

”BEHANDLINGSALLIANS BETYDER INTE KOMPIS...”

En kvalitativ studie om behandlares erfarenheter av behandlingsallians i skola med dagbehandling

SUSANNE CUEVA PRADO

Huvudområde: Socialt arbete
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15 hp
Program: Socionomprogrammet
Kursnamn: Examensarbete inom socialt arbete
Kurskod: SAA056

Handledare: Anna-Lena Almqvist

Seminariedatum: 2020-06-03
Betygsdatum: 2020-06-15

”Behandlingsallians betyder inte kompis...”

Susanne Cueva Prado

Mälardalens högskola

Akademien för hälsa, vård och välfärd

Socionomprogrammet

Examensarbete inom socialt arbete, 15 högskolepoäng

Vårtermin 2020

SAMMANFATTNING

Studiens syfte är att undersöka hur professionella behandlare i en form av öppenvårdsinsats skapar och upprätthåller behandlingsallians med barn i sitt dagliga arbete. Syftet är även att undersöka behandlingsfrämjande faktorer samt relationens betydelse i behandlingsarbetet. Urvalet består av fem behandlare som arbetar med barn på en skola med behandling i Sverige. Material har insamlats med hjälp av semistrukturerade intervjuer och analyserats med stöd av tematisk analys. De teoretiska utgångspunkterna som användes för att tolka resultatet var anknytningsteori och systemteori. Resultatet visar att behandlare arbetar med ett individanpassat förhållningssätt för att kunna passa varje barn som kommer till verksamheten. I grund och botten skapas behandlingsallians av en god relation som därefter utvecklas till behandlingsallians. Därmed ses relationen som en nyckel för behandlingsallians. Upprätthållande av behandlingsallians visar även det vara olika beroende på mottagare. Det som framkommer vara gemensamma behandlingsfrämjande faktorer för både skapande och upprätthållande är involvering av barnets vårdnadshavare, bidrag i form av verksamhetens ekonomiska stöd samt det kollegiala sammanhanget. För att barn ska ha rätt till det stöd denne behöver för att kunna utvecklas är det därför av yttersta vikt att behandlare arbetar för att passa barnets behov och inte tvärtom.

Nyckelord: Behandlingsallians, skapa behandlingsallians, upprätthålla behandlingsallians, skola med behandling, barn

”Treatment alliance does not mean buddies...”

Susanne Cueva Prado

Mälardalen University

School of Health, Care and Social Welfare

The Social Work Program

Thesis in Social Work, 15 credits

Spring term 2020

ABSTRACT

The purpose of this study is to study how professional social workers create and sustain treatment alliances within the outpatient care programs for the children during their daily work. The purpose is also to study treatment support factors including the importance of relationships in treatment work. The selection of the study consists of five treatment workers working alongside children in a school with treatment in Sweden. Data has been gathered with semi-structured interviews and analysed with thematic analysis. The theoretical methods used to interpret the results were attachment theory and systems theory. The results show that treatment workers work with an individualized approach customized for each child.

Treatment alliances are created from a good relationship which then develop into a treatment alliance. Therefore a good relationship between treatment worker and child is vital for a treatment alliance. Upholding of a treatment alliance also has to be different according to each receiver of the treatment. What is shown to be mutual treatment support factors is the amount of involvement from the children's caretakers, economic support from the organization and collegial context. In order for the children to have claim to the support needed for them to develop, it is of utter importance that treatment workers adjust their methods to each child's needs and not the other way around.

Keywords: Treatment alliance, create treatment alliance, maintain treatment alliance, school with treatment, children

Förord

Först och främst skulle jag vilja rikta ett stort tack till de intervjupersoner som trots rådande världspandemi har tagit sig tid att dela med sig av och berätta om sina erfarenheter. Genom er medverkan har ni gett mig inte bara möjligheten att träffa ett gäng otroligt kompetenta människor, utan även ökad förståelse för arbetsområdet och därmed också forskningsämnet. Ytterligare ett stort tack till min handledare Anna-Lena för sitt stora engagemang och vägledning under studiens process.

Slutligen vill jag tacka min familj, partner och vänner som tålmodigt och med uppmuntran stått vid min sida trots att det varit tufft.

Det har varit en underbar resa med lärorika erfarenheter!

Tack!

Susanne Cueva Prado

INNEHÅLL

1	INLEDNING	1
1.1	Introduktion.....	1
1.2	Bakgrund.....	1
1.3	Syfte och frågeställningar	3
1.4	Centrala begrepp	3
1.5	Avgränsning.....	3
1.6	Behandlingsallians som begrepp	4
2	TIDIGARE FORSKNING	4
2.1	Behandlingsallians med barn och ungdomar.....	5
2.2	Tidig allians och upprätthållande	5
2.3	Påverkande faktorer	6
2.4	Sammanfattande kommentarer.....	8
3	TEORETISKT PERSPEKTIV	8
3.1	Systemteori	8
3.2	Anknytningsteori	9
4	METOD OCH MATERIAL	11
4.1	Val av metod	11
4.2	Datainsamling och genomförande.....	11
4.3	Databearbetning och analysmetod	12
4.4	Etiskt ställningstagande	13
4.5	Tillförlitlighet.....	13
5	RESULTAT OCH ANALYS	14
5.1	Intervjupersonerna och barnen.....	14
5.2	Skapande av behandlingsallians	15
5.2.1	<i>Relationens betydelse</i>	15
5.2.2	<i>Från relation till behandlingsallians</i>	16
5.2.3	<i>Hinder och möjligheter i skapandet</i>	18
5.3	Upprätthållande av behandlingsallians	21

5.3.1	<i>Struktur och kontinuitet</i>	21
5.3.2	<i>Behandlarnas engagemang</i>	21
5.3.3	<i>Behandlarnas egenskaper</i>	22
5.3.4	<i>Hinder och möjligheter</i>	24
5.4	Verksamhet och kollegor	26
5.4.1	<i>Verksamhetens bidrag</i>	26
5.4.2	<i>Kollegialt sammanhang</i>	27
6	DISKUSSION	28
6.1	Resultatdiskussion	29
6.2	Metoddiskussion	31
6.3	Etikdiskussion	32
7	SLUTSATS	32
	REFERENSLISTA	33
	BILAGA A: MISSIVBREV	
	BILAGA B: INTERVJUGUIDE	

1 INLEDNING

1.1 Introduktion

En åttaårig pojke har inte varit i skolan på ett halvår. En femtonårig tjej lider av panikångest och har inte varit i skolan mer än enstaka dagar sedan hon gick i fjärde klass. De kallas "hemmasittarna" – barnen som inte går i skolan. Så många som 5 500 barn går inte till skolan för att de inte får det stöd de behöver. Varje dag det är så här är ett djupt samhällsmisslyckande, säger utbildningsminister Gustav Fridolin." (Expressen, 2018)

Citatet ovan beskriver en verklighet för många barn i dagens Sverige, att inte kunna ha en väl fungerande skolgång. Detta trots att alla barn i Sverige enligt 2§ och 3§ 7 kap. i Skollagen (SFS 2010:800) har både skolplikt och rätt till utbildning. De barn med stora svårigheter faller ofta mellan stolarna eftersom skolornas resurser inte räcker till för alla som är i behov av stöd. Fenomenet hemmasittare är komplext och nytt begrepp som påverkar både barnet själv samt de i dennes närhet. I en rapport från Skolverket (2010) presenteras olika orsaker till frånvaro. Som skolfaktorer innefattas sådant som är pedagogiskt, organisatoriskt och inom sociala faktorer innefattar detta familjen och hemmet. De kom i rapporten fram till att bland de viktigaste åtgärderna för att förebygga lång frånvaro var betydelsen av personalens bemötande och engagemang samt ett positivt samarbete med hemmet.

Problematisk skolfrånvaro är något som påverkar samhället och även socialt arbete. Inte minst eftersom barnens psykosociala hälsa på sikt försämras. Detta är ett socialt problem i dagsläget och även sett ur ett framtidsperspektiv. Arbete och behandling för barn och unga med psykosocial problematik beskrivs som en svår process (Andreassen, 2003). Vissa verksamheter arbetar med barn med komplex problematik, däribland skola med behandling. Dessa skolor är till för barn som har en historia av att ha en problematisk skolgång. Ibland inkluderas också familjerna till de barn som har det svårt. Att ha behandlare i den pedagogiska verksamheten ger möjlighet att på ett djupare plan kunna förstå barnens hinder för att öka barnets chans att lyckas.

1.2 Bakgrund

Psykisk ohälsa bland skolungdomar i Sverige har ökat markant. Till och med fördubblats sedan mitten 90-talet för både flickor och pojkar (Folkhälsomyndigheten, 2018; Hagquist, 2011; Socialstyrelsen 2017). Folkhälsomyndigheten (2018) har kommit fram till olika faktorer som kan ha påverkat ökningen utifrån fyra olika teman. Faktorer inom familjen så som föräldraförmåga, socioekonomiska förutsättningar, brister i skolan samt övergripande samhällsförändringar. Ungdomars psykiska ohälsa kan också påverka trycket på socialtjänsten. I november 2018 hade Socialtjänsten 33 800 barn och unga med beviljad

öppenvårdsinsats vilket var en ökning med 1200 personer från året innan (Socialstyrelsen, 2019).

För de barn som på grund av deras behov har svårt att gå i vanlig skola beviljas av socialtjänsten en plats på verksamheter som har både stödundervisning och behandling. Severinsson (2010) förklarar dessa verksamheter som ett mellanting mellan behandling och undervisning. Ytterligare en insats som brukar beviljas för barn med komplexa behov är familjebehandling (Folkhälsomyndigheten, 2017). Ett av målen är att barn och ungas problematik ska minska samt bidra till ökat samspel i familjen som behandlare hjälper med. Ibland kan detta ske genom samtal (Folkhälsomyndigheten, 2017) och i andra fall finns verksamheter som kombinerar både resursskola och familjebehandling för barn med omfattande behov av stöd.

Inom området socialt arbete börjar forskning fokusera mer och mer på vad som bidrar till goda behandlingsresultat, däribland förhållningssätt gentemot klienten och dess nätverk. Det finns forskning som visar på att fenomenet behandlingsallians visats sig vara en bidragande faktor till främjande av gott behandlingsresultat (Gelso, 2014; Zack, Costonguay & Boswell, 2007). Däremot är det mindre beforskat kring hur behandlingsallians sker och arbetas med i en aktiv skolmiljö.

Ett samspel som sker mellan socialarbetare och klient behöver inte nödvändigtvis innehålla emotionella drag, med hänsyn till att det finns en relation (Svensson, Johnsson & Laanemets, 2008). Denna kan vara av neutral karaktär eller till och med negativt laddad och påverkas av huruvida socialarbetare och klient förhåller sig till sammanhanget och den inramning som görs (ibid.). I behandling är alliansen mellan klient och terapeut en nyckel för att lyckas (Despland, Roten, Despars, Stigler & Perry, 2001). Somliga studier visar på att en kan uppnå positiva behandlingsresultat i behandlingsarbetet om exempelvis personalgruppen är enig (Ahonen & Degner, 2013). Dock är forskning kring hur behandlingsallians sker med barn mindre beforskat (Zack et al., 2007).

Att inom det sociala arbetet ha en fungerande allians med en klient är önskvärt men kan bli problematiskt, eftersom det är just ett samspel. Flera faktorer kan påverka en allians. I första hand både den professionelle och klienten, men även externa faktorer som indirekt kan ha inflytande och verkan över alliansen. Det blir också av vikt att undersöka behandlingsallians med barn eftersom den psykiska ohälsan bland barn och unga ökar i takt med att öppenvårdsinsatser blir allt vanligare. Likaså är problematisk skolfrånvaro aktuellt i dagens samhälle där barn benämns som ”hemmasittare” och påverkar det sociala arbetet eftersom det är ett relativt nytt myntat begrepp. Flera välfärdsinsatser kan tänkas vara kopplade till ett sådant barn, bland dessa socialtjänst och barn och ungdomspsykiatrisk vård (BUP) som har både långvariga och korta kontakter med barn och dem i dennes närhet. Det ses således vara en utmaning inom socialt arbete att både skapa och bibehålla en god allians med barn eftersom denne har kontakt med flertalet professionella inom olika instanser och något författaren anser viktigt att undersöka.

I denna studie kommer professionellas erfarenheter kring behandlingsallians som arbetar på skola med integrerad dagbehandling att studeras. Författaren hoppas att denna studie ska kunna öka förståelsen och ge en större inblick i begreppet behandlingsallians med barn ur ett professionellt perspektiv med fokus på skola med dagbehandling. Frågeställningarna kommer alltså att besvaras utifrån ett professionellt perspektiv. Min förhoppning är att yrkesgrupper som arbetar med och för barn genom denna studie får ökat intresse, förståelse och insikt om konsten att skapa och bibehålla behandlingsallians med barn.

1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie är att undersöka och öka förståelsen hur professionella behandlare i en öppenvårdsinsats, i detta fall skola med behandling, skapar och upprätthåller behandlingsallians med barn i sitt dagliga arbete. Olika behandlingsfrämjande faktorer kommer att undersökas och slutligen även relationens betydelse i behandlingsarbetet. Följande forskningsfrågor är utgångspunkt för studiens syfte:

1. På vilka sätt arbetar behandlare för att skapa och upprätthålla en god behandlingsallians med barn?
2. Vad för betydelse har behandlingsalliansen mellan behandlare och barnet i behandlingsarbetet?
3. Vilka hinder och/eller möjligheter framträder i behandlingsallians?

1.4 Centrala begrepp

Barn: Enligt 3§ 1 kap. Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) står bestämmelser om att det vid beslut av behandlingsinsatser för barn ska barnets bästa vara avgörande och med barn avses varje människa under 18 år. I denna studie används begreppet barn på två sätt. I resultatdelen syftar barn till att vara en skolelev mellan 12 till 17 år. I övriga studien syftar barn till vad den i juridisk mening betyder, en människa under 18 år.

Behandlare: En behandlare är någon som arbetar med en eller flera behandlingsmetoder inom antingen psykiatri, socialtjänsten eller i privata verksamheter. I denna studie avses samtliga professionella som direkt arbetar med behandling på den verksamhet där intervjuerna genomförts.

Behandling: Behandling är ett begrepp för olika behandlingsmetoder grundade i vetenskap, främst psykoterapi såsom kognitiv beteendeterapi (1177 Vårdguiden, 2017). I denna studie syftar behandling främst på miljöterapi som sker i vardagen på verksamheten där behandlarna jobbar men sker också genom samtalsbehandling med både barn och dennes vårdnadshavare i grupp eller enskilt och andra metoder som Aggression Replacement Training (ART), Marte Meo mfl.

1.5 Avgränsning

Inför denna studie har författaren valt att avgränsa sig till att endast undersöka behandlares erfarenheter gällande behandlingsallians med barn. Vid detta tillfälle har endast en verksamhet i form av skola med integrerad dagbehandling undersökts. Därför kommer studiens syfte och frågeställningar endast att besvaras utifrån ett professionellt perspektiv från en verksamhet.

1.6 Behandlingsallians som begrepp

Hausner (2000) menar att termen och konceptet behandlingsallians introducerades år 1956 av Zetzel där hon definierade terapeutisk allians som ”ett fungerande förhållande mellan klient och analytiker”, det vill säga en relation. Redan då kunde ett flertal element beskrivas som viktiga för alliansen. Bland dessa att ett objektivt förhållande mellan behandlare och klient är nödvändigt för att kunna åstadkomma framsteg. Den terapeutiska alliansen fungerar också som ett skydd vid uppvisande av försvarsmekanismer, så som regression. Vidare beskriver Hausner att ett omdefinierat koncept presenteras av Greenson 1965 till *treatment alliance*, på svenska behandlingsallians. Detta för att ytterligare ha möjlighet att inkludera flera kliniska aspekter. Det handlade exempelvis om fokus på behandlarens förmåga att kunna visa medmänsklighet under behandlingssammanhang. Dessutom inkluderades aspekter från klientens lidande och hjälplöshet kunde bidra till en längtan efter en ”närvarande förälder”, i detta fall i terapin med en behandlare. Både relationella och interaktionella faktorer omfattas mellan behandlare och klient i behandlingssammanhang. En behandlingsallians beskrivs endast vara verkställbar om en terapeutisk allians har upprättats. Om den terapeutiska alliansen är för svag eller obefintlig blir en behandlingsallians nästintill helt omöjlig att uppnå (Hausner, 2000).

Bordin (1979) berättar om att det i inledande skedet av att skapa behandlingsallians är två aspekter av stor vikt. Dels behöver en överenskommelse göras om vilka behandlingsmål som ska uppnås och även en överenskommelse om de uppgifter som krävs för att nå dessa. När en behandlingsallians etablerats mellan behandlare och klient är det av största vikt att fortsätta vara delaktig, dels under skapandet men främst i bibehållandet (Bordin, 1979). Bordins definition av begreppet behandlingsallians är den mest vanliga och använda i socialt arbete, främst inom terapeutiska sammanhang. Han menar att det behövs tre byggstenar i skapandet av allians som också är en förutsättning till att den ska kunna skapas överhuvudtaget. Dessa namnges på engelska som goal, task och bond. Först och främst beskrivs byggstenen ”goal”, det vill säga ett eller flera mål som terapeuten och klienten ska enas om. Därefter följer ”task”, det vill säga uppgift och med detta diskuteras hur behandlingen ska utformas och genomföras där båda parter är överens om vad som ska ingå i behandlingen. Slutligen ”bond”, som innebär att ett känslomässigt positivt band finns mellan terapeut och klient som grundar sig på tillit och acceptans. Slutligen påpekar Bordin att behandlingsallians inte bara finns inom psykoterapi utan inbegriper samarbete och samförstånd om viktiga ändamål i olika avseenden i livet.

2 TIDIGARE FORSKNING

I detta avsnitt kommer relevant forskning att redogöras för i den föreliggande studien. De artiklar som behandlats är vetenskapligt granskade. Studier presenteras från både nationell och internationell nivå och omfattar behandlingsallians med både barn och vuxna. I sökprocessen har databaserna ProQuest Social Sciences, PubMed och PRIMO använts där nyckelord som exempelvis ”working alliance OR therapeutic alliance OR alliance ruptures” AND ”children OR youths OR adolescents” använts. Litteratur har även hittats genom refererad litteratur i avhandlingar och artiklar. Avsnitten kategoriseras utifrån det

huvudsakliga innehållet i artiklarna, behandlingsallians med barn och ungdomar, tidig allians och upprätthållande samt faktorer som påverkar behandlingsallians.

2.1 Behandlingsallians med barn och ungdomar

Andreassen (2003) beskriver att behandling för barn och unga med psykosocial problematik är en svår process. Jensen et al. (2010) norska intervjustudie om hur behandlingsalliansen med barn upprättas utifrån ett barnperspektiv, föräldrars perspektiv samt behandlarperspektiv. Det framkom att en del barn såg negativt på behandling och därmed kunde behandlarna inte använda en motivation som ingång. Olika aspekter sågs som framgångsrika i att arbeta med barns trots att de själva inte själva var motiverade. Dels var behandlarens personliga egenskaper såsom ödmjukhet, trygghet, och nyfikenhet viktig, likaså en god allians med barnets föräldrar. Barnen uppskattade att gradvis närma sig känsliga områden utan press och att det blev lättare desto mer de lärde känna behandlaren. Behandlarna menade att timing på svåra samtal var en utmaning men där en tydlig ram tillsammans med föräldrarna var viktig samt att ha talat om hur mycket transparens de fick ha utifrån vad barnet kunde tolerera. Jensen et al. förklarar att barn ibland har svårt att förstå målet med behandling och dess villkor. Den emotionella aspekten är viktig för barnet då denne är beroende av detta, särskilt från deras föräldrar. Därför är en god relation mellan behandlare och föräldrar också en nyckel till god behandlingsallians.

Malvaso, Delfabbro, Hackett, och Mills (2016) har i sin studie gjord i Australien kommit fram till att ungdomars beteende och personliga egenskaper kan försvåra för den professionella att skapa allians. Exempelvis beskrivs en ungdom som har svårt att engagera sig eftersom denne är aggressiv eller har ett anti-socialt beteende. Författarna menar att en hjälp och ett sätt att nå fram vid dessa tillfällen kan vara ökat samarbete mellan olika yrken eller kunskapsområde eftersom en som professionell har olika interaktionstilar och olika sätt att bygga relationer. Ytterligare faktorer som nämns vara av vikt vid bibehållande av god allians är ett icke autoritärt förhållningssätt samt trygghet och empati. Vid behandlingsallians med ungdomar påpekas även vikten av att terapeuten närmar sig ungdomen på ett mindre formellt sätt, gärna uppsökande och empatiskt (Malvaso, et al., 2016).

Ungar et al. (2012) och Ungar et al. (2014) har utifrån ett brukarperspektiv undersökt upplevelser av vad god kvalitet innebär i behandlingsresultat för unga med komplexa behov. De unga betonar att de uppskattade de professionellas förhållningssätt gentemot dem, främst omtänksamhet. Även ett icke-dömande förhållningssätt (Zlotowitz et al., 2016), ytterligare en viktig faktor som påverkade behandlingsutfallet positivt var tät kontakt med föräldrar under lång tid för att stötta ungdomarna. Andreassen (2003) har också forskat på vilka faktorer som har betydelse och är avgörande inom behandling. Först beskrivs de egna egenskaperna som individen besitter kunna påverka. Därefter följer de eventuella relationerna som skapas och på vilket sätt själva behandlingen sker.

2.2 Tidig allians och upprätthållande

För att kunna visa ungdomen trygghet i vardagen bör det tidigt ske gränssättningar på ett tydligt och konsekvent sätt för att vården ska vara förutsägbar även över tid (Tjersland, Engen & Jansen, 2011). Förutom betydelsen av att en personalgrupp ska vara samstämmig och vara

gränssättande för att främja goda behandlingsresultat (Andreassen, 2003; Tjersland, et al., 2011) är det viktigt att tidigt försöka skapa allians i relationen. Att tidigt sätta mål och gränser är viktigt för att förutse goda behandlingsresultat (Horvath, 2006).

Bourion-Bedes, et al. (2013) undersöker i Frankrike genom en kvantitativ studie, värdet av tidig terapeutisk allians med ungdomar. Trots att det tidigare visats studier på att en allians tog längre tid för ungdomar med låg motivation och påtvingad behandling av föräldrar, menade ungdomarna i studien att alliansen var nödvändig för att uppnå mål. Oavsett inställning till behandlingen visade studien att vikten av en god tidig allians var signifikant relaterad till en kortare behandlingstid. I jämförelse med behandlares svar var de inte alltid ömsesidigt överens kring hur nära alliansen var i ett tidigt skede. Vid en del tillfällen uppfattade barnen att en allians skapats medan behandlaren inte riktigt var där ännu. Klienternas uppfattning om vikten av att tidigt skapa en god allians med behandlaren visade sig vara bra för att uppnå goda resultat (Bourion-Bedes, et al., 2013)

Allians är något dynamiskt och ömsesidigt som ändras över tid eftersom den påverkas av inre och yttre faktorer som kan förändra kvalitén som sker både medvetet och omedvetet (Safran & Kraus, 2014). I en studie undersöks främst upprätthållande av behandlingsallians och där alliansbrott och kriser sker. Det beskrivs också på vilket sätt terapeuten i detta stadie kan uppmärksamma det som sker och även reparera alliansen. Det påpekas att avbrott sker oftare än vad terapeuten kanske är medveten om och lyckas förstå. Det är vid kriser som terapeutens uppgift särskilt blir att benämna svårigheterna med klienten för att senare kunna gå vidare med förhoppning att upprätthålla alliansen.

Efter en reparation av ett avbrott eller kris i relationen visar studien på att alliansen blir starkare än innan, beroende på hur det tagits hand om (Safran & Kraus, 2014). Tjersland et al. (2011) betonar också att förändringsarbete är svårare om det inte grundas på tillit och respekt, vilket betyder att en trygg relation mellan behandlare och ungdom är en förutsättning för goda resultat. Det tar också både lång och mycket tid och ibland behöver utrymme ges utöver schemalagd tid. En trygg relation uppnås genom ett genuint engagemang, mycket tid samt att personalen är konsekvent för att tillsammans kunna nå och främja behandlingsalliansen som består av tre komponenter, överenskommelser, genomförande och ett emotionellt band för att nå behandlingsmål (Tjersland, et al., 2011; Bordin, 1979).

2.3 Påverkande faktorer

Ackerman och Hilsenroth (2003) har i sin studie gjord i USA, kommit fram till att behandlaren personlighet och terapiteknik har stor betydelse i att påverka behandlingsallians. Bland dessa tas det exempelvis upp att det är viktigt i både skapandet och upprätthållandet att ha ett utforskande förhållningssätt. Forskarna menar även att engagemang bidrar till en stark behandlingsallians. Andra faktorer som framkom var att visa empati, vara ärlig, utstråla självsäkerhet och bekräfta klienten. De menar också på att de faktorer som visats vara viktiga i underhållandet av alliansen är densamma som är viktig vid ”reparation av alliansen”. Författarna menar att tillfälliga brott i alliansen är en möjlighet att fördjupa behandlingsalliansen ytterligare eftersom en gemensam erfarenhet skett. Faktorer som visade sig påverka alliansskapandet negativt var tystnad men också för mycket prat om terapeuten själv (Ackerman & Hilsenroth).

Bowlby (2010) arbetade med behandling av barn och familj och betonade vikten av barns tidiga erfarenheter av bland annat relationer och hur det kan påverka utvecklingen, på grund av detta inkluderade han alltid föräldrarna i behandlingsarbetet för att vägleda. Vidare skriver också Bowlby om betydelsen att det är terapeuten som står för att skapa förutsättningar för att klienten ska kunna utforska dennes egna föreställningar. Även Perris (1996) skriver om relationen mellan terapeut och klient där terapeuten behöver våga vara nyfiken och utforska för att kunna utgöra en trygg bas för patienten genom empatisk tillgänglighet för att skapa nya erfarenheter. Perris menar också att många klienters problem kan bero på störningar i anknytningsprocessen.

Att ”frivillig-insatser” (öppenvård) måste ske av egen vilja kan vara en bidragande faktor till att en insats blir lyckad eller inte lyckad (Smith, 2008). Klienterna besitter makt som kan visa sig på olika sätt, vägran av samarbete, passivitet, utmanande, kontrollerande och genom att göra motstånd. Vissa av dessa strategier som ibland utövas menar Smith bör ses som att klienten försöker att påverka slutresultatet utifrån sina egna intressen och utnyttjar dessa på olika sätt för att få sin vilja igenom. En vägran att samarbeta kan ses som en protest och att klienten passivt vill förmedla något. Det har också visat sig att ökad motivation från både föräldrar och ungdomar bidragit till ökat engagemang, bättre relationer och även ett bättre utvärderingsresultat.

En del studier visar på att en kan uppnå positiva behandlingsresultat i behandlingsarbetet om exempelvis personalgruppen är enig (Ahonen & Degner, 2013, Tjersland et al., 2011). Tjersland et al., (2011) beskriver också att en relation tar lång tid att skapa och där kan hög personalomsättning hindra ungdomar att kunna skapa allians eftersom de inte hinner lära känna en behandlare innan denne byts ut.

Ekeblad, Falkenström och Holmqvist (2016) undersöker i en kvantitativ studie gjord i Sverige, korrelationer mellan mentalisering och behandlingsallians. Tidigare studier har visat på att klienter med lägre mentaliseringsförmåga hade kopplingar till andra psykiatriska tillstånd som depression, tvångssyndrom, PTSD, i vissa fall ångest och kognitiv nedsättning. Ekeblad mfl. förklarar att indikationer fanns på att behandlingsalliansen var sämre för klienter med lägre mentaliseringsförmåga och högre för klienter med högre mentaliseringsförmåga. Inga skillnader visades i hur de inledande faserna av behandlingen skedde. Dock ökar alliansen successivt för de patienterna med högre kapacitet för mentalisering i fortare utsträckning än för dem med lägre kapacitet för mentalisering. Författarna menar alltså att det är viktigt att skilja vilka som är hjälpta av en viss insats eller behandlingsform som kan vara mer eller mindre lämplig.

Despland et. al (2001) håller med och beskriver att klientens funktionsnivå och försvarsmekanismer kan påverka förmågan till skapandet av behandlingsallians men terapeutens egenskaper visade sig vara än mer betydande. Redan vid en tredje session hade behandlingsallians etablerats enligt somliga. Terapeutens förhållningssätt varierade mellan att vara bekräftande, utforskande och utmanande. Det blir alltså i högsta grad viktigt både att terapeuten tar sitt ansvar och även anpassar sig till att kunna passa klienten och inte tvärtom, för att kunna skapa en allians.

2.4 Sammanfattande kommentarer

I den tidigare forskning som presenteras blir både likheter och skillnader synliga och åskådliggör en rad utmaningar som infinner sig i behandlingsallians. Flertalet beskriver behandlingsallians med barn som något svårt, komplext och dynamiskt (Andreassen, 2003; Jensen et al., 2010; Safran & Kraus, 2014). Däremot finns delade meningar om olika förhållningssätt för att närma sig barnen. Både Jensen et al. (2010) och Zlotowitz et al. (2016) menar att god relation med föräldrar och att låta alliansen ta tid att byggas upp är viktigt. Däremot menar Ackerman och Hilsenroth (2003), Perris (1996) och Bowlby (2010) menar att terapeutens och personlighet och terapiteknik, som att vara nyfiken, är det som påverkar behandlingsalliansen mest i arbete med barnet. Flertalet forskare är överens om att både trygghet och nyfikenhet är centralt för att skapa och bibehålla god behandlingsallians (Jensen et al., 2010; Malvaso, et al., 2016). Enligt Andreassen (2003) och Tjersland et al. (2011) är det viktigt att tidigt försöka skapa allians i relationen, dock menar Bourion-Bedes, et al. (2013) att klient och behandlare inte alltid är överens om när det sker då behandlare senare än klienten anser att behandlingsallians skapats. Både Ekeblad et al. (2016) och Despland et al. (2001) beskriver klientens funktionsnivå och låg mentaliseringsförmåga som påverkande faktorer för behandlingsalliansen som visar sig genom exempelvis försvarsmekanismer.

Författaren anser att det har varit en utmaning i att hitta forskning om behandlingsallians med barn och därför har även forskningsartiklar gällande behandlingsallians med vuxna presenteras. Det var också svårare att hitta forskning som beskrev betydelsen av behandlingsallians i mötet med klienten men visar att det är ett dynamiskt begrepp. Området inom verksamheter som skola med behandling anses också vara ett relativt outforskat område. Tidigare forskning har valts ut utifrån studiens frågeställningar och syfte och författaren är medveten om att de flesta presenterade studierna är av kvalitativ ansats. Forskning presenteras från olika länder men begreppet behandlingsallians tolkas likadant och därför valts att redovisas och användas till denna studie. Forskningsartiklarna har bidragit till en ökad förståelse av behandlingsallians där några av de centrala aspekter lyfts och ger en bild över vad som tidigare har undersökts och bidrar till vidare analys av denna studies resultat. Med denna föreliggande studie vill författaren utvidga förståelsen för behandlingsallians med barn i skola med behandling eftersom forskningsområdet har relativt få bidrag.

3 TEORETISKT PERSPEKTIV

I följande avsnitt redogörs studiens två teoretiska perspektiv som i studien kommer att användas för att tolka resultatet. Först beskrivs systemteori med beskrivningar om begrepp och dess tillämpning. Därefter beskrivs anknytningsteorins centrala begrepp och konsekvenser.

3.1 Systemteori

Centralt för systemteori är hur sociala faktorer och psykologiska funktioner påverkar människans liv vilket går hand i hand med det sociala arbetets målsättningar (Payne, 2015). De socialarbetare som använder denna teori ser den enskilde i det sammanhang denne

befinner sig i såsom dess sociala omgivning och familj. Teorin används för att inkludera och uppmärksamma flera faktorer som kan påverka en människas liv än bara individen själv (ibid).

Systemteori fokuserar på både utveckling och omvandling av system samt interaktionen och relationer i system. Ett system kan förklaras som faktorer som direkt eller indirekt påverkar varandra och är mer eller mindre beroende av varandra (Teater, 2014). Payne (2015) förklarar att det finns olika system, ett makrosystem med ett mindre mesosystem och slutligen ett system på mikronivå. Exempelvis är samhället på makronivå och ett mesosystem en familj med olika medlemmar och mikrosystem en syskonrelation. System kan vara olika mottagliga för yttre stimuli som bland annat påverkas av biologiska faktorer och kallas för öppna eller stängda system. Förändringsarbete kan i de fall där system är mer stängda vara en begränsning då socialarbetaren kan ha svårt att komma in. De som arbetar systemteoretiskt i ett förändringsarbete letar inte endast efter de fel som personen själv gör utan även vad i miljön som gör att en viss situation kan uppstå (ibid). De olika systemnivåerna kan variera, likaså insatser till en viss nivå för att specificera vart insatsen i huvudsak ska gå men påverkas och påverkar också av dess omgivning (Payne, 2015).

Den främsta möjligheten som systemteori utgör är att det öppnar upp en väg i att starta och bygga en relation till klienter och öka klientens makt i sitt liv genom att kunna upprätthålla jämvikt (Teater, 2014). Det nyfikna förhållningssättet bidrar till att många kort läggs på bordet vilket gör det lättare för socialarbetaren att se vad som sker i systemet med både subsystem och större system. Därefter identifieras underlag i vad som kan påverka individen och vad för behov som klienterna framför.

Systemteori är en välkänd teori inom familjebehandling. Folkhälsomyndigheten (2017) menar att socialarbetare vanligtvis använder systemprinciper i familjebehandling för att se ett helhetsperspektiv. Varje familj ska ses som en helhet där varje medlem ska ses som en del av denna. Även Hessle (2003) håller med och beskriver att en utgångspunkt i familjebehandling är ett systematiskt tänkande. Systemteorin hjälper oss att förstå och beskriva relationer i ett nätverk och hur dessa påverkar varandra i ett ständigt samspel. Det är även ett verktyg för socialarbetare att kunna upprätthålla relationer genom ökad förståelse av nätverket, för att kunna hjälpa till att undvika entropi, det vill säga oordning i systemet.

Inom systemteori sker olika fenomen som anses påverka systemet och ger möjlighet att engagera sig familjens behov (Payne, 2015). Ett av dessa är olika typer av energi som kan vara handlingar, resurser exempelvis en insats och även tid. Genom dessa kan alltså socialarbetaren som tidigare forskning visat (Folkhälsomyndigheten, 2017; Hessle, 2003) öka den sociala tryggheten i ett familjesystem genom att föra in energi. Ytterligare något som systemteori bidrar till är utforskning i hur omgivningen anpassar sig till den enskilde och vice versa (Payne, 2015). Slutligen beskriver Parrish (2012) att socialarbetare genom denna teori får större möjlighet att kunna tolka och beskriva klienten än med en teori med fokus på endast den enskilde.

3.2 Anknytningsteori

Payne (2015) menar att anknytningsteori är en av de viktigaste teorier inom psykodynamiskt socialt arbete enligt ett flertal studier. Anknytningsteori handlar om människors behov att knyta starka känslomässiga band. Bowlby (2010) introducerade och förklarade på 1950-talet

ideer kring anknytningssteori. I första hand barnets anknytningsmönster kopplat till barnets föräldrar och vikten av att de skulle utgöra en trygg bas. Detta för att efter eget utforskande och nya erfarenheter kunna återvända till en trygg famn och skydd. Bowlby utgick mycket utifrån moderns roll som förste anknytningsperson, främst utifrån den biologiska funktionen. Anknytning anses börja byggas under spädbarnsålder genom att barnet exempelvis fysiskt söker närhet. Utöver den trygga basen finns ytterligare begrepp i fokus, närhet är en av dessa då vi söker närhet vid exempelvis hunger eller rädsla. Bowlby trycker särskilt på att affekten rädsla är i huvudfokus i teorin eftersom den också går tillbaka till den biologiska överlevnadsinstinkten. Slutligen beskrivs också begreppet separationsprotest om en förälder exempelvis inte är på plats.

Begreppet *trygg bas (attachment)* uppkom efter en studie som gjordes utifrån observationer av mödrar tillsammans med deras barn och är den process av ett band som finns mellan ett barn och dennes närmsta, oftast föräldrar (Bowlby, 2010). En trygg bas uppnås genom tid, engagemang och kontinuitet. Otrygg anknytning kan innebära ett närhetssökande som inte ökar barnets trygghet medan trygg anknytning är motsatsen, att barnet får den trygghet denne söker. Barnet har under sin uppväxt i uppgift att förhålla sig till andra och respektera omgivningen samt dem som finns i den. De strategier som fås fatt på visar sig också på olika sätt under hela livet (Bowlby, 2010).

Parrish (2012) förklarar att faktorer som oro och bedrövelse kan uppmuntras vid problematiska anknytningsbeteenden där barn använder tidigare lärdomar. Vid kriser kommer dessa strategier upp som barnets arbetsmodeller om hur barnet bör agera. Det är alltså samspelet mellan barnet och dess omvårdnadspersoner som skapar inre bilder hos barnet och denne ser sig själv (Bowlby, 2010). I tidig ålder börjar alltså barnet skapa sociala egenskaper, föreställningar om livet och kognitiva förmågor. En god och trygg anknytning hjälper därmed barnet att förstå andra och även sig själva på ett mer utförligt sätt än om anknytningen haft brister. Barn kan i de nära relationerna de har skapa inre arbetsmodeller som förklarar hur barnen upplever dels sig själva och dels hur deras upplevelse med en nära anknytningsperson uppfattas. Förmågor som tilltro, att älska och vara känslomässigt tillgänglig är sådant som påverkas starkt vid mindre bra anknytning. Slutligen berättar Payne (2015) att de barn som visats sig ha fått mindre bra anknytning är också mer benägna att agera undvikande eller använda försvarsinriktade mekanismer till andra och hantera motgång sämre.

Payne (2015) beskriver att försvarsmekanismer är dynamiska och påverkas av huruvida ”jaget”, ”överjaget” och ”detet” kan samspela med varandra. Jaget beskrivs vara medlare mellan impulser från detet som kan var av sexuell och aggressiv karaktär och samtidigt kunna lyssna på överjagets samvete, krav och förväntningar. Många barn med otrygg anknytning kan ha försämrad tillgång till sitt jag och överjag och därmed också begränsad hämning mot impulser vilket i sin tur kan få omgivningen att reagera starkt på deras beteende.

Ett anknytningsmönster som till en början varit trygg kan ändras om relationen blir oförutsägbar (Eresund & Wrangsjö, 2008). Otrygg anknytning och brist på att spegla barnets inre upplevelser kan därmed påverka barnets mentaliseringsförmåga som ligger till grund för affektreglering, impuls kontroll samt självreglering. Det har visat sig att relationserfarenheter i senare ålder kan påverka och ändra inre arbetsmodeller (Eresund & Wrangsjö, 2008).

4 METOD OCH MATERIAL

I följande avsnitt redogörs metodologiska val som gjorts för studien. Studien har genomförts med en hermeneutisk ansats som vetenskaplig utgångspunkt. Studiens tillvägagångssätt kring urval och materialinsamling beskrivs och därefter materialets bearbetning. Slutligen diskuteras etiska ställningstaganden och tillförlitlighet.

4.1 Val av metod

Syftet för denna studie är att undersöka och beskriva professionellas berättelser om egna erfarenheter och tankar gällande behandlingsallians vilket gjorde att en kvalitativ forskningsmetod valdes. Forskningsstrategin som kvalitativa studier grundar sig i är betoningen på ord snarare än kvantifiering vid analys av insamling av data (Bryman, 2011). Kvale och Brinkman (2014) håller med och förklarar att en kvantitativ ansats inte anses ha möjlighet att ge en allsidig bild av både berättelser och erfarenheter så som en kvalitativ ansats förmår. Studien utgår från en abduktiv ansats som enligt Larsson, Lilja och Mannheimer (2005) har inslag av både induktion och deduktion som också rekommenderas i kvalitativa studier. Detta innebär att teoretiska utgångspunkter, i detta fall systemteori och anknytningsteori, används för att analysera och förklara resultatet utan att dra teoretiska slutsatser.

Eftersom studiens syfte också vill öka förståelsen om behandlaren egna beskrivningar om hinder och möjligheter, betydelse av behandlingsallians samt skapande och upprätthållande av allians har kvantifierad data inte samlats in. Därmed anses en kvalitativ ansats vara relevant för att ge en mångsidig bild om hur behandlaren tänker kring forskningsfrågorna. Författaren har i högsta mån försökt att få med de professionellas erfarenheter och berättelser för att ge en så nyanserad bild som möjligt.

4.2 Datainsamling och genomförande

Datainsamlingen skedde genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer. Semistrukturerade metoder gör att intervjuaren kan ha viss flexibilitet under intervjusituationen (Bryman, 2011). Semistrukturerade intervjuer ger också intervjuaren möjlighet att med stöd av en intervjuguide ha förutbestämda frågor med huvudteman. Detta eftersom det tillåter ett samtal där intervjuaren ges viss flexibilitet i att kunna ställa följdfrågor vilket kan fördjupa svar från intervjupersonen (Bryman, 2011). Semistrukturerade intervjuer ansågs därför av författaren kunna ge en djupare förståelse av behandlingsalliansens dimensioner. Detta med möjlighet att utforska sådant som i intervjuerna skulle kunna anses vara intressant samtidigt som frågeställningarna besvaras.

Intervjupersonernas medverkan styrdes av ett målinriktat urval (Bryman, 2011). Detta innebär att respondenternas lämplighet inför att svara på studiens forskningsfrågor är styrande. Urval skedde genom att en öppenvårdsverksamhet muntligen kontaktades där författaren under ht-19 genomförde sin praktik, en skola med integrerad dagbehandling i en kommun i mellansverige. Personalgruppen fick ta del av informationsbrev (se Bilaga A) med beskrivning av studiens syfte, forskningsetiska krav och kontaktuppgifter till både mig och min handledare. Studien avgränsades utifrån syftet och därför tillfrågades behandlarna personligen om medverkan av studien. Av de fem som hade möjlighet att medverka och

tackade ja till intervjun var två kvinnor och tre män. Samtliga arbetar som behandlare och även har andra åtaganden så som föreståndare och även som delägare av verksamheten. Respondenterna personuppgifter kommer inte att redovisas ytterligare för konfidentialitet i studien, bakgrundsinformation presenteras i grupp samt med fiktiva namn.

I verksamheten arbetar nio stycken behandlare, varav fem av dessa intervjuades. Vidare arbetar också tre pedagoger och en administratör i verksamheten. Verksamheten arbetar miljöterapeutiskt i skolverksamheten där 14 elever går i åldrarna 12 till 18 i årskurser 6-9. Verksamheten har också ett extern team som arbetar med uppdrag utanför skolverksamheten. De behandlare som kontaktades och tackade ja till medverkan i studien var de som sedan blev studiens intervjupersoner och utgjorde därmed ett målinriktat urval (Bryman, 2011).

Intervjuerna utgick från intervjuguiden (se Bilaga B) där både öppna och slutna frågor ställdes och utvecklades ytterligare med följdfrågor. Anledningen till att främst öppna frågor användes var för att få syfte och frågeställningarna besvarade med någorlunda styrning. Intervjuerna genomfördes på verksamheten i deras kontor och Bryman (2011) skriver att fördelen med att den som intervjuar bekantar sig med miljön där respondenterna arbetar ökar det tolkning och förståelse. Dessa spelades in, till vilket muntligt samtycke gavs från samtliga fem intervjupersoner. Intervjuernas tidsåtgång varierade och pågick mellan 45 till 55 minuter.

Innan studien genomfördes gjordes det en pilotintervju för att uppskatta en ungefärlig tidsåtgång på intervjuerna samt för att testa frågornas rimlighet och huruvida de kunde förstås. Pilotintervju menar Bryman (2011) är en viktig aspekt för att kunna ha möjlighet till revidering av intervjufrågorna vid behov för att öka chansen till fördjupade svar som besvarar studiens frågeställningar. Revidering gjordes av intervjuguiden där ett antal frågor omformulerades för att tydliggöras och ett par frågor togs bort för att minska intervjuernas tidsåtgång.

4.3 Databearbetning och analysmetod

Efter de semistrukturerade intervjuerna transkriberades dessa snarast möjligt för att kunna användas i analys av insamlade data. Bryman (2011) skriver om att det vid en semistrukturerad intervju ges utrymme för att ställa följdfrågor som kan anpassas efter den som intervjuas. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att på ett lättare sätt kunna analysera intervjupersonernas redogörelser. Under transkriberingen kunde teman och subteman (Kvale & Brinkmann, 2014) identifieras eftersom det redan under en transkribering sker en analytisk process. Transkriberingen skedde genom att intervjuerna ord för ord skrevs ner utifrån intervjupersonens berättelse och frågor som ställts. Dock togs onödigt mummel bort för att underlätta tidsaspekten i och med att arbetet endast har en författare. Namn och platser har också ändrats eller tagits bort för att säkra konfidentialiteten.

Transkriberingarna lästes noggrant flertalet gånger och liknande svar från olika intervjuer kodades i färg enligt en tematisk analys (Bryman, 2011) eftersom fokus ligger på *vad* intervjupersonerna berättar. Kodningen skedde genom identifiering av relevanta återkommande teman utifrån studiens syfte och respektive frågeställningar. Det vill säga att en tematisk analys med hjälp av färgkodning skedde utefter teman och subteman med hjälp av "framework" (Bryman, 2011). I resultatredovisningen redogörs för olika citat tagna ur materialet.

4.4 Etiskt ställningstagande

I början av kursen för examensarbetet fyllde en blankett för etisk egengranskning i och både delades och diskuterades med handledaren. Efter att båda parter skrivit under började skrivandet av examensarbetet. I första hand har studien inspirerats av Kvale och Brinkmanns (2014) förklaring om hur en på etiskt sätt ska förhålla sig till intervjupersoner.

Under studiens gång har hänsyn tagits till de etiska riktlinjerna som är nödvändiga för att få bedriva forskning i Sverige, de kraven innefattar informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Bryman, 2011). Informationskravet uppfylldes genom att informationsbrevet lämnades till verksamheten och samtyckeskravet genom att intervjupersonerna informerades om frivilligheten i medverkan av studien och rätten att när som helst avbryta intervjun. Ett muntligt samtycke gavs från intervjupersonerna innan intervjuns start och även ett muntligt samtycke från verksamhetens ledningsgrupp. För att uppfylla konfidentialitetskravet har intervjupersonerna i högsta möjliga mån försökts att aidentifieras av hänsyn till integritet och anonymitet. Ljudinspelningarna samt transkriberingarna förvarades så att obehöriga inte kunde ta del av dessa. Slutligen informerades intervjupersonerna om att materialet endast används till studien där jag och min handledare kommer att ta del av detta och därefter kommer studien efter godkännande att publiceras på forskningsdatabasen DiVA och samtliga inspelningar och transkriberingar att raderas.

Etik har också övervägts i urvalsprocessen. Då verksamheten där behandlarna arbetar på är relativt liten är en fullständig konfidentialitet svår att uppnå. Det har också övervägts noga huruvida det kan öka genom att plocka bort och modifiera sådant som kan kopplas direkt till behandlaren i exempelvis citat. Under studiens gång har jag försökt att bortse från min egen förförståelse för verksamheten eftersom min VFU gjordes på arbetsplatsen där intervjupersonerna arbetar. Det har varit en utmaning eftersom idén kring examensarbetets syfte uppkom under VFU perioden och därmed sedan en tid tillbaka observerats extra noga. Författaren har tänkt på sådant som egna värderingar och att tolkningen ska ske i rätt kontext. Slutligen har de etiska kraven under hela studiens gång beaktats och följts.

4.5 Tillförlitlighet

I kvalitativ metod används sällan begreppen validitet och reliabilitet när bedömning sker av en studies kvalitet, istället används äkthet och tillförlitlighet (Bryman, 2011). Därmed kommer dessa två begrepp att behandlas eftersom studien genomfördes utifrån en kvalitativ ansats genom att undersöka behandlares erfarenhet.

Under begreppet tillförlitlighet finns det fyra stycken tillförlitlighetskriterier (Bryman, 2011). Dessa är trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet samt möjligheten att kunna styrka och konfirmera. Trovärdighet kan exempelvis visas i att det i forskningsresultatet utförts på korrekt sätt enligt regler, exempelvis etiska aspekter. Resultatet bör även delas med deltagarna och andra berörda. Det är också av vikt att bekräfta om uppgifterna stämmer överens med hur författaren har tolkat. Denna studies trovärdighet baseras på att intervjupersonernas berättelser och erfarenheter varit centrala och att de arbetar med det fokusområde som studien syftar till att undersöka.

Överförbarhet berättar Bryman (2011) handlar om möjligheten att överföra resultat, det vill säga att det är möjligt att göra i andra miljöer vid en annan tidpunkt. Att beskriva resultatet så noggrant och detaljerat som möjligt blir av yttersta vikt för överförbarheten, vilket i denna

studie har försökts att uppnå och förmedla genom ett tydligt resultat. Dock är urvalet för denna studie relativt liten, det vill säga inte jämförbar statistiskt sätt och inte heller möjlig att generalisera eftersom alla de behandlare som intervjuades arbetade på samma verksamhet. De påverkas troligtvis av det sammanhang och gemenskapen som genomsyrar arbetsplatsen. Detta ökar alltså risken för att inte kunna applicera någon överförbarhet. Resultaten anses ändå vara tillräckliga för att kunna förmedla och bidra till viss kunskap kring det sociala arbetets utförande i form av skola med behandling.

Pålitlighet innebär transparens och att granska studien kritiskt (Bryman, 2011). Detta uppnås genom att noggrant redogöra för alla moment i studiens gång och har tillämpats genom att ett kritiskt förhållningssätt har funnits gentemot både författarens egen förståelse om verksamheten och även egna värderingar för att inte färga studien. Författaren har försökt att skapa en röd tråd genom arbetet för att skapa tydlighet och transparens för läsaren genom att genomgående koppla till studiens syfte.

Slutligen menar Bryman (2011) att möjligheten att styrka och konfirmera studien på ett objektivet sätt, trots medvetenheten om fullständig objektivitet är svår att uppnå. Arbetet ska alltså genomsyras av en objektiv ton för att visa att författaren inte medvetet påverkat arbetet med exempelvis personliga värderingar. Författaren är under studiens gång medveten om dennes egna tankar och idéer kring ämnet och har därför i högsta möjliga mån lägga dessa åt sidan och endast använt sig av tidigare forskning och teoretiska utgångspunkter för studiens analys.

5 RESULTAT OCH ANALYS

I följande avsnitt kommer studiens material att redovisas, först en kort presentation om intervjupersonerna och de barn som finns i verksamheten. Intervjupersonernas namn är fingerade med könsneutrala namn och kommer att kallas Rio, Kim, Charlie, Robin och Alex. Syftet med studien är att undersöka hur professionella behandlare i en öppenvårdsinsats, i detta fall skola med behandling, skapar och upprätthåller behandlingsallians med barn. Även behandlingsfrämjande faktorer kommer att undersökas och slutligen även relationens betydelse. Materialet samlades in genom kvalitativa semistrukturerade intervjuer där fem behandlare intervjuades. Resultatet kommer dels att kopplas till tidigare forskning och de två teoretiska utgångspunkterna vilka är systemteori och anknytningsteori. De teman som presenteras är: skapande av behandlingsallians, upprätthållande av behandlingsallians och verksamhet och kollegor.

5.1 Intervjupersonerna och barnen

Av de intervjuade var två kvinnor och tre män i åldrar mellan 35 och 59 år. De har jobbat på verksamheten i fråga mellan 4 och 24 år. Yrkesbakgrund varierar från socialsekreterare, barnskötare, fältassistent till skötare på SIS hem. Intervjupersonernas grundutbildning varierar från socionom, barnskötare till ungdomspedagog. Flertalet har genomfört studier i grundläggande psykoterapi och två av intervjupersonerna är även legitimerade psykoterapeuter. De är alla behandlare och de flesta benämner sig själva som

familjebehandlare. En del har förutom rollen som behandlare också andra åtaganden som kock, föreståndare och arbetsuppgifter relaterade till ägandet av verksamheten. Gemensamt för alla är att de har kontaktmannauppdrag för två till tre barn i skolan. Detta innebär att de har behandlingsansvar för barnet och familjen tillsammans med en annan behandlare. Flertalet beskriver att de i vardagen främst arbetar miljöterapeutiskt där flera arenor finns att arbeta med behandling förutom i skolan, så som i köket.

Intervjupersonerna berättar att de barn som går på skolan blivit beviljade insatsen skola med behandling av socialtjänsten. Främst brukar denna verksamhet väljas utifrån att de även jobbar med familjerna ur ett helhetsperspektiv. Det finns också en skolförvaltning med från respektive kommun där eleverna är folkbokförda. Barnen har en komplex problematik och tidigare så kallade ”hemmasittare” med långvarig frånvaro.

5.2 Skapande av behandlingsallians

5.2.1 Relationens betydelse

I intervjupersonernas utsagor beskrivs flertalet aspekter för att kunna skapa behandlingsallians. En av dessa anser att en relation är en fundamental förutsättning för att ett behandlingsarbete överhuvudtaget ska kunna ske. Rio beskrev:

Jag tänker att det arbete vi gör i vardagen är i grund och botten helt beroende på om vi har relation eller inte. Den är nödvändig för att komma vidare till behandlingsallians och att uppnå någon sorts förändring så är behandlingsalliansen nödvändig.

Behandlingsalliansen beskrivs vara en förutsättning för att uppnå förändring och därmed också goda behandlingsresultat. I detta fall anses det vara en nödvändighet i behandlingsarbete med barn men också som ett mer allmänt förhållningssätt. I intervjuerna uppehåller sig flertalet vid att relationer också kan vara något ytligt. Att ha en god relation anses inte räcka utan behöver i praktiken omsättas. Respondenterna beskriver genomgående att en relation inte betyder allians. Att endast ha en relation med ett barn i ett behandlingsarbete är inte tillräckligt för att skapa förändring utan den behöver utvecklas till en måldriven process, behandlingsallians. Kim förklarar ”För det är en sak att ha en relation till någon men att ha en allians är något djupare som kräver engagemang från båda sidor”.

Det tolkas som att behandlarna för det mesta ser relationen som nödvändig och att den har stor betydelse för att kunna skapa behandlingsallians eftersom det utan alliansen inte går att uppnå förändring. Detta står i samklang med forskning som även den pekar på att tidig allians är viktig där både praktiker och forskare verkar vara överens. Andreassen (2003), Tjersland et al. (2011) och Bourion-Bedes, et al. (2013) visar detta i beskrivningar om vikten av att tidigt skapa allians till klienten ur den relation som finns för att uppnå behandlingsresultat.

Det är inte endast en relation utan en god relation som anses vara viktig för ett vidare alliansskapande när förändringsarbetet börjar sättas i bruk. Detta för att inte äventyra alliansens styrka genom att exempelvis sätta press och presentera sig som experter för vårdnadshavarna och barnet, utan att ha med vårdnadshavarna i de steg som tas. Kim berättar:

Att leka specialist och ge något slags specialpaket om att "så här gör man med alla barn". Skulle vi göra så, tex. För barn med ADHD bör man göra så och så, skulle vara katastrofdåligt för behandlingsalliansen. Speciellt om en relation inte ens finns, därför blir den extra viktig och att vi inte blir experterna. Föräldrarna är experter på sina barn.

Dock håller inte alla med. Somliga av intervjupersonerna anser att det finns en risk i att inte vara helt uppriktig gällande "expert" positionen i relation till vårdnadshavarna. Alex beskriver:

Med för mycket "du är expert på ditt eget barn" kan det finnas en slags falskhet, att vi inte står för den yrkeskompetens vi har i relationen. Om vi duckar för det ansvaret kan det vara i vägen för att skapa behandlingsallians, vi riskerar att inte utnyttja vår kompetens, erfarenhet och såklart skattebetalarnas pengar.

Flertalet intervjupersoner berättar om deras tankar angående betydelsen av behandlingsallians i behandlingsarbetet med barn. Beskrivningarna beskrivs genomgående och tydligt att den anses vara grundläggande i det vardagliga arbetet som man lägger mycket tid på att skapa och vårda. En av utsagorna om alliansens betydelse beskrevs på följande vis av Alex "Jag tänker att det arbete vi gör i vardagen är i grund och botten helt beroende på den behandlingsallians vi har eller inte har med eleven och föräldrar. Där lägger vi mycket tid och energi".

Med dessa ovanstående citat tolkas alltså behandlingsallians med barn vara nödvändig för behandlingsarbetet. Författarens uppfattning är att det är möjligt för behandlarna att på vardaglig basis kunna skapa en behandlingsallians. Detta eftersom behandlare är med i skolan och arbetar miljöterapeutiskt. Det tolkas dock finnas tydliga delade meningar gällande hur förhållningssättet till brukarna ska vara, gällande hur mycket kompetensen ska vara tydlig. Forskning (Ackerman & Hilsenroth, 2003) visar på att faktorer som att vara ärlig, självsäker och visa empati kunde bidra till alliansen. Det kan alltså med stöd i forskning tolkas som att bägge förhållningssätt är "korrekta". Genom att vara mild och ödmjuk inför barnets och vårdnadshavarnas situation om att de är experter blir ett sätt att visa empati. Genom att stå rakryggad med den kompetens som behandlarna beskrivs inneha tolkas en självsäkerhet kunna utstråla och en genuin ärlighet i att inte benämna vårdnadshavarna som experter. Ett "för" ärligt sätt skulle därför kunna tolkas som vara mer hämmande än gynnande för relationen. Dock talar Ungar et al. (2012), Ungar et al. (2014) och Zlotowitz et al., (2016) om att ett förhållningssätt som ungdomar med komplexa behov uppskattade var en omtänksamhet och att förmedla att de inte dömer.

5.2.2 Från relation till behandlingsallians

Övergången från relation till behandlingsallians anses vara en utmaning. Detta eftersom övergången är ett viktigt och nödvändigt steg att tas, helst också så tidigt som möjligt. Det är en konst i sig att kunna känna av timingen om när och hur det ska ske och i vilken omfattning. Den stora risken beskrivs i att inte få till övergången av olika skäl, ett av dessa beskrivs vara rädsla. Resultatet av rädslan blir att relationen inte används till att åstadkomma förändring och endast blir fikastund eller stannar vid att "vara en kompis". Rädslan i att inte komma vidare beskrivs handla bland annat om att behandlaren gärna vill bli omtyckt och inte vill bryta den goda relationen. Robin beskriver:

Det finns en stor risk att inte våga närma sig ett djup, och hamna på en fika-nivå och bara har liksom trevligt ihop. Det får såklart gärna vara trevligt men bottna i ett allvar. Båda parter vet ju varför man träffas.

För att kunna skapa behandlingsallians tas flertalet aspekter upp. Bland dessa att ge barnet trygghet och ett sätt att skapa behandlingsallians till barn är via deras föräldrar. Detta eftersom de beskrivs kunna förmedla att de tror på arbetet, litar på personalen och förmedlar vidare detta indirekt eller direkt till barnet. Rio beskriver

...att föräldrarna känner trygghet, att de verkligen tror på oss och litar på det vi gör här är också den vägen som vi kan nå barnen, för att det är det de (föräldrarna) förmedlar det till sina barn medveten och omedvetet.

Det framgår tydligt i samtliga intervjuer att familjen spelar stor roll i behandlingsarbetet och att det är lättare att arbeta med barnen mot ett mål om man har föräldrarna med sig. Genom att stå enade med vårdnadshavare underlättas arbetet och intervjupersonerna berättar att man arbetar som i "ett team". Flertalet menar också att det är en förutsättning och nödvändighet att ha dem med sig i arbetet. En annan menar att så länge barnet är på plats och villig att samarbeta kan förändring ändå uppnås. Robin förklarar:

Jag tänker också att för att kunna nå barnen så måste jag ha med föräldrarna i jobbet också. För jag tänker de som en enhet, ett system, om den ena inte är med helt kan en annan sida backa liksom, för de påverkar varandra.

De ovanstående beskrivna citaten tolkas som att vårdnadshavarnas betydelse är central. Det blir möjligt att tolka behandlarnas resonemang som att de tycker att en väg till behandlingsallians med barnen är via vårdnadshavarna. Bowbly (2010) beskriver i sitt arbete med behandling av barn att tidigare relationer i dennes liv spelar en viktig roll och involverade av den anledningen föräldrarna. Även i annan forskning (Zlotowitz et al., 2016) har föräldrar visats påverka behandlingsallians genom att behandlare involverat dessa genom tät kontakt i syfte att föräldrar ska stötta ungdomarna. Även föräldrars ökade motivation bidrar till bättre utvärderingsresultat (Smith, 2008).

Vårdnadshavarna beskrivs ofta vara i ett destruktivt mönster tillsammans med sitt barn. Vidare påstås det att se dynamiken i familjekonstellationen kan vara svårt för familjen i fråga att på egen hand upptäcka. Därmed blir det svårt för dessa att göra annorlunda men där kan behandlarna vara med och stötta för att förändring ska kunna ske. Behandlarna beskriver att vårdnadshavarnas medverkan ses som ett nödvändigt och viktigt verktyg i behandlingsarbetet. Alex beskriver:

Vissa svårigheter eller mönster har uppstått och det har hängt med och varit förlamande. Föräldrarna kan då hjälpa och vara med och prova på nya sätt, både genom att stötta barnen att göra annorlunda men också genom att själva välja att göra annorlunda.

Rädsla anses också vara en vanlig försvarsmekanism från brukarnas sida som även det påverkar behandlarnas arbete. Detta i form av att familjen har svårt att släppa in behandlaren till familjen för att bedriva behandlingsarbete. Robin menar att "Rädsla är en svår sak, som när barn eller föräldrar stänger ut oss. Så det har ju betydelse för om vi kan ta oss in till dem eller inte".

Av ovanstående citat beskrivs det finnas destruktiva mönster och försvarsmekanismer som påverkar behandlingsalliansen. Eftersom behandlarna talar om att det ibland blir svårt för behandlaren att ta sig in i familjens mönster kan det därmed tolkas som att vissa familjesystem är svåråtkomliga. Systemets grad av öppenhet tolkas därför påverka skapandet

av behandlingsallians och i sin tur också själva behandlingsarbetet som ska skapa förändring Teater (2014) förklarar kring systemteori och hur ett system kan vara olika mottaglig för yttre stimuli i form av öppna och stängda system. Om systemet blir svårt för socialarbetaren att ta sig in i kan denne inte bidra till ökad social trygghet (Folkhälsomyndigheten, 2017; Hessle, 2003).

5.2.3 Hinder och möjligheter i skapandet

Att barnen kommer till verksamheten och blir beviljad en insats som skola med behandling innebär att det finns en större bakomliggande problematik än ”bara ADHD”. Det finns en längre historia av ett liv som inte varit helt fungerande. Familjedimensionen beskrivs vara det avgörande. Det beskrivs att barnen som blir placerade på skolan likväl skulle kunna gå i en vanlig skola, eftersom det finns barn i vanliga skolor med exempelvis ADHD. Om det hade funnits resurser och kunskap från personalen i den vanliga skolvärlden och resurser och kunskap i familjen hade barnets förutsättningar kunnat öka.

Det framkommer att relationen till ungdomarna inte är helt problemfri. Bland annat anses en del barn vara svårare att hantera och tycka om och det har betydelse för relationens utfall. Ord som personkemi används av intervjupersonerna och att det alltid brukar vara *någon* som ”klickar” med barnet och/eller familjen. Barnets personlighetsdrag och även könstillhörighet förklaras vara aspekter som kan påverka personkemin. Nedan följer ett citat av Alex som beskriver denna problematik:

Vissa barn har man naturligt lätt att möta, ex en bråkig pojke jämfört med en tyst flicka, där man undrar om man vågar utmana och skoja som man kan göra med den andre. De olika personlighetsdragen bjuder in till olika typer utav samspel.

Ytterligare något som läggs fram är barnens erfarenheter av skolmisslyckanden och blivit utpekade som problem. Många av barnen har lågt självförtroende och har svårt att urskilja om det är de som personer som är problem eller om de har ett problem. Det beskrivs ta lång tid att arbeta med barnet för att komma fram till att barnet själv ska komma till insikt och särskilja att de har och inte är ett problem. Intervjupersonerna belyser att det är viktigt för dem att skilja på beteende och person och förmedla det. En del barn är inte så blygsamma och kan bli hotfulla och då anses en tydlighet kunna skapas då behandlaren förmedlar att denne inte tolererar sådant. Behandlaren säger nej till beteendet men inte till personen.

Det framgår också att intervjupersonerna anser att många barn har svårt att lita på vuxna. En av intervjupersonerna förklarar detta som låg vuxentillit, att de vuxna inte bryr sig, förstår eller lyssnar. Därmed kan barnens attityder gentemot behandlarna och övriga vuxna i verksamheten bli ett hinder där behandlarna inte ens börjar på noll, utan minus. Barnens tidigare erfarenheter anses därmed påverka huruvida ett jobb är tuffare än andra. Charlie förklarar:

...där tänker jag ju mycket på barndom och sådana saker. Med vissa barn är det svårare att få till just den trygga alliansen med än vissa andra barn. Det beror ju på deras ibland otrygga uppväxtförhållanden, tillitsproblematik, våld i familjen och så vidare.

Med stöd av citaten ovan tolkas det att barnen som blir placerade på öppenvård, i detta fall skola med behandling, beskrivs ha med sig en del negativa erfarenheter som visar sig på olika sätt. Negativa erfarenheter förstås komma från vuxna, både i tidigare skolor och från andra

insatser som de varit i kontakt med, exempelvis socialtjänsten eller andra behandlare om familjen fått en sådan insats tidigare. Barnens personliga egenskaper är en aspekt som tolkas kunna både försvåra och gynna behandlingsallians. Barnens förmåga att kunna lita på vuxna tolkas kunna ha med anknytning att göra. Att vissa barn har låg motivation kan förstås på det sätt att de inte är särskilt benägna att göra annorlunda, särskilt om de inte ser sitt beteende som problematiskt. Smith (2008) talar om att klienterna kan utöva makt på olika vis, exempelvis passivitet och att vara ytterligare utmanande i beteendet om denne inte är ”frivillig-placerad”. Dessutom menar Smith att om ungdomen är motiverad genererar det ett bättre samspel. Även Andreassen (2003) menar att en faktor som påverkar behandling är individens egna egenskaper. Parrish (2012) menar att oro och bedrövelse är sådana beteendefaktorer och strategier som kan bejakas vid problematisk anknytning. En otrygg anknytning förklaras ge problematiska strategier vid kriser som enligt anknytningsteorin förklaras som arbetsmodeller som är mindre gynnsamma (Bowlby, 2010; Parrish, 2012). De samspel som står till grund till arbetsmodellerna är hur anknytningen till omvårdspersonerna har skett och att det vid otrygg anknytning ger mindre förmåga att uppleva sig själv från ett yttre perspektiv. Bowlby (2010) menar att särskilt förmågan att känna tilltro till andra människor påverkas vid mindre bra anknytning. Detta är vad som bekräftas av intervjupersonerna och också min tolkning, att en del barn har påverkats av dess anknytning. Det har dock visat sig att positiva relationserfarenheter i senare ålder kan påverka och ändra inre arbetsmodeller (Eresund & Wrangsjö, 2008) vilket ger stöd av forskning att ett förändringsarbete blir möjligt.

En möjlighet beskrivs bestå av barnets motstånd, undvikande eller attityder som kan visa sig på olika sätt då man tidigt i relationen sätter gränser för att skapa tydlighet. Dels handlar det om hur barnet förväntas vara på verksamheten och hur interaktionen bör ske med behandlare och övriga för att skapa förutsättningar för barnet att lyckas. När insikten finns om att barnen har ett problem och inte är ett problem blir också förändring lättare eftersom det då kan börja talas om behandlingsmål. Intervjupersonerna är eniga om att många av barnens beteenden går att förstå. Det berättas om att barns tidiga erfarenheter i livet skapar både arbetsmodeller och handlingsmönster som utvecklats. Dessa visar sig som bland annat försvarsmekanismer som följer med även i äldre ålder. Handlingsmönstren ses som en möjlighet i att kunna identifiera dessa. Fokus därefter blir därmed att skapa förtroende och tillit, eller som tidigare nämnts en trygg bas. När den trygga basen och även behandlingsalliansen är uppnådd blir det möjligt att kunna testa och skapa nya erfarenheter tillsammans. Det påstås att det då kan skapas nya mönster och arbetsmodeller. Rio beskriver:

Barnens erfarenheter formar deras handlingsmönster mot sin omgivning, deras arbetsmodeller. Om de varit utsatt för saker de behövt skaffa sig skydd emot är det skydden vi kommer möta... ett aggressivt beteende eller bli tyst är olika sätt att hantera tidigare eller nuvarande jobbiga situationer.

För att skapa en god behandlingsallians till barn beskrivs en viktig aspekt vara att visa barnet att behandlaren tänker stanna kvar, lyssna och vilja dem väl. Rio beskriver att ”Det är väldigt viktigt att vi är en trygg bas att komma till och vuxna som vill dem väl och tycker om dem, för att öppna upp möjlighet till förändring”. Hen menar att man kan visa barnet att de vuxna på verksamheten, i första hand kontaktpersonerna, är en trygg bas genom att visa att man som behandlare är tillgänglig. Detta genom att exempelvis finnas på telefon eller sms även på obekväma tider när barnet behöver stöd.

Utifrån behandlarnas utsagor tolkas de arbeta för att skapa förutsägbarhet genom att exempelvis sätta gränser och inte tolerera vissa beteenden med målet att skapa trygghet för

barnen. Ytterligare något behandlarna uppfattas göra för att skapa behandlingsallians är att vara närvarande genom att bland annat vara tillgängliga för barnen per telefon på obekväma tider för att ge barnen en trygg bas på distans när de behöver stöd. Detta tolkas vara ett arbetssätt av behandlarna för att barnet ska kunna våga göra annorlunda. Bowlby (2010) beskriver begreppet trygg bas som en process av det närmsta band barnet har vilket främst brukar handla om föräldrar. Den trygga basen utgör en arena för barnet att utforska världen och testa sig fram och anses ta tid, engagemang och kontinuitet att uppnå. Tjersland et al. (2011) menar att för att kunna visa barnet trygghet bör gränssättningar ske på ett konsekvent och tydligt sätt för att vården ska vara förutsägbar och spendera tid tillsammans utanför schemalagd tid.

Mentaliseringsförmåga förekommer i beskrivningar i vad som kan påverka skapandet av behandlingsallians. Det kan som tidigare nämnts, handla om huruvida ett barn förstår att det har ett problematiskt beteende. Intervjupersonerna menar att det tar tid att komma till insikt och att vissa barn inte förmår att komma dit. En annan beskrivning som ges är att inre arbetsmodeller anses också ta tid att förändras och att barnet måste komma till en punkt där det också vågar testa att göra annorlunda tillsammans med behandlaren. Charlie förklarar:

De har varit med om många misslyckanden och skapat sig inre arbetsmodeller som inte är det vi andra har. När vi ska försöka skapa ihop kan det vara ganska trögt och jag tänker att vi behöver ha tid och måste få misslyckas och lyckas tillsammans många gånger.

Det anses därför vara viktigt att om en placering blir aktuell vill verksamheten att barnet men också vårdnadshavare aktivt ska välja platsen för att kunna öka samarbetet. Därmed blir viljan och motivationen från åtminstone en part en möjlighet i det vidare behandlingsarbetet. Vidare beskrivs ett eventuellt intresse från barnets sida vara en naturlig ingång och utgångspunkt i hur en allians med en klient kan skapas. Det förklaras vara av vikt att sätta sig in i sådant som barnet är upptaget av för att förstå denne och samtidigt komma närmare varandra om ett intresse visar sig vara ömsesidigt. Annars skapas ett ömsesidigt intresse eftersom det också menas ingå i behandlaren arbetsuppgifter. Kim förklarar:

När elev X var intresserad av att datorer och spel kunde vi fixa en cool och avancerad del till datorn som lockade hit barnet. Barnet hade det inte hemma och vi som vuxna och ställe blev intressanta för barnet vilket gjorde att hen sökte sig hit stegvis.

Slutligen framgår det av intervjupersonerna att det finns en stark vilja att umgås med ungdomarna. De förklarar genomgående att det även är deras ansvar och skyldighet som behandlare att göra det som är bäst för barnet och familjen. Detta oavsett barnets förmågor, personlighetsdrag och tidigare erfarenheter. Intervjupersonerna beskriver att det alltid går att hitta något som gör att man tycker om barnet, även fast man ibland behöver leta. Det är också grundat utifrån att det finns ett uppdrag och mål som ska försöka uppnås. Alex berättar ”Vi som har fått i uppdrag att jobba med de här människorna har det stora ansvaret att hitta något som gör det möjligt att vilja skapa en allians även om det är knepiga barn och föräldrar”.

Genom beskrivningarna ovan kan barnens beteende tolkas ha stark koppling till anknytningsteorin. Intervjupersonerna tolkas vara väl insatta i detta och ha stor förståelse och beredskap för att arbeta med barn och deras vårdnadshavare, som är svårare att hantera och tycka om. Eresund och Wrangsjö (2008) förklarar att otrygg anknytning och genom brist på förmåga att spegla ett barns känslor kan påverka barnets mentaliseringsförmåga som bland annat reglerar affekter, impuls kontroll och självreglering. Payne (2015) beskriver försvarsmekanismer som ett samspel mellan jaget, överjaget och detet. Många barn med

otrygg anknytning beskrivs ha begränsad hämning mot impulser som därmed kan få omgivningen att reagera på vissa beteenden.

5.3 Upprätthållande av behandlingsallians

5.3.1 Struktur och kontinuitet

Struktur anses vara en viktig byggsten för att kunna underhålla och upprätthålla behandlingsalliansen. Bland annat beskrivs det att en del överenskommelser och planer ofta behöver revideras med nya beslut för att saker händer med och runt omkring barnet. Detta kan innefatta nya eller förändrade idéer. I och med detta förklaras det att målen behöver klargöras för både barnet och familjen för att bibehålla grundstrukturerna om vad som ska åstadkommas. Alex förklarar:

...man har en plan och jobbar på med den, och efter ett tag så händer något och så kommer man på en ny plan. Då omrevideras det vi höll på med. Nya överenskommelser, nya planer, nya idéer som ska leda till samma mål eller lite annorlunda.

En av de viktigaste aspekterna i upprätthållande av behandlingsallians nämns av flertalet intervjupersoner är vikten av kontinuitet. Den beskrivs fortgå i vardagen eftersom det är en skola där behandlarna hela tiden har möjlighet att kunna interagera med barnen. Det beskrivs också att det ibland bara rullar på under vardagen om det går särskilt bra för ett barn och inga enskilda samtal sker var och varannan dag. Detta försöker behandlarna uppmärksamma och vårda genom enskilda upplägg för att ändå upprätthålla ramar. Detta kan exempelvis ske i form av kontinuerliga möten utanför verksamheten som exempelvis en gemensam aktivitet. Alex beskriver på följande vis:

Med barnet X upprätthåller vi strukturer genom att åka och äta lunch en gång i veckan och ha samtal där vi hinner prata ostört, tex hur det är hemma. Det är en arena som känns schysst som också han uppskattar då han får äta hamburgare och få egentid att prata om sitt läge. Så struktur är viktigt för upprätthållandet.

Ovanstående citat gällande omrevidering av mål kan kopplas till Bordin (1979) idéer om att sätta behandlingsmål är en del av behandlingsallians. En behandlingsallians tolkas också innebära en överenskommelse om hur behandlingen ska uppnås. Behandlingsalliansens beståndsdelar tolkas utifrån utsagorna vara levande i arbetet på verksamheten genom att upprätthålla och fortsätta vårda behandlingsalliansen så att barnet har möjlighet att kunna luta sig tillbaka på tryggheten, i första hand kontaktpersonerna. Även de kontinuerliga enskilda upplägg som beskrivits i citatet ovan tolkas ha med Bowlbys (2010) tankar kring trygg bas att göra.

5.3.2 Behandlarnas engagemang

Intervjupersonerna anser att en av de viktigaste aspekterna i att upprätthålla en god behandlingsallians är att uppmärksamma bra saker som barnen gör. Detta eftersom det beskrivs bli många tillrättavisande och regleringar i vardagen. Dessutom är barnen vana vid tillrättavisandet. Rio beskriver ” Det är liksom inte svårt att hålla på och reglera hela tiden, det kan man göra jämt. Barnen behöver stärkas och få positiv feedback, eftersom det är kul för

dem att få höra annat också.” Hen menar därför att en positiv kommunikation bidrar till att vårda alliansen och stärka barnet genom att lyfta och benämna sådant som det gör bra.

Ytterligare något som beskrivs bidra till upprätthållandet av behandlingsallians är att inte tänka att något är oföränderligt, som att en vårdnadshavare aldrig kommer på möten så det är ändå ingen ide. I sådana fall förklarar en av intervjupersonerna att de försöker tänka utanför boxen. Det kan exempelvis handla om att åka hem till en familj och ha samtal på deras hemmaplan. Det kan också handla om att göra en utflykt med barnet till en skatepark denne gärna vill besöka och försöka jobba på behandlingsarbetet där. Det är alltså en grundtanke i att upprätthållande ibland behöver ske på olika vis beroende på barnet och dennes familj. Rio menar att ”Uppfinningsrikedom är en nyckel för att komma över hinder. Som att hitta på saker för och med barnen för att komma till samtal.”

Att vara engagerad anses vara ytterligare en nyckel i upprätthållandet av behandlingsallians. Engagemang beskrivs innefatta att göra sitt yttersta för att nå fram till både barnen och deras familj. Det berättas bland annat om så kallade överraskningsmoment som bidrar till upprätthållandet av behandlingsalliansen och får barnet att känna sig speciellt och omtyckt. Dessutom beskrivs det vid oväntade händelser kunna bidra till att förändring för barnet och familjen. Charlie berättar:

När något rörts om och förändras efter något oväntat hänt så stärker det alliansen. Till exempel när kollega X ställde sig i vägen för trappan när barnet ville slå sig ut, eller något speciellt till barnet, som symaskinen. Liksom överraska, det har påverkat positivt och även bidragit till behandlingsalliansen såklart.

Utifrån ovanstående citat tolkas behandlarnas engagemang gentemot barnen och vårdnadshavare visas på olika sätt. Barns motvilja tyds kunna arbetas mot genom ödmjukhet, nyfikenhet och att närma sig svåra ämnen gradvis, samtidigt som det ibland kan ske mer oväntade saker och tydliga gränser. Förutom att försöka öka barnens motivation genom reglering tolkas behandlarna använda sig av alternativa lösningar som positiv förstärkning och hitta ett förhållningssätt att ändå nå fram. Jensen et al. (2010) beskriver att om ett barn inte är motiverat till att förändras är det svårt att också uppnå förändring.

5.3.3 Behandlarnas egenskaper

Flertalet intervjupersoner beskriver behandling som ett påfrestande arbete där egenterapi är av yttersta vikt för att förstå sig själv för att också kunna förstå andra. Förklaringar kring att en behandlare behöver använda sig själv och sin person som ett verktyg tas upp. Exempelvis belyses det genom att vara äkta och genuin för att brukaren ska kunna göra likadant. var aktiv, utmanande och utforskande. Robin menar att ”Om jag vågar vara och visa mig själv ger det mottagaren möjlighet att göra detsamma”.

Ytterligare en aspekt som anses vara viktigt är hur gränssättningar i arbetet får för betydelse i behandlingsarbetet. För att kunna sätta gränser behöver behandlaren kunna förstå sig själv. Detta för att veta när och hur dessa ska ske men också att gränser kan betyda olika saker. Dels kunna sätta personliga gränser men även sådant som hör till olika gränsöverskridande normer eller lagar. Det beskrivs också som en hjälp för vårdnadshavarna att främst få se att det sätts gränser gentemot barnet och även hur gränssättande kan se ut. Rio förklarar på följande sätt:

Jag tror också att en annan egenskap som man blir bättre på genom åren är att ha god självkänedom genom att sätta gränser, för sig själv. Det tror jag också är en bra för föräldrarna att se eftersom de själva kan behöva, att sätta gränser för sig och gentemot sitt barn.

Flertalet intervjupersoner berättar om att en genuin äkthet behöver komma från behandlaren för att kunna agera naturligt. Det beskrivs också att barn i allmänhet har lätt för att känna av och observera stämningar och känslor från vuxna och att detta i synnerlighet gäller för barnen som finns i denna verksamhet. Att behandlaren har ett positivt och hoppfullt förhållningssätt anses vara viktigt för att uppnå och upprätthålla behandlingsallians. Som tidigare nämnt påstås det att sådana känslor går att förmedla till barnet och familjen. Man behöver tro på att mönster kan brytas och att förändring är möjligt. Charlie berättar att ”Eftersom jag pratar och tänker i sådana förändringstermer så tror jag att det är det jag också förmedlar i arbetet”.

Utifrån intervjupersonernas utsagor tolkas vikten av att kunna individanpassa behandlingen vara av yttersta vikt för att kunna åstadkomma förändring. Dessutom blir det behandlarens ansvar att i sitt professionella förhållningssätt anpassa sig efter klienten och inte tvärtom. Behandlingsallians tolkas även vara en ömsesidig process. Att kunna ha ett sådant professionellt förhållningssätt beskrivs inte alltid vara lätt och att man ibland också behöver ha en acceptans i att vissa inte är redo för förändring eller har den kapaciteten. Ekeblad m.fl. (2016) beskriver att lägre mentaliseringsförmåga har koppling till psykiatriska tillstånd som bland annat depression, PTSD och tvångssyndrom, vilket kan påverka barnens förmågor. Despland et. al (2001) håller med och beskriver att patientens funktionsnivå kan påverka förmågan till behandlingsallians men att terapeutens egenskaper visade sig vara än mer betydande och att alliansen är en nyckel för att lyckas.

Förmågan att kunna vara närvarande beskrivs som central. Med detta menar en av intervjupersonerna att flera processer sker i huvudet samtidigt. Främst är det två det handlar om, dels att lyssna och analysera och dels att fundera på hur en eventuell responsen ska ges. Att kunna vara fullt närvarande beskrivs ta lång tid och erfarenhet för att genom bland annat kroppsspråket också visa att behandlaren riktar allt sitt fokus på brukaren. Genom att ha absolut närvaro blir det också lättare att kunna förstå och känna av stämningen i rummet för att veta om det är läge att säga eller inte säga något som kan vara utmanande. Robin beskriver:

Jag tänker att det verkligen handlar om att ha till exempel två processer igång i huvudet samtidigt. Det handlar om att både lyssna på vad barnet säger och samtidigt ha dialog med mig själv om vad detta handlar om och skulle kunna betyda.

Ytterligare en återkommande beskrivning från intervjupersonerna beskrivs vara förmågan att vara överraskande under behandlingsarbetet för att nå barnen. Detta beskrivs ha samband med att ha tillgång till sin humor och kunna bjuda på sig själv för att barnen ska få ett gott skratt och stärka behandlingsalliansen. Att ha roligt och kunna skratta tillsammans påstås vara alliansskapande och stärkande. Alex berättar:

Ibland använder jag ett språk som det finns en del chockvärde i. Sánt som barnen verkligen inte tror att jag ska säga. Det kan ske på olika sätt och det blir lite cringe, förmodligen cringe. Men det är lite roligt liksom, oväntat.

5.3.4 Hinder och möjligheter

Intervjupersonerna beskriver mycket att en behandlare i första hand är människa och att de likt sina brukare kan känna starka känslor, bland dessa olika rädslor. Det beskrivs att det ofta finns en agenda att bli omtyckt av kollegor men framför allt av brukarna, i detta fall barn och deras familjer. Det kan uppstå rädslor som gör att behandlaren kompetenser och erfarenhet ibland hämmas av viljan att ha en god behandlingsallians. Alex beskriver att hen skiljer på dessa genom att förklara att en relation och behandlingsallians är två olika saker där behandlingsallians mer handlar om det professionella förhållningssättet att vara mänsklig samtidigt som denne använder sin kompetens. Alex menar att ”En behandlingsallians betyder inte att vara kompis.... då riskerar vi att inte använda vår kompetens, där skulle man kunna utmana mer än vad vi gör”.

Även i upprätthållande av behandlingsallians tas vårdnadshavare upp som en viktig aspekt enligt intervjupersonerna. Bland annat talas det om avbrott och kriser som med stor sannolikhet kommer att ske i behandlingsalliansen, särskilt när förändringsarbetet är i gång. Under dessa tillfällen beskrivs det hur behandlaren uppgift och ansvar i sitt arbete blir att återskapa eller reparera alliansen för att kunna komma vidare. Rio beskriver på följande sätt:

De har sina arbetsmodeller, vissa anfäller, ställer sig i försvar och blir upprörda över något man sagt. Det är klart att man får kräkas lite ibland vid sidan av jobbet men mitt jobb är att gå tillbaks och tänka ”hur kan jag jobba för att återuppta behandlingsalliansen med det här barnet eller föräldern?”

Ytterligare något som beskrivs vara ett hinder i upprätthållandet anses vara familjen. En svårighet blir att som behandlare bli insläppt i systemet för att stötta. Systemet beskrivs påverka varandra genom att en familjemedlem påverkar de andra familjemedlemmarna. Exempelvis kan överkompensering ske för en av medlemmarnas i brist på hopp. En annan aspekt som beskrivs är vårdnadshavarnas brist på tillit som överförs till barnet. Kim förklarar:

Alltså vi på XXX tänker att familjen är ett system. Jag tänker att om det är en familjemedlem som mår dåligt påverkar det alla. Eller om föräldrarna indirekt förmedlar till sina barn att de är missnöjda så påverkar det upprätthållandet av allians med barnen. De behöver tro på det vi gör.

Citaten ovan tolkas som att en del familjer har problematiska mönster som blir destruktiva och svåra att arbeta med. Ett exempel identifieras om hur subsystem i ett system påverkar varandra. Barnet är placerat på verksamheten men behandlarna tolkas arbeta med hela familjen för att undersöka hur sammanhanget påverkat och påverkar barnet, genom att behandlarnas fokus inte stanna vid barnet. Det tolkas även som att även intervjupersonerna är intresserade och fokuserade på att kriser behöver lösas för att stärka och komma vidare i behandlingsalliansen. Det samklangar med Paynes (2015) beskrivning av hur en socialarbetare använder systemteorin om hur samspel mellan individer kan leda till problematiska mönster och oönskade beteenden samt hur öppna eller stängda system kan vara. Eftersom alliansen är dynamisk och ändras över tid blir alliansen oftast starkare innan kris och avbrott, beroende på hur situationen har tagits hand om (Safran & Kraus, 2014).

Att upprätthålla behandlingsallians anses av intervjupersonerna också innebära kontinuerlig kontakt. Många av vårdnadshavarna beskrivs ha erfarenhet av att när en skola hör av sig handlar det om ”knasigheter” som barnet gjort eller varit med om. Därför menar behandlarna på att återkoppling till vårdnadshavare inte nödvändigtvis behöver innebära negativitet. Tvärtom menar de att de är noga med att ge positiv återkoppling exempelvis i form av ett

fotografi på barnet som lyckats i skolan. Detta beskrivs ge möjlighet att förmedla hopp och bjuda på sig själv till vårdnadshavarna så att de ska känna sig trygga och veta vad barnet gör. Charlie berättar:

Att liksom vända det lite, ge positivitet till föräldrarna till skillnad från hur det varit tidigare i andra skolor. Som att skicka iväg ett kort på barnet när de gjort ett bra arbete i klassrummet eller när vi gör någonting roligt tillsammans.

Intervjupersonerna tolkas genom sitt förhållningssätt ha grund i systemteorin. Särskilt i ovanstående citat genom att beskriva vikten av att ha goda relationer med vårdnadshavarna och familjen för att främja behandlingsalliansen med barnet. Dessutom tolkas behandlarna beskriva ett gediget engagemang genom alla processer, i synnerhet när familjerna kommer till den punkt där medlemmarna i systemet vågar testa att göra annorlunda. Brukarna tolkas också uppmärksammas, stöttas och ses som en del av sitt sammanhang. Hessle (2003) menar att systemteori är ett verktyg för socialarbetare att kunna upprätthålla relationer genom ökad förståelse av nätverket. Det används ett helhetsperspektiv (Folkhälsomyndigheten, 2017) och barnet uppmärksammas och ses som en del av sitt sammanhang (Payne, 2015).

En möjlighet som beskrivs i upprätthållandet är också den täta kontakten med barnen som sker dagligen. Detta beskrivs vara möjligt genom att minst en av barnens kontaktpersoner ska vara med i klassrummen. Ytterligare en möjlighet som också nämnts tidigare anses vara en möjlighet är att kunna byta behandlingsarenor. Flera av intervjupersonerna beskriver verksamhetens årliga fjällresa som en av dessa. Dessa är till för att skapa nya erfarenheter tillsammans och för att barnen ska ha möjlighet att kunna lära känna behandlarna ytterligare vilket blir stärkande. Samtidigt som behandlarna är i klassrummet och hjälper till med matematiken eller hjälper barnet när det ska sätta på sig pjäxor blir det moment där behandlaren har möjlighet att stötta barnet. Rio förklarar:

Vi gör roliga saker och tuffa saker. Det är fördelen att vara en sån här liten verksamhet, där vi har en miljöterapeutisk ram och ekonomiska förutsättningar. Vi sitter inte på kontor och dyker upp när det är samtal. Vi är inga främlingar för barnen när vi väl sätter oss och pratar.

Slutligen menar intervjupersonerna att barnets beteende, personlighetsdrag kan vara ett hinder även för upprätthållandet av behandlingsallians som kan "sätta käppar i hjulet". Det kan handla om kriminalitet, missbruk eller att vara deprimerad. Då det sätts gränser anses det inte avsluta eller bryta behandlingsalliansen utan istället bli ett intensivt behandlingsarbete. Barnets olika svårigheter tydliggörs och mål kan sättas upp för att barnet ska kunna komma tillbaka till verksamheten vid exempelvis en avstängning från skolan. Robin beskriver:

I de lägena spelar det faktiskt ingen roll att jag är såhär "hej hallå vad bra du är". Vi behöver tala om att vissa grejer inte är ok att hålla på med här och ibland till och med stänga av elever för att vara extra tydliga. Ibland när vi inte fram helt och då är det bara så...

En svårighet som intervjupersonerna tolkas nämna är barnens svårigheter att kunna förstå exempelvis behandlingsmål kan ha att göra med mentaliseringsförmåga. En acceptans tolkas finnas i att det inte alltid är möjligt att jobba med alla barn och familjer trots möjligheter som att exempelvis byta behandlingsarena. Därmed kan bristande mentaliseringsförmåga vara ett hinder i både skapandet och upprätthållandet av behandlingsallians och behöver anpassas till varje individ. Ekeblad, Falkenström och Holmqvist (2016) menar att psykiatriska tillstånd

som ångest och depression påverkar mentaliseringsförmågan och därmed också hur stark behandlingsalliansen kan bli ju längre in i processen man kom och vikten att identifiera behandlingsformer som är lämpliga för varje klient är av yttersta vikt.

Intervjupersonerna menar att socialtjänsten har viss betydelse för behandlingsalliansen och beskrivs främst vara sekundär. Handläggaren besöker oftast verksamheten ett par gånger per termin och beskrivs vara mer eller mindre insatta i ärenden. En av intervjupersonerna menar att det har blivit dåligt de få gånger när socialtjänsten har synpunkter om *hur* behandlingsarbetet bör genomföras. Det riskerar därmed att spillas över på huruvida behandlingsalliansen kan upprätthållas.

Socialtjänsten beskrivs som en fördel att ha ett nära samarbete med när det händer något och att det i sig beskrivs vara tryggt. Inte för att det behöver finnas en god relation mellan dem för att förmedla information. Det handlar mer om att kunna arbeta tillsammans och eventuellt ha möjlighet att använda socialtjänsten som en ”blåslampa” vid vissa tillfällen när det blir skarpt läge. Samarbetet beskrivs som ett positivt tryck som är bra för alla parter. Robin beskriver:

Som med en elev med mycket frånvaro så tog vi kontakt med Soc. Varpå de tog kontakt med föräldern för att förklara att närvaron är problematisk och om det inte förbättras behöver de kolla på en annan lösning. Det har lett till att barnet är här nästan varje dag.

Det förklaras alltså vara samma info som socialtjänsten ibland har möjlighet att kunna ge och återberätta för familjen och barnet. Det finns en idé från behandlarna att det kan tas emot på ett annat sätt eftersom det är en ”högre” instans som sätter tryck på ett mer ”okänsligt” och okomplicerat vis. En av intervjupersonerna beskriver en rädsla som finns ibland och blir svår att komma över. Därför ses en möjlighet att kunna passa vidare bollen genom att en av instanserna tar ansvar för att hålla i hårdhandskarna.

5.4 Verksamhet och kollegor

5.4.1 Verksamhetens bidrag

Verksamhetens betydelse nämns i intervjuerna. Bland annat talas det om hur verksamheten på olika sätt har eller inte har strukturer kring hur skapande och upprätthållande av behandlingsallians bör ske. En av de åtgärder som intervjupersonerna beskriver vara till fördel för alliansskapandet och upprätthållandet är ekonomiska förutsättningar som verksamheten bidrar med. De menar att det satsas på relationerna och i och med det också innebär att det får kosta att umgås.

Flertalet intervjupersoner nämner verksamhetens starka sidor genom att vara en skola. Vid exempelvis droger eller våld i barnets närhet finns det handlingsplaner som blir naturliga organisatoriska riktlinjer att följa om barnets beteende blir utmanande. Charlie beskriver ett exempel vid hög frånvaro. Det ska rapporteras till barnets skolförvaltning och kan därmed bli ett positivt tryck för barnet och vårdnadshavarna att se frånvaropappret ”svart på vitt”. Därmed beskrivs ett upprätthållande vara lättare att kunna genomföras och följas då det finns ramar och regler att följa.

Intervjupersonernas berättelser tolkas som att det av verksamheten ges utrymme för att hitta olika, ibland överraskande arenor för behandlingen utanför skolan på en mindre ”klassiskt” tillvägagångssätt. Det tolkas också vara en prioritering om behandlarna lyckats identifiera någon slags motivationsfaktor till barnet och där även verksamhetens ekonomiska förutsättningar blir behjälpliga i det. Detta går hand i hand med Malvaso et al. (2016) beskrivning om att det är gynnsamt att närma sig en ungdom med låg motivation på ett mindre formellt sätt och med olika interaktionsstilar.

Intervjupersonerna menar att utan den organisatoriska strukturen kring hur tillåtande det är att få uttrycka misslyckanden och osäkerhet blir det svårare att förmedla öppenhet och äkthet mot brukarna för att kunna utvecklas. Veckovis finns forum att tala om sådana saker i ett slags terapiform. Kim förklarar:

... har en sån avsikt. Att man kan få bli hörd utan att få tusen råd utan att det är bekräftande nog att bli hörd och lyssnad på. Det är ett tecken på kompetens att våga prata om det man tycker är svårt.

Det framgår att verksamheten har valt att ha en stor personalstyrka för att kunna skapa förutsättningar för god behandlingsallians med barnen. Detta eftersom alla behandlare som börjat arbeta på verksamheten hittills aldrig har slutat. Brist på tid eller frånvarande personal anses alltså inte påverka behandlingsalliansen eftersom arbetet sker miljöterapeutisk med en grundtanke att dela vardagen med barnen. Det beskrivs finnas utrymme och tid till att umgås och att barnen hittar någon de kommer överens med. Robin menar att ”Det är en av våra fördelar och möjligheter att vi är tolv personer som är olika och det är alltid någon som funkar med någon”. Det beskrivs även att det kan hända att den som är kontaktperson inte riktigt passar med familjen av olika skäl. Därför ses det som en stor möjlighet att verksamheten har många medarbetare för att ändå kunna ha ett samarbete eller relation. En annan fördel med en stor personalstyrka anses vara möjligheten att kunna ta olika roller i ett behandlingsarbete. Robin beskriver:

Vi kan också byta roller i behandlingsarbetet, det är en fördel att ”bara” vara fikagubbe eller fikatant. Om inte jag har en allians med barnet hoppas jag att någon annan har det. Det kanske inte behöver vara en stark allians men iallafall ett slags samarbete.

Intervjupersonernas utsagor tyder på att det är möjligt för behandlarna att ha tät och kontinuerlig kontakt med barnen då det är en stor personalstyrka och det i teorin blir möjligt att göra individuella upplägg och vara olika personer med olika syfte i barnets behandling. Verksamheten som valts att studera tolkas inte heller ha hög personalomsättning som en negativ faktor, snarare en stor möjlighet eftersom det visar på och skapa förutsägbarhet för barnen. Tjersland et al. (2011) menar också att relationer tar lång tid att skapa och hög personalomsättning har visats påverka alliansen negativt.

5.4.2 Kollegialt sammanhang

I samtliga intervjuer benämns kollegorna som ett viktigt stöd. Exempelvis benämns arbetsmiljön som ett läkande sammanhang för de brukare som kommer i kontakt med behandlarna där det behöver finnas en trygghet. Intervjupersonerna beskriver samspelet med kollegorna som tryggt vilket leder till att de som behandlare vågar göra chansningar i arbetet och använda sig av sin humor. Det beskrivs också att relationerna i personalgruppen vårdas kontinuerligt för att de anses vara viktiga och värdefulla för att arbeta med behandlingsallians.

Relationen mellan kollegor vårdas bland annat genom ett terapiforum i grupp som hålls veckovis. Inom den ramen finns det utrymme för personalen att prata om det som man själv inte är helt nöjd över eller något som bekymrar en. Robin berättar:

Vi har ju ... och det kräver av var och en att bjuda på sig själv och kliver in med hela sitt väsen, visa och känna att det kan göra ont att bli sedd och det kan vara jobbigt, det är alliansskapande med kollegorna.

Ytterligare en punkt som belyses är att trygghet och ärlighet förmedlas genom dem som jobbar på verksamheten. Detta för att skapa en atmosfär som också förmedlas vidare till alla dem som kommer i kontakt med verksamheten. Möjligheterna till att förmedla och bjuda in till ett sådant sammanhang menar intervjupersonerna ökar om det också finns bland kollegor. Alex beskriver:

Det är genom att vi föregår som modeller för oss själva. Om vi lyckas vara det stöd och ha den här närvaron, ärligheten och öppenheten mot varandra så sätter vi en ton för dem som också kommer hit och i kontakt med oss om vad vi gör här.

Likt tidigare beskrivningar om att ha tillgång till en förståelse av "hela sig själv" i form av exempelvis medvetna fördomar beskrivs också att humor spelar stor roll. Intervjupersonerna beskriver att det är viktigt att kunna ha roligt med kollegor som en balanserad form när arbetet blir svårt. Humor anses därmed vara en central del i för att upprätthålla behandlingsallians med barn, att det är läkande i sig att kunna våga ha en öppen dialog med kollegor om ett svårt arbete. Robin menar att "Något annat är ju att man vågar vara allvarlig och lika lätt även vara skämtsam. Ju större del av mig själv som jag har tillgång till, desto bättre tror jag att jag lyckas med behandlingsallians".

Utifrån de ovanstående citaten tolkas en önskan och idé om att våga utsätta sig och skapa en trygg miljö tillsammans för att kunna förmedla vidare den goda samvaron. Det kollegiala sammanhanget tolkas vara beroende av sina kollegor. Dels på grund av de utmaningarna uppstår i arbetet som behandlare för att kunna härbärgera svåra situationer, få stöd och en möjlighet att diskutera idéer för att sedan kunna återgå till arbetet på ett professionellt sätt som gynnar behandlingsalliansen. Resultat tolkas även som att behandlarna är eniga om att barnens svårigheter och begränsningar försvårar både skapande och upprätthållande av behandlingsallians. Verksamheten stora personalstyrka tolkas därmed kunna ge möjlighet till att på olika vis interagera och skapa relationer även till de barn där det är tuffare. Forskning (Ahonen & Degner, 2013; Andreassen, 2003; Tjersland et al., 2011) menar på att positiva behandlingsutfall bland annat innebär en enad samstämmig personalgrupp och god gruppdynamik som en förutsättning för god behandlingsallians.

6 DISKUSSION

I följande avsnitt kommer en resultatdiskussion och metoddiskussion att presenteras. I resultatdiskussionen diskuteras resultatet utifrån ett bredare perspektiv och sammanfattas utifrån studiens syfte och frågeställningar. I metoddiskussionen diskuteras studiens kvalitéer och forskningsetiska synpunkter.

6.1 Resultatdiskussion

Denna studies syfte var att undersöka och öka förståelsen hur professionella behandlare i en öppenvårdsinsats, i detta fall skola med behandling, skapar och upprätthåller behandlingsallians med barn i sitt dagliga arbete. Olika behandlingsfrämjande faktorer undersöks och slutligen relationens betydelse i behandlingsarbetet. Syftet besvaras utifrån följande frågeställningar:

- På vilka sätt arbetar behandlare för att skapa och upprätthålla en god behandlingsallians med barn?
- Vad för betydelse har behandlingsalliansen mellan behandlare och barnet i behandlingsarbetet?
- Vilka hinder och/eller möjligheter framträder i behandlingsallians?

Behandlarnas intervjuer har presenterats och analyserats utifrån olika teman och komponenter som visat sig innefatta olika dimensioner. Den första frågeställningen besvaras utifrån att behandlarnas arbete med behandlingsallians till stor del påverkas av vad för föreställningar som dagens samhälle har på barn och unga. Behandlarna agerar på olika sätt och påverkas alltså av samhällets normer och regler. Behandlingsallians beskrivs som något som ständigt förändras och därmed också behöver revideras tillsammans med barnet och vårdnadshavarna. Med utgångspunkt i det empiriska materialet framgår tre huvudsteg inom behandlingsallians, att skapa en ingång via relation, övergång till behandlingsallians och därefter vårda alliansen på olika sätt. Det börjar med en god relation som sakta men säkert behöver omsättas till en behandlingsallians med allt vad det innebär. På detta sätt förstås behandlingsallians vara en process med målet att uppnå förändring, det vill säga behandlingsmål utan att alliansen ska försämrats. Alla behandlare beskriver använda sig av olika förhållningssätt att närma sig barnen på för att ge trygghet, där några gemensamma nämnare bland annat är humor och nyfikenhet. Förhållningssätten gentemot barnen har också med behandlarnas egna föreställningar att göra om hur mottagaren är och vad som förväntas av denne som behandlare. Det kan därför ses som behövt att använda olika metoder i det praktiska arbetet för att behandlingsalliansen ska kunna uppnås med varje barn för att alliansen ska kunna utvecklas. Resultatet visar att behandlarna använder sig av systemteoretiska metoder för att kunna förstå barnet i den kontext den lever i, så som Folkhälsomyndigheten (2017) också rekommenderar socialarbetare att arbeta med i sammanhang där familjen är inkopplad.

I den andra frågeställningen har resultat visat att behandlingsalliansen i allra högsta grad är nödvändig och har en avsevärd betydelse för att kunna åstadkomma förändring. Det råder även en samstämmig mening bland samtliga intervjupersoner. Det blir därmed av stor betydelse att behandlare och barnen har en behandlingsallians som grundar sig på en god relation som blir möjlig att utveckla. Studiens resultat har dock visat sig ge mindre möjlighet att kunna ge en mer djupgående förklaring om behandlingsalliansens betydelse mellan behandlare och barnet i behandlingsarbetet, delvis på grund av studiens upplägg och utformade intervjuguide. Det råder dock skillnader i betydelsen om behandlingsalliansen behöver vara ”god”. Några beskriver detta som ett jobb där skillnader bör tydliggöras utifrån att barnet och familjen vet varför de träffas i det sammanhang de gör för att det inte ska bli för mycket ”kompis” utan att tydliggöra gränser i alliansen. Andra menar att ömsesidigheten är det som betyder mest i behandlingsalliansen för att kunna bilda stark behandlingsallians och att arbetet blir lättare om man tycker om varandra. Trots delade meningar i resultatet har behandlingsallians visat sig vara en absolut nödvändighet mellan barnet och behandlaren i behandlingssammanhang. Studiens resultat är samstämmigt med Tjersland et al. (2011) kring att främja behandlingsallians för att uppnå förändring.

Flertalet hinder och möjligheter framträder som eventuellt påverkande faktorer i en behandlingsallians och besvarar den tredje frågeställningen. Ett av de tydliga resultaten som tolkats är vårdnadshavarnas roll i behandlingsarbetet. Behandlingsalliansen behöver utvecklas inte bara till barn utan även till dennes vårdnadshavare. De nämns flertalet gånger och anses i vissa fall vara viktigare än behandlingsalliansen till barnet. En möjlighet i att ha en behandlingsallians med vårdnadshavarna är en ingång för att dels nå fram till barnen och dels att ha vårdnadshavarna med sig under eventuella kriser under behandlingsarbetets gång. Detta för att undvika missförstånd och stå enade som ett team runt barnet som forskning också ser som behandlingsfrämjande (Jensen et al., 2010; Zlotowitz et al., 2016). Att nå barnen via föräldrarna ses av behandlarna som en möjlighet men där finns också anledning att ifrågasätta eftersom anknytningsproblematik också framkommit som ett indirekt hinder gällande barnens förmågor och tillit till vuxna. Det behöver alltså inte alltid nödvändigtvis gynna barnen att tänka att de kan nås via föräldrarna. Detta är dock ett tankesätt som författaren tror är vanligt och att vuxna ofta vänder sig till vårdnadshavarna i första hand som bör förbättras också i och med barnkonventionen.

Barnets förmågor och personlighetsdrag har visat sig vara mer ett hinder än en möjlighet för behandlingsalliansen. Genom utmanande beteenden och mindre mentaliseringsförmåga försvåras både skapandet och upprätthållandet av behandlingsalliansen. Resultat visade att det då i högsta grad blir en behandlars uppgift att ändå hitta ett sätt som gör att det blir möjligt att arbeta med barn på ett empatiskt vis som står i samklang med tidigare forskning (Andreassen, 2003; Malvaso et al., 2016). Även koppling till anknytningsteorin i det avseende att försöka visa barnet att det har en trygg bas (Bowlby, 2010) att luta sig tillbaka mot efter att ha skapat nya erfarenheter. Det blir ett tydligt resultat i att vuxna runt omkring barn är viktiga. Det blir även en påminnelse till främst yrkesverksamma som kommer i kontakt med barn att visa barnen att de är omtyckta och försöka se bortom knasiga beteenden för att de ska må bra och kunna utvecklas inte endast om en behandlingsallians blir aktuell.

I de lägena då det blir svårt i arbetet är kollegor, verksamhet och socialtjänsten betydelsefull för behandlingsalliansen. Dels för att kunna ge möjlighet att skapa behandlingsallians med barnen på behandlingsarenor som kan vara dyrare och även ett kollegialt stöd för behandlaren. Som tidigare nämnt är bilden av att vara ett team och stå enade runt barnet en nyckel för behandlingsallians som också stöds av forskning (Ahonen & Degner, 2013, Tjersland et al., 2011). Behandlingsalliansen förstås vara gynnade av bland annat ekonomiska förutsättningar som blir ett meddelande till politiker att fördela pengar för att det ska kunna gynna alla barns utveckling genom att vara inkluderande och skapa erfarenheter tillsammans. Även andra professioner inom socialt arbete beskrivs vara viktiga. Socialtjänsten bidrar till behandlingsalliansen på det vis att de kan påverka tröggående processer och även vara ett bra stöd från en myndighet för att inte behandlare ska vara ensamma i behandlingsarbetet. Socialtjänstens roll är alltså avsevärd i för behandlingsalliansen och därför bör varje socialsekreterare i högsta möjliga mån vara medveten om hur insatserna de beviljar fortgår. Likaså andra som arbetar med socialt arbete som kommer i kontakt med barn, särskilt så kallade ”hemmasittare”.

Enligt författarens mening bör alla människor som arbetar inom socialt med och för barn ha ett systemteoretiskt angreppssätt för ett barn med komplexa behov så som skola, förskola och myndigheter för att se barnet ur ett helhetsperspektiv. Detta eftersom det inom socialt arbete är viktigt att se människan som en del av sitt sammanhang. Studiens resultat pekar också på att varje socialarbetare behöver ta sitt ansvar över barn och även inkludera dennes vårdnadshavare för att både kunna gynna barnets bästa och välbefinnande. Dessutom behöver

de instanser som finns runt omkring ett barn arbeta tillsammans som ett enat team då de också besitter olika kompetenser och kan tillgodose och förstå barnets behov på olika sätt vilket borde vara en central del av socialt arbete med barn.

6.2 Metoddiskussion

Den främsta begränsningen för denna studie har varit att undersökningsgruppen var liten. Det blir därmed svårt att kunna applicera överförbarhet av resultaten men har ändå bidragit med rikt innehåll med utförliga och intressanta berättelser. Studien har också begränsats i och med omfattningen och det faktum att detta endast är ett examensarbete på grundnivå som inte ger varken tid eller utrymme för att undersöka flera aspekter av begreppet behandlingsallians. Studien har avgränsats genom att endast undersöka behandlingsallians utifrån ett professionellt perspektiv som gett beskrivningar där vissa skillnader har upptäckts beroende på könstillhörighet och utbildningsnivå men som inte hör till studiens syfte och därför inte har utvecklats och redovisats vidare. Något som hade varit intressant är en studie genomförd både kvantitativt och kvalitativt. Det hade varit intressant att kunna komplettera med exempelvis observationer vilket i det här fallet såklart också hade påverkat då författaren genomfört sin verksamhetsförlagda utbildning på verksamheten. Det hade därmed varit svårt att genomföra observationer på ett neutralt sätt vilket också gav mer upphov till att genomföra semistrukturerade intervjuer istället.

Att intervjupersonerna tillfrågades utifrån ett målinriktat urval betyder det att det inte kan ge upphov till en generaliserad bild om behandlares tankar gällande behandlingsallians. Eftersom intervjuguiden gav utrymme för att intervjupersonerna fick möjlighet att svara på frågor utifrån deras egna tankar och tolkningar kan det också diskuteras om det vid mindre öppna frågor och mindre följdfrågor kunna minska bredden på den rika empirin. Intervjupersonerna hade olika utbildningsnivå vilket till viss del kan ha betydelse för resultatet. En del kan ha större förståelse till begreppet behandlingsallians med allt vad det innebär än andra, dock ses det som en styrka i studien eftersom förutsättningen för rik empiri ges. För att kunna öka överförbarheten hade det dock till exempel varit önskvärt att välja intervjupersoner utifrån utbildningsnivå eller också givit ett informationsblad gällande bakgrunds om behandlingsallians för att ge alla samma grundförutsättning oavsett utbildning. Urvalet hade kunnat se annorlunda ut om det hade gjorts på en annan verksamhet och självfallet också på en annan plats i landet, i form av könsfördelning och ålder eller under en annan tid där världen inte drabbats av en världspandemi. Dock ses det ändå vara en styrka i studien att kunna samla tankar och erfarenheter från en och samma arbetsgrupp eftersom det också ger möjlighet för verksamheten att få något tillbaka.

Författarens ambition inför denna studie har varit att lägga egna tolkningar och förståelse åt sidan. Detta har som också tidigare nämnts varit en utmaning men denne anser ändå att det varit en fördel att bland annat under rådande världspandemin kunnat ha kontakter på verksamheten som velat ställa upp för intervju. Dessutom gör det också att det finns en teoretisk förståelse och intresse för ämnet vilket också har motiverat under studiens gång. Det är dock svårt att kunna förutsäga hur studiens resultat hade påverkat om det hade skrivits och genomförts av någon mer eller mindre insatt. Författaren har i högsta möjliga mån försökt hålla sig neutral genom att hela tiden vara medveten om förståelse och värderingar och istället fokusera på att lära sig så mycket som möjligt om behandlingsallians.

6.3 Etikdiskussion

Då studien syftar att undersöka behandlingsalliansens olika dimensioner och betydelse valdes det redan i missivbrevet tala om vad studien skulle handla om. Det fanns dock en tanke att inte röja syftet allt för mycket då det kunde anses finnas risk för mer genomtänkta och anpassade svar från intervjupersonerna och tid att läsa in sig om behandlingsallians. Under arbetets gång har författaren haft en medvetenhet kring Kvale och Brinkmanns (2014) förklaring om etiska ställningstaganden. Utifrån de upplevs inte att studien har lett till etisk osäkerhet då Brymans (2018) forskningsprinciper har följts och informerats om, likaså muntliga samtycken. Författaren är medveten om att behandlarna arbetar med barn och att det råder sekretess om vissa uppgifter. Dock har studien utgått från ett professionellt perspektiv och därmed har författaren ansett att studien ändå har ett etiskt korrekt förhållningssätt då de etiska kraven med noggrannhet har följts.

7 SLUTSATS

Denna studies syfte var att undersöka behandlingsallians utifrån ett professionellt perspektiv. Resultatet från studien visar att behandlingsalliansen rymmer flertalet dimensioner och att det visat sig vara komplext. Författaren vill särskilt belysa nödvändigheten att det i socialt arbete som socialarbetare inte glömma att barn tillhör en kontext och ett sammanhang som det blir och har blivit påverkad av. Resultatet visar också betydelsen av god kontakt med barnets nätverk. Det innebär att man i sin tur kan se behovet av ett ökat samarbete med främst vårdnadshavare men också socialtjänsten och skola skulle behövas ytterligare för att gynna barns goda psykosociala miljö och hälsa. Det blir också tydligt att många av dessa barn som har en komplex problematik skulle kunna gå i vanlig skola om det inte vore för bristande kunskap och resurser i skolan om barn som är så kallade ”hemmasittare”. Även det kollegiala sammanhanget visar vara bidragande genom att sätta en grund för hur ett socialt samspel kan och bör ske. Slutligen beskrivs verksamhetens organisatoriska upplägg genom bland annat ekonomiska förutsättningar gynna behandlingsalliansen.

Författaren har en förhoppning om att denna studie kan vara ett tillvägagångssätt för verksamheten som medverkade i studien att få användning av denna uppsats och bidra till vidare forskning inom ämnet behandlingsallians med barn. Förslagsvis kan vidare forskning för detta område kunna innefatta andra områden som skulle kunna tänkas påverka behandlingsallians. Det skulle vara intressant att fånga ett brukarperspektiv utifrån barn och vårdnadshavares erfarenheter för att få ett bredare perspektiv och därmed ökad kunskap.

REFERENSLISTA

- Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23 (1), 1–33. Hämtad den 13 april 2020 från <https://www-sciencedirect-com.ep.bib.mdh.se/science/article/pii/S0272735802001460>
- Ahonen, L. & Degner, J. (2013). Staff Group Unanimity in the Care of Juveniles in Institutional Treatment: Routines, Rituals and Relationships. *Journal of Offender Rehabilitation*, 52(2), 119-137. Hämtad 1 april 2020 från <https://www-tandfonline-com.ep.bib.mdh.se/doi/full/10.1080/10509674.2012.751953>
- Andreassen, T. (2003). *Institutionsbehandling av ungdomar: vad säger forskningen?*. Stockholm: Gothia.
- Bourion-Bedes, S., Baumann, C., Kermarrec, S. Ligier, F., Feillet, F., Bonnemains, C., Fuillemin, F., Kabuth, B. (2013). Prognostic value of early therapeutic alliance in weight recovery: A prospective cohort of 108 adolescents with anorexia nervosa. *Journal of Adolescent Health* 52 (3), 344-350. Hämtad 24 mars från <https://www-sciencedirect-com.ep.bib.mdh.se/science/article/pii/S1054139X12002595>
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (3), 252-260. Hämtad 13 april 2020 från <http://web.a.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=845fb326-84fd-41cb-b8e2-1a360f693970%40sdc-v-sessmgr02>
- Bowlby, J. (2010) *En trygg bas: kliniska tillämpningar av bindningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur
- Despland, J. N., Roten, Y., Despars, J., Stigler, M., Perry, C, J. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(3), 155–164. Hämtad 5 april 2020 från <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330648/>
- Ekeblad, A., Falkenström, F., Holmqvist, R. (2016). Reflective functioning as predictor of working alliance and outcome in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 84 (1), 67-78. Hämtad 23 mars 2020 från <http://web.a.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/detail/detail?vid=0&sid=e0f00682-74b7-4233-88f1-9e781b2cc1c3%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZSZZy29wZT1zaXRl#AN=2015-53038-001&db=pdh>
- Eresund, P. & Wrangsjö, B. (2008). *Att förstå, bemöta och behandla bråkiga barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Folkhälsomyndigheten. (2017). *Socialtjänstens insatser för barn och ungdomar i risksituationer: kartläggning av selektiv prevention i 25 kommuner*. Stockholm: Folkhälsomyndigheten Hämtad 2 april 2020 från <http://docplayer.se/7102999-Socialtjanstens-insatser-for-barn-och-ungdomar-i-risksituationer-kartlaggning-av-selektiv-prevention-i-25-kommuner.html>
- Folkhälsomyndigheten. (2018). *Varför har den psykiska ohälsan ökat bland barn och unga i Sverige?* Stockholm: Folkhälsomyndigheten 2018 Hämtad 4 april 2020 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/v/varfor-har-den-psykiska-ohalsan-okat-bland-barn-och-unga-i-sverige/>
- Gelso, C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24 (2), 117-131. Hämtad 2 april 2020 <https://www-tandfonline-com.ep.bib.mdh.se/doi/full/10.1080/10503307.2013.845920>

- Hagquist, C. (2011). Ökar den psykiska ohälsan bland ungdomar i Sverige? *Socialmedicinsk tidskrift*. 88 (6), 474–485. Hämtad 6 april 2020 från <https://socialmedicinsktidskrift.se/index.php/smt/article/view/837/657>
- Hausner, R. (2000). The therapeutic and working alliances. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 48 (1), 155-187. Hämtad 20 mars 2020 från <https://journals-sagepub-com.ep.bib.mdh.se/doi/abs/10.1177/00030651000480011001>
- Hessle, S. (red.) (2003). *Fokus på barn, familj och nätverk: metodutveckling i den sociala barnvården*. Stockholm: Gothia.
- Horvath, A. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice Training* 43 (3), 258-263. Hämtad 10 april 2020 från <http://web.b.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=02b363e5-93ad-4f6d-856d-ab11d9d9af4c%40pdc-v-sessmgr06>
- Jensen, T., Haavind, H., Gulbrandsen, W., Mossige, S., Reichelt, S., Tjersland, O.A., (2010). What Constitutes a Good Working Alliance in Therapy with Children That May Have Been Sexually Abused?. *Qualitative Social Work*. 9 (4). 461-478. Hämtad 20 mars 2020 från <https://journals-sagepub-com.ep.bib.mdh.se/doi/abs/10.1177/1473325010374146>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Larsson, S., Lilja, J., & Mannheimer, K. (Red.) (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Malvaso, C., Delfabbro, P., Hackett, L., & Mills, H. (2016). Service approaches to young people with complex needs leaving out-of-home care. *Child Care in Practice*, 22 (2), 128–147. Hämtad 10 april 2020 från <https://www.tandfonline-com.ep.bib.mdh.se/doi/full/10.1080/13575279.2015.1118016>
- Möller Berg, A. (2018, 3 december). ”5500 barn går inte i skolan: Förbannad”. *Expressen*. Hämtad 1 maj 2020 från <https://www.expressen.se/nyheter/5-500-barn-gar-inte-i-skolan-misslyckande-for-samhallet/>
- Parrish, M. (2012). *Mänskligt beteende: perspektiv inom socialt arbete*. Malmö: Liber.
- Payne, M. (2015). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur.
- Perris, C. (1996). *Ett band för livet*. Stockholm: Natur & Kultur
- Safran, J., & Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51 (3), 381–387. Hämtad 15 april 2020 från <http://web.a.ebscohost.com.ep.bib.mdh.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=53db07a1-dd6c-4923-ae2b-ffcbbc84b07e%40sdc-v-sessmgr02>
- Severinsson, S. (2010). *Unga i normalitetens gränsländ: Undervisning och behandling i särskilda undervisningsgrupper och hem för vård eller boende*. Hämtad 3 april 2020 från <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:329990/FULLTEXT01.pdf>
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Hämtad 27 april 2020 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- SFS 2010:800. *Skollagen*. Hämtad 1 maj 2020 från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/skollag-2010800_sfs-2010-800
- Skolverket. (2010). *Skolfrånvaro och vägen tillbaka*. Stockholm: Skolverket. Hämtad 1 maj 2020 från <https://www.skolverket.se/download/18.6bfaca41169863e6a658a88/1553962179885/pdf2356.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 5 april från

- <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-8-6261.pdf>
- Socialstyrelsen. (2017). Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna till och med 2016. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 5 april 2020 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-12-29.pdf>
- Svensson, K., Johnsson, E., & Laanemets, L. (2008). *Handlingsutrymme: utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Teater, B. (2014). *An introduction to applying social work theories and methods*. Maidenhead: Open University Press
- Tjersland, O. A., Engen, G., & Jansen, U., (2011). *Allianser - värderingar, teorier och metoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur
- Ungar, M., Liebenberg, L., & Ikeda, J. (2014). Young people with complex needs: Designing coordinated interventions to promote resilience across child welfare, juvenile corrections, mental health and education services. *British Journal of Social Work*, 44(3), 675–693. Hämtad 5 april 2020 från <https://academic-oup-com.ep.bib.mdh.se/bjsw/article/44/3/675/1721315>
- Ungar, M., Liebenberg, L., Landry, N., & Ikeda, J. (2012). Caregivers, young people with complex needs, and multiple service providers: A study of triangulated relationships. *Family Process*. 51(2), 193–206. Hämtad 5 april 2020 från <https://onlinelibrary-wiley-com.ep.bib.mdh.se/doi/full/10.1111/j.1545-5300.2012.01395.x>
- Zack, S. E., Castonguay, L. G., & Boswell, J. F. (2007). Youth Working Alliance: A Core Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288.
- Zlotowitz, S., Barker, C., Moloney, O., & Howard, C. (2016). Service users as the key to service change? The development of an innovative intervention for excluded young people. *Child and Adolescent Mental Health*, 21 (2), 102–108. Hämtad 2 april 2020 från <https://onlinelibrary-wiley-com.ep.bib.mdh.se/doi/full/10.1111/camh.12137>
- 1177 Vårdguiden (2017). *Psykioterapi och psykologisk behandling*. Hämtad 27 april 2020 från <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/behandlingar-vid-psykiska-sjukdomar-och-besvar/psykioterapi-och-psykologisk-behandling/>

BILAGA A MISSIVBREV

Informationsbrev

Hej!

Jag heter Susanne Cueva Prado och studerar till socionom vid Mälardalens högskola. För närvarande skriver jag kandidatuppsats i socialt arbete där jag ska genomföra en intervjustudie. Studiens syfte är att undersöka hur behandlare skapar och upprätthåller behandlingsallians med barn samt vad alliansen har för betydelse i behandlingsarbetet. Studiens kommer att utgå från de professionellas erfarenheter. Jag skulle gärna vilja träffa dig som arbetar med behandling för att i en individuell intervju kunna ta del av just dina erfarenheter och synsätt. Om du tycker att detta låter intressant kan du höra av dig till mig så vi kan planera in tid och plats. För uppsatsens tidsplanering vore det önskvärt intervjuerna äger rum under vecka 15-16, beroende på när du har möjlighet. Intervjuerna kommer att ta ca 45 minuter och kommer att spelas in för att jag lättare ska kunna arbeta med materialet. Intervjun är frivillig och du har rätt att avbryta när som helst. Vid intervjun kommer hänsyn att tas till Vetenskapsrådet forskningsetiska principer. Endast jag och min handledare kommer ta del av den utskrivna intervjun. I uppsatsen kommer inga personuppgifter att röjas och de kommer att vara förvarade så att obehöriga ej kan ta del av dessa. Efter uppsatsens godkännande förstörs materialet. Uppsatsen kommer att presenteras och publiceras på en forskningsdatabas, DIVA. Du är välkommen att kontakta mig så kan jag skicka examensarbetet när det är godkänt.

Har du frågor om studien eller medverkan är du välkommen att kontakta mig.

Med vänliga hälsningar
Susanne Cueva Prado
Sco17003@student.mdh.se
Socionomprogrammet
Mälardalens högskola

Handledare:
Anna-Lena Almqvist
anna-lena.almqvist@mdh.se
tel: 016-153725

BILAGA B INTERVJUGUIDE

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

1. Ålder?
2. Yrkesbakgrund?
3. Hur skulle du beskriva vad du arbetar med och vad din funktion är? Hur länge?
4. Kan du kort berätta om barnen och varför de blivit beviljade just denna insats?

Relationers betydelse och faktorer som påverkar behandlingsallians

1. Påverkar behandlingsalliansen behandlingsarbetet med barn på något sätt?
 - Om ja, på vilka sätt?
2. Vilka faktorer kan påverka behandlingsalliansen negativt?
3. Vilka faktorer kan påverka behandlingsalliansen positivt?
4. Hur kan barns personliga egenskaper och tidigare erfarenheter ha betydelse för relationen?
5. Hur kan dina egna personliga egenskaper ha betydelse för relationen?
6. På vilka sätt kan relationen till vårdnadshavare påverka behandlingsarbetet med barn?
7. På vilka sätt kan relationen till socialtjänsten påverka behandlingsarbetet med barn?

Skapa och bibehålla en god behandlingsallians

1. **Vad** är viktigt för dig i skapandet av en behandlingsallians till barn?
2. **Hur** skapar du behandlingsallians till barn? Vårdnadshavare?
 - Hinder? Vändpunkter/möjligheter? Exempel?
3. Hur sker **upprätthållandet** av allians med barn och dennes vårdnadshavare under behandlingsarbetet?
 - Hinder? Vändpunkter/möjligheter? Exempel?
4. Bidrar verksamheten och/eller kollegor till skapandet och upprättandet av behandlingsalliansen? Hur?
5. Finns det en inofficiell process om hur upprätthållandet bör ske på arbetsplatsen?

Avslutande frågor

1. Är det något jag inte frågat om som kan vara intressant att veta gällande behandlingsallians?
2. Skulle det vara möjligt att återkomma till dig om något blivit otydligt i inspelningen?
3. Finns det något mer som du skulle vilja tillägga?



MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se