillnad i hur besvärade ungdomarna var av sina problem efter HSP, och att symtom på psykiatrisk ohälsa låg kvar på högre nivå än hos normalpopulationen. Magelungen har ännu inte publicerat studier kring HSP:s effekt på skolnärvaro eller långvariga effekter. Martinsson (2014) såg dock en tendens till ökad skolnärvaro efter genomgången HSP. HSP har endast studerats kvantitativt, vilket innebär att ingen kvalitativ forskning har gjorts på programmet (Johan Strömbeck, forskningsansvarig, personlig kommunikation, 8 november, 2018).

Syfte och frågeställning

Utifrån att ingen kvalitativ forskning gjorts på HSP så saknas information om upplevelsen av programmet, både av utförare och deltagare. Kvalitativa studier kan ge nya infallsvinklar på nya metoder och teorier (Braun & Clarke, 2013; Willig 2013), något som ofta saknas i psykologisk forskning, där statistiskt stödda generaliseringar ofta är i fokus (Boström, 2019). Kvalitativa studier baseras oftast på en idiografisk metod som kan upptäcka nya fenomen och processer (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2013; Willig 2013).

Som följd av forskning som tidigare gjorts på HSP planerades föreliggande studie initialt ha fokus på ungdomarnas upplevelse av HSP. Forskningsansvarig på Magelungen beskrev svårigheter inför att rekrytera barn med problematisk skolfrånvaro och barn innan tonåren (Johan Strömbeck, personlig kommunikation, 17 januari, 2019). Därför formulerades en kompletterande frågeställning om behandlarnas upplevelse av arbetet med HSP. Behandlarnas upplevelse av att utföra HSP ansågs ha klinisk relevans utifrån deras erfarenhet av vad som i HSP ger effekt på behandlingsutfallet. Aktuell studie syftade till att ta vara på och fördjupa kunskapen om hur det är att delta i Magelungens hemmasittarprogram samt undersöka vilka verksamma och icke verksamma komponenter som upplevdes vara del i behandlingsinsatsen. Frågeställningen var: Hur beskriver behandlare och ungdomar sin upplevelse av Hemmasittarprogrammet?

Metod

Tillvägagångssätt

Vid rekrytering av behandlare delgav forskningsansvarig på Magelungen kontaktuppgifter till samtliga behandlare vid fyra av tio orter där Magelungen erbjuder HSP. De fyra orterna valdes utifrån bekvämlighetsurval, där geografisk närhet för författarna var en avgörande faktor. Önskvärt var att göra intervjuerna in vivo då det möjliggör ett mer innehållsrikt flöde i samtalet (Kvale & Brinkmann, 2009). Mail skickades ut till behandlarna med information om studien, se bilaga 1. Tio behandlare valde att delta i studien. Detta representerade två tredjedelar av alla tillfrågade. Parallellt skedde rekrytering av ungdomar vid de fyra enheter som valts ut genom bekvämlighetsurval. Enhetscheferna samt behandlare ombads bedöma vilka ungdomar som skulle kunna vara lämpliga, intresserade och i fas för intervju av utomstående. Ett informationsblad (se bilaga 2) om studien mailades ut till Magelungen, vilket kunde sättas upp i deras lokaler eller delas ut utifrån vad ansvariga ansåg lämpligt. Totalt valde tre ungdomar att delta. Författarna eftersökte även ungdomar i den slutna

Facebookgruppen "Hemmasittare". Gruppen hade vid tillfället (september 2019) cirka 32 000 medlemmar. Medlemmarna var främst föräldrar till barn med problematisk skolfrånvaro. Det fanns ingen information om hur många i gruppen som hade deltagit i Magelungens Hemmasittarprogram. Ingen rekrytering skedde dock genom Facebook.

De intervjuerna gjordes under september och oktober 2019. Intervjuerna utfördes utifrån en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 5 och 6). Två av intervjuerna med behandlare utfördes över telefon, resterande elva intervjuer gjordes in vivo på respektive behandlingsort. En av författarna intervjuade sex personer och den andra intervjuade sju personer. För att beakta anonymitet och konfidentialitet med hänsyn till den intervjuade var endast respondenten och intervjuaren närvarande vid intervjun. Den intervjuade fick innan intervjuns start ta del av muntlig och skriftlig information om att det var frivilligt att delta i studien, studiens syfte, inspelning av intervjun, bearbetningsätt samt etiska riktlinjer för psykologisk forskning. Information gavs också om att de kunde välja att avstå från att svara på frågor efter eget tycke och att inspelningen kunde pausas om de ville. Efter informationen fick respondenten skriva under ett samtyckesformulär (se bilaga 3 och 4). De två som intervjuades över telefon fick informations- och samtyckesblad skickade till sig innan intervjun. Vid intervjun gavs information om studien och efter det gavs samtyckte muntligt och de postade sedan tillbaka samtyckesbladet.

Intervjuerna spelades in och varierade i längd. Intervjuerna med behandlare hade en medellängd på knappt 50 minuter. Intervjuerna med ungdomarna hade en medellängd på drygt 40 minuter. Hög mättnad upplevdes uppnås då ingen särskiljande information framkom vid datainsamlingens slutskede. En tydlig struktur hade då noterats och nya intervjuer bekräftade endast denna struktur (Kvale & Brinkmann, 2009).

Deltagare

Tio behandlare deltog i studien. Behandlarna identifierade sig som antingen män eller kvinnor. Medelåldern var 39,9 år ($SD= 12,09$) och de hade i genomsnitt arbetat med HSP i 2,7 år ($SD= 1,35$). Kriterierna för att vara med i studien för behandlare var att ha utbildning i HSP samt att ha utfört behandling med minst ett ärende. På Magelungen arbetar behandlare med olika samhällsvetenskapliga utbildningar till exempel socionomer, psykologer, beteendevetare och lärare. Behandlarna som deltog varierade således i utbildningsbakgrund. Nio behandlare hade arbetat inom andra psykosociala arbeten innan anställning på Magelungen varav sex behandlare tidigare hade arbetat med behandling av ungdomar.

I studien deltog även tre ungdomar. Ungdomarna identifierade sig som killar eller tjejer och var mellan 15 och 17 år. Det var planerat för fem ungdomar att delta men som följd av att två av ungdomarna avböjde genomfördes endast tre intervjuer. Kriterier för ungdomar att vara med i studien var att ha deltagit och slutfört HSP, vara äldre än 15 år samt att de inte led av psykisk ohälsa som orsakade måttligt eller svårt kliniskt signifikant lidande. Samtliga ungdomar hade påbörjat HSP innan högstadieålder och hade efter avslutad insats övergått i Magelungens separata skolverksamhet. Ungdomarna talade således om HSP retrospektivt. Mer utförlig information om deltagarna ges ej av etiska skäl för att säkerställa deltagarnas anonymitet. I resultatet representerar bokstäverna A–J olika behandlare och bokstäverna K–M ungdomar.

Instrument

Inför intervjuerna utarbetades en semistrukturerad intervjuguide (se bilaga 5 och 6). Då studien hade en utforskande ansats och deltagarnas erfarenhet av behandlingen och förförståelse för behandlingsutvärdering förutsattes variera bedömdes en semistrukturerad intervjuguide passa ändamålet bättre än en strukturerad (Kvale & Brinkmann, 2009). Två intervjuguides med samma upplägg och fokus utformades. Skillnaden mellan guiderna var att språket anpassades för behandlare respektive ungdomar. Frågorna utformades utifrån studiens syfte och frågeställning med vägledning från Clarke och Braun (2013) samt Kvale och Brinkmann (2009). Vid intervjuerna ställdes följdfrågor för att förtydliga och utveckla utsagor. Under intervjun stod respondentens personliga upplevelse i fokus.

Databearbetning och analys

Det insamlade intervjumaterialet bearbetades genom en tematisk analys (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2013; Willig 2013). Tematisk analys (TA) som bearbetningssätt valdes utifrån denna studies induktiva och explorativa ansats samt att TA är en vanlig form av analysmetod vid psykologisk forskning (Braun & Clarke, 2013; Boström, 2019). Genom TA förväntades mönster i respondenternas utsagor skapas och delas in i grupper med teman, i detta fall rörande upplevelsen av att utföra och delta i HSP. Analysen skedde på semantisk nivå och tolkades utifrån en empatisk förståelsehorisont och med en realistisk epistemologi och ontologi (Allwood & Erikson, 2010). Analysen hölls så textnära som möjligt.

Intervjuerna transkriberades och lästes igenom ett flertal gånger. Initiala tankar antecknades och diskussion mellan författarna fördes om den överblick av data som då erhållits. Efter insamling av all data skapades en kodmanual utifrån två slumpmässigt utvalda behandlarintervjuer. Kodmanualen upprättades gemensamt av författarna för att underlätta det framtida arbetet med bearbetningen av resterande intervjuer och för att möjliggöra god samstämmighet (Braun & Clarke, 2013). Kodningen gjordes utifrån principen om komplett kodning (*complete coding*) och koderna som skapades var datadrivna i enlighet med riktlinjer föreslagna av Braun och Clarke (2006). Därefter delades intervjuerna upp och en initial kodning av resterande intervjuer genomfördes utifrån kodmanualen. Om det förekom ord/meningar eller stycken som inte passade med kodmanualen skapades en ny kod efter varsamt övervägande. Därefter genomgicks allt material igen för att utvärdera den nya kodens styrka. Material i intervjuerna som inte hade relevans för frågeställningen sorterades bort. När intervjuerna kodats en omgång bytte författarna material med varandra för att utvärdera kodningen. Då ungdomsintervjuerna var få i antal skedde kodning textnära utan kodmanual.

Alla koder från alla intervjuer, behandlare och ungdomar, gicks sedan igenom för att leta röda trådar vad gällde likartade fraser, förhållanden eller motsatta uttalanden för att kunna skapa teman. Koderna delades in i olika kodfamiljer (Braun & Clarke, 2013). Med frågeställningen i åtanke bearbetades dessa och genom flera ombearbetningar och utvärderingar formades sedermera teman. Materialet genomarbetades ett flertal gånger och förslagsteman (*candidate themes*) skapades och förkastades (Braun & Clarke, 2006). Relationer klargjordes mellan kodfamiljer, underteman och teman för att se att temastrukturen stämde, att det i hög utsträckning var intern homogenitet och extern heterogenitet. Slutligen skapades beskrivningar av teman, vilka framgår i resultatdelen.

Reflexivitet

Alla kvalitativa studier innehåller en viss grad av tolkning då det är omöjligt att undvika att analysen påverkas av författarnas förförståelse (Braun & Clarke, 2013). Författarna, tillika

intervjuarna i denna studie, är kvinnor i 25-årsåldern och hade förförståelse kring behandlingsarbete utifrån psykologutbildningen vid Göteborgs universitet samt varierande erfarenhet av behandling från olika arbeten utöver utbildningen. De upplevde sig ha lite förkunskap om problematisk skolfrånvaro.

Etiska överväganden

Vid genomförande av studien har hänsyn tagits till Vetenskapsrådets forskningsetiska principer (2002) vad gäller samtyckeskrav, informationskrav, konfidentialitetskrav samt nyttjandekrav (se informationsblad och samtyckesblad; bilaga 1, 2, 3 och 4). Magelungen formulerade ett skriftligt uppdrag för datainsamlingen till studien. Det har inte behövts något godkännande från etikprövningsnämnden. Inga känsliga personuppgifter har samlats in och inga frågor om psykisk ohälsa har ställts. Då deltagare nämnde egen eller andras psykiska ohälsa har den som intervjuat riktat tillbaka samtalet mot behandlingsmetod och upplevelsen av HSP. Vid start av intervjun ombads respondenterna uppge ålder samt egen könsdefinition för att förstå utsagorna utifrån deltagarnas kontext. Behandlare tillfrågades även om hur länge hen arbetat med HSP. Erfarenhet inom HSP redovisas inte utförligt då hänsyn har tagits till deltagarnas anonymitet och utförlig information skulle kunna leda till igenkänning. Göteborgs universitet ansvarar för att all information om deltagare behandlas korrekt och förblir konfidentiell. Det inspelade materialet raderas efter att studien godkänns av examinator.

Resultat

Utifrån frågeställningen ”Hur beskriver behandlare och ungdomar sin upplevelse av Hemmasittarprogrammet?” och i enlighet med metoden, tematisk analys, skapades tre teman med tillhörande underteman, se tabell 1. De teman som skapades var ”Manualer och människor”, ”Människors möte” samt ”Alla våra känslor”. Huvudteman och underteman exemplifieras genom författarnas sammanställning av respondenternas beskrivningar och citat.

Tabell 1

Sammanfattning av teman med beskrivning av tema och rubrik på underteman.

Huvudtema	Beskrivning	Undertema
Manualer och människor	Temat beskriver respondenternas upplevelse av att arbeta med manualen och hur behandlarna och ungdomarna följer och tolkar den.	En tydlig plan
		Anpassa för barnet
		Behandlarna som nav
		När verkligheten knacker på

Tabell 1 fortsätter på nästa sida

Fortsättning på Tabell 1

Människors möten	Under detta tema sammanställdes utsagor om de relationer som behandlarna och ungdomarna observerar, skapar eller är delaktiga i under behandlingen.	Knack knack! -Vem där? Föräldrarnas betydelse Relationellt förhållningssätt
Alla våra känslor	Temat samlar beskrivningar av de känslor som behandlarna och ungdomarna beskrev sig uppleva innan och under behandlingen samt det känslöarbete som ingår i HSP.	Känslornas berg- och dalbana Att arbeta med känslorna

Manualer och människor

”Manualer och människor” är ett tema som beskriver behandlarnas och ungdomarnas upplevelse av att följa HSP:s manual. Inom temat fångas det upp att det i arbetet med HSP skapas en tydlig plan att följa, att planen revideras och att till exempel tempo, kravnivå och språkbruk anpassas utifrån ärendets individualitet. En del i behandlarnas arbete beskrevs vara att samordna arbetet med alla inblandade. Temat fångar också upp upplevelsen av att det finns utvecklingsmöjligheter för HSP samt hur yttre omständigheter och ärendets komplexitet kan göra att planen och anpassningarna inte går att fullfölja. Underteman som inkluderades var ”En tydlig plan”, ”Anpassa för barnet”, ”Behandlarna som nav” samt ”När verkligheten knacker på”. Samtliga fyra underteman kopplas till att arbeta med manualen och hur behandlarna och ungdomarna upplever, följer och tolkar den, varför de har kategoriserats under samma tema, ”Manualer och människor”.

En tydlig plan. Undertemat ”En tydlig plan” beskriver behandlarnas och ungdomarnas upplevelse av att HSP har ett syfte och mål samt utgår från en tydlig plan om hur man genom arbetet ska uppnå detta. Majoriteten av behandlarna lyfte att alla inblandade i ärendet måste vara införstådda i HSP:s arbetssätt för att kunna delta aktivt och nå målet. Behandlare B uttryckte: *”Det viktiga är att alla förstår syftet. Vilka är vi? Vad kan de förvänta sig av oss? Varför är vi där liksom?”* Hälften av behandlarna berättade om hur manualen och den tydliga strukturen upplevs ge en trygghet att falla tillbaka mot. Flera behandlare och två ungdomar beskrev hur en tydlig plan ger förutsägbarhet. Planen menade flera behandlare ger struktur, inte bara för dem själva, utan även för barnet, familjen samt andra instanser såsom skola och socialtjänst. Behandlare A formulerade sina tankar kring förutsägbarhet på följande vis: *”Det ska vara tydligt vad vi ska göra. För att det inte ska bli ett misslyckande. För ju mer man kan förbereda och göra det förutsägbart, att vi har en plan så är det ju lättare att lyckas, naturligt.”* Behandlarna beskrev vidare hur de kunde vara flexibla och kreativa i arbetet utifrån att de har

en ram. Så här sa behandlare C: *”Manualen är ju väldigt bra utformad faktiskt. [...] Manualen är som ett skelett och resten av arbetet är väldigt kreativt.”* Manualen beskrevs också förhöja kompetensnivån på diskussionerna inom Magelungen då alla delar samma kunskapsbas.

Majoriteten av behandlarna talade om att HSP:s behandlingsplan baseras på en gedigen kartläggning och är uppbyggd utifrån ett stegvis närmande mot det som barnet upplever som obehagligt. Två ungdomar tog upp hur viktigt det varit för dem att ta ett steg i taget för att klara sina mål. Det stegvisa utformandet av behandlingsplanen beskrevs som en framgångsfaktor av både behandlarna och ungdomarna. Ungdom K beskrev hur hen börjat tänka på att arbeta stegvis på flera områden i livet efter HSP:

”Då kan jag tänka mig, jag har ju många små mål jag vill klara och fortsätta och så och då kan jag tänka att om man tar små steg och får klart ett i taget så når man till slut ett stort. En i taget så är det inte för mycket åt gången.”

Hälften av behandlarna upplevde att behandlingsplanen aldrig var helt fastställd utan kontinuerligt behövde utvärderas och revideras under insatsen för att öka chansen att nå önskade resultat. Manualen ansågs uppmuntra till detta förhållningssätt. Behandlare C beskrev hur riktningen i behandlingen kan förändras då ny kunskap uppnåts:

”Ett uppdrag kan ju bli något helt annat för att vi i tillitens landskap upptäcker fler svårigheter än vad myndigheter eller vi utredde eller förstod från början eller kanske till och med barnet förstod från början. Det kan ju finnas något professionellt i att det tar en annan kurs. För att nå i hamn behöver man påminna sig om behandlingsuppdraget. Vad är det vi egentligen skulle göra för något?”

Vid arbete med HSP beskrev samtliga behandlare att de upplever det som viktigt att redan vid upprättandet av behandlingsplanen planera in avslutet och överlämnandet av det fortsatta arbetet till föräldrar, skola och eventuell annan insats. Att stanna kvar för länge i ett ärende beskrev behandlarna riskera att öka eller vidmakthålla problemen snarare än att minska dem. Behandlare B uttryckte sin tanke om avslutet: *”Att tänka att början är redan början på avslutet. Tänker jag. Att ha en plan och en tanke om att andra ska ta över. Att inte göra sig själv för viktig. Det tror jag är viktigt.”* Behandlarna beskrev det vara viktigt att både under behandlingens gång men särskilt i slutskedet av HSP arbeta med att öka familjens upplevda självförmåga (*self efficacy*) – känslan av att klara av sina problem. Behandlare B lyfte vad som önskvärt skulle ha etablerats vid HSP:s avslut:

”Så att den dagen vi försvinner så ska det finnas en samverkan inom systemet. Både inom familjen och inom skolan. Det finns uttalat vem som gör vad, att det inte faller på att det inte längre finns någon som har en samordnande funktion. Att när den försvinner så faller allt.”

Ungdom K gav ett liknande råd till behandlare, att ha en tanke kring behandlingsavslutet så det inte sker abrupt. Hen sa så här: *”Jag tycker det är viktigt att sakta sudda ut så att de inte bara försvinner. För då känner man sig övergiven.”*

Anpassa för barnet. Undertemat ”Anpassa för barnet” beskriver de anpassningar som majoriteten av behandlarna upplevde att de gjorde i relation till manualen och barnet samt de anpassningar som ungdomarna upplevde gjordes utifrån dem som individer. Nästan alla behandlare beskrev hur de anpassade behandlingens startpunkt och tempo utifrån barnets förmågor. Behandlare I berättade: *”Vi börjar där ungdomen är. Ligger ungdomen i sängen med täcket över huvudet då är det där vi börjar. Vi förväntar oss inte att ungdomen ska komma till ett kontor.”* Två ungdomar speglade detta när de talade om att de upplevde att behandlingen

anpassades efter deras tempo. Ungdom L beskrev denna anpassning:

”Jag fick ju välja vad vi skulle göra, om vi skulle sitta hemma eller om vi skulle åka bil. Och jag ville åka bil så vi åkte mest bil. Ibland så satt vi i bilen och bara pratade eller så ibland så pratade vi typ inte alls. Och hon bara, jag bara satt i bilen. Och sedan desto bättre det blev, desto bättre jag mådde desto mer pratade jag och desto mer såhär, vi tog med oss fika i bilen, satt i bagaget och bara solade och typ pratade. Vi gjorde allt i mitt tempo.”

Flera behandlare berättade också att de upplevde sig arbeta med att anpassa sitt språk efter barnet och familjen. Behandlare J berättade om sina tankar kring alternativa kommunikationssätt:

”Det är inte alla [barn] som vill hålla på med siffror, vi kan rita ihop, fylla i skattningar med färger så. På något sätt försöka nå hur det är för den enskilda individen. Hos våra ärenden är det ju vanligt att man har svårt att uttrycka sig verbalt, att svara på öppna frågor är ju i princip omöjligt för de allra flesta. Vi behöver hitta andra sätt att nå fram.”

Ungdom L berättade om framkomliga kommunikationsanpassningar som hans behandlare gjorde:

”Hon kunde ju, när jag sa att det var ett ord jag inte tyckte om, då gick hon runt det ordet. Jag hatar ordet förändring. Jag hatar det jättemycket. Så hon liksom gick ju runt det ordet istället. Hon var så duktig på att liksom förklara utan att jag skulle må dåligt.”

Kopplat till hur språket anpassades beskrev flera behandlare att de upplever att de inom HSP kan anpassa var de lägger den teoretiska nivån i sitt arbete med KBT. Behandlare E berättade om hur hen tänkte kring att använda sig av teorin:

”Vi har allt mer gått från, vi gör allt mindre SORKK och ABC, på gott och ont kanske. Jag vill nog tillbaka till att göra mer. Man behöver inte göra det så bokstavligt för då blir det för tråkigt och ingen förstår dem, men att man anpassar dem.”

Flera behandlare beskrev att de gör en avvägning av vilka krav de kan ställa på barnet och föräldrarna utifrån varje specifikt ärende. Detta för att hitta en balans som är utmanande men inte utslitande. Behandlare C berättade hur det gällde att känna av utifrån varje ärende: *”Vi kan inte ställa högre krav än vad ungdomen klarar av att hantera, om vi gör det kanske gropan grävs ännu djupare.”* En styrka som flera behandlare beskrev att HSP har är att det är två behandlare kopplade till varje ärende. Några behandlare beskrev att de kan dela upp vem som gör vilken arbetsuppgift, vem som tar huvudansvar för kontakten med barnet och vem som ansvarar för föräldrakontakten. Uppdelningen och anpassningen kunde göras utifrån barnets och familjens behov samt efter behandlarnas preferenser och deras individuella erfarenheter och styrkor. Behandlare H berättade följande om upplevelsen av att vara två behandlare kopplade till ärendet:

”Jag tycker det är en styrka [inom HSP], att vi är två stycken i ärendet. Det är så komplexa ärenden. Jag tänker att vi har olika erfarenheter som behandlare. Jag tänker att vi är bra på olika saker så att vi just kan se och möta ungdomen och familjen ur olika perspektiv. Det ger en framkomlig väg.”

Behandlarna som nav. Undertemat "Behandlarna som nav" beskriver behandlarnas upplevelse av att HSP fyller en funktion som ofta ingen annan instans gör eller har gjort och hur det påverkar behandlingen att behandlarna tar ett helhetsgrepp genom att samordna behandlingsarbetet. Majoriteten av behandlarna tog upp denna utmanande roll. Aktörerna som HSP samordnade beskrevs kunna vara föräldrar, skola, uppdragsgivare och psykiatrin. En behandlare beskrev att föräldrar upplever att samordning tidigare saknats. Denna samordning beskrevs av behandlare I som ett verktyg som ger effekt på det större arbetet:

"Vi försöker vara spindeln i nätet både i det privata nätverket i familjen men också i det professionella mot skola, socialtjänst och BUP och andra insatser. Avlasta föräldrarna som många gånger är helt slut, indirekt tar vi vissa föräldraansvar. Men å andra sidan gör vi inte det så blir det ingenting gjort. Att ta hand som sitt barn är kanske nog och att då rodde alla myndighetskontakter som för en annan vuxen som mår väl kan vara svårt nog. Så där kan ju vi gå in om samtycke finns."

I den samordnande rollen beskrevs det av flera behandlare ingå att handleda skolan och att se till att den handledning som ges utifrån HSP hade förskansats vid insatsens slut. Handledningen beskrevs fokusera på att anpassa miljön efter barnets behov och hur skolan kan förbereda sig på att ta emot barnet när hen är redo för det.

När verkligheten knackar på. Undertemat "När verkligheten knackar på" beskriver de yttre begränsningar som behandlarna upplevde sig möta under arbetet samt de brister och utvecklingsmöjligheter som de upplevde att HSP hade. Alla behandlare beskrev samhällets och/eller programmets brister i att kunna möta de stora behov som ärendena många gånger hade. Samtliga behandlare beskrev hur detta kunde leda till uteblivna eller negativa resultat av HSP. Några behandlare beskrev situationer där uppdragsgivaren valt att avsluta HSP på ett abrupt sätt utifrån ekonomiska begränsningar. Behandlare H beskrev sin upplevelse av den ekonomiska situationen på följande sätt:

"Det är ju hela samhället som tyvärr ser ut som det gör. Men att man tar den diskussionen tidigt. Vi kommer signalera till socialtjänsten, ah men att vi tycker att den här ungdomen behöver stöd. Det är självklart att vi kommer säga det sen är det inte vårt beslut att ta. Det är budget och pengar som styr. Men vi försöker hela tiden lyfta fram ungdomsperspektivet."

Behandlarna som talade om de ekonomiska begränsningarna beskrev också att avslut kunde ske på grund av bristande förståelse och tålmod hos uppdragsgivaren. Ett par behandlare beskrev att de upplever att uppdragsgivarna inte alltid förstår vikten av HSP:s vidmakthållande arbete. Behandlare C beskrev hur uppdragsgivaren ibland inte inser risken för återfall:

" [Uppdragsgivaren sa att] 'Hen klarar av att hantera sin ångest etcetera'. Mycket energi var nerlagd i det men vi fick liksom inte igenom att köra vidmakthållandefas och stanna kvar som en trygghet och jobba mer lågintensivt. Det såg man inget värde av. Det är olyckligt kan jag ju se."

En annan aspekt av varför HSP ibland avslutas eller aldrig påbörjas beskrevs av hälften av behandlarna bero på att ungdomens eller föräldrarnas behov av vård och stöd bedöms vara för omfattande för HSP. Behandlare F berättade om ett alltför komplext ärende: "Nu är hon på LPT, på sjukhus och hon ska slussas vidare. Där kan vi inte göra ett hemmasittararbete för hon beskrivs så extremt långt ifrån att vara i skolan."

Några behandlare talade, utöver de yttre omständigheterna som försvårade arbetet, om hur arbetsgruppens sammansättning kunde påverka arbetet med HSP. Vissa enheter beskrevs

endast ha en eller ett fåtal yrkesgrupper anställda för att arbeta med HSP och några behandlare beskrev oro inför avsaknaden av olika infallsvinklar i diskussioner kring ärenden. Behandlare C beskrev läget på sin arbetsplats så här: *"Vi skulle behöva ett tvärprofessionellt team. Vi är alla samma yrke i vårt team. Jag tycker det skulle vara en styrka i det, att man inte tycker lika. Och du är ju bra på det och så där."* Flera behandlare beskrev också att det kan uppstå osäkerhet gällande ärendena när många i arbetsgruppen är nyanställda. Detta upplevdes öka sannolikheten att enheten accepterar alltför svåra ärenden. Behandlare J tänkte tillbaka på enhetens situation: *"Tre av fyra var väldigt nya samtidigt. Så lite erfarenhet samtidigt. Hade jag fått in vissa ärenden idag så hade jag varit snabbare med att säga att det här är inte rimligt att ta emot. Det är svårt att bedöma när man är ny"*. Några behandlare uttryckte tankar om arbetsinsats i förhållande till uppdrag och antal aktiva ärenden. För många komplexa uppdrag samtidigt beskrevs kunna öka känslan av stress. Behandlare C funderade: *"Har vi färre ärenden så är det lätt att göra för mycket i vardera ärende. Vilket lätt slår över när det stiger upp i antalet ärenden som vi egentligen ska ligga på"*. I relation till dessa utsagor togs brist på erfarenhet upp som en riskfaktor för att ta på sig alltför mycket arbete. Några behandlare från olika enheter beskrev en upplevelse av att ärenden under de senaste åren varit mer komplexa och resurskrävande än tidigare vilket ökat kraven på behandlarna. Rekommendationen om fem pågående ärenden per behandlare upplevdes, speciellt på de arbetsplatser där erfarenhet saknas, kunna bli för mycket med tanke på ärendenas komplexa karaktär. För att motverka denna upplevda förhöjda arbetsbelastning föreslog några behandlare att se över innehållet i manualen och revidera utifrån nuvarande ärendens komplexitet. Behandlare C:s egna ord gällande ärendenas komplexitet var:

"Därav att säga att fem arbeten inte är rimligt om vi ska arbeta utan man behöver arbeta med lite färre eller så behöver manualen revideras eller så behöver vi fundera på vilka ärenden vi faktiskt kan arbeta med utifrån manualen. Det kanske är en hård reflektion jag gör. Vi når inte riktigt fram i de ärenden som blivit senaste året skulle jag säga"

Ett par behandlare efterfrågade att ta del av mer intern och extern forskning. Tanken med att få tid till att ta del av mer forskning beskrevs vara att förbättra och effektivisera HSP. Behandlare D berättade om sina förhoppningar kring framtida arbete:

"Jag tänker att det alltid är bra med aktuell forskning och det görs fruktansvärt mycket i landet. Runtomkring den här gruppen. Så jag funderar på. Det skulle vara fint ifall man fick ta del av det. Att ha det som en rutin i arbetet liksom, som ett sätt att utvecklas."

Några behandlare efterfrågade mer utbildning om NPF för att kunna hitta rätt i ärendena. Behandlare H uttryckte: *"Vi behöver mer kunskap inom autismområdet. Har du inte det så kommer du skjuta så fel."*

De flesta behandlare tog inte upp några brister eller utvecklingsmöjligheter för HSP och förklarade det med att de inte är något de aktivt tänker på, då de ansåg att ingen brist var akut och då de upplevde sig ha fokus på ärendena snarare än arbetssättet. Behandlare E funderade över sin uteblivna reflektion av arbetssättet: *"Det kan ju vara ganska lång tid innan man funderar över såna saker [brister och utvecklingsmöjligheter]. Men där finns det liksom en brist i att vi inte ens tänker på det."*

Människors möten

”Människors möten” är ett tema som beskriver behandlarnas och ungdomarnas upplevelser av det relationella arbetet utifrån HSP. Samtliga deltagare, både behandlare och ungdomar, talade om hur relationen är en central del av HSP. Behandlarna och ungdomarna beskrev att om inte en förtrolig relation till barnet och föräldrarna upprättas så kommer arbetet inte att vara möjligt. Fokus i samtligas utsagor låg främst på relationen till barnet och barnets upplevelser men även relationen till föräldrarna beskrevs som en viktig del i arbetet. Undertemana namngavs ”Knack knack! -Vem där?”, ”Föräldrarnas betydelse”, samt ”Relationellt förhållningssätt”. Samtliga underteman talar om relationsskapandet och hur relationen blir ett verktyg som möjliggör behandlingsarbetet i stort. De anses dock vara separata underteman då de har tre olika fokus: relationen med barnet, relationen med föräldrarna samt övergripande relationella förhållningssätt.

Knack knack! -Vem där? Undertemat ”Knack knack! -Vem där?” beskriver ungdomarnas och behandlarnas upplevelser av behandlare–barn–relationen. Flera av behandlarna beskrev relationen till barnet som atypisk eftersom behandlarna går in med hög motivation och engagemang för kontakten medan barnet många gånger initialt avvisar närmanden. Vikten av en god behandlare–barn–relation uttrycktes på följande sätt av behandlare I:

”Vem skulle vilja att en främmande person skulle kliva in i ens hem när man ligger med täcket över huvudet och börjar prata om nu ska vi hjälpa dig att må bättre. Nej. Nu ska vi hjälpa dig göra någonting som du får jättemycket ångest av och som du är jätterädd för, och vi som du inte känner ska hjälpa dig med det. Det är helt, det är totalt orimligt”

Behandlare I nyanserade bilden vidare genom sin berättelse om hur hen outtröttligt sökte kontakt med barnet: *”Jag kommer tillbaka. Jag står här vid din säng och håller min monolog. Och jag kommer nästa gång också och gången därefter med.”* Ungdom L beskrev hur denna envetenhet att vilja skapa relation hos hans behandlare var det hen behövde: *”Hon gav inte upp och det var ju det jag behövde, att ingen gav upp. Det var många liksom, de visste inte vad de skulle göra så de gav upp istället. Och det gjorde ju inte hon.”*

Samtliga ungdomar upplevde att det var viktigt att kunna ha roligt tillsammans med behandlarna parallellt med arbetet. Detta fria umgänge utan fokus på behandlingsmål eller skolnärmande var något de uppskattade. Utöver den strukturerade behandlingstiden beskrevs behandlarna vara tillgängliga via telefon eller mail, vilket av ungdomarna beskrevs bidra till en närmre relation. Ungdom M pratade om kontakten som möjliggjorde för hen att ifrågasätta sina tankar:

”ja asså man har väldigt mycket vad heter det smskontakt man kan ju ringa och prata och så men jag gillar inte att prata i telefon. Så varje gång jag inte vill gå i skolan så smsar jag med min behandlare jag tänker inte gå i skolan idag och då får jag en fråga om varför jag inte vill göra det och om jag inte ska testa. Det hjälpte ibland.”

Några behandlare speglade ungdomarnas utsagor och beskrev hur ett kravlöst umgänge var det som ledde till att relationen blev genuin. Behandlare E beskrev hur hen tänker kring den speciella relationen: *”Att man får till en kontakt som också kan bygga på humor och att man gnabbas och tjabbas lite ibland, och att relationen tål det. Och att det är kanske då det är som bäst liksom.”* Ungdom M beskrev behandlare–barn–relationen med orden: *”Vi snackade ju inte hela tiden bara om skolan om att vi ska göra så här med dig blablabla. Utan de snackade ju om familjen och andra sorters intressen och så. Om vad jag skulle vilja.”*

Hälften av behandlarna talade om hur arbetet omöjliggörs om barnet är alltför passivt under arbetet. Behandlare J beskrev att hen ibland aldrig ens får prata med barnet, att barnet inte öppnar dörren till rummet: *”Det var en gång som vi aldrig fick träffa personen för ungdomen vägrade i månader att överhuvudtaget bara säga hej, då är det svårt.”* Några behandlare förklarade hur barnets uteblivna respons kunde bero på en rädsla för det okända. Behandlare E uttryckte:

”Men vi försökte med den här klassiska. Vi ville prata spel och bygga allians. Och vi fick inte till det. Han var ganska avvisande och ganska oförtjänt som en del kan vara så. Vi tror inte att de inte vill, kanske de är rädda i grunden för det som är där ute.”

Hinder för att det ska bli en behandlare–barn–relation beskrevs av ungdom L kunna bero på hens psykiska mående. Hen beskrev det så här: *”Då var det liksom, jag ville inte må bättre. Då var ju liksom depressionen där, följde efter och sa du ska må dåligt, du ska inte må bra.”*

Föräldrarnas betydelse. Undertemat ”Föräldrarnas betydelse” beskriver behandlarnas och ungdomarnas upplevelse av att behandlare–föräldrar–relationen finns med som fokus i HSP och behovet av att ha ett gott samarbete med föräldrarna. Flera behandlare talade om samarbetet på liknande sätt. Behandlare D uttryckte: *”Familjebehandling eller familjesamtalen, är en enorm del i det här. Man måste ha föräldrarna med, annars är det omöjligt.”* Ungdom M beskrev att det måste funka hemma för att det ska gå att börja skolan igen: *”Ja för om det inte funkar hemma så vill man inte direkt gå i skolan.”* Behandlare F satte ord på det nödvändiga samarbetet så här:

”Vi ser ju att det ofta är ett stort föräldrarbete som behöver göras i kombination med att ungdomen behöver stöd såklart så en önskad effekt är ju att få se familjesystemet bli en motor och börja arbeta i rätt riktning och där det ger effekt på ungdomen också.”

När samarbetet är upprättat kan behandlarna hjälpa föräldrarna att ta tillbaka föräldrarollen och mandatet i hemmet. Andra behandlare beskrev sig uppleva att de behöver hantera föräldrarnas egen relation och oro för att möjliggöra en relation till barnet. Barnets fokus kunde annars hamna på föräldrarnas mående och inte på barnets egna mående och skolnärmandet. Detta skildras på flera olika sätt i intervjumaterialet bland annat av behandlare I:

”Vi behandlar inte bara en skolproblematik. Vi kan komma in på hur mamma och pappa bemöter varandra. Vi kan vara på möten där de pskar varandra men vi bara stopp stopp stopp nu får vi bryta och prata om er stress och kommunikation. Det kan man ju tänka inledningsvis – vad har det med ungdomen att göra? Men funkar det inte mellan dem spiller det över på ungdomen.”

Några behandlare upplevde att de ibland inte fick till ett samarbete med föräldrarna och att HSP då inte fick effekt. Behandlarna trodde att anledningen till det bristande samarbetet kunde bero på att familjens livssituation inte tillät de förändringar som behövdes snarare än avsaknad av motivation. Behandlare E beskrev ett uteblivet samarbete på följande sätt:

”Men då berättade han [pappan i ärendet], och det var ju lite roligt att höra: ’Alltså efter samtal med dig så var man ju helt slut då. Vi åkte direkt till systembolaget köpte en sjuttio och åkte hem och drack oss fulla. ’ Och det var ju också så att vi anade att det fanns ett underliggande alkoholproblem. Men det var så roligt att höra det också att han sa det och skrattade själv liksom, och det blev sen en rolig bild hur trötta de var. Hur trötta de var på att vi försökte få dem att samarbeta [...] Att vi

krävde liksom av dem att delta och vi lyckades då inte förmå i de där föräldrasamtalen att få dem att samarbeta eller få dem att tycka att det som vi tänkte var viktigt.”

Relationellt förhållningssätt. Undertemat ”Relationellt förhållningssätt” beskriver behandlarnas relationella fokus och förhållningssätt vilket behandlare och ungdomar upplevde underlättade för både barn- och föräldrakontakten. Undertemat sammanställer utsagor som beskrev HSP:s relationella förhållningssätt som av både behandlare och ungdomar upplevdes öka framkomligheten i behandlingsarbetet. Undertemat har fokus på detta förhållningssätt i stort snarare än de specifika relationerna.

Några behandlare beskrev att HSP:s relationsfokus är en styrka som de inte sett i andra behandlingar. Behandlare B beskrev hur skönt hen tyckte det var att ha tid att skapa relationer inom ärendet: *”Men här [i HSP] finns det liksom möjlighet att med barnet framförallt, men även med föräldrarna att skapa allians och känna sig trygga”*. Ungdom K berättade om sin upplevelse av att ha relationen i fokus:

”Om man mår så dåligt. Det är ju hemska saker som det kan leda till tyvärr. Att få den här personen att tycka om sig själv, att det finns folk som bryr sig om dig och tycker om dig och som kan börja tycka om dig. Den tanken är riktigt riktigt viktig. Din uppmärksamhet måste vara på själva barnet eller ungdomen. Jag kände att den här personen [hens behandlare] vill verkligen vill hjälpa mig. Det hade jag inte känt innan.”

Både behandlare och ungdomar upplevde att HSP fokuserade primärt på relationen och därigenom indirekt på måendet och att skolnärmandet då blev sekundärt. Detta sätt att arbeta beskrevs skapa en mer framkomlig väg för förändring. Behandlare E tryckte på att skolan alltid är sekundär till relationsskapandet: *”Visst utbildning är jätteviktigt men vi måste börja med måendet och relationen. För sätter vi den här ungen i skolan nu, han kanske inte klarar det. Då dyker han igen i måendet och stannar hemma igen.”* Två av ungdomarna berättade att andra insatser fokuserat mer på skolåtergång, vilket de tyckte hade gett dem och föräldrarna prestationskrav och försämrat måendet ytterligare vilket Ungdom L beskrev så här:

”Det skulle alltid hända saker inom 14 dagar. Det fick inte ta längre tid. De gav ett uppdrag till mamma och pappa, om de inte ser en skillnad inom 14 dagar då blir de [BUP] arga eller någonting. De, alltså jag vet inte hur länge vi höll på med BUP men det var liksom, sen skulle det vara nya människor och det skulle bytas grupper. Alltså det var jättejobbigt och det var jobbigt för mig, det var jobbigt för mamma och pappa och det var bara dåligt. När vi började träffa Magelungen då, allt bara rullade på och började bli bättre. Men när vi gick på BUP då tog det många många år. Här tog det ju bara ett år.”

De flesta av behandlarna framhöll att relationerna till barnet och föräldrarna i sig kan vara mer verksam än den specifika metod eller insats som väljs. Ett exempel på detta uttrycktes av behandlare E: *”Inom HSP har vi en idé om att vara väldigt relationella, att man ska se och förstå vad olika individer behöver. Det är mycket viktigare än att man har tio papper med metoder och så där.”*

Programmet beskrevs av flera behandlare och två ungdomar genomgående handla om att kunna mötas som medmänniskor och att ha förhållningssättet att alla har något att bidra med, att inte agera utifrån förutfattade meningar eller fördomar om varandra. Behandlare J berättade om hur hon insett detta efter att ha arbetat med HSP:

”Som jag tidigare tänkt att det blir lite infantilt [att rita] och då kanske föräldrarna tycker sådär och så. Men det har verkligen slagit mig att även oerhört välutbildade föräldrar kan uppskatta det och fotar tavlan och våra små ekvationer. Att det är hjälpsamt.”

Flera behandlare och två ungdomar upplevde att HSP uppmuntrar barnet och föräldrarna till delaktighet i planeringen och utförandet av behandlingsupplägget. Majoriteten av behandlarna berättade att beslut vid andra insatser fattats utan barnets och föräldrarnas upplevda involvering men att HSP uppmuntrar till och aktivt arbetar med familjens delaktighet. Behandlarna framhöll att delaktigheten är en viktig del för att barnet och föräldrarna ska känna ägandeskap av problemen och inte förlägga ansvaret externt. Behandlare B beskrev hur hen arbetade med delaktighet:

”Sen tycker jag att vi [inom HSP] är duktiga på att involvera dem [familjen] och fråga. Ofta har vuxna kommit på lösningar fast då har ungdomen inte varit med. Så när man är frustrerad vill man göra något men man har inte rådfrågat barnet. Det tror jag är skillnad för det är något vi gör hela tiden. Det är en viktig del. Jag tror att det är väldigt viktigt att man som behandlare alltid ha en tanke med det man gör. Att inte ha ett möte för mötets skull, att involvera föräldrar och ungdom. Det är liksom grunden [för HSP].”

Behandlarna beskrev det som positivt att barnet och föräldrarna fick ha kvar sin roll som experter av sig själva och sin situation. Detta ansågs av behandlarna öka motivationen för arbetet med HSP. Ungdomarna berättade att de tycker att det är viktigt att bli inbjuden till att delta i planeringen av behandlingsupplägget och att de tidigare upplevt att beslut tagits över deras huvuden. Ungdom K uttryckte att det kunde få hen att bli mer bekväm om hens åsikter efterfrågades:

”Hm så här lite försiktigt så att få mig bekväm med att faktiskt säga vad jag faktiskt tycker och så. Och det kan jag tänka är en viktig grej som är som hjälper en att få en att bli mer bekväm. Att man får vara med och bestämma lite så.”

Flera behandlare beskrev att de upplevt att föräldrarna ofta saknat upplevelsen av delaktighet och ett reellt samarbete där någon lyssnar på dem, att föräldrarna tidigare hade upplevt sig blivit uteslutna och ibland känt sig dumförklarade. Behandlare A pratade om hur hen upplevde att HSP skiljde ut sig gällande delaktigheten: *”Många föräldrar beskriver ju att de har saknat känslan av samarbete och delaktighet och sägs det saker så efterlevs det inte. Vi kommer in i ett ärende så brukar det bli lite skillnad där.”*

Ytterligare en del i HSP:s relationella förhållningssätt beskrevs av flera behandlare vara ärligheten. Behandlare J beskrev ärligheten som en nödvändighet för att skapa en bra och hållbar relation med barnet och föräldrarna. Ärligheten innefattar både situationens allvarlighetsgrad, behandlarens egna tankar samt vad HSP har för syfte och faktiskt kan erbjuda. Andra behandlare beskrev hur viktigt de upplevde det vara att inte lova omöjliga resultat utan att vara realistisk trots att detta inte var vad barnet eller föräldrarna ville eller trodde sig orka höra. Ungdom L beskrev också hur svårt men nödvändigt det var att möta denna ärlighet: *”Då sa jag att det var liksom bra att hon sa så för att det hjälpte mig, för jag behövde höra det oavsett om det sårade mig. Men det var det som hjälpte mig att må bättre.”* Utöver att vara tydliga med förväntade resultat upplevde flera behandlare även att möjligheten att arbeta i familjens hem ökade systemets trygghet och möjliggjorde mer effektivt arbete, såsom Behandlare A berättade: *”Det är lite speciellt att vara på familjens egen arena. För det mesta är det positivt för då blir ungdomen mer trygg, föräldrarna mer trygga.”* Flera behandlare och några ungdomar upplevde att förhållningssättet som förespråkas i HSP underlättar i både

behandlare–barn- och behandlare–föräldrar–relationen.

Alla våra känslor

”Alla våra känslor” är ett tema som beskriver de känslor som behandlarna och ungdomarna beskrev att de upplevde när de utför och deltar i HSP och hur dessa känslor motiverar eller förhindrar arbetet. I detta tema ingår undertemana ”Känslornas berg- och dalbana” och ”Att arbeta med känslorna”. Båda undertemana har tydligt emotionellt fokus, där respondenterna dels beskrev hur viktiga känslorna är för arbetet men även hur behandlarna mer tekniskt kan arbeta med och förändra känslor.

Känslornas berg- och dalbana. Undertemat ”Känslornas berg- och dalbana” beskriver behandlarnas och ungdomarnas upplevelse av vad som väckts i dem i relation till problematiken och behandlingen. Samtliga deltagare i studien talade om känslomässiga upplevelser i relation till arbetet och flera deltagare liknade processen vid en resa, Behandlare B uttryckte: *”Man är ju väldigt känslomässigt bunden till de här familjerna och ungdomarna. Det är en känslomässig resa man gör tillsammans så där.”* Behandlare J beskrev att resan oftast började i en sorg över situationen, vilken hen upplevde var en grund för arbetet: *”För det är ju en enorm sorg för alla inblandade när det är ett barn som är hemma så här länge från skolan som de som vi möter ändå har varit”.*

Majoriteten av behandlarna talade om positiva känslomässiga aspekter av arbetet med HSP. De beskrev det som roligt, härligt, givande, lärorikt, kreativt, ambitiöst, stimulerande, spännande, inspirerande och tillfredsställande. Behandlare B beskrev det på följande sätt: *”Arbetet är väldigt roligt. Man vet inte vad som väntar. Det är lite nerv.”* De positiva känslorna kopplades till arbetets varierande karaktär, samt möjligheten att tillgodose de behov som förelåg. Behandlare J uttryckte: *”Det är väldigt tillfredsställande att kunna, i hög utsträckning, tillgodose behov av både bemötande och ja, såklart psykoedukation och så allt det som vi ser behövs.”* Flera behandlare beskrev också att varje fall är unikt och att det krävs och ger möjlighet till att vara kreativ. Samtliga ungdomar uttryckte positiva känslor kring hur det var att ta del av HSP. En del i de positiva känslorna var att de kände en tacksamhet över den hjälp de fått med att vända sitt mående. Ungdom L beskrev hur det kändes i slutet av behandlingen: *”HSP gjorde att jag blev glad igen. Jag är bara glad för att det nu är bättre. Jag hade varit ledsen så länge.”*

Hälften av behandlarna tog upp negativa emotionella aspekter kopplade till arbetet. De nämnde att det var frustrerande, stressigt och svårt. Frustrationen beskrevs så här av behandlare A:

”Jag tycker det är fruktansvärt frustrerande när man har förklarat och förklarat och sagt och pratat med dem att vi kan hjälpa på olika sätt. Och [föräldrarna] säger att de tycker att det låter jättebra, de säger att de är jättemed och sen börjar man och då känner man att man inte har nått fram.”

Två ungdomar uttryckte negativa emotionella aspekter kopplade till arbetet med HSP i att det ibland upplevdes som skrämmande och ansträngande. Ungdom K tyckte följande om att ta steg framåt: *”Det var väldigt läskigt för mig. Det var stora steg som de ville att jag skulle ta.”* Känslorna väcktes främst i koppling till att börja närma sig skolan igen.

Ett fåtal behandlare talade om hur känslorna pendlade mellan positiva respektive negativa känslor under arbetets gång. Denna pendling beskrevs ske mellan en tro på möjlig förändring och en känsla av hopplöshet. Behandlare B beskrev pendlingen:

"Det var ett sådant ärende där man pendlade mellan frustration 'Hur lång tid kommer det här att ta?' Men att också känna att vi är på rätt väg genom de här små förändringar som tillsammans leder till att personen börjar gå i skolan."

En ungdom tog också upp upplevelsen av att känslorna pendlade och beskrev det som en förståelse inför att arbetet varierar mellan att vara kämpigt och givande till följd av behandlingens krav och mål. Ungdoms M:s ord var: *"Nej jag tror aldrig jag varit missnöjd med HSP förutom att de varit lite pushiga och så. De måste ju vara det. Det är en skola och ingen jävla trivselkväll."*

Majoriteten av behandlarna lyfte vikten av att vara medveten om sin egen förmåga att gränssätta sitt emotionella engagemang till ärendena för att inte sammansmälta med familjen och tappa sin professionalitet. Behandlare A uttryckte sig på följande sätt om sitt engagemang: *"Men det är kanske svårt att begränsa sig. Det är ju det som är så svårt när man är så känslomässigt engagerad. För man kommer väldigt nära både förälder och barn. Men man måste vara känslomässigt engagerad."*

Att arbeta med känslorna. Undertemat "Att arbeta med känslorna" beskriver behandlarnas och ungdomarnas upplevelse av att HSP arbetar med känslorna och hur förståelse för dessa möjliggör förändring. Förståelsen för sina och andras känslor nämndes som en av grundstenarna för förändring och fortsatt arbete av hälften av behandlarna. Behandlare J berättade följande om känslöarbetet: *"Vi pratar mycket om, vad är känslan bakom? Om det är kanske någon som är lite antingen undvikande eller lite attackerande. Det kan gälla både ungdom eller förälder. Att liksom, vad står det för?"* I behandlarnas utsagor togs det upp att barnet behöver förstå orsakerna till skolfrånvaron för att bli motiverad till arbetet, vilket beskrevs oftast handla om att förstå sina känslor inför skolsituationen. Några behandlare beskrev att ett sätt att hjälpa barnet och familjen att nå insikt var att använda sig av psykoedukation. Behandlare F utvecklade:

"...en framgångsfaktor är när vi, när föräldrarna får psykoedukation, kring barnet [s känslor] liksom, vad det är för problem? Att de i sin tur förstår och de kanske kan också se att de vidmakthåller vissa säkerhetsbeteenden och att de då behöver samtidigt jobba med att inte då vidmakthålla det här."

Flera behandlare nämnde att de kunde använda sig av modellinläring i denna process. Behandlarna beskrev upplevelsen av att de kunde använda modellinläring för att illustrera hur barnet och föräldrarna kunde hantera sina känslor och på grund av det agera på nya sätt. Behandlare G beskrev hur barnet genom inläring kunde möta det som tidigare varit skrämmande:

"Jag tänker att en önskad effekt är ju att det sker en, i alla fall utifrån mig som behandlare, att det sker en inläring. Och att barnet, ungdomen, får liksom en ny, ny inläring om det som de tidigare upplevt som skrämmande och hur de kan möta sina känslor på nya sätt."

En annan styrka som behandlarna beskrev var att kunna förmedla hopp till barn och föräldrar. Behandlarna beskrev att om de uttryckte sin genuina hoppfullhet inför framtiden så påverkade det familjen att kunna tro på att det som de tidigare upplevt som omöjligt är möjligt. Behandlarna utvecklade att de kunde märka att hoppet som saknats fanns vid behandlingens avslut och att familjerna såg en fortsatt väg framåt. Ungdom K tog också upp hoppet. Hen satt det kändes tungt när behandlarna pressade hen, men att uppmuntran är något som öppnar upp för nya möjligheter:

”Att den här personen fokuserar mycket på barnet eller ungdomen. Att den personen inser att jag betyder något. Det är lite mörkt i tankarna när man sitter hemma. Det är lite väldigt väldigt mörkt. Sen är det, är jag värd någonting? För med den här uppmärksamheten så börjar den här tanken att blåsas bort.”

Diskussion

Syftet med studien var att ta vara på och fördjupa kunskapen om Magelungens Hemmasittarprogram (HSP) och att genom intervjuer med behandlare och ungdomar undersöka upplevelsen av programmet och vad som upplevdes mer eller mindre verksamt i programmet. Frågeställningen var ”Hur beskriver behandlare och ungdomar sin upplevelse av Hemmasittarprogrammet?” Utifrån frågeställningen sammanställdes intervjumaterialet i tre teman; ”Manualer och människor”, ”Människors möten” och ”Alla våra känslor”. Vid analysen synliggjordes det att behandlarna och ungdomarna delade många upplevelser av HSP men också att behandlarna hade tankar om brister och utvecklingsmöjligheter för programmet. Sammantaget upplevdes HSP vara en verksam insats med och som följd av unika aspekter.

Samtliga deltagare i studien talade om manualen i positiva termer och många gav den även ett stort samtalsutrymme, vilket kan tyda på att behandlare och ungdomar upplever manualen som en central och verksam del av behandlingen. Detta går i enlighet med forskning som tyder på att KBT är en verksam metod vid skolfrånvaro (Beidas, et. al., 2010; Heyne, et al., 2011; Heyne et al., 2014; King et al., 1998; Last, et al., 1998; Maynard et al., 2018; Melvin et al., 2017). KBT är en behandlingsform med manualstyrda interventioner. Ett stort antal utsagor fokuserade på vikten av en behandlingsplan med gemensamt formulerade mål baserad på en grundlig kartläggning. Planen beskrevs underlätta arbetet för både behandlare, barn, familj och uppdragsgivare. Styrkan i en tydligt definierad plan, utifrån en gedigen beteendeanalys, har visats i flera tidigare studier (Skedgell, & Kearney, 2018; SOU 2016:94; Kearney, 2007). Behandlare och ungdomar talade även om anpassningar i relation till manualen. Ungdomarna lyfte anpassningarna som nödvändiga för förändringsprocessen. Flertalet behandlare i studien berättade om upplevelsen att många barn med problematisk skolfrånvaro uppfyller kriterierna för en NPF-diagnos. Autism och Aspergerförbundet (2013; 2018) och riksförbundet Attention (2017) beskriver att barn med NPF behöver anpassningar för att kunna genomföra skolgången. Några behandlare önskade mer egen vidareutbildning om NPF och om anpassningar lämpliga för denna grupp då de såg samma behov.

I resultatet beskrev flera behandlare även upplevelsen av att HSP har en unik samordnande funktion och hur behandlingen påverkas av denna. Inspektionen för Vård och Omsorgs rapport kring kommunikationsbrister inom vården bekräftade denna brist av samordning (Inspektionen för Vård och Omsorg, 2014). Bristen förklarades främst som en följd av oklar ansvarsfördelning inom team men även genom brister i kommunikationen mellan olika vårdenheter. Detta menade en engelsk studie kunde bero på ansvarsdiffusion, vilket innebär att om många delar ansvar så sjunker sannolikheten för att någon agerar i tid (Rydon-Grange, 2015). Hemmasittande barn kan tänkas falla mellan stolarna på detta och liknande sätt. Detta bör därför utredas mer och åtgärder bör verkställas.

De flesta behandlarna i denna studie upplevde att HSP ibland avslutas för tidigt då uppdragsgivaren beskrevs inte förstå behovet av vidmakthållandefasen alternativt sakna ekonomiska resurser för att fortsätta uppdraget. Kommunerna är många gånger uppdragsgivare och realiteten är att de saknar pengar. En av fyra kommuner hade högre utgifter än intäkter år 2018 och förväntas ha ett fortsatt mycket stort budgetunderskott framöver (Sveriges kommuner och landsting, 2019; Sveriges Television, 2019). Vid diskussion av insatser vid skolfrånvaro

ställs kortsiktiga ekonomiska vinster mot långsiktiga, trots vetskapen om att kostnader minskar om insatser sätts in tidigt (Nilsson & Wadeskog, 2008).

Inom Magelungen och HSP beskrev behandlarna i studien brister i effektivitet och arbetsmiljö. Dels ansågs vissa team bestå av individer med en och samma utbildningsbakgrund, vilket gör att likriktning i arbetsätt och stagnation rimligen kan befaras. Enligt Thylefors (2013) påverkades teameffektiviteten positivt av gruppens professionella mångfald. Behandlarnas upplevelse av brist på infallsvinklar bör beaktas för HSP. Vissa behandlare ifrågasatte antalet rekommenderade ärenden per behandlare när alla i arbetsteamet är nya. Eklöf (2017) menade att nyanställda inte har samma rutin som mer erfarna medarbetare utan kräver mer tid och resurser för samma arbete. Erfarna behandlare beskrev även att ärendena blivit mer komplexa de senaste åren. Ökad komplexitet i HSP-ärendena kan tänkas kräva mer kognitiva resurser av behandlarna. Forskning tyder på att kontinuerligt kognitivt krävande arbetsuppgifter utan återhämtning kan leda till arbetsrelaterade sjukdomar på lång sikt (Eklöf, 2001; SBU, 2014). Karasek och Theorell (1990) lyfte att den kognitiva utmaningen krävs för att arbete ska upplevas som tillfredsställande. Samtliga behandlare beskrev arbetet som en kombination av kognitivt krävande samt stimulerande och roligt, vilket kan tyda på att arbetet upplevs tillfredsställande. Relevansen att lyfta både negativa och positiva känslor upplevda i relation till HSP anses viktigt för förståelsen av behandlarnas arbetsmiljö. Flera behandlare uttryckte behovet av utökad material och mer forskning om och kring HSP. Vidare undersökning av den psykosociala arbetsmiljön för behandlarna kan vara av vikt för Magelungen. En reflektion som väcktes av flera behandlare och även av studiens författare var att manualen kunde behöva revideras utifrån den ökade komplexiteten för att minska stress utan att förändra nivån av stimulans. Exempel på detta som behandlare tog upp var att utöka mängden information i manualen kring anpassningar utifrån NPF och andra kroniska sjukdomar, såsom diabetes.

Både behandlare och ungdomar upplevde att relationen fick ta stort fokus i HSP, att det var ett ovanligt och viktigt ingångssätt i förändringsarbetet. Samtliga deltagare beskrev att barnet och föräldrarna i HSP uppmuntras till delaktighet i större utsträckning än i tidigare insatser. Upplevelsen av att delaktighet i behandlingen är positivt för utfallet är i linje med tidigare forskning. Delaktighet i målformuleringen kunde förklara 11,5 % av behandlingsutfallet (Laska et al., 2014). Fokus på relation kan tänkas vara verksamt utifrån att många barn med hög skolfrånvaro upplever sig ha sämre relationer och lägre socialt stöd (Havik et al., 2015; Ingul & Nordahl, 2013; Ross & Wu, 1995). Barn med hög skolfrånvaro kan tänkas uppleva sig som annorlunda då de saknar vissa sociala färdigheter och att kontakten med behandlaren kan innebära träning av sådana färdigheter. Behandlaren kan vara den första vuxne som barnet märker sig få tid och energi av. Det kan förändra deras negativa tankar om sig själva och sitt självvärde. Detta utifrån att Maric med kollegor (2012) har funnit att barn med skolfrånvaro ofta har mer negativa tankar om sig själva i jämförelse med normalpopulationen. Två metaanalyser som undersökt relationen mellan den terapeutiska alliansen, vid barn- och ungdomsterapi och terapi med vuxna, visade på att skapandet och upprätthållandet av en god allians ger positiva resultat på behandlingsutfallet (Karver, De Nadai, Monahan & Shirks, 2018; Martin, Garske, & Davis, 2000). Relationens betydelse i HSP är således samstämmig med forskning på den terapeutiska relationens betydelse för behandlingsutfallet. Vidare beskrev behandlarna att ett gott föräldrasamarbete krävs för att möjliggöra förändring. Vid behandling av barn är det väl belagt att arbete med föräldrarna är väsentligt (Öst, 2010). HSP:s föräldrarbete kan utifrån utsagor och forskning ses ha vikt för arbetet med hemmasittande barn. Delar i det alliansskapande arbetet som beskrevs som hjälpsamt var generella för relationen till både barn och vuxna. Det innebar att behandlaren mötte barnet och föräldrarna som medmänniskor och att behandlaren var ärlig. Laska, Gurman och Wampold (2013) uppgav i sin metaanalys att faktorn ”genuinitet” i den terapeutiska relationen kunde förklara upp till 5,7% av variansen i behandlingens utfall, vilket anses vara en måttlig effekt. HSP-behandlarna

beskrev hur de upplever att relationen i sig kan vara mer verksamt än vald metod i likhet med annan forskning som har funnit att den terapeutiska alliansen förklarar 5–15% av behandlingsutfallet (Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Gallop, 2011; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011) i jämförelse med metodfaktorn som studier tyder på endast förklarade 0–1% av variansen (Wampold, 2001; Wampold & Brown, 2005).

Samtliga deltagare tyckte att HSP har ett stort fokus på relationen och måendet. Detta tyder på att de som arbetar med HSP primärt inte har fokus på skolnärmande utan i likhet med Heyne och kollegor (2011) först sökt att minska ångest. Känslor är en central del av människors motivation och påverkar minnen, upplevelser och agerande (Kåver, 2016). Behandlarna talade om HSP i positiva ordalag och en del i det var för att de kände att de i arbetet hade möjlighet att möta ärendets behov. De behövde inte agera mot sin uppfattning om vad som vore etiskt rätt att göra. Det behandlarna beskrev kan beskrivas som att de i sitt arbete inte upplever etisk stress (Austin, Kagan, Rankel & Bergum, 2008; Eklöf, 2017). Även ungdomarna beskrev HSP i överlag positiva termer men upplevde det samtidigt som skrämmande och ansträngande. I KBT ingår exponering vid ångestbehandling, där klienten behöver möta och utmana ångesten. Lyckade konfrontationer med det som framkallar rädsla gör att hotet inte längre upplevs som verkligt och att rädslan minskar (Kåver, 2016; Magelungen, 2017; Öst, 2010). Magelungens behandlingsrapport redovisade att en majoritet av alla barn inom HSP hade kliniskt höga nivåer av ångest och depression innan insatsen (Strömbeck et al., 2017) och att de vid avslut på gruppnivå hade signifikant lägre nivåer, vilket tyder på att exponeringen kunde anses som lyckad. En annan aspekt i förändringsarbetet beskrev hälften av behandlarna vara att nå förståelse för egna och andras känslor. Detta beskrevs var en av grundstenarna i HSP. Psykologerna Sahlin och Malmquists (2018) bok sammanställde forskning om känslor och framhöll att kunskap och medvetenhet om sina känslor motiverar till att bryta inlärd mönster. Kircanski, Lieberman och Craske (2012) fann i sin studie om exponeringsarbete att deltagare som satte ord på sina känslor upplevde lägre fysiologiskt påslag. Möjligheten finns att barnen genom HSP upplever mindre fysiologiskt påslag i jämförelse med tidigare insatser då det i arbetet ingår att sätta ord och förstå sina känslor.

Utifrån resultaten, kan det diskuteras vad som är mer eller mindre verksamt med HSP. Sammanfattningsvis uttryckte deltagarna i denna studie att de upplevde att följande faktorer gör HSP verksamt: manualen i sig och anpassningar av denna, föräldraarbetet, den samordning som HSP medför, den terapeutiska alliansen och det relationella förhållningssättet i stort samt den ökade medvetenheten och de nya sätten att möta och hantera känslor. Många av dessa aspekter ansågs vara unika för HSP och hade inte erfärits på andra arbetsplatser eller i andra insatser. De brister som nämndes gällande HSP, det vill säga brister på variation i utbildningsbakgrund och arbetslivserfarenhet i arbetsgruppen samt ökad komplexitet i ärenden och manualens behov att revideras utifrån gällande läge, väcker tankar om möjliga vägar framåt samt tankar om vidare utvärdering av psykosocial arbetsmiljö. Mycket av det som beskrevs vara verksamt i behandlarnas och ungdomarnas utsagor verkar sammanfalla med teorin om gemensamma faktorer (*common factors*) vilken formulerades under 1930-talet men har styrkts i forskning under modern tid (Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson & Tomlins, 2012; Drisko, 2004; Imel & Wampold, 2008; Laska et al., 2014; Rosenzweig, 1936). Teorin undersöker om det finns gemensamma faktorer i psykoterapi som påverkar behandlingsutfall mer än vad den specifika behandlingsmetoden gör. Imel och Wampold (2008) beskrev att en tydlig metod alltid behövs i terapi men att de verksamma faktorerna sällan kan knytas till specifika element i metoderna. I Laska med kollegors (2013) sammanställning av fem metaanalyser kunde faktorerna *samarbete kring ett gemensamt mål, terapeutens empati, terapeutisk allians, positiv samvaro* samt *hur genuin behandlaren upplevdes* enskilt förklara 5,7–11,5% av variansen i behandlingsutfallet, vilket tyder på en måttlig till stark effektstyrka medan metodspecifika faktorer endast kunde förklara 0,1–1,0% av variansen. Alla dessa

faktorer tog behandlarna och ungdomarna upp i intervjuerna. Kritik mot teorin om gemensamma faktorer finns och menar till exempel att teorin förenklar terapi och att det handlar om korrelation snarare än kausalitet (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019; Sprenkle & Blow, 2004). Då teorin om gemensamma faktorer har studerats av ett flertal olika forskargrupper och kunnat replikerats kan denna kritik ifrågasättas. Vad som är verksamt i HSP specifikt och behandling riktad mot långvarig skolfrånvaro generellt bör vidare beforskas.

Studiens begränsningar

Då studien har en kvalitativ ansats med tematisk analys som metod finns vissa begränsningar och utförandet har vissa brister (Braun & Clarke, 2006; Braun & Clarke, 2013; Willig 2013). Det material som har analyserats i studien är det som genererats från de 13 semistrukturerade intervjuerna. En semistrukturerad intervju kan medföra att intervjufrågorna kan tolkas olika av intervjuaren och den intervjuade och därmed leda till varierande svarsinnehåll. Deltagarna i studien hade olika god förmåga att uttrycka sig i tal, vilket framkom av att intervjuerna blev olika långa och hade varierande mängd meningsbärande uttalanden. Den semistrukturerade formen kan ses både som en svaghet och en styrka. Dels innebär formen att replikerbarheten kan påverkas. I jämförelse med en strukturerad intervju möjliggör den semistrukturerade att ny information framkommer från deltagarna vilket medför behovet av forskningskomplettering i diskussionen. Det varierande svarsinnehållet kan dock ses som en styrka då den undersökande ansatsen eftersöker och drar nytta av de spontana tolkningarna.

Andra kvalitativa forskningsmetoder övervägdes men ansågs mindre lämpliga men tematisk analys valdes, på grund av författarnas förkunskaper samt studiens syfte (Braun & Clarke, 2006; Willig 2013). Ett textnära arbete eftersträvades men tolkning är oundvikligt och studiens resultat kan därigenom inte generaliseras, utan endast visa på tendenser. Vid genomförande av studien har Elliots kvalitetskriterier för tematisk analys från 1999 följts, beskrivna av Braun och Clark (2013) samt Willig (2013). Vid kvalitativ forskning lyfter Elliot särskilt fram vikten av reflexivitet och transparens kring vilka utförarna och deltagarna var, att redogöra för den analytiska processen genom exempel från data, att jämföra resultatet med tidigare forskning samt att analysen visar både på samstämmighet och nyanser inom teman. Utifrån dessa kvalitetskriterier har författarna försökt svara på studiens frågeställning och därigenom ge ökad förståelse för långvarig skolfrånvaro och behandling riktad mot denna problematik för den intresserade läsaren.

Trots att etiska överväganden har tagits i beaktande finns det etiska frågor att diskutera. Även om anonymitet och konfidentialitet tillämpades och gavs stor vikt genomfördes flertalet intervjuer i Magelungens lokaler vilket försvårade dessa aspekter. Författarna erbjöd samtliga att genomföra intervjun på annan plats, vilket bara ett fåtal var intresserade av. En annan försvårande aspekt var att rekrytering skedde genom kontakt med enhetschefer vilket innebar att total anonymitet omöjliggjordes. I studien finns således risk att citat och därmed personer kan identifieras. För att motverka igenkänning redovisades citat utan identifierbar information, till exempel namn och ortsnamn. ”Hen” användes som pronomen för samtliga deltagare då respondentens könsidentitet inte ansågs relevant utifrån den information som framkom och studiens syfte, men också för att beakta anonymiteten ytterligare.

En annan brist i denna studie var det låga antalet deltagande ungdomar, vilket berodde på hinder vid rekryteringen. Alla ungdomar med pågående psykiskt lidande samt barn under 15 år exkluderades från studien, på grund av forskningsetiska beslut. Om ytterligare kvalitativa studier på HSP ska genomföras kan det vara en fördel att starta rekryteringen tidigare för att fånga upp fler ärenden redan vid uppstart av HSP. I föreliggande studie hade alla de ungdomar som deltog blivit tillfrågade att delta av sina behandlare efter enhetschefernas godkännande

samt hade efter HSP gått vidare till Magelungens skolverksamhet. Magelungen kan tänkas ha vinning av att tillfråga barn som upplevt HSP positivt. Alla deltagande ungdomar hade påbörjat HSP runt tio års ålder och beskrev sig fått önskad effekt av behandlingen. Detta kan kopplas med diskussionen kring hur ålder vid start av behandling vid långvarig skolfrånvaro påverkar utfallet, där behandlingsstart vid yngre ålder upptäckts korrelera med starkare effekt (Heyne et al., 2014). Som läsare kan ungdomarnas berättelser om upplevelsen av HSP behöva tolkas varsamt. De beskrev själva hur den depression som förelåg under HSP samt den tid som passerat efter avslutad insats gör det svårt att minnas specifika detaljer och känslor kopplade till HSP. Anledningen till att ett flertal tillfrågade ungdomar avböjde deltagande kan med viss sannolikhet härledas till deras problematik, vilket även lyfts fram i tidigare studier (Beidas et al., 2010; Heyne et al., 2011; Heyne et al., 2014; King et al., 1998; Last et al., 1998; Melvin et al., 2017). Barn där effekt av HSP har uteblivit kan tänkas ha svårt för intervjusituationen och därför känna motstånd inför att delta. Många som avslutat HSP uppgavs inte längre ha kontakt med Magelungen (Johan Strömbeck, personlig kommunikation, 8 februari 2019) och gav ingen respons vid rekryteringsförsök via Facebook. Detta kan antas påverka urvalet genom att de som väljer att delta i grunden är positivt inställda till Magelungen.

Som följd av rekryteringssvårigheterna intervjuades även behandlare vilket gav studien ett mer kliniskt behandlingsfokus av upplevelsen av programmet. Av de behandlare som tillfrågades så valde två tredjedelar att delta i studien. Den tredjedel som inte deltog motiverade sitt uteblivande genom tidsbrist. Detta kan ha påverkat resultaten genom att de som upplevde sig som mest stressade och eventuellt därför mer kritiska mot HSP inte fångades upp av denna studie.

Variationen i deltagarurvalet ansågs ändå vara tillfredsställande då både män och kvinnor av varierande åldrar, erfarenhet och utbildningsbakgrund fanns med i urvalet. En styrka med att ha med både behandlare och ungdomar är att deras upplevelser kunde sättas i relation till varandra och på så sätt stärka beskrivningen av upplevelsen av HSP.

En tydlig tonvikt i resultatet ligger på de verksamma komponenterna, vilket speglar vad som framkom i intervjuerna. Såväl behandlare som ungdomar talade mindre om och hade svårare att beskriva negativa aspekter av HSP. Detta kan möjligtvis bero på att den som tillfrågas och utvärderas tenderade att förlägga ansvaret för negativa upplevelser externt (Malcolm et al., 2003). En snedfördelning mot positiva utsagor upplevdes bland både behandlare och ungdomar. En möjlig förklaring till denna snedfördelning skulle kunna härledas till konfirmeringsbias, vilket innebär en tendens att söka information som bekräftar redan antagna uppfattningar (Kahneman & Tversky, 1979). I studien uttryckte samtliga som deltog uppgav sig ha positiva erfarenheter av HSP och genom att uppmärksamma det verksamma i HSP bekräftades deras positiva upplevelser, medan upplevda brister som skulle kunna motsäga deras positiva erfarenheter möjligtvis undveks.

Implikationer och framtida forskning

Som tidigare beskrivits sammanföll deltagarnas utsagor om vad som är verksamt med faktorer som lyfts fram i teorin om gemensamma faktorer (Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson & Tomlins, 2012; Drisko, 2004; Imel & Wampold, 2008; Laska et al., 2014; Rosenzweig, 1936). Magelungen och HSP samt övriga insatser riktade mot problematisk skolfrånvaro bör ytterligare utforska vad i deras insatser som ger effekt. Wampold, som anses ha utvecklat den moderna teorin om gemensamma faktorer (Lundh, 2014), beskrev i sin artikel från 2015 att "terapeutens stil" var en verksamt faktor i behandling. Wampold menade att denna faktor inkluderar förmåga att bygga allians, professionellt tvivel och att lägga tid på professionell utveckling genom att på olika sätt utvärdera sitt terapeutiska arbetssätt. Chow,

Miller, Seidel, Kane, Thornton och Andrews (2015) studie tydde på att den terapeutiska faktorn kan utvecklas genom att till exempel se sig själv på film eller att rollspela. Detta benämns som ”deliberate practice”. Då resultaten i denna studie tyder på att HSP upplevs verksamt genom gemensamma faktorer kan Magelungen och dess anställda tänkas öka sin behandlingseffektivitet genom att arbeta med behandlarnas individuella terapeutiska utveckling på detta sätt. Möjligheten för att lägga resurser på detta och dess eventuella effekt bör övervägas och studeras vidare.

Mer forskning behövs gällande föräldrars upplevelse av sitt barns skolfrånvaro, då dessa inte inkluderades i den aktuella studien. Samtliga deltagare i studien talade om hur föräldrarna påverkade effekten av HSP, varför detta kan anses vara en viktig framtida frågeställning att studera. Föräldrarna till isolerade barn blev ofta själva isolerade och deprimerade vilket försvårade familjens situation socialt och ekonomiskt, något som framkom i en intervju av Beckström (2017). HSP:s föräldrabete kan vidare studeras för att undersöka vilka interventioner som är mest effektiva för ökad skolnärvaro i system där samtliga är deprimerade.

Då närvarorapportering i svensk skola ansågs vara bristfällig (SOU 2016:94) bör orsaker till detta utredas och hanteras, då tidiga insatser ökade chansen för en lyckad behandling (Kearney & Graczyk, 2014). Vuxna individer med samma allvarlighetsgrad i symtom som barnen som tar del av HSP rekommenderades i dagsläget sjukskrivas för att öka möjligheten för återhämtning och tillfrisknande (Socialstyrelsen, 2017a). Sjukskrivning för barn är i dagsläget inte lagstadgat (SFS 2019:410). Konsekvenserna av en sjukskrivning för vuxna individer är dock inte entydiga (Hayward et al., 2015; Lawrence et al., 2016; Lindholm, Mittendorfer Rutz, Hinas, Kjeldgård & Alexanderson, 2011; Mittendorfer Rutz, Alexanderson, Kjeldgård & Wikman, 2011), vilket väcker funderingar om hur sjukskrivning av barn skulle kunna påverka deras mående och möjlighet till att slutföra skolgången. Det kan därför ses som angeläget att utreda om barn skulle dra nytta av att friställas från skolplikten.

Konklusion

Studiens resultat tyder på att HSP upplevs som verksamt av behandlarna och ungdomarna. Manualen i sig och de anpassningar som görs för det unika barnet upplevdes verksamt liksom föräldrabetet och den samordning som HSP medför. Stort fokus i intervjumaterialet och i vad som lyfts som verksamt var på den terapeutiska alliansen och det relationella förhållningssättet samt ökad medvetenhet och nya sätt att hantera sina känslor. Det finns ett värde i att fortsatt studera och diskutera vad i HSP och vilka andra insatser som är verksamma vid långvarig skolfrånvaro, då skolfrånvaro riskerar få stora negativa konsekvenser och existerande svenska behandlingsmetoder ger små till måttliga effekter.

Referenser

- Allwood, C. M., & Erikson, M. (2010). *Grundläggande vetenskapsteori för psykologi och andra beteendevetenskaper*. Lund: Studentlitteratur.
- Allison, M. A., & Attisha, E. (2019). The link between school attendance and good health. *Pediatrics*, *143*, 1–13. doi:10.1542/peds.2018-3648
- Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M. & Bergum, V. (2008). The balancing act: psychiatrists' experience of moral distress. *Med Health Care and Philos*, *11*, 89-97.
- Autism- och Aspergerförbundet (2013). *Autism och Asperger förbundets undersökning om skolan, våren 2013*. Stockholm: Autism- och Aspergerförbundet.
- Autism- och Aspergerförbundet (2018). *Medlemsundersökning om skolgången*. Stockholm: Autism- och Aspergerförbundet.
- Beckström, L. (2017, 23 april). Experter: Sju råd som hjälper hemmasittare till skolan. *Dagens Arena*. Hämtad 2019-11-26, från <https://www.dagensarena.se/opinion/experter-sju-rad-som-hjalper-hemmasittare-till-skolan/>
- Beidas, R. S., Crawley, S. A., Mychailyszyn, M. P., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2010). Cognitive-behavioral treatment of anxious youth with comorbid school refusal: Clinical presentation and treatment response. *Psychological Topics*, *19*, 255-271.
- Berg, I., Nichols, K., & Pritchard, C. (1969). School phobia: Its classification and relationship to dependency. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *10*, 123-141. doi: 10.1111/j.1469-7610.1969.tb02074.x
- Beutler, L. E., Forrester, B., Gallagher-Thompson, D., Thompson, L., & Tomlins, J. B. (2012). Common, specific, and treatment fit variables in psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Integration*, *22*, 255–281. doi: 0.1037/a0029695
- Boström, P. (2019). In search of themes - keys to teaching qualitative analysis in higher education. *The Qualitative Report*, *24*, 1001–1011. Hämtad 2019-12-05, från <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol24/iss5/5>
- Bowers, A. J., Sprott, R., & Taff, S. A. (2013). Do we know who will drop out? A review of the predictors of dropping out of high school: Precision, sensitivity, and specificity. *The High School Journal*, *96*, 77-100. doi:10.1353/hsj.2013.0000
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, *3*, 77-101.
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London: SAGE
- Bryk, A. S., & Thum, Y. M. (1989). The effects of high school organization on dropping out: An exploratory investigation. *American Educational Research Journal*, *26*, 353-383. doi:10.2307/1162978
- Chow, D. L., Miller, S. D., Seidel, J. A., Kane, R. T., Thornton, J. A., & Andrews, W. P. (2015). The role of deliberate practice in the development of highly effective psychotherapists. *Psychotherapy*, *52*, 337-345. doi: 10.1037/pst0000015
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., Gallop, R. (2011). The Dependability of Alliance Assessments: The Alliance-Outcome Correlation Is Larger Than You Might Think. *Journal of consulting and clinical psychology*. *79*. 267-78. doi: 10.1037/a0023668.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers M.J.H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 207-231. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424
- Drisko, J. W. (2004). Common Factors in Psychotherapy Outcome: Meta-Analytic Findings and Their Implications for Practice and Research. *Families in Society*, *85(1)*, 81–90. doi:10.1606/1044-3894.239

- Egger, H., Costello, J., & Angold, A. (2003). School refusal and psychiatric disorders: A community study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 797-807. doi: 10.1097/01.CHI.0000046865.56865.79
- Ek, H., & Eriksson, R. (2013). Psychological factors behind truancy, school phobia, and school refusal: A literature study. *Child & Family Behavior Therapy*, 35, 228–248. doi: 10.1080/07317107.2013.818899
- Eklöf, M. (2001). Mood ratings at work and their relation to psychosocial factors. I: M. Hagberg, B. Knave, L. Lillienberg & H. Westberg (red.). *X2001- Exposure assessment in epidemiology and practice*. (Arbete och hälsa, 2001:10). Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Eklöf, M. (2017). *Psykosocial arbetsmiljö*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, P., Karlberg, M., Sundberg Lax, I., & Palmér R. (2017). *Hemmasittare och vägen tillbaka. Insatser vid långvarig skolfrånvaro*. Stockholm: Magelungen Utveckling AB
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S. K. (2014). Parental perspectives of the role of school factors in school refusal. *Emotional & Behavioural Difficulties*, 19, 131-153. doi: 10.1080/13632752.2013.816199
- Havik, T., Bru, E., & Ertesvåg, S., K. (2015). School factors associated with school refusal- and truancy-related reasons for school non-attendance. *Social Psychology of Education: An International Journal*, 18, 221-240.
- Hayward, M. D., Hummer, R. A., & Sasson, I. (2015). Trends and group differences in the association between educational attainment and U.S. adult mortality: Implications for understanding education's causal influence. *Social Science & Medicine*, 127, 8-18. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.11.024
- Heyne, D., King, N. J., Tonge, B. J., Rollings, S., Young, D., Pritchard, M., & Ollendick, T. H. (2002). Evaluation of child therapy and caregiver training in the treatment of school refusal. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 687-695. doi:10.1097/00004583-200206000-00008
- Heyne, D., Sauter, F. M., Ollendick, T. H., Van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2014). Developmentally sensitive cognitive behavioural therapy for adolescent school refusal: Rationale and case illustration. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17, 191-215. doi:10.1007/s10567-013-0160-0
- Heyne, D., Sauter, F. M., Van Widenfelt, B. M., Vermeiren, R., & Westenberg, P. M. (2011). School refusal and anxiety in adolescence: Non-randomized trial of a developmentally sensitive cognitive behavioural therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 870-878. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.04.006
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Imel, Z. & Wampold, B. (2008). "The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy". I Brown, Steven D; Lent, Robert W (red.). *Handbook of counselling psychology (4th ed.)* (s. 249-262). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Ingul, J.M., Nordahl, H.M. Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders?. *Ann Gen Psychiatry* 12, 25 (2013) doi:10.1186/1744-859X-12-25
- Inspektionen för vård och omsorg. (2014). *Kommunikationsbrister inom vården*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg
- Kahn, J. H., & Nursten, J. P. (1962). School refusal: A comprehensive view of school phobia and other failures of school attendance. *American Journal of Orthopsychiatry*, 32, 707-718. doi:10.1111/j.1939-0025.1962.tb00320.x
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47, 263-291. doi:10.2307/1914185
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. New York: Basic Books

- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M., & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 55*, 341–355. doi:10.1037/pst0000176
- Kearney, C. A. (2007). Forms and functions of school refusal behavior in youth: An empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 48*, 53-61. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01634.x
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behaviour in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review, 28*, 451-471. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.012
- Kearney, C. A., & Bates, M. (2005). Addressing school refusal behaviour: Suggestions for frontline professionals. *Children & Schools, 27*, 207–216. doi:10.1093/cs/27.4.207
- Kearney, C. A., & Graczyk, P. (2014). A response to intervention model to promote school attendance and decrease school absenteeism. *Child & Youth Care Forum, 43*, 1-25. doi:10.1007/s10566-013-9222-1
- Kendall, P. C., Kortlander, E., Chansky, T. E., & Brady, E. U. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Treatment implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 869-880. doi:10.1037/0022-006X.60.6.869
- King, N. J., Tonge, B. J., Heyne, D., Pritchard, M., Rollings, S., Young, D., Ollendick, T. H. (1998). Cognitive-behavioural treatment of school-refusing children: A controlled evaluation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*, 395-403. doi:10.1097/00004583-199804000-00017
- King, N., Tonge, B., Heyne, D., Turner, S., Pritchard, M., Young, D., et al. (2001). Cognitive-behavioural treatment of school-refusing children: Maintenance of improvement at 3- to 5-year follow-up. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy, 30*, 85–89. doi:10.1097/00004583-199804000-00017
- Kircanski, K., Lieberman, M. D., & Craske, M. G. (2012). Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy. *Psychological Science, 23*, 1086-1091. Doi 10.1177/0956797612443830
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur
- Kåver, A. (2016). *KBT i utveckling*. Natur och Kultur: Stockholm
- Laska, K., Gurman, A. & Wampold, B. (2013). Expanding the Lens of Evidence-Based Practice in Psychotherapy: A Common Factors Perspective. *Psychotherapy, 51*, 467-481. doi:10.1037/a0034332
- Last, C. G., Hansen, C., & Franco, N. (1998). Cognitive-behavioural treatment of school phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*, 404-411. doi:10.1097/00004583-199804000-00018
- Lawrence, E.M., Rogers, R.G., Zajacova A. Educational attainment and mortality in the United States: effects of degrees, years of schooling, and certification. *Popul Res Policy Rev. 2016, 35*: 501–525. doi:10.1007/s11113-016-9394-0
- Lee, M. I., & Miltenberger, R. G. (1996). School refusal behaviour: Classification, assessment, and treatment issues. *Education and Treatment of Children, 19*(4), 474-486. Hämtad 2019-12-05, från
- Lindholm, C., Mittendorfer Rutz, E., Hinas, E., Kjeldgård, L., & Alexanderson, K. (2011). Samband mellan sjuk- och aktivitetsersättning och risk för förtida död bland kvinnor och män. (ISBN 978-91-7457-383-4). Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.
- Lundh, L-G. (2014). The search for common factors in psychotherapy. Two theoretical models, with different empirical implications. *Psychology and Behavioral Sciences, 3*(5), 131-150.

- Magelungen (2017). HSP – Magelungens Hemmasittarprogram. Manual för behandlare. Stockholm: Magelungen.
- Magelungen (utan år). *HSP- Hemmasittarprogram*. Hämtad 2019-11-28, från <https://magelungen.com/behandlingar/oppenvardsprogram/hsp-hemmasittarprogram/>
- Malcolm, H., Wilson, V., Davidson, J. & Kirk, S. (2003). *Absences from school: A study of its causes and effects in seven LEAs* (Research Report, 424). Nottingham: The SCRE Centre, University of Glasgow
- Maric, M., Heyne, D. A., de Heus, P., van Widenfelt, B. M., & Westenberg, P. M. (2012). The role of cognition in school refusal: An investigation of automatic thoughts and cognitive errors. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 255-269. doi:10.1017/S1352465811000427
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martinsson, A. (2014). *KBT som behandling för skolvägransbeteende hos ungdomar: En jämförande studie av behandlingseffekt av manualbaserad KBT respektive sedvanlig behandling inom svensk barn- och ungdomspsykiatri (BUP)* (Masteruppsats). Karlstad, Institutionen för sociala och psykologiska studier, Karlstad Universitet
- Maynard, B. R., Heyne, D., Brendel, K. E., Bulanda, J. J., Thompson, A. M., & Pigott, T. D. (2018). Treatment for school refusal among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 28, 56-67. doi:10.1177/1049731515598619
- Melvin, G. A., Dudley, A. L., Gordon, M. S., Klimkeit, E., Gullone, E., Taffe, J., & Tonge, B. J. (2017). Augmenting cognitive behavior therapy for school refusal with fluoxetine: A randomized controlled trial. *Child Psychiatry and Human Development*, 48, 485-497. doi: 10.1007/s10578-016-0675-y
- Mind. (2016). *Unga mår allt sämre- eller?* Stockholm: Mind.
- Mittendorfer Rutz, E., Kjeldgård, L., Wikman, A., & Alexanderson, K. (2011). *Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död.* (ISBN 978-91-7457-385-4). Stockholm: Sektionen för försäkringsmedicin Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska Institutet.
- Nilsson, I. & Wadeskog, A. (2008). *Det är bättre att stämma i bäcken än i ån. Att värdera de ekonomiska effekterna av tidig och samordnade insatser kring barn och unga.* Stockholm: SEE AB.
- Nordgren, M. (2017, 19 februari). Skolan passar faktiskt inte för alla barn. *Dagens nyheter*. Hämtad 2019-11-05, från <https://www.dn.se/insidan/skolan-passar-faktiskt-inte-for-alla-barn/>
- NSPH (2016) *Din rätt. En inspirationsskrift om lika rättigheter för personer med psykisk ohälsa.* Stockholm: Nationell samverkan för psykisk hälsa.
- Riksförbundet attention. (2017). *“Det finns så mycket kunskap om NPF, kan inte begripa varför den inte når ut till skolorna”- en undersökning om hur barn med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar har det i skolan och hur det påverkar familjen.* Stockholm: Riksförbundet Attention
- Robinson, C. D., Lee, M. G., Dearing, E., & Rogers, T. (2018). Reducing student absenteeism in the early grades by targeting parental beliefs. *American Educational Research Journal*, 55, 1163-1192. doi:10.3102/0002831218772274
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412-415. doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

- Ross, C. E., & Wu, C. (1995). The links between education and health. *American Sociological Review*, 60, 719-745 doi: 10.2307/2096319
- Rumberger, R. W., & Thomas, S. L. (2000). The distribution of dropout and turnover rates among urban and suburban high schools. *Sociology of Education*, 73, 39-67. doi:10.2307/2673198
- Rydon-Grange M. (2015). 'What's Psychology got to do with it?' Applying psychological theory to understanding failures in modern healthcare settings. *Med Ethics* 2015;41: 880–884. doi:10.1136/medethics-2015-102922
- Sahlin, H. & Malmquist, E. (2018). *Känslor som kraft eller hinder: en handbok i känsloreglering*. Stockholm: Natur & Kultur.
- SFS 2019:410. *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- Skedgell, K., & Kearney, C. A. (2016). Predictors of absenteeism severity in truant youth: A dimensional and categorical analysis. *American Secondary Education*, 45, 46-58. doi: 10.1016/j.chilyouth.2018.01.043
- Skedgell, K., & Kearney, C. A. (2018). Predictors of school absenteeism severity at multiple levels: A classification and regression tree analysis. *Children and Youth Services Review*, 86, 236-245. doi:10.1016/j.chilyouth.2018.01.043
- Skolverket. (2010). *Skolfrånvaro och vägen tillbaka. Långvarig ogiltig frånvaro i grundskolan ur elevens, skolans och förvaltningens perspektiv*. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket. (2013). *PISA 2012, 15-åringars kunskaper i matematik, läsförståelse och naturvetenskap*. Stockholm: Skolverket.
- Skolverket. (2015). *PISA 2015, 15-åringars kunskaper i matematik, läsförståelse och naturvetenskap*. Stockholm: Skolverket.
- Skolinspektionen. (2016). *Omfattande ogiltig frånvaro i Sveriges grundskolor*. Stockholm: Skolinspektionen.
- SOU 2016:94. *Saknad! Uppmärksamma elevers frånvaro och agera*. Betänkande av att vända frånvaro till närvaro – en utredning om problematisk elevfrånvaro. Stockholm: Elanders Sverige AB
- Socialstyrelsen. (2017a). *Depressiv episod*. Hämtad 2019-11-26, från <https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/depressiv-episod/508>
- Socialstyrelsen. (2017b). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2017. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors are not islands--they work through models: A response to Sexton, Ridley, and Kleiner. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 151-157. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01230.x
- Strömbeck, J., Oldenvi, I. & Clinton, D. (2017). *Delrapport från pågående uppföljningar av Magelungens dagverksamheter, Hemmasittarprogrammet (HSP), behandlingshem och resursboende (B0). 2009–2015. Behandlingsresultat Magelungen, Rapport 8*. Stockholm: Magelungen utveckling AB
- Sveriges kommuner och landsting (2019). *Ekonomirapporten, oktober 2019 - Om kommunernas och regionernas ekonomi*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Sveriges Television (2019, 13 maj). *Många kommuner och regioner går back – SKL flaggar för höjd skatt*. Hämtad 2019-11-20, från <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/manga-kommuner-och-regioner-gar-back-skl-flaggar-for-hojd-skatt>
- Thylefors, I. (2013). *Babels torn: Om tvärprofessionellt teamsamarbete* (1. utg. ed.).
- Tyrrell, M. (2005). School phobia. *The Journal of School Nursing*, 21, 147-151. doi:10.1177/1059840505021003040
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, NJ. Hämtad från <https://search-proquest-com.ezproxy.ub.gu.se/docview/619566790?accountid=11162>
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 914-923. doi:10.1037/0022-006X.73.5.914
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (3rd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Öhman, A. (2016). *Skolans tomma stolar. Om frånvaro i grundskolan och hur kommuner och skolor arbetar med frågan*. Stockholm: Prestationsprinsen
- Öst, L. G. (2010). *KBT inom barn-och ungdomspsykiatri*. Stockholm: Natur & Kultur.

Tack till Magelungen, framförallt Johan Strömbeck och Robert Palmér för ert intresse och all kunskap ni delat med oss. Tack även till våra handledare Elin Alfredsson och Fanny Gyberg för kloka kommentarer och uppmuntran. Slutligen ett stort tack till behandlarna och de modiga ungdomarna som deltog och delade sina erfarenheter.

Bilaga 1

Information Behandlare

Hej!

Vi heter Alvina Miller och Maja Lindhé och läser till psykologer på Göteborgs universitet. Under hösten 2019 kommer vi skriva ett examensarbete där vi kvalitativt vill undersöka vad du som behandlare vid Magelungen upplever som verksamt eller inte verksamt i Hemmasittarprogrammets upplägg. Vi är alltså intresserade av att höra om hur du har upplevt det att arbeta utifrån Magelungens hemmasittarprogram. Syftet med intervjuerna är att vi önskar ta tillvara på din erfarenhet och kunskap för att möjliggöra vidare utveckling av de insatser som barn med långvarig skolfrånvaro får. Inom vårt examensarbete kommer vi, förhoppningsvis, också intervju ungdomar som fått behandling utifrån hemmasittarprogrammet.

Om du är intresserad av att delta för att berätta om ditt arbete så bokar vi gärna in en tid att ses! Intervjuerna kommer ske i september och oktober 2019 och ta 30–40 minuter. För att boka en tid kan du bara svara på detta mail så ser vi till att hitta en tid som passar oss båda. Vid intervjun får du träffa antingen Alvina eller Maja. Vi kan komma till Magelungens lokaler i din stad och göra intervjun eller annan önskad plats. I Göteborg finns det möjlighet att komma till psykologiska institutionen för intervju. Vi kan också göra intervjun över telefon.

Intervjuerna sker i överenskommelse med Magelungen som också är intresserade i studiens resultat.

Förslag på dagar för intervjuer! Kan du inte dessa dagar kan vi se över om det finns andra dagar som vi kan ses.

“NAMN PÅ STAD”	23e, 24e, 25e och 30e september samt 1a, 2a, 3e och 4e oktober
“NAMN PÅ STAD”	19e och 20e september
“NAMN PÅ STAD”	19e och 20e september
“NAMN PÅ STAD”	26e och 27e september

Nedan följer information om hur studien kommer gå till vad gäller konfidentialitet, anonymitet, inspelat material, frivillighet och samtycke.

Det som du berättar för oss är konfidentiellt, vilket innebär att ingen får veta vad just du berättat för oss eller att du varit med. Vi kommer att prata med flera behandlare och sammanställa vad ni berättat. När vi intervjuar dig kommer vi att spela in ljudet för att kunna transkribera, bearbeta och sammanställa allt material från alla vi träffar. Det inspelade materialet är det vi och möjligen vår handledare som lyssnar på, ingen annan, efter att uppsatsen är färdig raderas allt inspelat material. I uppsatsen kan vi ibland sparsamt och genomtänkt komma att använda en mening eller formulering som du använt dig av, men den anonymiseras så att ingen vet att det är du som har sagt det.

När vi träffas kommer du få skriva på ett papper om samtycke. Det innebär att du säger att det okej att vi pratar med dig och samlar in dina åsikter med förutsättningen att det bara kommer användas till det här arbetet. I uppsatsen kommer du vara anonym och vi behöver inte veta

vad du heter, när du är född eller var du kommer ifrån. Om vi behöver samla in sådana uppgifter kommer all information raderas när arbetet är slut vid nyår 2020. Göteborgs Universitet kommer ansvara för att all information om dig behandlas korrekt och förblir konfidentiellt.

Det är frivilligt att vara med i studien så om du känner att det inte intresserar dig kan du välja att säga nej nu eller efter att du tänkt igenom det ett tag. **Om du inte önskar delta, svara gärna på mailet ändå, underlättar för oss att veta om det finns möjlighet att det blir av.**

Om du är nyfiken på vad vi sammanställer efter vi har pratat med er så kommer uppsatsen finnas att tillgå hos Magelungen i slutet av januari 2020.

Tack för att du tagit dig tid att läsa igenom allt detta. Vi ser fram emot att eventuellt få träffa dig och ta del av din kunskap!

Vänliga hälsningar,
Alvina Miller och Maja Lindhé, Göteborgs universitet
gusmillal@student.gu.se
gusgramar@student.gu.se

Bilaga 2

Information Ungdomar

Hej!

Vi vill veta vad du tycker!

Vi heter Alvina och Maja och pluggar till psykologer på Göteborgs universitet. Under hösten kommer vi skriva ett examensarbete om hur ungdomar och behandlare upplever behandling riktad mot långvarig skolfrånvaro. Till det behöver vi hjälp! Vi är intresserade av att höra om hur du har upplevt att gå Magelungens hemmasittarprogram. Genom intervjuer vill vi höra din erfarenhet och kunskap från behandling av långvarig skolfrånvaro så att den kan bli bättre.

Det som du berättar för oss stannar mellan oss.

Ingen får veta vad just du berättat eller ens att du varit med. Vi kommer att prata med flera ungdomar och sammanställa vad ni berättat utan att säga vem som sagt vad. När vi intervjuar dig spelar vi in ljudet för att kunna arbeta med det som sagts. Bara vi två lyssnar på det inspelade, och när vi är färdiga raderas allt inspelat material. Vi kan använda någon enstaka mening som någon sagt under intervjun i vår uppsats, men ingen kommer att veta vem som sagt den.

Frivilligt

Det kan kännas jobbigt att prata med en vuxen som man inte känner och du kan välja att inte prata med oss eller avbryta samtalet när du vill utan att vi kommer att ställa frågor om det. Det är frivilligt att vara med i studien så om du känner att det mest är jobbigt eller ointressant för dig kan du välja att säga nej nu eller efter att du tänkt igenom det ett tag.

När vi träffas får du skriva på ett papper om samtycke till intervjun.

Det innebär att du tycker det är okej att vi pratar med dig och samlar in dina åsikter som vi beskrivit ovan och bara för det här arbetet. I vår uppsats kommer ingen att veta vad du heter, när du är född eller var du kommer ifrån. Göteborgs Universitet ansvarar för att all information om dig behandlas korrekt och förblir hemlig. Du behöver vara över 15 år för att delta.

Om du är nyfiken att läsa uppsatsen som blir av intervjuerna kan du höra av dig till oss via mailadresserna eller kontakta Magelungen som kommer kunna dela den med dig.

Vänliga hälsningar,

Alvina Miller och Maja Lindhé, Göteborgs universitet

gusmillal@student.gu.se

gusgramar@student.gu.se

Bilaga 3

Samtycke - Behandlare

Skriftligt informerat samtycke till medverkan i intervjustudie om upplevelsen av behandling vid långvarig skolfrånvaro utifrån Hemmasittarprogrammet, givet av Magelungen.

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas in, bearbetas och tas om hand. Jag har även informerats om att deltagandet är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om upplevelsen av att utföra Hemmasittarprogrammet.

Ålder _____

Hur länge har du arbetat med HSP? _____

Kön

Kvinna

Man

Annat

Vill ej uppge

Namnunderskrift

Namnförtydligande

Alvina Miller
gusmillal@student.gu.se

Maja Lindhé
gusgramar@student.gu.se

Bilaga 4

Samtycke - Ungdom

Skriftligt informerat samtycke till medverkan i intervjustudie om upplevelsen av behandling vid långvarig skolfrånvaro utifrån Hemmasittarprogrammet, givet av Magelungen.

Jag har informerats om studiens syfte, om hur informationen samlas och spelas in, bearbetas och tas om hand. Jag har även informerats om att deltagandet är frivilligt och att jag, när jag vill, kan avbryta min medverkan i studien utan att ange orsak. Jag samtycker härmed till att medverka i denna intervjustudie som handlar om upplevelsen av att delta i Hemmasittarprogrammet.

Ålder

15–17 år 18–20 år äldre än 20

Kön

Kvinna

Man

Annat

Vill ej uppge

Namnunderskrift

Alvina Miller
gusmillal@student.gu.se

Namnförtydligande

Maja Lindhé
gusgramar@student.gu.se

Bilaga 5

Intervjuguide Behandlare

Jag tänkte du gärna får berätta lite om dig själv till exempel hur länge har du arbetat på Magelungen, vad du har för utbildning och om du har tidigare erfarenheter av behandlingsarbete?

- Jag undrar om vi kan börja med att du berättar *hur du upplever det är att arbeta utifrån hemmasittarprogrammet?*
 - Hur menar du då?
 - Kan du ge exempel?
 - Kan du berätta mer om...
- Finns det något som du tycker *skiljer hemmasittarprogrammet från andra insatser* som erbjuds vid långvarig skolfrånvaro?
- Vad hade du för *förväntningar* när du började arbeta med hemmasittarprogrammet? Hur har ditt *arbete uppfyllt/skiljt sig från dessa förväntningar?*
- Hur skulle du *definiera/ beskriva önskad effekt* av hemmasittarprogrammet?
- Jag undrar om du skulle kunna berätta om något/några behandlingsarbeten *där du upplever att hemmasittarprogrammet gav önskad effekt?*
- Kan du berätta vad du tror bidrog till de effekter du beskriver?
- Hur skulle du *definiera/beskriva oönskad effekt* eller när det inte ges någon effekt av hemmasittarprogrammet?
- Jag undrar om du skulle kunna berätta om något/några behandlingsarbeten *där du upplever att hemmasittarprogrammet inte gav önskad effekt?*
- Kan du berätta vad du tror bidrog till dem effekter du beskriver?
- *Om du skulle ge ett råd till någon* som skulle börja använda hemmasittarprogrammet, vad skulle det vara?
- När du fick frågan om att delta i studien, vad fick du då upp för tanke *att du ville förmedla?*
- Nu har vi en stund kvar... jag funderar på om det är *något som du tänker att du vill berätta som inte jag inte frågat om* eller som inte kommit fram i intervjun

Bilaga 6

Intervjuguide ungdomar

Jag tänkte du gärna får börja med att berätta om hur länge du gick i Magelungens hemmasittarprogram, om du har avslutat det eller är i avslutningsfasen, är det okej för dig?

- Jag undrar om du kan berätta *hur du upplevt det att träffa dem på Magelungen och ta del av hemmasittarprogrammet?*
 - Hur menar du då?
 - Kan du ge exempel?
 - Kan du berätta mer om...
- Kan du berätta om hur *ett möte med dina behandlare* kunde vara?
- Hur har *du upplevt det att träffa dina behandlare?*
- Skiljer sig det som du fått göra på Magelungen på något sätt från annan hjälp du har fått till exempel från skolan eller BUP?
- *Hade du några förväntningar* inför att börja på hemmasittarprogrammet?
 - Blev något såsom du trott?
 - Var det något som ni gjorde i behandlingen som du inte hade förväntat dig?
- Jag undrar om du skulle kunna berätta om det är *något du tycker varit bra?*
- Finns det något tillfälle då *du kände dig stolt/nöjd* med något som ni gjort i behandlingen?
- Finns det något som *du tycker varit mindre bra?*
- Finns det något tillfälle *då du kände dig missnöjd* med behandlingen?
- Du som har gått programmet, *vilka råd skulle du vilja ge till behandlare som ska arbeta med andra ungdomar?*
- När du blev tillfrågad om att *komma på intervju var det något särskilt som du tänkte att du ville berätta?*
- Nu har vi en stund kvar... jag funderar på om det är *något som du tänker att du vill berätta som inte jag inte frågat om* eller som inte kommit fram i intervjun?