



Linnéuniversitetet

Institutionen för socialt arbete

Masteruppsats

Ungdomars beskrivningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF)



Författare: Anne-Lie Wikström

Handledare: Cecilia Kjellgren

Examinator: Torbjörn Forkby

Termin: VT 2021

Kurskod: 4SA82E

Abstract

Author: Anne-Lie Wikström

Title: Adolescents' perspectives and experiences of Intensive Homebased Family therapy (IHF) [Translated title]

Supervisor: Cecilia Kjellgren

Assessor: Torbjörn Forkby

The aim of this study was to find out how young people perceive and experience the Swedish manualized family therapy method: Intensive Homebased Family therapy (IHF), a method that is implemented and used in several municipalities and organizations around Sweden. The main focus was to find out if the adolescents thought that the intervention was helpful and in what ways they were being involved in the treatment. A mixed method design was used where surveys were combined with semi-structured interviews. Nineteen adolescents aged 13 to 18 who recently had ended or was in the final stage of the treatment answered an online survey and out of those who answered the survey, six participants aged 13 to 17 were interviewed online. The findings show that the adolescents were overall content with the treatment and in particular with having their own youth therapist. The therapist helped and supported them both individually and in relation to their parents and facilitated their involvement and active participation in the treatment. The findings also show that the adolescents could influence the treatment which was important for them feeling heard and respected. They also appreciated the way the joint sessions were helpful in communicating with their parents. Lastly, findings suggest that it is important with flexibility and ongoing adjustments in treatment to make young people feel more comfortable and less stressed.

Keywords: child participation, IHF, family therapy, experiences of treatment, mixed methods

Nyckelord: barns delaktighet, IHF, familjeterapi, upplevelser av behandling, mixade metoder

Förord

Att genomföra detta projekt blev en längre och mer utmanande process än vad jag hade trott och jag är oerhört glad att denna IHF-studie som jag sett behov av så länge slutligen har blivit av. Studien hade inte varit möjligt att genomföra utan hjälp från andra. Först och främst vill jag tacka alla ungdomar som valt att vara med i detta. Att ni har tagit er tid att svara på de frågor jag ställt och bidragit med era perspektiv och berättelser är fantastiskt generöst. Det har varit oerhört spännande och lärorikt att få ta del av det ni velat säga. Stort tack även till alla behandlare på olika IHF-enheter som hjälpt mig att komma i kontakt med ungdomarna och som har möjliggjort det praktiska så att ungdomarna kunnat fylla i enkäter och kunnat delta i intervjuer. Jag vill också rikta ett särskilt tack till min handledare Cecilia Kjellgren som från start och under hela denna långa process varit uppmuntrande, stödjande och en stor hjälp i att detta arbete slutligen har resulterat i denna uppsats. Din hjälp har varit ovärderlig! Slutligen vill jag tacka min familj som varit förstående, stöttande och som särskilt på slutet av detta arbete har fått stå ut med att jag inte varit så tillgänglig. Även om arbetet blev långt och stundvis utmanande har det samtidigt varit en spännande och utvecklande resa där jag har lärt mig mycket.

Juni, 2021

Anne-Lie Wikström

Innehållsförteckning

Abstract	1
Förord	2
Innehållsförteckning	3
1. Problemformulering	5
<i>Inkludering av barn i behandlingsutvärderingar</i>	6
<i>Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling</i>	6
<i>Behandlingsmodellen</i>	7
<i>Tidigare forskning</i>	10
<i>Barns upplevelser av manualiserade familjebehandlingsinsatser</i>	11
<i>Barns upplevelser av mötet med professionella</i>	12
<i>Syfte och frågeställningar</i>	13
2. Teori	15
<i>Barns deltagande</i>	15
<i>Argument för och emot barns deltagande</i>	15
<i>Definition av deltagande</i>	16
<i>Deltagande som en relationell process</i>	17
<i>Konsekvenser av delaktighet</i>	17
<i>Risk och skydd kopplat till sociala relationer</i>	18
<i>Allians utifrån systemteori</i>	18
3. Metod	21
<i>Urval</i>	22
<i>Information och samtycke</i>	24
<i>Datainsamling - enkätstudien</i>	25
<i>Datainsamling – intervjustudien</i>	27
<i>Hantering och förvaring av data</i>	29
<i>Relation mellan forskare och forskningspersoner</i>	30
<i>Databearbetning</i>	30
<i>Kvantitativ data</i>	30
<i>Kvalitativ data</i>	31
<i>Sammanställning och presentation av data</i>	34
4. Etiska överväganden	35
5. Resultat	36
<i>Nöjdhet och hjälpsamhet</i>	36
<i>Förändring och förbättring</i>	37
<i>Att ha en egen behandlare</i>	38
<i>Träffarna är avlastande</i>	40
<i>Man får hjälp och stöd</i>	41
<i>De övriga i behandlingsteamet</i>	42
<i>Betydelse av familjesamtalen och föräldrarnas delaktighet</i>	43

<i>Det är skönt att föräldrarna är med</i>	44
<i>Familjesamtalen – en arena för kommunikation.....</i>	44
<i>Delaktighet i behandlingen.....</i>	45
<i>Att få information</i>	45
<i>Att få uttrycka sig.....</i>	46
<i>Att bli lyssnad på och få möjligheter att påverka.....</i>	48
<i>Intensitet och flexibilitet</i>	51
<i>Tillgänglighet och anpassningar</i>	51
<i>Upplevelser av att bli intervjuad.....</i>	54
6. Diskussion	55
<i>Relevans och hjälpsamhet</i>	55
<i>Delaktighet i behandlingen.....</i>	58
<i>Metodologiska reflektioner och begränsningar</i>	60
<i>Slutsatser</i>	61
Referenser	62
Bilaga 1.....	63
Bilaga 2.....	63
Bilaga 3.....	63
Bilaga 4.....	63
Bilaga 5.....	63
Bilaga 6.....	63
Bilaga 7.....	63
Bilaga 8.....	63
Bilaga 9.....	63
Bilaga 10.....	63
Bilaga 11.....	63

1. Problemformulering

Bland de insatser som socialtjänsten beviljar har de så kallade strukturerade öppenvårdsprogrammen ökat under många år, vid den senaste mätningen där man anger antal barn i strukturerade öppenvårdsprogram, var det 17.100 barn som hade denna typ av insats, av totalt 33.800 barn som då hade öppenvårdsinsatser (Socialstyrelsen, 2019a). För att kunna fatta beslut om insatser utifrån ett evidensbaserat arbete krävs att man systematiskt använder och tar hänsyn till den enskildes situation och önskemål, den professionella expertisen och inte minst den kunskap som finns om olika insatser via forskning (Socialstyrelsen, 2019b). Att utvärdera metoder eller behandlingar genom randomiserade kontrollerade studier (RCT) är det säkraste sättet att ta reda på effekten av dessa, men utvärdering av metoder inom hälso- och sjukvård samt socialtjänst handlar också bland annat om att skapa en förståelse av vad det är som gör att en insats eller behandling fungerar. Genom att föra in brukarperspektiv kan man få bättre kunskap och därmed ett bättre evidensbaserat underlag (SBU, 2017).

Barn har enligt Barnkonventionen artikel 12 rätt att komma till tals i frågor som rör dem och det är allt vanligare att barn tillfrågas i sådant som berör dem (Alderson & Morrow, 2011). Längre utgick forskning om barn från hur vuxna ser på barn vilket gjorde att barn länge exkluderades från forskning. I takt med att man sett värdet av barnens egna åsikter har man på olika sätt har börjat inkludera barnen i forskningsprocesser (Christensen & James, 2017) men när det gäller utsatta barns upplevelser av insatser i Sverige tycks dock detta inte ha fått något större genomslag. Få studier finns om hur barn upplever insatser som beviljats utifrån deras behov, detta trots att det numera är erkänt att en viktig del gällande evidensen för olika metoder handlar om att lyssna på barnen (Roberts, 2017). I rapporter från Bris (2018) och Maskrosbarn (2016) beskrivs att barn som är i kontakt med dessa organisationer berättar om att det stöd och de insatser man får inte fungerar. Även om de barn som vänder sig till dessa organisationer inte nödvändigtvis är representativa för alla barn som får insatser pekar det på vikten av att fråga barnen själva hur de upplever de insatser de får. Genom att fråga dem kan man både få reda på olika brister men också mer specifikt vad som fungerar och vad som uppskattas av barn i insatser de får (Thulin, Kjellgren & Nilsson, 2019). Den direkta informationen från barnen kan bli vägledande i att förbättra interventioner så att de blir bättre anpassade efter vad som upplevs som hjälpsamt och meningsfullt för barnen själva (Dittmann & Jensen, 2014).

Trots det ökade intresset att kunna erbjuda evidensbaserade insatser har många av de insatser som erbjuds till barn och unga på hemmaplan fortfarande svagt stöd i forskning vilket gör det svårt att veta hur dessa insatser påverkar barnens situation och om den förbättras (Pösö, Skivenes & Hestbæk, 2014). Att få metoder har utvärderats i forskning påtalas även i en översikt gjord av SBU (2018) gällande öppenvårdsinsatser som ges till familjer där barn på olika sätt varit utsatta för våld och försummelse. I de kvalitativa studier som ingick i översikten där man fokuserade på hur behandlingen upplevs, har föräldrar fått komma till tals medan få studier har undersökt hur barnen upplever dessa insatser. SBU påpekar utifrån detta att mer forskning behövs om barns upplevelser av olika insatser för att man ska kunna få en helhetsbild av dem.

Inkludering av barn i behandlingsutvärderingar

Det tycks som att barn, när de blir tillfrågade, uppskattar att dela med sig av sina åsikter och upplevelser och att de också kan ge genomtänkta svar (Roberts, 2017). I intervjustudier har barn visat att de tyckt om att vara delaktiga, trots att det handlat om upplevelser av behandlingar som de fått med anledning av svåra livssituationer (Carlberg, Thorén, Billström & Odhammar, 2009; Thulin et al., 2019). Även mindre barn, så unga som fyra år har visat sig kunna bidra med värdefull information om insatser de varit delaktiga i (Pernebo & Almqvist, 2016). Genom barn och ungas beskrivningar kan man få fram information som annars möjligtvis gått förlorad. När man har frågat barn som på grund av olika svårigheter haft insatser har man exempelvis kunnat få förståelse för vilka delar av insatsen eller behandlingen som barnen uppskattat och vad som varit hjälpsamt ur deras perspektiv (Paradisopoulos, Pote, Fox & Kaur, 2015; Salloum, Dorsey, Swaidan & Storch, 2015; Thulin et al., 2019; Ware, Ohrt & Swank, 2012). Man kan också få andra perspektiv än om man enbart frågar exempelvis föräldrar hur de har upplevt och vad de tycker om en behandling som riktar sig till familjer (Celinska, Cheng & Virgil, 2015; Collyer, Eiser & Woolgar, 2020). Att fråga barnen själva blir därmed nödvändigt för att kunna göra behandlingar och insatser för barn mer barncentrerade.

Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling

IHF – Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling är en svensk manualbaserad strukturerad öppenvårdsinsats som skapades och implementerades i privat regi av Familjeforum år 2001 (Fransson, Balldin, Hansson & Schüller, 2009). Det är en metod där det övergripande syftet är

att stoppa processer av exkludering där barn och unga riskerar stötas ut från sin familj och andra sammanhang (Humana, 2015). Den kom till med anledning av att personer som arbetade inom Familjeforum ville kunna möta familjer som haft omfattande problem under en längre period, familjer som var svåra att hjälpa och som skickades runt mellan vårdgivare. Man ville ha en behandling som präglades av en helhetssyn genom ett multisystemiskt förhållningssätt, något man ansåg hade gått förlorat i slutet av 1990-talet (Björk, Shüller, Balldin & Olsson, 2004). I utformandet och utvecklandet av metoden hittade man inspiration från andra modeller/metoder; Parent Management Training (PMT), Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), The Incredible Years (ICY), Funktionell Familjeterapi (FFT) och Multisystemisk Terapi (MST). Sedan IHF skapades har metoden vuxit och spridits över landet. Behandlingsmetoden ägs idag av Humana och bedrivs på 16 orter i Sverige både i kommunal och privat regi (Humana, u.å). För att få bedriva IHF krävs en implementeringsprocess som innefattar en förstudie av organisationens/verksamhetens möjligheter att implementera IHF, utbildning för behandlingsteamet, handledning och att teamet genomgår en certifieringsprocess (Humana, u.å)

Behandlingsmodellen

IHF utgår från en manual som har utvecklats i nära anknytning till det kliniska arbetet. Den första manualen kom 2006 och har omarbetats och reviderats till den nuvarande fjärde versionen (Humana, 2015). Målgruppen för IHF är familjer som ofta har haft en del tidigare insatser, både från socialtjänsten, BUP och skola (Fransson et al., 2009). De har komplicerade och omfattande problem som pågått en längre tid vilket resulterar i att de ofta faller mellan två stolar; socialtjänsten och BUP (Björk et al., 2004). I manualen definieras inte problematiken specifikt utan där benämns målgruppen som familjer med relationsförsvårande beteenden som kan yttra sig på olika sätt (Humana, 2015). I den beskrivning som finns på metodens hemsida ges exempel på hur problematiken kan yttra sig och vilken problematik som kan finnas (Humana, u.å.). Det kan handla om stora konflikter i vardagen, beteendeproblem hos barnen, barn som har svårt i kontakter med jämnåriga, skolproblem, psykiskt dåligt mående både hos föräldrar och barn, föräldrar som på olika sätt brister i sitt föräldraskap och det kan finnas neuropsykiatriska diagnoser hos familjemedlemmar. Vilka som ingår i en familj definieras inte utan denna definition överläts till familjen själva då det kan finnas många olika familjekonstellationer, både biologiska och icke-biologiska (Humana, 2015). Behandlingstiden är vanligtvis från sex månader upp till ett år och följs upp via ett antal

standardiserade skattningsformulär som familjen får fylla i när insatsen startar, under behandlingen och när behandlingen avslutas (Humana, 2015).

Namnet på metoden står för de tre grundpelare som behandlingen vilar på (Humana, 2015). Att behandlingen är *intensiv* betyder att ju större problemtyngd som finns desto större behöver intensiteten vara. Detta innefattar både antal behandlingstimmar, behandlingsinterventioner, att kunna ha en anpassning och flexibilitet i var och när man träffar familjen och att finnas tillgänglig för familjen i hög utsträckning. Det är viktigt att tider för träffar och samtal anpassas efter när familjen kan och att behandlingen utförs på platser där familjen känner sig bekväm. Den höga tillgängligheten skapar trygghet för familjen att under stora delar av dagen och dygnet runt på helgen kunna få tag på behandlare för att få stöd och hjälp. Att behandlingen är *hemmabaserad* innebär att behandlarna arbetar med familjen på hemmaplan. Syftet med detta är dels att undvika att barn och unga ska behöva lyftas ur sin familjs sammanhang och miljö, men det finns också en tanke att resultaten får en direkteffekt i den vardagsmiljö familjen befinner sig i, vilket antas skapa ett mer hållbart förändringsresultat. Att arbeta på hemmaplan möjliggör även att familjen kan fortsätta med salutogena aspekter av tillvaron såsom skola, arbete och fridisaktiviteter. Den tredje grundpelaren är att det är en *familjebehandling* där utgångspunkten är att svårigheter i förändringsarbete ska mötas med ett intensifierat arbete med hela systemet istället för med individualiserade insatser.

Behandlingen utgår från tio kärnkomponenter som alla ska genomsyra behandlingen (Humana, 2015). 1) IHF är en *familjeorienterad* behandling som innebär att man ser familjen som en jämbördig samarbetspart i förändringsprocessen. Istället för att hitta individuella lösningar ska interventionerna ha en tydlig familjeorienterad riktning med ett relationellt fokus. 2) Behandlingen ska präglas av ett *multisystemiskt förhållningssätt* där individens behov ska ses i ljuset av hela sitt sammanhang där både det utökade nätverket, skola/arbete, fritid men också exempelvis bostadssituation och ekonomi kan påverka utfallet av olika insatser. 3) Behandlarna ska ha ett *salutogent förhållningssätt* genom att kontinuerligt undersöka, benämna och tydliggöra resurser och styrkor som finns hos individen och systemet. 4) Att arbeta *alliansskapande* är ytterligare en kärnkomponent som finns för att minska sammanbrott i behandlingen. Behandlarna har ansvar för att på olika sätt skapa och bibehålla allians med familjemedlemmarna. 5) Behandlarna har även ansvar för att *sammanhangsmarkera* genom att informera om arbetssätt och vad syften med olika möten är. Detta görs för att skapa trygghet och förutsägbarhet samt för att reducera stress. 6) Det ska

ske en *anpassning av information och mötets form efter familjens förutsättningar* på det sätt som är mest gynnsamt för familjen och som främjar inlärning vilket kan innebära anpassning av längden på samtal och vilka interventioner man väljer. 7) De familjer som får IHF som insats har ofta relationsförsvärande beteenden vilka förstärker eller vidmakthåller problem både inom familjen och i förhållande till omgivningen. Därför ska behandlarna göra ett *arbete med beteendefokus i relationell kontext* för att stärka relationer. 8) Utifrån att stress påverkar förmåga till inlärning ska behandlarna ha ett *arbete med att optimera förutsättning för inlärning och stressreducering* genom olika tekniker i samtal och möten. 9) Det ska finnas ett *fokus på risk och skydd* under behandlingens gång för att arbeta med att undanröja riskfaktorer och förstärka skyddsfaktorerna. 10) Eftersom IHF är en intensiv och tidsbegränsad insats ska behandlarna ha *fokus på generalisering av färdigheter* för att de förändringar som uppnås ska kunna upprätthållas av familjen eller av andra resurser som finns kvar efter avslutad IHF-behandling.

Behandlingen är indelad i tre faser för att göra processen begriplig och tydligt både för behandlarna och familjen (Humana, 2015). I *engagemangsfasen/undersökningsfasen* är fokus att skapa allians med familjen och att tillsammans med familjen formulera en genomförandeplan där det i konkreta och mätbara termer beskrivs vad som ska förändras och hur detta ska göras. I *beteendeförändringsfasen* arbetar behandlarna tillsammans med familjen med förändringsarbete utifrån målen i genomförandeplanen. Under denna fas träffar behandlarna familjen varje vecka för familjesamtal som familjebehandlaren håller i och där ungdomsbehandlaren finns med som stöd för ungdomen. Familjesamtalen bör föregås av föräldrasamtal där familjebehandlaren förbereder och tränar föräldrarna i att kunna lyssna på sitt barn och att förstärka barnet eller ungdomen för positiva ansträngningar. I ungdomsbehandlarens enskilda träffar med barnet/ungdomen ska ett arbete göras med hur det som kommer upp i dessa träffar och samtal ska kunna lyftas på familjesamtalen. I familjer med hög konfliktnivå kan tydliga planer behöva göras både med föräldrar och barn/ungdomar för hur de ska hantera sina känslor under familjesamtalet, att exempelvis pausa om konfliktnivån börjar bli för hög. Detta kan göras genom att barnet/ungdomen tillsammans med ungdomsbehandlaren går iväg en stund för att sedan återvända till familjesamtalet tillsammans med ungdomsbehandlaren när läget är lugnare (Humana, 2015). Den slutgiltiga fasen kallas för *generaliseringsfasen* då fokus är på hur de förändringar som gjorts kan upprätthållas och vara verksamma på lång sikt. En inventering av fortsatta stödbehov görs också i denna fas (Humana, 2015).

Behandlingen utförs av ett behandlarteam med minst tre personer där alla behandlare har en specifik roll. Detta görs både för att minska sårbarheten men framför allt för att underlätta ett multisystemiskt arbete där behandlarna ska kunna ta de olika aktörernas perspektiv (Humana, 2015). Samtidigt måste det finnas en person som står utanför systemet och ser vad som händer i förändringsarbetet. I manualen finns de olika rollerna beskrivna utifrån deras huvudsakliga funktion och roll men också vad som är viktigt att fokusera på under de olika faserna av behandlingen (Humana, 2015). *Samordnaren* har ett övergripande ansvar och leder behandlingsarbetet och fungerar som en internhandledare för behandlarna. Hen har ansvar för att behandlingen bedrivs i enlighet med de mål som upprättats i genomförandeplanen och ser till att kontakt hålls med socialtjänst och andra aktörer. Bland annat har samordnaren en roll att sammankalla och leda möten med socialtjänst och andra aktörer där även familjen är med. *Familjebehandlaren* arbetar nära familjen och håller både i familjesamtal och föräldrasamtal som både kan innebära föräldrautbildande inslag, rollspel, praktiska övningar med mera. Familjearbetet ska leda till att stressen i familjen minskar och att kommunikationsmönstren mellan familjemedlemmarna blir mer funktionellt. *Ungdomsbehandlaren* har enskilda samtal och träffar med barnet/ungdomen och finns som ett stöd på olika sätt. I de enskilda träffarna kan fokus ligga på att hjälpa barnet/ungdomen med problemlösning, social färdighetsträning, affekthantering, rollspel, praktiska övningar med mera. Ungdomsbehandlaren ska också hjälpa barnet/ungdomen att föra sin egen talan i familjesamtal och i möten med andra aktörer. Förutom en tät kontakt med familjen har behandlarteamet också ett nära samarbete med varandra. De har veckovisa teamträffar där behandlarna går igenom föregående veckas interventioner samt planerar för kommande veckas interventioner. Behandlarna bör ha relevant högskoleutbildning, som exempelvis socionom eller psykolog och gärna vidareutbildningar i psykoterapi (Humana, 2015).

Tidigare forskning

I de tidigare studier som gjorts om IHF har fokus framför allt varit på före- och eftermätningar avseende barns psykosociala problem. Man har via standardiserade formulär mätt barnens internaliserade och externaliserade symptom och konstaterat att den totala symptombelastningen har minskat efter behandlingen (Bäckström, 2016; Fransson et al., 2009; Ottosson, 2013). Resultat har också visat att det var skillnader i hur föräldrar och barn bedömde barnens psykosociala problematik, där föräldrarna rapporterade en större förändring i barnens symptom än vad barnen själva skattade (Fransson et al., 2009; Ottosson, 2013). I en

av studierna har man även undersökt andra variabler än barnens psykosociala symptom och konstaterat att mammorna efter behandlingen mådde psykiskt bättre och hade en större tillfredsställelse med livet. Även positiva förändringar i relationen mellan barn och föräldrar kunde ses och både barn och föräldrars bedömning av familjeklimatet visade på förbättringar (Fransson et al., 2009).

Även om dessa studier har indikerat positiva resultat så är det svårt att säga något om hur effektiv metoden är eftersom den typ av kontrollerade studier som möjliggör detta ännu inte gjorts av IHF. Som nämnts ovan är inte enbart kvantitativa resultat som visar olika metoders effekt av vikt för att förstå hur insatser fungerar, utan man behöver även att ta reda på barnens/ungdomarnas egna upplevelser (SBU, 2018). Även om barnen själva har fått fylla i olika standardiserade självskattningsformulär och på så sätt fått möjlighet att ge sin bild av vissa på förhand bestämda områden i de studier som hittills gjorts om IHF, så har ingen studie ännu fokuserat på hur behandlingen uppfattas och upplevs av barnen och ungdomarna.

Barns upplevelser av manualiserade familjehandlingsinsatser

Även om det råder brist på studier där man frågat barn och unga vad de själva anser om insatser de får har kunskapen börjat öka inom detta område. Jag har här valt att ta upp studier som belyser barns perspektiv på manualiserade öppenvårdsinsatser som riktar sig till familjer då de är den typ av insatser som mest liknar IHF. Kognitiv Integrerad Behandling vid Barnmisshandel (KIBB) är en behandlingsmetod som riktar sig till familjer där det finns misstanke om barnmisshandel. Liksom i IHF har barnen och föräldrarna både individuella träffar med olika behandlare följt av gemensamma samtal (Stiftelsen Allmänna Barnhuset, 2020). I en svensk studie där barn blivit intervjuade om sina upplevelser av behandlingen (Thulin et al., 2019) berättar barnen hur viktigt det har varit att de fått skapa en relation till den behandlare som haft individuella samtal med dem, en relation som präglades av tillit där konfidentialiteten var en viktig del för att barnen skulle kunna öppna upp. Barnen upplevde också att det var hjälpsamt att ha den egna behandlaren som stöd i samtalen med föräldrarna. Det var även viktigt för barnen att både få uttrycka sina tankar och känslor till sina föräldrar men också att få lyssna på sina föräldrar i de gemensamma samtalen. Ytterligare sådant som barnen tyckte var hjälpsamt var den struktur som finns i behandlingen samt att de fick information av sin behandlare om vad som händer under insatsens gång.

Det finns även ett par studier där man frågat ungdomar som fått insatsen MST som är en av de metoder IHF har inspirerats av men där en stor skillnad är att en ensam MST-terapeut arbetar med hela familjen (Björk et al., 2004). I den ena studien (Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch & Butler, 2012) där både föräldrar och ungdomar intervjuats är det framför allt föräldrarnas röst som kommer fram och när det exempelvis gäller sådant som kontakt med terapeuten visar studien att majoriteten av ungdomarna endast hade lite kontakt med MST-terapeuten och att de inte tycktes uppskatta samtalen. I en annan studie där man enbart intervjuade ungdomar framkom att alliansen som terapeuten skapade med ungdomarna var viktig. För att skapa en trygg relation var sådant som flexibilitet, värme, humor och att ungdomarna kände att terapeuten lyssnade på, förstod och respekterade dem avgörande (Paradisopoulos et al., 2015).

Även FFT som IHF är influerat av (Björk et al., 2004) har upplägg med en terapeut för hela familjen. I en studie där man intervjuat ungdomar och föräldrar som fått denna insats framkom att ungdomarna tyckte det var viktigt att det finns en balans i det stöd terapeuten ger till dem och föräldrarna. Det var viktigt för ungdomarna att känna att de fick stöd av terapeuten, att de kände sig förstådda, lyssnade på och att de fått möjlighet att prata om sådant som känts relevant och viktigt (Collyer et al., 2020). Studien visar också att det kan finnas svårigheter att som ensam terapeut hitta en balanserad allians med familjemedlemmarna. I en annan studie (Celinska et al., 2015) där ungdomar och föräldrar har fått svara på vad de anser om FFT visar resultaten att föräldrarna var mer nöjda än ungdomarna. 30 procent av ungdomarna uppskattade den hjälp de fått medan över 35 procent av ungdomarna inte tyckte om att komma till samtalen. Orsaker till detta var sådant som att det upplevdes tråkigt, att insatsen tog tid från fritidsaktiviteter och kompisar och att samtalen pågick för länge. Sådant som ungdomarna uttryckte som hjälpsamt var att terapeuten möjliggjorde kommunikation mellan dem och föräldrarna och att de fick möjlighet att prata om problem som både var kopplade till hemmet och skolan.

Barns upplevelser av mötet med professionella

Många studier påtalar hur viktigt det är för barn som på olika sätt är i utsatta situationer att kunna skapa tillitsfulla relationer till professionella som de möter (Bessell, 2015; Cossar, Brandon & Jordan, 2014; Dittman & Jensen, 2014; Husby, Slettebø & Juul, 2018; Thulin et al., 2019; Vis, Strandbu, Holtan & Thomas, 2010). I en översikt över hur ungdomar ser på professionella inom olika hjälpsamt sektorerna inklusive behandlare och socialarbetare har olika

övergripande teman identifierats gällande sådant som ungdomar uttryckt som viktigt när de möter professionella (Freake, Barley & Kent, 2007). Ett av dessa teman handlar om vikten av att det ungdomar uttrycker hanteras konfidentiellt. Detta betonas även i senare studier gällande barn och unga med traumatiska upplevelser. Där har behandlares konfidentialitet varit en viktig faktor för att barn och unga ska våga öppna upp och berätta vad de varit med om (Dittman & Jensen, 2014; Thulin et al., 2019). Ett annat av de teman som beskrivs av Freake et al. är behovet hos unga att kunna lita på professionella. Detta har samband med konfidentialiteten men det räcker inte att professionella efterlever tystnadsplikten utan av lika stor vikt är att relationen präglas av ärlighet, respekt och uppriktighet (Freake et al., 2007). Ytterligare teman som författarna tar upp handlar om behovet av information och förklaringar, att de unga blir lyssnade på, att de professionella är snälla, omtänksamma, sympatiska och förstående men också att de är kompetenta i att hantera problem. Det är också viktigt för ungdomar att bli behandlade som personer de professionella verkligen bryr sig om, inte enbart någon som är en del av jobbet. Ungdomarna vill bli bemötta åldersadekvat och inte som yngre barn, det är vidare viktigt att de professionella är icke-dömande och ungdomarna behöver kunna känna sig bekväma att prata med dem. Ett sista tema är behovet av få träffa samma person över tid för att kunna skapa och upprätthålla en relation med den professionella (Freake et al., 2007). Risken om barn och unga inte får möjlighet att skapa tillitsfulla relationer till de professionella som ska hjälpa dem är att de inte får möjlighet att utforska och uttrycka sina åsikter och känslor och därmed blir de inte heller lika delaktiga i processer som rör dem (Cossar et al., 2014).

Syfte och frågeställningar

Med tanke på hur många barn och unga som får insatser av olika slag på hemmaplan (Socialstyrelsen, 2019a) finns det ett behov av att veta mer om hur olika insatser fungerar. SBU (2018) har identifierat frånvaron av barns upplevelser i olika insatser riktade till familjer som en kunskapslucka som behöver adresseras i forskningen. Den typ av kvantitativa studier som hittills gjorts gällande IHF ger lite utrymme för beskrivningar av vad barnen själva tänker och tycker om insatsen, vilket är nödvändig information för att kunna göra behandlingen mer anpassad till vad barnen själva anser är hjälpsamt. Syftet med denna studie är därför att öka kunskapen om hur barn och unga själva uppfattar och upplever IHF med huvudfokus på hur hjälpsam behandlingen upplevs och på vilket sätt barnen involveras i behandlingen. Detta kan

ses som en pilotstudie som blir vägledande för både utveckling av behandlingen och för fortsatta studier/utvärderingar av IHF. De huvudsakliga frågeställningarna är följande:

- Anser barnen att IHF är en insats som är relevant för dem?
- Tycker barnen att insatsen har varit till någon hjälp för dem?
- Vilken betydelse har det för barnen att ha en egen behandlare?
- Vilken betydelse har familjesamtalen för barnen?
- Har barnen fått möjlighet att i olika sammanhang få komma till tals och vara delaktiga under insatsen?
- Anser barnen att det finns något negativt med insatsen?

2. Teori

Barns deltagande

I denna uppsats vill jag i huvudsak ta min utgångspunkt i teorier om barns delaktighet, något som är nära förknippat med synen på barn. Vilken syn samhällen har på barn har sett olika ut över tid och de sätt vi förstår och ser på barn och barndom påverkar i stor utsträckning hur man på olika nivåer i samhället, från föräldrar till beslutsfattare, hanterar och engagerar barn (Morrow, 2012). Genom Barnkonventionen blev barn för första gången beskrivna som egna individer med individuella behov, känslor och åsikter som är värda att uppmärksamma (Gal & Duramy, 2015). De rättigheter som beskrivs i Barnkonventionen fokuserar både på skydd och friheter för barn och därför betonas både hur viktig familjen och samhället är för barn och att barn samtidigt har behov av självständighet (Gal & Duramy, 2015). Artikel 12 i Barnkonventionen handlar om barns rätt att komma till tals i alla frågor som rör dem (UNICEF, 2018) och anses vara en av de viktigaste artiklarna i Barnkonventionen eftersom den speglar en syn på barn som egna individer med rätt att uttrycka sina åsikter och att dessa åsikter ska tas på allvar med hänsyn till ålder och mognad (Gal & Duramy, 2015). Den rättighet som uttrycks i artikel 12 blev en tydlig markering i att gå från en uppfattning av barn som objekt i behov av skydd, till barn som subjekt med egna rättigheter (Gal & Duramy, 2015). Denna förskjutning är dock inte helt problemfri. Exempelvis har man sett att professionella som arbetar med familjer i behov av hjälp kan hamna i ett polariserat synsätt mellan att se barn som sociala aktörer och barn i behov av skydd, det vill säga man anser att barns rätt att uttrycka sina åsikter existerar såvida inte de är i behov av skydd, ett förhållningssätt som riskerar begränsa barns möjlighet att delta (Graham, Fitzgerald & Cashmore, 2015).

Argument för och emot barns deltagande

Det finns en hel del utmaningar och åsikter kopplade till barns rätt att delta. Gal och Duramy (2015) tar upp några områden där detta diskuteras. För det första framförs ofta argument som handlar om vilken förmåga barn har att kunna fatta rationella beslut och vilken vikt man ska lägga vid deras åsikter när saker ska bestämmas. Detta gäller särskilt yngre barn men författarna menar att oavsett ålder är detta argument överskattat eftersom man aldrig avkräver vuxna att kunna bevisa att de är kapabla att fatta rationella beslut innan de får vara med och bestämma. Dessutom har barn, även om de i vissa åldrar har svårt att fatta beslut, åsikter, känslor och uppfattningar som bör tas på allvar när det handlar om sådant som berör

dem. Därmed är förmågan att fatta beslut inte en anledning att exkludera barn. Andra argument som framförs mot deltagande är kopplat till principen om barns bästa (Gal & Duramy, 2015). Det finns ofta en oro både från föräldrar och professionella att man skadar barn om man inkluderar dem i processer som kan vara stressfyllda för dem. Detta har dock ofta mer att göra med professionellas oro än vad barn själva önskar eftersom barn ofta är tydliga med att de vill bli lyssnade på. Här poängterar Gal och Duramy att det är viktigt att skilja på att uppleva svårigheter och uppleva skada. Det kan vara smärtsamt för barn att vara inkluderade i processer som berör dem men det blir felaktigt att anta att dessa svårigheter är värre än att inte alls få delta. Vuxna behöver kunna lita på barns egna omdömen när de säger att de vill delta trots riskerna det medför. Något som bör beaktas i detta sammanhang är att deltagande även kan ha en skyddande effekt. Att låta barn vara med så att deras perspektiv kommer fram kan öka chanserna att missförhållanden upptäcks och åtgärdas tidigare (Vis et al., 2010). Ett tredje argument som Gal och Duramy diskuterar handlar om att deltagande kan ha konfronterande inslag. Här utgår argumenten från att om barn får möjlighet att uttrycka sina åsikter och om dessa åsikter går emot vad föräldrar eller andra omsorgspersoner anser finns en risk att det skapas konflikter som kan leda till att barn exkluderas från sina egna familjer och stödsystem. Författarna hävdar dock att delaktighet inte är det som startar konflikter utifrån att konflikter redan kan finnas i familjer som har problem. Författarna menar att deltagande också skiljer sig från rätten att fatta autonoma beslut. Det handlar istället om en process där barn och vuxna i dialog med varandra tillsammans diskuterar olika frågor och att man på det sättet skapar en större jämlikhet när vuxna kan lyssna på barn. Det sista argumentet som författarna problematiserar handlar om kostnadseffektivitet. Eftersom det kan krävas en del praktiska arrangemang och anpassningar för att möjliggöra barns deltagande finns ett visst motstånd mot att involvera barn både från beslutsfattare och andra professionellas håll.

Definition av deltagande

Även om det finns goda argument för barns deltagande blir en följdfråga vad barns delaktighet egentligen innebär och hur detta ska möjliggöras. Det finns olika definitioner och beskrivningar av vad barns delaktighet innebär men det finns gemensamma komponenter som av många lyfts fram som de mest väsentliga. Jag tar min utgångspunkt i den beskrivning som både Franklin och Sloper (2005) och Lansdown (2009) gör där de beskriver olika förutsättningar för att kunna vara delaktig. Först pekar de på vikten av att barn *får information*

för att kunna vara med och påverka sådant som berör dem. En annan förutsättning är möjligheten att få *uttrycka* sina tankar och åsikter men för att detta ska innebära delaktighet behöver barns åsikter också bli *lyssnade på*. Dessutom ska åsikterna *tas i beaktande* och *ha en inverkan* på det som ska beslutas.

Deltagande som en relationell process

Att barn blir lyssnade på och har möjlighet att påverka betyder dock som nämnts ovan inte att deltagande är en process där barn har självbestämmanderätt. Deltagande ska istället ses som en relationell process som innebär att vuxna ska se till att engagera barn i en ömsesidig process där tankar och känslor kan utbytas (Gal & Duramy, 2015). Det finns även relationella aspekter i hur barn blir delaktiga. Vikten av goda relationer där barn kan få stöd på olika sätt är något som man i olika studier har lyft fram som avgörande för barns deltagande (Gallagher, Smith, Hardy & Wilkinson, 2012; Husby et al., 2018) där ett inkluderande och respektfullt sätt gentemot barnen gör deltagandet meningsfullt (Bessell, 2015). I processen för att kunna utvecklas och uttrycka sina tankar och åsikter krävs att vuxna ser till att ge barn både tid, uppmuntran och stöd (Lansdown, 2009).

Konsekvenser av delaktighet

Delaktighet kan ha olika positiva konsekvenser för barn. I en forskningsöversikt beskriver Vis, Strandbu, Holtan och Thomas (2011) att processer där barn blir delaktiga kan för barnet resultera i stärkta relationer med de runtom barnet, stärkt självkänsla och en ökad känsla av hanterbarhet och kontroll. De såg också att delaktighet kan påverka hur effektiva interventioner är. Detta påverkas av hur väl man svarar upp på barnets önskemål och förväntningar samt att man tar med barnets egen agenda för att kunna göra mer realistiska planer. Även senare studier har visat samband mellan hur barns delaktighet påverkar hur väl matchade interventioner blir, även om delaktighet i sig inte är tillräckligt för att den omsorg som barn får blir matchad efter barnens problematik (Heimer, Näsman & Palme, 2018). Gal och Duramy (2015) pekar på liknande positiva effekter av deltagande även i stressfyllda situationer. Förutom stärkt självkänsla och kontroll kan deltagande även leda till att barn utvecklar både sin förmåga att lita på andra och dessutom får barnet en upplevelse av att bli respekterad. Att få öva sig i att vara delaktig i olika beslutsprocesser och diskussioner som berör dem hjälper barn att bli mer rustade och kompetenta att i framtiden bli mer toleranta för andras åsikter och också bli personer som har respekt både för andra och sig själva.

Risk och skydd kopplat till sociala relationer

Den andra teoretiska utgångspunkten jag har i denna studie handlar om sociala relationer. Mycket forskning finns som visar på den skyddande funktion som positiva relationer till föräldrar och annat socialt stöd har för barn som varit utsatta på olika sätt (Afifi & MacMillan, 2011; Meng, Fleury, Xiang, Li & D'Arcy, 2018). Ett forskningsfält som har bidragit positivt till den multisystemiska familjeterapin och som hjälper till att förklara varför positiva sociala relationer är en skyddsfaktor är neurobiologin som tillfört och kontinuerligt tillför kunskap om den mänskliga hjärnan kopplat till relationer (Fishbane, 2016). Även IHF har inslag av detta forskningsfält i sin manual (Humana, 2015). Den sociala neurovetenskapen har sin utgångspunkt i att människor i grunden är skapade för att vara sociala och att vi genom livet behöver andra för att må bra (Lieberman, 2017). Människor som har goda och välfungerande relationer mår bättre och det finns forskning som tyder på att när det finns socialt stöd och sociala resurser runt oss, är vi människor bättre rustade att möta motgångar (Coan & Sbarra, 2015). Positiva relationer och socialt stöd har samband med fysisk och emotionell hälsa medan negativa och destruktiva relationer ger negativa hälsoeffekter. Långvarig stress orsakat av interpersonella trauman såsom försummelse, övergrepp och misshandel kan bland annat skada minnesfunktioner och påverka förmågan till självreglering och hur man fungerar i sociala relationer (Fishbane, 2016). Studier gällande ungdomars hjärnors utveckling ger stöd för att positiva relationer inom familjen har en skyddande funktion både kortsiktigt och långsiktigt medan dysfunktionella familjer skapar en större risk för ungdomar att utveckla psykiska problem (Morris, Squeglia, Jacobus & Silk, 2018). Kunskapen som finns från den sociala neurovetenskapen kan alltså vara en hjälp bland annat i familjeterapi för att förstå stress, trauma och dysfunktionella mönster och hur man utifrån ett socialt perspektiv kan hjälpa familjer att hitta nya sätt för att förbättra sina relationer (Fishbane, 2016).

Allians utifrån systemteori

Det tredje teoretiska perspektivet utgår från systemteorin där fokus ligger på utveckling och förändring i system samt hur relationer och samspel mellan olika system ser ut (Teater, 2010). Systemteorins utgångspunkt är att helheten i system är större än summan av de olika delarna. System kan beskrivas som olika komponenter eller element som direkt eller indirekt är relaterade till varandra för att skapa en funktionell helhet (Teater, 2010). Det finns många

olika typer av system, exempelvis är en enskild individ ett system som består av många interagerande delar, hjärnan är också ett system, liksom ett samhälle (Spronck & Compernelle, 1997). En familj kan definieras som ett system där de olika delarna kan bilda subsystem, exempelvis parrelationen mellan föräldrar, syskonrelationer eller förälder-barnrelationer. Dessa subsystem kan också agera som egna minde system. Teater beskriver att system kan beskrivas som mer eller mindre stängda eller öppna, det vill säga hur mycket de interagerar och påverkas av yttre stimuli och hur möjliga de är att påverka. Den sociala systemteorin tenderar beskriva system som öppna (Teater, 2010). Detta innebär både att system är öppna för yttre påverkan från omgivningen genom att låta ny information komma in i systemet men också att det finns en öppenhet i systemet där information tillåts cirkulera inom systemet. En utgångspunkt inom den sociala systemteorin är tron på möjligheten att skapa förändring även i system som börjat bli mer statiska och stängda (Teater, 2010). Ett fokus inom socialt arbete är att använda teorin för att kunna bedöma och bestämma hur och till vem/vilka interventioner ska riktas för att skapa en positiv förändring i system (Teater, 2010). Att som terapeut eller behandlare arbeta och tänka systemiskt innebär att ta hänsyn till andra nivåer av system, både högre och lägre, när man arbetar med ett system. Om man exempelvis arbetar med en familj behöver man ta hänsyn till information som handlar om kultur, det omgivande samhället såväl som individer och hjärnan. Spronck och Compernelle påpekar att man inte kan adressera alla dessa nivåer samtidigt, utan som terapeut måste man välja var interventioner ska riktas. Hur detta val görs påverkas av sådant som vilka mål man har, den kunskap som finns, vilka möjligheter och redskap man har. Eftersom de olika delarna i ett system är sammankopplade och beroende av varandra kommer en förändring i en del av systemet att påverka andra delar av systemet (Teater, 2010). Förutom att delarna i ett system kan påverka varandra påverkas även system direkt eller indirekt av andra system. När man arbetar med klienter och deras system i socialt arbete är syftet utifrån detta synsätt att möjliggöra förändring som uppmuntrar till att systemet utvecklas på ett positivt sätt (Teater, 2010).

Systemteori används ofta i familjeterapeutiskt arbete och är ett användbart sätt att se och förstå individer kopplade till och i relation till sin omgivning så att man kan arbeta utifrån helheten istället för individuellt (Payne, 2002). Fokus ligger ofta på kommunikationen inom familjen eftersom man när man arbetar med system både behöver förstå hur de olika delarna i systemet interagerar med varandra och på vilket sätt detta görs (Payne, 2002). Ett annat fokus i familjeterapi är den terapeutiska alliansen viktig eftersom goda relationer mellan terapeuten

och familjemedlemmarna påverkar både den terapeutiska processen och hur det går i familjens förändringsarbete (Perkins, Glass & D'Aniello (2019). Perkins et al. har skapat en modell över systemisk allians i par- och familjeterapi där de menar att ett systemiskt alliansbyggande sker när man arbetar mot gemensamma mål. Att hitta gemensamma mål och syften är alltså en viktig del och något som stärker den systemiska alliansen. Komponenter som är viktiga i arbetet mot de gemensamma målen och som också hjälper till att stärka den systemiska alliansen är ett pågående arbete hos terapeuten att skapa, balansera och följa upp hur alliansen med delarna och helheten i familjesystemet utvecklas. I detta arbete är det avgörande att terapeuten lyckas skapa en känsla av trygghet och tillit, något som terapeuten måste arbeta med från början. En annan central del i att skapa en systemisk allians är att hitta balans mellan de olika familjemedlemmarna, något som är en utmaning i familjeterapi (Friedlander, Escudero, Heatherington & Diamond, 2011). Det finns exempelvis en risk att om terapeuten validerar en familjemedlem kan detta skada relationen till en annan del av systemet, det vill säga andra familjemedlemmar (Collyer et al., 2020; Perkins et al., 2019). Därför krävs det att terapeuten konstant bedömer och följer upp den systemiska alliansen och hur förändringsarbetet utvecklas i relation till de mål som är överenskomna (Perkins et al., 2019)

3. Metod

För att kunna besvara frågeställningarna har en mixad metod använts där en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder tillämpas. Mixade metoder är något som används mer och mer, bland annat inom utvärdering av sociala program (Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). De som förespråkar detta sätt menar att för att kunna fånga komplexiteten i mänskliga fenomen krävs en mer komplex forskningsdesign (Sandelowski, 2000). Det finns också argument för att kunskap som kommer från denna typ av kombinerad forskning ökar chanserna för att exempelvis kunna förbättra olika praktiker inom socialt arbete (Bronstein & Kovacs, 2013). När man använder en forskningsdesign som innebär att man använder flera metoder behöver man vara klar över varför man gör det, särskilt eftersom denna typ av forskning är mer tids- och resurskrävande och ställer krav på kunskap i mer än en forskningsmetod. Skäl som ofta används och som även är något jag lutar mig mot i val av design handlar om att både kunna undersöka och förklara (Bronstein & Kovacs, 2013). Genom att använda både kvantitativ och kvalitativ metod kan man genom så kallad triangulering där man kan jämföra resultat från kvalitativ och kvantitativ metod med varandra, skapa en större säkerhet i resultaten. Det kan leda till att man upptäcker samstämmighet genom att olika data bekräftar varandra men det kan även leda till att man upptäcker inkonsekvens och motsägelser mellan resultat som de olika typerna av data ger (Johnson et al., 2007). Mixade metoder blir dessutom ett sätt att minska nackdelarna och stärka fördelarna med respektive kvantitativ och kvalitativ metod (Bryman, 2018). I denna studie har den kvantitativa delen genomförts via enkäter och den kvalitativa delen genom intervjuer.

En anledning till att använda enkäter handlar om att så många barn som möjligt på ett anonymt sätt ska kunna komma till tals och ge sin bild av IHF-insatsen. Barn har länge varit exkluderade från undersökningar där man använder enkäter av olika slag trots att barn ofta är de som bäst kan ge ett barnperspektiv genom att svara på frågor som rör dem själva och trots att barn kan svara på fler typer av frågor än man förut trott (Scott, 2008). En kvantitativ enkätstudie ger större möjlighet att kunna dra vissa slutsatser på gruppnivå när man genom mätning och kvantifiering kan hitta variation och samband mellan olika variabler (Bryman, 2018), exempelvis om vissa behandlingskomponenter har samband med högre nöjdhet. Syftet med denna del har alltså varit att få en bredd i svaren.

Intervjustudier möjliggör att få fram mer djupgående kunskap. Kvalitativa intervjuer används ofta för att få reda på enskilda barns upplevelser eller åsikter och har därmed fördelen att ge mer detaljerad data (Tisdall, Davis & Gallagher, 2009), som kan vara värdefullt för att förstå sådant som varför olika komponenter i en behandling är mer eller mindre hjälpsamma.

Genom intervjuer ges intervjupersonen en frihet att ta upp vad hen tycker är viktigt (Bryman, 2018) vilket kan bidra med ytterligare och viktig information som annars riskerar gå förlorad genom att enbart använda enkäter. De intervjuer som gjorts kan därmed ses som exempel på hur man kan förstå behandlingens olika komponenter och detta blir ett parallellt komplement till det som framkommer i enkäterna.

Urval

När man använder mixade metoder kan urvalet göras på olika sätt; man kan ha ett och samma urval för de olika delarna, man kan ha ett urval där en delmängd av urvalet används för en av studiens delar och man kan ha flera urval (Bronstein & Kovacs, 2013). I min studie har jag använt ett urval för den kvantitativa delen från vilken en delmängd har använts för den kvalitativa delen. Trots att urval i kvalitativ och kvantitativ forskning kan skilja sig åt och ha olika syften kan samma urvalsstrategi användas både för både den kvalitativa och kvantitativa delen och i detta fall har urvalet för studien som helhet gjorts utifrån ett kriteriestyrt urval (Sandelowski, 2000). Eftersom det finns ett begränsat antal enheter som bedriver IHF och att varje enhet har en begränsad mängd familjer har enkäten riktat sig till alla barn mellan 11 och 18 år som befinner sig i den avslutande så kallade generaliseringsfasen av behandlingen eller som nyligen avslutat sin behandling. Dessa barn är de som bäst kan svara på upplevelsen av insatsen som helhet utifrån att de har avslutat eller genomgått större delen av behandlingen. Jag kontaktade alla IHF-enheter våren 2020, då 17 stycken, och har haft löpande kontakt med dem för att få hjälp med vilka barn som passar in i det urval som forskningsprojektet vänder sig till. Utifrån den inledande kontakt som togs med enheterna gjordes en uppskattning att det kunde handla om ungefär 40 barn men det har varit en utmaning att få den mängden respondenter som jag först hoppades på. Den huvudsakliga anledningen till detta har varit att enheterna inte har haft barn i rätt ålder som nyligen avslutat eller som befinner sig i generaliseringsfasen. Dessutom har pandemin skapat stora utmaningar för enheterna på många sätt, bland annat så att de inte har träffat barnen på samma sätt som vanligt. På grund av svårigheten att få in data valde jag att förlänga datainsamlingen och denna har pågått från september 2020 till april 2021 och resulterade i 19 ifyllda enkäter av ungdomar som fått sin

behandling vid tio olika IHF-enheter. Sju enheter svarade aldrig på min förfrågan eller kunde inte av olika anledningar hjälpa till med detta. Hur stort bortfallet är i antal barn är okänt. Jag försökte inledningsvis att få reda på hur många barn varje enhet hade som passade in i urvalsgruppen men eftersom inte alla enheter svarade och eftersom studiens datainsamling pågick längre än väntat finns inga uppgifter om hur många de som fyllt i enkäten är i förhållande till antalet som faktiskt passade in i urvalsgruppen. I den konversation jag har haft med de olika enheterna har jag inte fått information om att mer än några få av de som blivit tillfrågade om medverkan har tackat nej. I ytterligare enstaka fall har behandlare gjort bedömningar att det av olika anledningar inte varit lämpligt för en del barn eller ungdomar att delta. Detta medför risker för en skevhet i urvalet som kan orsaka att de som svarat på enkäten inte är representativa för gruppen som helhet gällande barn och ungdomar som har eller har haft IHF som insats (Bryman, 2018). Jag har heller inga uppgifter om barn som eventuellt avbrutit sin behandling innan de nått slutfasen. Studien har dock inte haft som syfte att kunna generalisera från det material som samlats in, istället har förhoppningen varit att denna studies resultat kan ge en viss ökad kunskap och indikationer för fortsatta studier på IHF som metod.

Även om IHF är en insats som även riktar sig till yngre barn (Humana, u.å.) har åldersspannet avgränsats. Anledningar till den nedre gränsen har att göra med att de flesta barn från 11-årsåldern kan uttrycka sina åsikter, uppfattningar och tankar, de kan från denna ålder fylla i standardiserade formulär medan det för yngre barn krävs vissa anpassningar (Scott, 2008). 11-åringar kan också svara på öppna frågor, även om längden på svaren generellt är kortare än för äldre barn. Dessutom är det skillnad i hur barn i 11-årsåldern och yngre barn uppfattar frågor samt att det är svårare för yngre barn att ge beskrivningar av familjeförhållanden som ligger lite längre tillbaka i tiden (Scott, 2008), något som blir viktigt när det gäller att kunna bedöma om förändringar skett under en insats som pågår under en längre tid. Här bör dock poängteras att fokus inte har legat på beskrivningar av hur familjeförhållanden har sett ut men av studiens frågeställningar är det viktigt att barnen kan komma ihåg och därmed svara på om insatsen har bidragit till någon skillnad i deras liv. Den övre gränsen är satt för att IHF vänder sig till personer upp till 18 år (Humana, u.å.). Utifrån att de som valde att delta i denna studie är från 13 år och uppåt kommer undersökningsgruppen härnäst att benämnas som ungdomar istället för barn.

Insamlingen av data i mixade metoder kan ske antingen samtidigt, det vill säga de sker parallellt inom samma tidsram, och de kan också ske sekventiellt där den ena delen av studien görs klart innan den andra delen påbörjas (Bronstein & Kovacs, 2013). Jag har valt att först låta deltagarna fylla i enkäter för att sedan gå vidare med intervjuerna men detta har skett parallellt inom samma tidsperiod. Efter att ungdomarna fyllt i enkäten har varannan deltagare fått en fråga från personal på respektive IHF-enhet om hen kan tänka sig att medverka i en intervju för en fördjupning av frågorna som ställts i enkäten. Detta för att ge möjlighet att delge mer om sina upplevelser av insatsen. Därmed har jag inte behövt vänta ut alla enkätsvar innan intervjustudien kunde starta. Anledningen till att välja varannan deltagare har varit att minska risken att behandlare blir de som avgör vilka ungdomar som är lämpliga att tillfråga och inte. Jag ville också undvika att enbart de som svarade på enkäten inledningsvis var de som hade en chans att bli tillfrågade om att bli intervjuade eftersom jag inte ville ha fler än tio intervjuer. Av de tio ungdomar som slutligen tillfrågades om att bli intervjuade tackade sex ja. Även om det kan finnas en skepsis mot intervjustudier som har få deltagare finns ingen regel kring detta och det har vissa fördelar att ha färre deltagare. Dels finns en tids- och resursaspekt som jag har behövt ta hänsyn till där materialet blir mer lätthanterligt när det är färre som intervjuats, men det finns också större möjlighet att vara mer noggrann när man går igenom och analyserar intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Att ha en mindre mängd intervjuer behöver alltså inte vara en nackdel. Utifrån detta har ett mindre antal deltagare bestämts istället för att göra så som man vanligtvis gör i intervjustudier, att genomföra så många intervjuer att en så kallad teoretisk mättnad uppnås och man inte längre får fram ny information (Bryman, 2018).

Information och samtycke

För att kunna ge sitt godkännande behöver forskningspersonerna få tydlig information om vad de efterfrågas delta i (Tisdall et al., 2009). Därför har deltagarna för enkätstudien fått ett informationsblad (se bilaga 1) med information om vad enkätstudien kommer att handla om samt hur information kommer förvaras och användas. I informationen är det också viktigt att informera om att deltagandet är frivilligt och att de kan avsluta sitt deltagande när som helst (Alderson & Morrow, 2011). Samma information har delgivits föräldrar till de ungdomar som är under 15 år (se bilaga 2). Ungdomarna och föräldrarna har även fått skriva på samtyckesblanketter (se bilagor 3 och 4) där de gett sitt skriftliga godkännande till att vara med i studien. Både informationsblad samt medgivande har delats ut och hanterats av

behandlare på respektive IHF-enhet. Medgivanden har sedan skickats till handledare Cecilia Kjellgren som i formell mening betraktas som ansvarig forskare. För att säkerställa anonymitet har varje ungdom tilldelats en siffra för identifiering och denna siffra har skrivits ner på respektive samtyckesblankett som sedan skickats till Cecilia Kjellgren på Linnéuniversitetet för förvaring i låst skåp.

Information om intervjustudien har getts till varannan deltagare som har fyllt i enkäten. Efter att de fyllt i enkäten har ungdomarna och föräldrar fått informationsblad (se bilaga 5 och 6) som har förmedlats via IHF-personal. Förutom information i skriftlig form har ungdomarna även fått möjlighet att se en kort video med mig som intervjuare, där syftet med intervjuerna presenteras. Detta har gjorts för att skapa mer förutsägbarhet för dem så att de får en bättre bild av vem de kommer ha kontakt med. En nedskrivna version av det som sades i videon finns som bilaga 7. Även för intervjuerna har ungdomar och föräldrar fått skriva på samtyckesblanketter (bilaga 8 och 9) och de har tilldelats ett identifieringsnummer som skrivits ned på respektive samtycke och dessa har sedan skickats till ansvarig forskare, Cecilia Kjellgren på Linnéuniversitetet för förvaring i låst skåp.

Datansamling - enkätstudien

Insamling av data har skett genom ett online-formulär (för innehåll och frågor, se bilaga 10). Frågorna i enkäten handlar om behandlingen och dess komponenter för att få fram ungdomarnas upplevelser av dessa. I utformandet av enkäter och frågeformulär är det många saker man behöver tänka på och ta ställning till. Vilken typ av frågor man ställer och vilka svarsalternativ man ger kan påverka hur respondenter svarar (Persson, 2016). Enkäten består av 27 frågor, varav fyra är så kallade sakfrågor (Trost & Hultåker, 2016) gällande ålder, kön, vid vilken enhet de har sin behandling samt om de haft någon insats via socialtjänsten tidigare. Utöver dessa består enkäten av 21 slutna frågor där färdiga svarsalternativ finns och i slutet av enkäten finns även två öppna frågor för att ge ungdomarna möjlighet till egna beskrivningar av sådant som kan ha upplevts som extra hjälpsamt eller negativt med insatsen. Många av de slutna frågorna är så kallade påståendefrågor, en form som är vanlig i enkäter men samtidigt omdebatterad då det kan finnas en tendens för respondenter att i högre grad hålla med påståenden än att ta avstånd från dem (Persson, 2016). I enkäten finns även upplevelsefrågor för att försöka fånga sådant som nöjdhet i behandlingen (Persson, 2016). Sådant som varit vägledande i utformningen av frågorna är grundläggande aspekter så som att

språket ska vara enkelt och anpassat för respondenterna, att frågorna inte ska vara ledande och styra respondenterna i en viss riktning och att undvika negationer i frågorna eftersom den typen av frågor är svårare att förstå (Persson, 2016). Svartalternativen varierar i enkäten men består i huvudsak av skalor med en given inbördes ordning, där de flesta av svartalternativen är fyra till antalet, exempelvis från ”Nej, stämmer inte” till ”Stämmer mycket bra”. Denna typ av så kallade vaga kvantifieringar kan skapa en viss otydlighet eftersom det blir upp till respondenten att avgöra innebörden i de olika svartalternativen. Samtidigt är denna typ av svartalternativ lämpligast att använda när man ska mäta den subjektiva upplevelsen av något (Bryman, 2018; Persson, 2016), vilket jag vill göra med denna studie. Jag har valt att försöka ha så heltäckande svartalternativ som möjligt och att undvika för få svartalternativ då det kan påverka svaren negativt. Samtidigt finns det gränser för hur många alternativ man bör ha innan det också får negativa konsekvenser. Studier har till exempel visat att för många svartalternativ gör att barn kan bli benägna att välja det första alternativet (Scott, 2008). Detta har dock inte varit fallet i denna studie, utan svaren har mer lutat åt de alternativ som kommer senare och det finns även en viss variation i de svar ungdomarna har gett. En risk med att sätta upp många påståendefrågor med samma svartalternativ efter varandra är att respondenterna tröttnar och på måfå väljer samma alternativ (Troost & Hultåker, 2016). Därför har frågorna grupperats utifrån olika teman som har valts för att kunna svara på mina frågeställningar och det finns även olika typer av svartalternativ till enkätens frågor. Jag har även valt att lägga ett ”vet inte”-alternativ till alla frågor utom de inledande sakfrågorna. En fördel med att ha med detta alternativ är att man kan vara mer säker på att de svar som ges faktiskt hör hemma där och inte har valts på grund av att det inte finns tillräckligt bra alternativ. En nackdel kan vara att alternativet väljs av bristande motivation (Persson, 2016). Mitt huvudskäl att ha med det har att göra med ett respondentperspektiv där jag inte ville tvinga ungdomarna att svara på något de inte tycker stämmer eller inte vet hur de ska svara på. Därför finns en uppmaning inledningsvis i enkäten som förklarar att de kan använda detta alternativ. Eftersom detta alternativ i låg utsträckning har valts av ungdomarna kan man utgå från att de svar som givits är valda för att de anses vara de korrekta av ungdomarna själva.

För att försäkra sig om att frågorna uppfattas som det är tänkt och för att anpassa frågorna så att de är meningsfulla och relevanta för respondenterna (Scott, 2008) gjordes ett pre-test av enkäten. Två ungdomar, 12 respektive 17 år, som båda haft IHF fick beskriva hur de uppfattade frågorna, ge synpunkter på hur relevant enkäten var för dem samt om de tyckte något borde läggas till eller tas bort. Deras respons ledde till ett par mindre justeringar och

båda ungdomarna uttryckte att enkäten var bra, relevant, lätt att förstå och fylla i. Att det sedan, när enkäten väl användes i studien enbart blev ett bortfall på en av frågorna tyder på att enkäten var tillräckligt relevant och lätt att svara på även för de som deltog i studien.

Ungdomarna som ingår i studien har fått hjälp av behandlare på den enhet där de har eller har haft sin IHF-behandling med att få tillgång till enkäten som de har fyllt i elektroniskt antingen via en dator, surfplatta eller mobil. Avsikten med att ha enkäten online har varit att göra processen så enkel som möjligt för ungdomarna eftersom digitala redskap och format är något som de allra flesta barn och unga är vana att använda sig av i sin vardag. Behandlare som har varit behjälpliga i detta har fått tydliga instruktioner att ungdomarna måste sitta avskilt och utan att behandlare eller andra ser vad de fyller i. Flera av ungdomarna har fyllt i enkäten i samband med att de har varit i IHF-enheternas lokaler. Med anledning av pandemin samt att ungdomarna är vana att mötas på andra ställen än i IHF-enheternas lokaler har enkäterna även fyllts i på andra avskilda platser, som exempelvis i hemmet. En behandlare har funnits i närheten när enkäterna fyllts i.

Datainsamling – intervjustudien

Den kvalitativa datainsamlingen har skett genom semistrukturerade intervjuer, vilket är ett lämpligt val av datainsamling om man har ett någorlunda tydligt fokus med sin studie och för att kunna få djupare beskrivningar (Bryman, 2018). Eftersom de som deltagit i denna studie befunnit sig på olika orter i Sverige från söder till norr och eftersom jag har erfarenhet av att det i familjer som har denna insats kan uppstå hinder med kort varsel valde jag att genomföra intervjuerna online. På detta sätt kunde jag möjliggöra att fler ungdomar på olika IHF-enheter kunde vara med i studien och det gav dem en större möjlighet att vara flexibla i var och när intervjuerna skulle äga rum. Förutom fördelarna i form av tids- och resursbesparingar och möjligheten att göra justeringar i sista minuten som intervjuer online ger, tycks det gå lika bra att skapa en tillitsfull relation till intervjupersonen som när man träffas direkt och vissa personer föredrar att bli intervjuade på detta sätt (Bryman, 2018). Intervjupersoner kan också känna sig mer bekväma med det avstånd som finns i en online-intervju än i mer traditionella intervjuer där man sitter i samma fysiska rum (Weller, 2017). En av de största nackdelarna som förs fram gällande denna typ av intervjuer handlar om tekniska problem som kan ställa till det och orsaka ofrivilliga avbrott och att man inte kan genomföra intervjun så smidigt som man vill (Bryman, 2018; Weller 2017). I denna studie har alla intervjuer kunnat genomföras

utan tekniska problem. Att genomföra intervjuer på detta sätt med barn eller unga tycks fortfarande vara relativt nytt, trots att det skulle kunna uppfattas som det självklara valet med tanke på att intervjuer online genomförs på en arena och genom forum som unga människor dagligen använder (Enochsson, 2011).

Att försöka få till en intervjusituation som är så bekväm som möjligt för den unge är viktigt och utifrån ojämlikheten i intervjusituationen mellan barn och forskaren behöver barn ges möjligheter att kontrollera intervjun (Tisdall et al., 2009), något som i högre grad kan vara möjligt vid online-intervjuer genom att barnet själv kan stänga av, pausa, eller skylla på dålig anslutning om intervjusituationen upplevs obehaglig. Detta gör barnen mindre utsatta och jämnar ut den obalans som finns mellan barnet och den vuxne forskaren (Enochsson, 2011). Samtidigt som intervjuer för en del barn och unga kan upplevas som positiva genom att de får möjlighet att själva ge sin bild, så kan intervjuer där man sitter en-till-en upplevas som obehagligt för andra (Tisdall et al., 2009). Därför kan man behöva fundera noga på hur intervjuerna ska genomföras och om möjligt erbjuda olika alternativ. Intervjuer online kan genomföras på olika sätt, både verbalt där man ser varandra och genom text, exempelvis via chat-funktioner. Det kan finnas vinster i att erbjuda en variation av sätt att bli intervjuad på. Enochsson (2011) har exempelvis visat att det tycks finnas en skillnad i hur långa svar som pojkar och flickor ger beroende på hur intervjuer genomförs, att en intervju där man har direktkontakt ansikte mot ansikte är att föredra för pojkar medan flickor kan uttrycka sig bättre i skrift (Enochsson, 2011). Ungdomarna har därför fått välja om de vill genomföra intervjun antingen via videosamtal eller via textmeddelanden (chat) online. Alla sex ungdomar som blev intervjuade valde videosamtal där vi både såg och hörde varandra.

Var barn och unga befinner sig när en intervju äger rum kan också påverka hur de svarar (Scott, 2008), därför är det viktigt att välja en plats där de är bekväma. Intervjuerna har genomförts via videolänk och ungdomarna har befunnit sig antingen i ett rum på den IHF-enhet de tillhör, i ett egen rum i sitt hem eller i en bil där de suttit själva. En behandlare har funnits tillgänglig i närheten under intervjun men inte varit delaktig. En intervjuguide (se bilaga 11) har använts som stöd för att hålla fokus på behandlingen och dess komponenter, men utifrån att det är en semistrukturerad intervju har det funnits möjligheter för följdfrågor samt flexibilitet i den ordning som frågorna ställs. Det har dessutom varit viktigt att ungdomarna själva fått möjlighet att ta upp det de vill beskriva utifrån IHF-behandlingen. Frågorna har varit utformade utifrån följande teman: ”Upplevelse och uppfattning om IHF”,

”Olika komponenter i IHF” och ”Involvering”. Förutom att formulera frågor tematiskt för att kunna relatera till det studien handlar om har jag även försökt formulera dem i ett vardagligt språk för att stimulera till en interaktion som blir positiv och där samtalet flyter på (Kvale & Brinkmann, 2014). Jag har undvikit att läsa upp frågorna, utan att istället använda dem som stöd så att jag har kunnat anpassa språket och hur frågorna ställs efter de olika intervjupersonerna. Intervjuguiden har testats i form av ett rollspel med en person som arbetar som ungdomsbehandlare och som dagligen möter ungdomar i IHF-behandling. Detta för att se hur tekniken fungerar, hur frågorna fungerar och för att få en uppfattning om längden på intervjun. Eftersom intervjun har styrts till att i huvudsak handla om behandlingen och dess komponenter gjordes en uppskattning att den skulle ta mellan 20-40 minuter. Intervjuerna som genomfördes tog ca 30 minuter.

Även om fokus i intervjuerna har varit på behandlingen och dess utformning och inte på intervjupersonernas egen problematik eller livssituation, så kan man inte veta om känslig information ändå kan uppkomma. Av denna anledning har det säkerställts att det funnits stöd att tillgå via behandlare på IHF-enheten. Det uppstod dock aldrig någon situation där detta behövdes. Min långa erfarenhet av att samtala med barn och unga i svåra situationer har gjort att en lyhördhet funnits och att jag har kunnat anpassa samtalet så att det blir bra för dem jag har intervjuat. Exempelvis har pauser och avbrott erbjudits och jag har även frågat dem om det är något jag behöver veta för att kunna anpassa så att intervjun blir bra för dem.

Hantering och förvaring av data

För att säkerställa anonymitet samt tillförlitlighet i datainsamlingen i enkätstudien har varje deltagare tilldelats ett nummer kopplat till deras och föräldrarnas medgivanden. Detta nummer har ungdomarna fått uppge när de fyller i enkäten i stället för sitt namn. På detta sätt har det säkerställts att varje enkät har kunnat kopplas ihop med medgivanden utan att ungdomarna har behövt fylla i några personliga uppgifter i enkäten. Data som samlas in via online-enkäten har sparats ner och sedan raderats från plattformen. De semistrukturerade intervjuerna har genomförts online via en krypterad videolänk och separat ljudupptagning har skett för att undvika inspelning av ljud och bild via videolänken. Ljudfilerna har sparats på ett externt minne som inte är kopplat till internet. Sedan har de transkriberats och även dessa har sparats på ett externt minne. Allt material kommer att raderas efter examination av denna uppsats.

Alla uppgifter som lämnats är avidentifierade. Eftersom varje person som fyllt i enkäten använt en siffra istället för namn kan inga individer urskiljas. Vid databehandlingen av den kvalitativa delen har namnen och ålder bytts ut så att enskilda individer inte kan urskiljas.

Relation mellan forskare och forskningspersoner

Jag som genomfört denna studie har tidigare arbetat med behandlingsmetoden och är nu med i utvecklingsarbetet gällande IHF. Detta ”inifrånperspektiv” har många fördelar; det gör att man har en större kunskap redan inledningsvis, man kan lättare få tillgång till den data man behöver och genom kontakter kan man lättare få människor att vilja delta och bidra under forskningsprocessen. Allt detta kan skapa en snabbare och smidigare process (Alderson & Morrow, 2011). Även om det har varit utmaningar i att få in data har mina ingångar i att få och hålla kontakt med enheterna varit till stor hjälp under datainsamlingen. Nackdelar med inifrån-positionen är att det finns en högre risk att missa viktiga frågor som en person utifrån skulle se och det kan också vara svårare att inta ett kritiskt oberoende förhållningssätt när man inte är en helt fristående från verksamheten (Alderson & Morrow, 2011). Av denna anledning har jag försökt vara noga med att särskilja på mina olika roller, att vara tydlig med att i denna studie ställa mig neutral och att kontinuerligt ställa kritiska frågor och vara transparent i de olika stegen i forskningsprocessen. I detta har jag framför allt tagit stöd av min handledare. I den aktuella position som jag har finns inte någon direktkontakt med de ungdomar som involverats i forskningsprojektet och jag har inte haft någon kunskap om deras livssituation eller behandling vilket har möjliggör en mer neutral hållning gentemot dem.

Databearbetning

I mixade metoder är det viktigt att respektive del analyseras enligt de tekniker som vanligtvis används för just den typen av data, dvs att kvantitativa tekniker används för kvantitativ data och att kvalitativa tekniker används för kvalitativ data (Sandelowski, 2000).

Kvantitativ data

För kvantitativa data har deskriptiv statistik använts för att kunna analysera och presentera data (Dancey & Reidy, 2017). Programvaran SPSS har använts för inläsning och bearbetning. Innan data har matats in i SPSS har materialet kodats enligt den logiska följd som ofta används i samband med enkätstudier (Troost & Hultåker, 2016). Varje ifyllt formulär har fått

ett löpnummer (1-19), varje fråga motsvarar en variabel och har tilldelats namn och beteckningar som är kopplade till respektive fråga och varje svarsalternativ har fått ett numeriskt variabelvärde beroende på hur många svarsalternativ som funnits till respektive fråga. Exempelvis har svarsalternativ som gått från "Nej, stämmer inte" till "Stämmer mycket bra" fått värde 1-4. Även "Vet inte" har fått ett numeriskt värde för att kunna se frekvensen av detta svarsalternativ. Med hänsyn till att ett begränsat antal personer har svarat på enkäten har univariat analys genomförts där en variabel analyseras i taget (Bryman, 2018). Data har sedan presenterats utifrån frekvens som anger hur många procent som svarat på respektive variabelvärde i de olika frågorna.

Tio ungdomar svarade på den öppna frågan om det finns något särskilt bra med IHF som hen vill dela med sig av och sju ungdomar svarade på den öppna frågan om det finns något negativt med IHF eller något de tycker bör förbättras. Svaren på de öppna frågorna, som i de flesta fall bestod av kortare kommentarer, har inkluderats i den kvalitativa tematiska analysen som beskrivs nedan.

Kvalitativ data

Intervjuerna och de öppna svaren från enkäten har analyserats via tematisk analys som är en vanlig analysmetod i kvalitativa studier (Braun & Clarke, 2006; Nowell, Norris, White & Moules, 2017). Den tematiska analysen kan ses som ett redskap som används inom större kvalitativa analytiska traditioner men både Braun och Clarke respektive Nowell et al. hävdar att tematisk analys bör ses som en egen metod. De beskriver metoden som ett sätt att identifiera, analysera och slutligen rapportera olika teman eller mönster som finns i data. Den tematiska analysen hjälper också till att i detalj beskriva den aktiva roll som forskaren har i att ta fram teman. När man gör en tematisk analys behöver man göra olika val och ett av dessa är att fundera över vad man vill kunna visa med sitt material. Jag har valt att genomföra och presentera en rik tematisk beskrivning som täcker all data för att få fram de mest framstående och centrala teman som data visar. Detta är särskilt användbart när fokus för studien är ett område som inte är så utforskat eller när man inte vet så mycket om deltagarnas åsikter (Braun & Clarke, 2006).

Som forskare kan man aldrig frigöra sig från sina egna teoretiska perspektiv eller sin förförståelse och eftersom jag själv både har jobbat i IHF som behandlare och också

fortfarande arbetar övergripande med metoden har det varit viktigt att försöka inta en så neutral hållning som möjligt. För att undvika att styra mitt fokus i analysen av intervjuerna utifrån min egen förkunskap valde jag därför ett induktivt angreppssätt där man inte försöker leta efter data som passar en på förhand bestämd ram utan de teman som identifieras kommer ur den data man har (Braun & Clarke, 2006). Jag valde även att vänta med att leta teoretiska perspektiv tills analysprocessen var klar eftersom det också är något som riskerar styra vad man ser och fokuserar på. I genomförandet av analysen valde jag att följa den beskrivning som Braun och Clarke (2006) ger som följer en tydlig stegvis ordning. Samtidigt, så som även författarna påpekar är denna typ av analys sällan linjär vilket har inneburit att jag har fått gå fram och tillbaka i de olika stegen många gånger under analysprocessen. Även om jag har velat ha en så öppen inställning till materialet som möjligt har jag haft en analytisk fråga som varit vägledande och det är att försöka se vad ungdomarna uttrycker som betydelsefullt och viktigt kopplat till IHF i det som de berättar. De frågeställningar som finns för studien har också funnits med i analysarbetet men blev mer tydligt styrande mot slutet av analysprocessen i val av teman.

Det första steget i den tematiska analysen handlar om att göra sig bekant med materialet vilket för min del gjordes genom att först lyssna igenom alla intervjuer, sedan transkribera dem för att därefter läsa igenom de utskrivna intervjuerna i sin helhet. Detta var en tidskrävande men viktig del för att få en känsla av materialet i sin helhet (Braun & Clarke, 2006). Nästa steg innebär att börja koda materialet (Braun & Clarke, 2006). Eftersom jag valde ett induktivt sätt kodades allt material. Detta gjordes manuellt genom att jag skrev ut alla intervjuer på papper med utrymme att vid sidan av texten kunna skriva mina anteckningar för att identifiera koder oavsett vad det handlade om så att inget i denna fas skulle gå förlorat. Svaren på de öppna frågorna från enkäterna skrevs ut och kodades på samma sätt. I denna fas man kan se början till mönster och teman och jag försökte vara noggrann med att även inkludera och lägga märke till sådant som inte passade in i de mönster som började framträda. Det tredje steget handlar om att börja söka efter teman genom att sortera de olika koderna i olika grupper (Braun & Clarke, 2006). Jag gick igenom alla koder och försökte sedan se hur olika koder tillsammans kunde skapa mer övergripande teman. Jag skrev ner de olika teman som jag hittade och skapade en tematisk karta och till varje tema kopplades utdrag från intervjuerna som hörde till respektive tema. I denna fas är det viktigt att inga koder utesluts (Braun & Clarke, 2006) och det finns en risk att man missar teman om man här i för stor utsträckning låter sig styras av frågeställningarna (Nowell et al., 2017). Denna process resulterar därför

ofta i ganska många teman, så även i mitt fall. Genom att jobba igenom teman och underteman ett antal gånger kom jag fram till ett visst antal huvudteman. I de fjärde steget går man igenom teman igen och jobbar med att förfina och tydliggöra dem genom att läsa igenom de kodade utdragen och se hur de hänger samman. Det bör finnas en intern homogenitet i respektive tema så att de utdrag som varje tema representerar i stort har samma mening. Samtidigt bör det finnas en extern heterogenitet mellan teman så att de inte går in för mycket i varandra (Braun & Clarke, 2006). I mitt fall innebar detta en hel del arbete för att undvika att teman inte överlappade varandra. Den femte fasen innebär att definiera de teman man slutligen har landat i och att analysera den data som hör till varje tema (Braun & Clarke, 2006). Arbetet med att definiera och förfina kan bli en utdragen process, samtidigt är det viktigt att den får ta tid och det kan vara lämpligt att inte låta sig slutgiltigt bestämma teman förrän man har läst igenom all data och undersökt alla koder åtminstone två gånger (Nowell et al., 2017). För att inte risker missa något viktigt läste jag igenom all data flera gånger och gick igenom de olika koderna som framkommit. När jag väl landat i ett antal teman gick jag igenom alla utdrag som hörde till respektive tema och skrev ner en beskrivande sammanställning innehållande essensen av vad varje tema fångar för aspekter. Samtidigt som varje tema ska resultera i en egen detaljerad, sammanhängande ”berättelse” är det viktigt att tänka på hur de olika teman hänger ihop i den övergripande berättelsen som kommer ur data och som är relaterat till de frågeställningar som studien har (Braun & Clarke, 2006). Därmed var det viktigt att i detta skede koppla materialet och teman till studiens frågeställningar för att få de olika teman att hänga ihop. De huvudteman och underteman som analysen slutligen resulterade i presenteras i tabell 1.

Tabell 1. Teman och underteman

Övergripande teman	Underteman
Nöjdhet och hjälpsamhet	<i>Förändring och förbättring</i>
Att ha en egen behandlare	<i>Träffarna är avlastande Man får hjälp och stöd De övriga i behandlingsteamet</i>
Betydelse av familjesamtalen och föräldrarnas delaktighet	<i>Det är skönt att föräldrarna är med Familjesamtalen – en arena för kommunikation</i>
Delaktighet i behandlingen	<i>Att få information Att få uttrycka sig Att bli lyssnad på och få möjligheter att påverka</i>
Intensitet och flexibilitet	<i>Tillgänglighet och anpassningar</i>

Sammanställning och presentation av data

En studie som använder mixad metod bör resultera i en rapport där summan är mer än de delar studien består av och detta görs genom att koppla ihop de olika resultatdelarna med varandra (Bryman, 2018). Efter att kvantitativa och kvalitativa data analyserats separat har därför dessa delar sammanfogats och analyserats utifrån de teoretiska perspektiv som ansetts lämpliga. Man kan låta olika delar väga olika tungt i mixade metoder (Bronstein & Kovacs, 2013) och i denna studie har ambitionen varit att de olika delarna ska väga lika tungt och ha lika stor betydelse i att svara på frågeställningarna. De teman som framkom från den kvalitativa tematiska analysen blev vägledande i valet av hur resultaten av data skulle presenteras och under varje huvudtema har både resultat från de kvantitativa och kvalitativa delarna presenterats. I huvudsak har jag inlett med kvantitativa resultat för att sedan utveckla och förklara med resultat från den kvalitativa delen. I resultatdelen är intervjupersonerna avidentifierade genom att deras namn och ålder är ändrade. Ålder är angiven inom parentes. Från intervjuerna är valda citat presenterade för att belysa det som beskrivs av intervjupersonerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Citaten är återgivna så som ungdomarna uttryckt sig antingen i tal eller skrift, men pauser och hummanden har inte återgivits. Korrigeringar av grammatiska fel har inte gjorts. Där förtydliganden har behövts har det skrivits icke kursivt inom parentes. När ungdomarna har uppgett namn på behandlare har dessa konsekvent ändrats till ”familjebehandlare”, ”ungdomsbehandlare” eller ”samordnare”.

4. Etiska överväganden

Eftersom denna studie involverar barn i behandling är studien prövad och godkänd av Etikprövningmyndigheten, Dnr 2020-01798. Det som står i fokus för denna studie är mer allmänna frågor, vilket gör att ungdomarna som involverats inte har behövt dela med sig av någon personlig information eller berättelser om sina liv. Istället har fokus legat på vad ungdomar som har denna behandling tycker om behandlingen i sig och i detta har det inte funnits ett intresse av att exempelvis fråga om eller lyfta ut berättelser om enskilda personers liv. Att däremot låta deras uppfattningar och upplevelser komma fram är som nämnts tidigare nödvändigt för att kunna utveckla behandlingen och för att bidra till att göra den mer barncentrerad.

Samtidigt som det har funnits ett stort fokus på att skydda barn och att på olika sätt förebygga att de far illa har allt mer vikt börjat läggas vid att uppmärksamma barn som den viktigaste intressenten gällande sitt eget liv och därmed har det också blivit allt viktigare att konsultera och fråga barn om sådant som påverkar deras liv både inom juridiken och den sociala omsorgen (Woodhead & Faulkner, 2008). Här kan man alltså behöva balansera den eventuella risk för skada som studien kan innebära, exempelvis genom att tid tas från ungdomarna eller att de riskerar påminnas om sådant som varit svårt i livet, mot värdet av den information de kan ge och inte minst mot rätten att uttrycka sina åsikter. För denna studie har tid behövts tas i anspråk av ungdomar som redan har en intensiv insats som kräver många möten, samtal och även att de fyller i olika självskattningsformulär. Utifrån att datainsamlingen i huvudsak har skett i samband med den ordinarie behandlingen samt att det enbart varit ett tillfälle för enkät, som har tagit ca 15 minuter att fylla i och ett för intervjun som tog ca 30 minuter är det förhållandevis lite tid som tagits i anspråk och inga ingrepp har skett i ordinarie behandling. De eventuella riskerna har ställts mot värdet av den ökade förståelse för de ungas upplevelser av en behandlingsinsats som ett denna typ av studier kan ge. Detta blir nära sammankopplat till vilket värde man lägger vid barns åsikter och vilken syn man har på barn. Att lyssna till vad de vill säga är centralt när man ser barn som människor med ett eget värde (Roberts, 2017). Som nämnts tidigare har barn visat att de uppskattar att bli tillfrågade och att dela med sig av sina upplevelser (Roberts, 2017), även om det har handlat om att berätta om behandlingar som de fått på grund av svåra livssituationer (Carlberg et al., 2009; Thulin et al., 2019). Med tanke på att IHF som metod har vuxit och spridits är det nödvändigt att låta de unga själva ge sin bild av hur denna behandling upplevs.

5. Resultat

Nedan presenteras resultat både från enkätstudien och intervjustudien. I studien är två tredjedelar flickor och en tredjedel är pojkar. Fördelningen är lika både i enkätstudien och i intervjustudien. Ungdomarna i enkätstudien är i genomsnitt 15,3 år och i intervjustudien 14,8 år.

Tabell 2. Fördelning av ungdomar

Antal barn	Pojke n (%)	Flicka n (%)	Totalt n (%)
Enkätstudien	6 (32)	13 (68)	19 (100)
Intervjustudien	2 (33)	4 (67)	6 (100)

Av de tio olika IHF-enheter där ungdomarna har haft eller har sin behandling bedrivs sex enheter i privat regi och fyra i kommunal regi. Ungdomarna som blivit intervjuade har haft eller har sin behandling vid fem olika enheter där tre bedrivs i privat regi och två i kommunal regi.

Nöjdhet och hjälpsamhet

Både i enkäterna och i intervjuerna ger ungdomarna en positiv bild av IHF. Via enkäten uppger 90 % (n=17) att de tycker att IHF är en insats som de har behövt. Ingen av ungdomarna svarade att de inte behövt denna insats medan 10 % (n=2) svarade ”vet inte”. Gällande hur nöjda de är med behandlingen som helhet uppger samtliga att de är nöjda till mycket nöjda på en skala som gått från mycket missnöjd till mycket nöjd.

Genomgripande i intervjuerna beskriver ungdomarna att insatsen på olika sätt har varit till hjälp. Alice (15) beskriver att: *Det har varit hjälpsamt. Det har varit en bra tid för mig och min familj, det har det har gjort så att vi fick det bättre nu och liksom, jag vet inte, det har varit en bra tid.* I de öppna svaren i enkäten valde tio att skriva sådant de upplevt som positivt och även där beskrivs IHF som hjälpsamt. En ungdom uttrycker: *Mycket bra med IHF men just att dom gör saker också istället för att bara säga att dom ska göra det.* En annan ungdom svarar att fler borde få hjälp: *Jag tycker att, om man har några bekymmer inom familjen då ska man önska sig hjälp från IHF, jag fick massor av hjälp /.../.* I alla intervjuer ställdes direkta frågor om det finns något som de anser är negativt med insatsen och om ungdomarna hade förslag på sådant som kan bli bättre eller göras annorlunda. Av de sex intervjuerna var det endast en ungdom som hade en negativ åsikt och det handlade om hur

målen formulerades vilket presenteras längre fram i denna resultatdel. De övriga fem hade ingenting de ville ändra på. I svaren på de öppna frågorna var det fem ungdomar som skrev om sådant de tycker hade kunnat vara bättre. Även de svaren redovisas längre fram i resultatdelen. Sammanfattningsvis tycks det som att ungdomarna är nöjda med IHF som helhet.

Förändring och förbättring

IHF är en insats som ska leda till att familjen lär sig nya sätt, behandlingen syftar alltså till att det ska ske konkreta förändringar och förbättringar i familjen (Humana, 2015). Även om denna studie inte har som fokus att kunna svara på om och i så fall vilka positiva förändringar insatsen leder till är det intressant att ta reda på om ungdomarna upplevt att det har skett en förändring. Alla de som blivit intervjuade beskriver inte enbart att insatsen har varit hjälpsam utan att det också har skett olika typ av förbättringar, även om de inte går in i detalj på vad det handlar om. Lucas (15) tycker att det har varit bra att ha IHF som insats: */.../ jag menar det funkar ju, det är mycket bättre nu än vad det var innan*. På frågan om ungdomarnas vardagssituation har förändrats anser alla utom en att deras vardagssituation har förbättrats i någon mån och de flesta att den har förbättrats mycket (tabell 3).

Tabell 3. Förbättring av vardagssituation

Förbättring	n (%)
Förbättrats mycket ¹	13 (69)
Förbättrats lite	5 (26)
Vet inte	1 (5)

1. Skalan gick från Försämrats mycket till Förbättrats mycket

I enkäten frågades både om relationella förändringar utifrån ungdomarna själva, deras föräldrar och om kommunikationen i familjen förbättrats. En majoritet av ungdomarna anser att de själva har lärt sig nya sätt att vara tillsammans med andra (n=15, 79%) även om det skiftar hur väl de tycker att detta stämmer (från ”stämmer lite grann” till ”stämmer mycket bra”). Ett par av ungdomarna svarade däremot att de inte lärt sig nya sätt att vara med andra. Ungdomarna anser att föräldrarna har gjort förändringar då samtliga ungdomar svarar att det stämmer lite grann till stämmer mycket bra på påståendet att deras föräldrar har lärt sig nya sätt att vara mot dem och andra. Samtliga ungdomar utom en anser att kommunikationen i familjen har förbättrats.

I de öppna svaren är det två ungdomar som skriver om mer konkreta förändringar där en beskriver: *både jag och min förälder har lärt oss att möta varandra på sätt som passar för oss och att vi har lärt oss mycket hur vi ska lära oss att kommunicera för att inte försämra saker.* De mer relationella förändringarna kommer även fram i intervjuerna där ungdomarna beskriver att relationen mellan dem och deras föräldrar/förälder har blivit bättre. Något som avviker från detta är det som en ungdom uttrycker i de öppna svaren på enkäten som svar på frågan om de vill dela med sig av något negativt eller något de vill förbättra gällande IHF: *Jag tycker att det har hjälpt mig mycket med hur jag ska behandla dom i min familj, men inte att dom har ändrat sig så mycket.* Svaret antyder att denna ungdom upplevt att för mycket fokus har varit på att hen ska ändra sig trots att insatsen handlar om hela familjen. Även om frågorna som ställts i denna studie inte går in i detalj på vad som har förändrats visar dessa resultat att ungdomarna både i enkäterna och intervjuerna tycker att det skett förbättringar på olika plan och framför allt i relation till föräldrarna.

Att ha en egen behandlare

Att ha en egen behandlare för barn och unga i insatser som ges till familjer kräver mer resurser än om man exempelvis är en ensam behandlare som finns för hela familjen.

Diskussioner om kostnadseffektivitet kan göra att man inte gör tillräckliga anpassningar för att inkludera barn och unga (Gal & Duramy, 2015). Även om man utifrån de resultat som presenteras här inte kan jämföra med hur ungdomarna hade tyckt att det hade varit att ha samma behandlare som deras föräldrar, är svaren både från enkäterna och intervjuerna tydliga och visar att det är betydelsefullt för dem att det finns en särskild person som enbart finns för dem. Samtliga ungdomar uppger att det har varit bra att ha en egen ungdomsbehandlare och samtliga tycker att träffarna med ungdomsbehandlaren har varit bra för dem (tabell 4).

Tabell 4. Betydelsen av ungdomsbehandlaren n (%)

	Stämmer bra¹	Stämmer mycket bra
Att ha en egen ungdomsbehandlare har varit bra för mig	5 (26)	14 (74)
Mina träffar med min ungdomsbehandlare har varit bra för mig	6 (32)	13 (68)

1. Skalan gick från Nej, stämmer inte till Stämmer mycket bra

Många studier pekar på betydelsen av varaktiga och stöttande relationer för att involvera barn och unga i processer som rör dem. De behöver personer som är pålitliga och professionella måste kunna gå nära och lära känna barnen för att kunna skapa tillitsfulla och respektfulla relationer till dem (Gallagher et al., 2011; Husby et al., 2018). Ungdomar vill kunna känna att behandlare är att lita på och att de inte enbart ser dem som en del av sitt jobb (Freake et al., 2007). Att ha traumatiska och svåra erfarenheter med sig, så som många barn och unga inom IHF har, kan skapa en tillitsbrist till vuxenvärlden, något som kan göra att sådant som allians och tillit är mer känsliga områden för dem (Dittman & Jensen, 2014). Den beskrivning som ungdomarna ger visar överlag att ungdomsbehandlarna lyckats skapa relationer som för ungdomarna är betydelsefulla. I de öppna svaren på enkäterna beskriver en av ungdomarna: *att man haft en egen ungdomsbehandlare har varit till mycket hjälp för man har alltid haft nån som lyssnar på en och finns där i svåra situationer, det har nästan blivit mer som en kompis som man kan prata med.* Även intervjuerna visar genomgående att det har varit betydelsefullt med en ungdomsbehandlare. Fyra av ungdomarna uttrycker dessutom att det har varit viktigt och skönt att deras behandlare inte är samma behandlare som deras föräldrar har och att inte all information delas mellan familjemedlemmarna. Freja (13) förklarar hur det varit för henne att hon och hennes mamma har haft olika behandlare:

Om det var så att vi hade samma, då kunde det liksom om man sa något så kunde det ju kanske bli såhär att den (behandlaren) råkar säga såhär: "Ja, men sådär sa hon". Liksom så att det blir mer uppdelat så att man får lite mer privat tid liksom, så att den andra inte får reda på lika mycket eller vad man ska säga.

Även Lucas (15) förklarar betydelsen av en egen behandlare: *För att då kan man prata liksom om lite mer privata saker, lite mer saker som man inte vill att föräldrar ska veta och sånt.* Det skapas alltså en viss trygghet att veta att de har en person som enbart finns till för dem. Att kunna prata om det som för ungdomarna själva är viktigt och veta att detta hanteras konfidentiellt är något som visat sig betydelsefullt i processen att skapa tillit till sin behandlare (Dittmann & Jensen, 2014; Thulin et al., 2019). Samtidigt kan behandlare behöva göra avvägningar om vad som kan behöva delas med föräldrar. I denna process behöver man därför göra klara och tydliga överenskommelser med den unge om vilken typ av information som ska delas och även att undersöka varför barnet eller ungdomen inte vill dela viss information (Dittmann & Jensen, 2014). Hur detta hanterats i relation till ungdomarna i denna studie svarar inte resultaten på, men att ungdomarna uttrycker att de inte vill att all information delas med föräldrarna behöver inte betyda att de vill hemlighålla saker. De

uttrycker exempelvis att samtalen och kontakten med ungdomsbehandlaren kan hjälpa till att undvika konflikter med föräldrar. Freja (13) förklarar hur hon använder sin kontakt med ungdomsbehandlaren: *Det var ganska skönt för att det blev liksom mer sådär man hade, alltså om man blev typ lite irriterad så kunde man skriva till henne (ungdomsbehandlaren) liksom istället för att börja bråka med mamma eller så.* Alma (17) använder också ungdomsbehandlaren på ett liknande sätt: *Jag har kunnat prata ut, få ut tankar som jag inte hade kunnat säga framför mamma för att då hade jag förvärrat hela situationen, alltså såna onödiga saker.* När en terapeut eller behandlare interagerar med individer i en familj kommer detta att påverka familjesystemet på olika sätt, något man som behandlare behöver ta hänsyn till (Spronck & Compernelle, 1997). De beskrivningar ungdomarna ger pekar på att ungdomsbehandlarnas roll och relation till dem har en positiv inverkan genom att det möjliggör stressreducering i familjesystemet.

Träffarna är avlastande

När man har utsatts för stress under lång tid vilket man kan anta att de ungdomar som deltagit i denna studie har varit, kan förmågan att reglera känslor påverkas och för att kunna öka sin förmåga till självreglering är det viktigt att lära sig förstå och sätta ord på sina känslor (Fishbane, 2016). När ungdomarna i intervjuerna berättar om sina träffar med sin ungdomsbehandlare beskriver de att de i de enskilda samtalen har kunnat prata ut och få ur sig olika tankar och känslor och att detta är viktigt. Maja (17) beskriver:

Ja, alltså dom ensamma träffarna har hjälpt väldigt mycket för att då får man ändå prata av sig lite om det man kanske har tyckt varit jobbigt under den veckan men inte har haft möte eller sen man hade möte sist. Det kanske var lite jobbiga saker som man vill prata om, eller saker man varit arg eller ledsen över som man kan prata om.

Just detta att få möjlighet att sätta ord på tankar, känslor och upplevelser är något som tycks viktigt. Noah (14) berättar att han upplevt IHF-insatsen som hjälpsam och beskriver särskilt att relationen till ungdomsbehandlaren har fungerat bra. När han får en fråga om vad det är som gör att det blir bra för honom svarar han: *Alltså, jag vet att jag har någon att prata med.*

För att kunna skapa tillitsfulla relationer mellan professionella och barn krävs att det finns en kontinuitet i kontakten som präglas av stabilitet och pålitlighet (Gallagher et al., 2012). I IHF

har man vanligtvis träffar varje vecka och att ha denna kontinuerliga möjlighet att kunna prata av sig är betydelsefullt för ungdomarna. Alice (15):

Det kändes skönt att kunna få prata ut varje torsdag liksom, om jag hade något på hjärnan tänkte jag: "Ah, nu kan jag berätta det för (ungdomsbehandlaren), vad skönt!". Nästan som en såhär psykolog eller som en vän såhär som man bara kunde prata med.

De ungdomarna beskriver är att det både är viktigt att få möjlighet att sätta ord på tankar och känslor och även att detta kan göras ofta och regelbundet.

Man får hjälp och stöd

I intervjuerna beskriver ungdomarna att träffarna med ungdomsbehandlaren har varit stöttande och de flesta beskriver att de fått olika tips och råd av sin ungdomsbehandlare. Ungdomsbehandlaren har också för flera av ungdomarna funnits som ett stöd under familjesamtalen. Utifrån att barn och unga med svåra upplevelser kan brista i tillit till vuxna kan de uppleva att det är svårt att fritt uttrycka sig i möten och samtal där föräldrarna är med. Av denna anledning kan det vara viktigt att se till att barn alltid har en vuxen som de litar på med på möten (Husby et al., 2018) och som kan hjälpa dem att uttrycka det de vill säga (Gallagher et al., 2011). Att ungdomarna kan känna sig trygga är även viktigt utifrån ett alliansperspektiv där trygghet under samtal är en viktig komponent för att skapa och upprätthålla systemisk allians i familjeterapi (Perkins et al., 2019). Tre av ungdomarna beskriver att ungdomsbehandlaren är en person som hjälper till i kommunikationen med föräldrarna under familjesamtalen och att ungdomsbehandlaren underlättat genom att omformulera och förklara vad de menar på ett sätt så att föräldrarna förstår. Maja (17) beskriver hjälpen hon fått av sin ungdomsbehandlare under familjesamtalen:

/.../ jag märkte att om jag då hade någonting som jag tyckte att, "Men jag vill inte att mamma gör si eller så" då kunde hon jag pratar med hjälpa mig att lägga fram det på ett bra sätt så att inte mamma tog det fel.

Här får ungdomsbehandlaren en sorts medierande och/eller modellerande roll som underlättar för ungdomarna. När relationer präglas av konflikter är det hjälpsamt om man lär sig att uttrycka sina behov på ett respektfullt sätt i relation till andra (Fishbane, 2016). Att få möjlighet att träna på att vara delaktig i diskussioner kan även vara stärkande och leda till att barn och unga blir mer toleranta för olika åsikter, mer respektfulla både mot andra och mot

sig själva (Gal & Duramy, 2015). Det tycks som att ungdomsbehandlaren i dessa sammanhang kan vara en hjälp på vägen för ungdomarna i denna process för att möjliggöra mer respektfulla samtal. Även om det är en hjälp för en del av ungdomarna att ungdomsbehandlaren är med som stöd under familjesamtalen så gäller de inte alla. Alma (17) och Lucas (15) tycker inte att det har funnits ett stort behov av ungdomsbehandlaren under familjesamtalen eftersom de kunde föra sin egen talan. Däremot har ungdomsbehandlaren en viktig funktion i att hjälpa till att förbereda inför familjesamtal eller att komma ihåg saker. Lucas (15) beskriver det på följande sätt i samtal om ungdomsbehandlarens roll och betydelse under familjesamtalen:

I: Och vad, hur blev det för dig när (ungdomsbehandlaren) var med, var det en hjälp för dig?

L: Ingenting speciellt tycker jag.

I: Nej, hade du kunnat klara dig utan henne i dom samtalen?

L: Ja, men alltså det är klart att det hjälper när man inte kommer ihåg vad man har pratat om och sånt.

Att få hjälp att komma ihåg saker är något som även två av de andra intervjuade nämner som viktigt både utifrån att det visar att ungdomsbehandlaren faktiskt är en person som intresserar sig men också att det blir en hjälp för ungdomarna i att få en sammanhållen känsla av behandlingsarbetet, exempelvis mellan det som sägs i enskilda träffarna och det som sägs i familjesamtalen. Sammantaget beskriver ungdomarna att ungdomsbehandlarens bemötande och relation till dem har många av de komponenter som andra studier visat vara viktigt för barn och unga (Freake et al., 2007). Genom detta har det kunnat skapa och upprätthålla en den tillitsfulla relation som krävs för att barn ska kunna vara delaktiga i processer som rör dem (Cossar et al., 2014).

De övriga i behandlingsteamet

För att kunna inkludera och involvera barn och unga i insatser kan det krävas anpassningar både i arbetssätt och strukturer (Franklin & Sloper, 2005). Det sätt som IHF är uppbyggt på med olika behandlarroller tycks vara gynnsamt för ungdomarna framför allt utifrån ungdomsbehandlarrollens funktion och betydelse. I enkäten ställdes aldrig specifika frågor om de övriga rollerna i behandlingsteamet; familjebehandlaren och samordnaren. När dessa roller togs upp i intervjuerna blev det tydligt att de personerna inte är lika viktiga för ungdomarna som vad ungdomsbehandlaren är. Detta behöver dock inte betyda att de inte

fyller en viktig funktion för ungdomarna i insatsen som helhet. Alla ungdomarna uttrycker att familjebehandlaren har haft en viktig funktion under familjesamtalen men relationen till denna person beskrivs inte lika ingående och målande vilket kan förklaras av att ungdomsbehandlaren är den som ska stå närmast ungdomen och därmed den som ungdomarna känner bäst. Däremot anser ungdomarna att familjebehandlaren varit viktig för deras föräldrar. Samordnaren är den person i teamet som ska stå lite utanför behandlingen och detta speglas i svaren från ungdomarna. Två av ungdomarna är osäkra på vem det är, tre beskriver att det är en person längre bort från dem och som inte betyder så mycket, förutom Freja (13) som beskriver att samordnaren haft en underlättande och avlastande roll för hennes mamma. Freja verkar mycket väl veta vem samordnaren är och på en fråga om hon tror att det har betytt något att samordnaren funnit med på större möten som uppföljningsmöten svarar hon:

Ja det tror jag ändå för att då har mamma liksom såhär sluppit ta kontakt om det varit liksom typ såhär att man har behövt ha något skolmöte eller så, så har liksom hon (samordnaren) fixat det istället för att man behöver göra det liksom själv. Det har underlättat.

Betydelse av familjesamtalen och föräldrarnas delaktighet

Det finns mycket kunskap om hur viktigt det är med positiva relationer till sina föräldrar för barn som varit utsatta på olika sätt (Afifi & MacMillan, 2011; Meng et al., 2018). Utifrån att IHF är en familjebehandlingsinsats där man arbetar för att relationerna inom familjen ska stärkas är det viktigt att ta reda på vilken betydelse det har för ungdomarna att föräldrar är delaktiga i behandlingen och vad ungdomarna anser om familjesamtalen. Jämfört med hur ungdomarna svarade gällande ungdomsbehandlaren är svaren gällande föräldrarnas medverkan och familjesamtalens betydelse inte lika tydligt överensstämmande mellan dem även om majoriteten av ungdomarna även här uppger att det har varit bra för dem (tabell 5).

Tabell 5. Betydelse av föräldrars delaktighet och familjesamtal n (%)

	Stämmer lite grann ¹	Stämmer bra	Stämmer mycket bra
Att mina föräldrar har varit delaktiga i behandlingen har varit bra för mig	1 (5)	11 (58)	7 (37)
Familjesamtalen har varit bra för mig ²	2 (11)	9 (50)	7 (39)

1. Skalan gick från Nej, stämmer inte till Stämmer mycket bra.

2. Svar saknas från en deltagare

Det är skönt att föräldrarna är med

I intervjuerna berättar alla ungdomar på olika sätt att det varit bra att ha en behandling där deras föräldrar varit med. Alice (15), Freja (13) och Maja (17) beskriver alla att det varit skönt att deras föräldrar varit med. Lucas (14) förklarar att föräldrarnas delaktighet /.../ *har varit bra eftersom att dom har varit del av problemet*. Andra förklaringar som ges är att ungdomarna har fått möjlighet att prata om saker som berör både dem och föräldrarna och att konflikter inte hade kunnat lösas om föräldrarna inte varit med. Freja (13) förklarar lite mer ingående vad som blir skillnad med en behandling där hennes föräldrar är med jämfört om det bara är en behandling riktad till henne som ungdom:

För att då blir hon (mamma) mer involverad och då kan man liksom snacka om andra saker på ett annat sätt liksom. För om man har ensam (behandling) då blir det mer att man snackar om bara typ sin egna situation och inte riktigt liksom situationen hemma och liksom med mamma också.

Det ungdomarna uttrycker är att när det gäller problem som påverkar relationerna till föräldrarna och situationen hemma är det viktigt att alla inblandade är delaktiga i behandlingen.

Familjesamtalen – en arena för kommunikation

Den sociala neurovetenskapen har förstärkt familjesystemteorin genom att tydliggöra det ömsesidiga och återkommande flöde som finns mellan kroppen, hjärnan, relationer och kontext (Fishbane, 2016). Kunskapen från det neurobiologiska fältet är bidrag som kan hjälpa till i hur man i familjeterapi kan arbeta för att skapa mer välfungerande och positiva relationer till varandra. Genom att exempelvis hjälpa familjer att lyssna på varandra med empati kan man skapa processer som både är fysiskt och psykiskt hälsosamma genom att empati utlöser oxytocin som minskar stresshormonet kortisol (Fishbane, 2016). En teknik som kan verka transformerande är att man hjälper familjer att växla mellan att uttrycka sig och att lyssna (Fishbane, 2016), en teknik som tycks ha varit hjälpsam för ungdomarna som blivit intervjuade. De beskriver att familjesamtalen har fyllt en viktig funktion genom att det blir en arena och ett tillfälle då de fått möjlighet att kommunicera med sina föräldrar för att skapa förändring. Sådant som familjebehandlarna gjort för att möjliggöra detta är att fråga, lyssna, tolka, omformulera, förklara och sammanfatta. Tre av ungdomarna berättar att strukturen har fungerat som en ram som får betydelse både på individnivå och i den relationella processen. Alma (17) beskriver hur familjesamtalen går till:

A: Alltså hon (familjebehandlaren) har bara haft typ en bra struktur på hur samtalet ska gå till.

I: Ok, kan du beskriva för mig hur den strukturen ser ut?

A: Det är lite som jag sa innan typ såhär; mamma får prata så får jag lyssna och sen så får jag ordet och sen så får typ mamma svara på vad jag tyckte om det, eller vad mamma...vad jag sa liksom.

Det viktigaste i familjesamtalen tycks vara att samtalen möjliggör att ungdomarna få uttrycka sig och bli lyssnade på, men även att de får ta del av vad föräldrarna vill säga. På detta sätt kan det skapas en balanserad allians i familjesystemet där de olika individernas behov får utrymme (Friedlander et al., 2011). Man kan också tänka sig att detta hjälper till i att öppna upp familjesystem som fastnat i mer stängda och statiska processer (Teater, 2010) genom att familjen får hjälp till nya sätt att kommunicera och uttrycka sig med hjälp av de behandlare som styr och finns med som stöd i samtalet.

När det uppstår svårigheter och kriser finns en risk att professionella vill skydda barn genom att inte göra dem delaktiga i samtal som från de professionellas perspektiv kan anses belastande för barnen (Graham et al., 2015). Även om ungdomarna i denna studie inte har beskrivit hur deras problematik har sett ut kan man utifrån målgruppen utgå från att de upplevt omfattande svårigheter och ungdomarnas svar indikerar att flera av dem har haft konflikter i familjen. Villigheten från ungdomarnas sida att prata om det som sker går i linje med det som andra studier visat, nämligen att barn och unga vill vara med och bli tagna på allvar samt att delaktighet där man pratar om upplevelser av svårigheter inte behöver betyda att det är skadligt för barn (Gal & Duramy, 2015), snarare tvärtom.

Delaktighet i behandlingen

Att få information

IHF är en metod där man vill att barn och unga ska vara delaktiga i hög grad, exempelvis på möten som berör dem. I detta sammanhang är tydlighet i form av information en viktig komponent, barn behöver förstå syftet med att de ska vara med samt vad som ska hända och vad man förväntas vara delaktig i (Franklin & Sloper, 2005). På en fråga i enkäten om ungdomarna tycker att fått den information de behövt under insatsens gång svarar 84% (n=16) att det stämmer bra eller mycket bra och 16 % (n=3) svarade att det stämmer lite grann. Även om detta inte gavs något särskilt fokus under intervjuerna ger en del av ungdomarna uttryck

för att de fått information och att de vet vad som händer under insatsen. Noah (14) beskriver hur han blir förberedd under de enskilda träffarna med sin behandlare:

När vi, när jag och (ungdomsbehandlaren) går ut och typ äter så snackar vi om något, sen så säger hon att vi kan ta upp det under möten, så jag vet vad vi ska snacka om och vad det handlar om.

En av ungdomarna har i enkätens öppna svar lyft sådant som hen tycker bör förbättras och beskriver vikten av att information kommuniceras för att kunna bli förberedd:

Kanske mer kommunikation? Den har varit bra, men det har funnits vissa situationer när jag inte fått reda på vissa saker. Till exempel ett möte, alla människor blir inte stressad av att få reda på något samma dag som det ska hända, men jag tycker inte om det. Jag blir väldigt stressad och ångestfylld av det. Så kanske att dem ska se till att alla får reda på det..? Som sagt, kommunikation har oftast varit bra, men det har bara blivit några gånger.

Det ungdomarna beskriver ovan talar för att tydlighet och information eller brist på densamma kan påverka känslan av kontroll, något som även andra studier har visat (Vis et al., 2011).

Att få uttrycka sig

Det kan vara viktigt att hitta strukturer för att möjliggöra för barn att kunna uttrycka sina åsikter men det finns en risk att dessa strukturer blir för formella och inte hjälpsamma för barnen själva. Därför kan det vara viktigt att skapa mer informella sätt, en form av kultur som innebär att man möjliggör för barn att uttrycka sig så ofta de vill (Franklin & Sloper, 2005). När ungdomarna svarade på i vilken omfattning de fått säga vad de tycker och tänker i olika sammanhang visar resultaten att de i hög grad har fått uttrycka sig i relation till ungdomsbehandlaren (tabell 6). Träffarna med ungdomsbehandlaren tycks alltså präglas av ett mer informellt sätt som hjälper ungdomarna att uttrycka sig.

Tabell 6. Upplevelser av att få uttrycka sin mening i olika sammanhang inom IHF-insatsen n (%)

	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid
I träffar med ungdomsbehandlare	0	0	6 (32)	13 (68)
I familjesamtal	0	2 (11)	9 (47)	8 (42)
I möten med socialtjänsten	1 (5)	2 (11)	8 (42)	8 (42)
I möten med skola ¹	2 (11)	2 (11)	4 (21)	6 (32)

1. 5 deltagare svarade Vet inte/Inte aktuellt

Förutom att ungdomarna fått möjlighet att uttrycka känslor och tankar i relation till sin ungdomsbehandlare berättar fyra av ungdomarna att de även fått uttrycka till sin ungdomsbehandlare vad de vill prata om i kommande möten och familjesamtal. Freja (13) beskriver det på följande sätt: *Varje vecka har (ungdomsbehandlaren) frågat såhär ja "Är det nånting du vill ta upp liksom på familjesamtalet?"*.

När barns delaktighet blir en framgångsrik process som innebär att de får hjälp och stöd att uttrycka sig kan det få positiva effekter i form av exempelvis ökad självkänsla och en känsla av att vara respekterade (Gal & Duramy, 2015; Vis et al., 2011). Även om dessa resultat inte mäter självkänsla indikerar ungdomarnas svar att det är betydelsefullt för dem själva att få möjlighet att uttrycka sig och att få vara med och påverka, särskilt kopplat till familjesamtalen. Maja (17) beskriver på följande sätt om familjesamtalen:

Alltså dom här mötena vi har alla fyra har jag känt att det är väldigt viktig att allting jag tycker och tänker ska komma fram. Och allting mamma tycker och tänker ska komma fram så vi kan prata om det så vi inte bara liksom går runt och fortfarande liksom taggar på det liksom.

Alma (17) beskriver hur behandlarna har gett henne möjlighet att påverka familjesamtalen: *Inför familjesamtalen med mamma så har jag fått typ såhär, dom har hört vad jag vill prata om, om det är nåt speciellt och typ sånna saker.* Alla de intervjuade ungdomarna och de flesta av de som svarat på enkäten uttrycker att de fått möjlighet att säga vad de tänker och tycker i familjesamtalen (tabell 6). Två av ungdomarna som svarat på enkäten uppger dock att de sällan får uttrycka vad de tänker och tycker i dessa samtal.

När det gäller uppföljningsmöten med socialtjänsten uppger några i enkätstudien att de aldrig eller sällan fått säga vad de tänker och tycker (tabell 6). De flesta som blivit intervjuade berättar att de fått möjlighet att uttrycka sig på mer formella möten men två av ungdomarna ger en något annorlunda bild. När Alma (17) som annars uttrycker att hon blivit lyssnad på och fått vara med och påverka i insatsen, får en fråga om hon under uppföljningsmötena blivit tillfrågad om vad hon tycker om insatsen svarar hon: *Inte vad jag kommer ihåg men jag har fått frågan av (ungdomsbehandlaren), alltså såhär annars, vad hon typ tycker att, ja vad jag tycker om det.* Freja (13) som också uttrycker att hon under insatsens gång fått säga vad hon tänker och tycker beskriver följande om uppföljningsmöten med socialtjänsten: *Alltså då har man mest suttit och lyssnat liksom, så.* Det är naturligt att barn och unga inte väljer att prata i

mer formella sammanhang som exempelvis uppföljningsmöten är och därför behöver man hitta sätt att inkludera dem (Vis et al., 2010). För en del av ungdomarna har man lyckats med detta. Maja (17) beskriver hur hon blev involverad genom att man ställde direkta frågor till henne och intresserade sig för henne:

Ja för dom uppföljningsmötena och sånt liksom så har det ju varit att dom har frågat mig väldigt mycket frågor, hur jag tycker att det har funkat och om det är någonting mer jag önskar liksom eller om vi ska prata om något annat, hur jag tänkt på vad jag tycker och vad som känns bra för mig liksom under detta år.

Gällande skolmöten finns också en spridning i ungdomarnas enkätsvar där några anser att de inte fått uttrycka sin mening medan en knapp majoritet uppger att de har fått göra det (tabell 6). Fem ungdomar har svarat ”vet inte/ inte aktuellt” vilket skulle kunna förklaras av att de inte haft några sådana möten. Även bland de som blev intervjuade var det några som inte haft några skolmöten men de som hade haft skolmöten uttryckte att de under de mötena har fått möjlighet att uttrycka sig.

Att bli lyssnad på och få möjligheter att påverka

En förutsättning för att kunna vara delaktig är att man blir lyssnad på och att det man säger tas i beaktande samt att det man säger får en inverkan på det man ska besluta om (Franklin & Sloper, 2005; Lansdown, 2009). Enkätsvaren visar att ungdomarna i mycket hög grad upplever sig blivit lyssnade på av sin ungdomsbehandlare. De anser även att familjesamtalen har varit tillfällen då de blivit lyssnade på (tabell 7).

Tabell 7. Upplevelse av att ha blivit lyssnad på n (%)

	Stämmer lite grann¹	Stämmer bra	Stämmer mycket bra
Min ungdomsbehandlare har lyssnat på vad jag vill säga	0	2 (10)	17 (90)
I familjesamtalen har jag blivit lyssnad på	1 (5)	7 (37)	11 (58)

1. Skalan gick från Nej stämmer inte till Stämmer mycket bra.

Även om professionella anser att de lyssnar på barn är upplevelsen inte alltid densamma hos barnen. För att de ska känna sig lyssnade på behöver de se att det de säger också får betydelse (Gallagher et al., 2012). På frågan om ungdomarna fått vara med och bestämma mål för IHF-

insatsen svarar 90 % (n=17) att det stämmer bra eller stämmer mycket bra. En ungdom uppger att det stämmer lite grann och en ungdom svarade ”vet inte”. I intervjuvären uppger ungdomarna att de inte enbart har fått uttrycka vad de önskar utan att de även har blivit lyssnade på och att deras åsikter har fått en inverkan på vad samtalen och behandlingen ska fokusera på. Alice (15) beskriver: *Jag tycker att jag har fått vara med och bestämma väldigt mycket och jag har liksom tagit den chansen eller vad man ska säga. Jag har pratat så jag har liksom fått som jag vill och dom har lyssnat.* Hur detta har skett förklaras vidare av henne:

Jag känner att till exempel om jag gav dom ett tips om till exempel, vi skulle kunna ha mötena när vi pratar om det här eller jag skulle vilja att vi pratar om det här så har dom skrivit ner det och sen har vi också pratat om det.

Noah (14) förklarar hur det han uttryckt under familjesamtalen har lett till agerande från andra:

Jag har ju sagt ut det jag vill säga och jag kanske har, alltså ibland brukar jag säga att jag behövde något från skolan, då är det någon som hjälper mig att få tag på det jag behövde, så att det har funkat.

Ungdomarna ger även många förklaringar till varför det är viktigt att få vara med och bestämma. Om de inte hade blivit tillfrågade och haft möjlighet att uttrycka sig kan det leda till att det /.../ blivit väldigt ensidat, liksom hur man ska göra saker (Lucas, 15). Alma (17) tycker det är viktigt att få vara med och bestämma för att /.../ jag tror det kommer till en lösning fortare när jag typ såhär fått kanske bestämma vad jag, vad som har tyngt mig bland annat. Det skapar också en vilja att vara med. Freja (13) beskriver:

I: Men det låter som att du tycker att du har varit ganska delaktig i behandlingen, att dom har lyssnat på dig och ställt frågor och sånt där. Hur tror du det hade varit om dom inte hade gjort så?
F: Då tror jag att jag inte hade liksom velat vara med på samtalen lika mycket och typ inte liksom lagt tid på dom typ såhär, skitit i det mer för att liksom ja så. Det känns liksom ”Dom har inte lyssnat på mig” så då skulle det liksom inte kännas värt att vara där eller så.

Det kan också skapa en känsla av jämlikhet, något som Maja (17) ger uttryck för på frågan om vad det betyder för henne att få vara delaktig och få möjlighet att uttrycka sig:

Väldigt mycket för att det gör ju inte saken lika jobbig, alltså det gör det ju väldigt, alltså att det inte bara är att dom styr och ställer över mig utan jag har också någonting att säga liksom, det har ju känts väldigt skönt liksom.

I familjeterapi är det viktigt att kunna skapa en delad känsla av syftet med samtalen samt vad man vill uppnå med det gemensamma arbetet. I detta behöver man kunna enas om gemensamma systemiska mål och undvika individuella mål som är riktade mot en person i familjesystemet, då det kan påverka alliansen och hur det går i behandlingen (Friedlander et al., 2011). Det ungdomarna beskriver ovan säger inte något om hur systemiska de mål som satts upp för behandlingen är, men utifrån ungdomarnas perspektiv tycks det finnas en upplevelse att de har fått vara med och påverka innehållet i behandlingen och att detta har varit betydelsefullt för dem. Det finns dock undantag som belyser svårigheter som kan uppstå när ungdomar inte involveras tillräckligt eller när man har för individuellt formulerade mål som är riktade mot en person i familjesystemet. Alice (15) anser att hon i hög grad har fått vara med och bestämma under insatsen, men ger samtidigt exempel på att det funnits tillfällen då hon inte känt sig lika delaktig. Här beskriver hon hur det var när mål för behandlingen skulle bestämmas i början av insatsen:

/.../ en kille som kom, han hette (familjbehandlare), det var han som kom och pratade med hela familjen och min kontaktperson (ungdomsbehandlaren) var också med. Han (familjehandlaren) satte målen, men vi var dom som typ sa att jamen det här, vi fick ändra det om vi ville och så men det var väl typ vi tillsammans men han var ändå den som satte dom.

Konsekvensen för henne gällande just detta var att det formulerades mål som handlade enbart om henne och som hon varken riktigt förstod eller höll med om. Förutom att formulera mål som skapar ett gemensamt fokus behöver man i familjeterapi även följa upp hur det går i arbetet mot de mål som är satta, då det annars finns en risk för avhopp (Perkins et al., 2019). En ungdom beskriver i de öppna svaren i enkäten att *Det tog för lång tid att byta sätt ifall det inte funkade* vilket skulle kunna indikera att förändringsarbetet inte följts upp tillräckligt och att denna person inte blivit lyssnad på i tillräckligt stor utsträckning.

Dessa resultat visar att det är viktigt för ungdomarna att få vara med och bestämma och att det påverkar dem på olika sätt. Att svara an mer till vad barn och unga önskar och förväntar sig och också ta med deras egen agenda så som många av ungdomarna ger exempel på är viktigt

och kan resultera i att mer realistiska planer görs vilket i sin tur kan påverka hur effektiva olika interventioner är (Vis et al., 2010).

Intensitet och flexibilitet

I intervjuerna beskriver alla ungdomar förutom en att intensiteten har varit ungefär likartad, det vill säga att man har haft samtal och träffar varje vecka. En av ungdomarna uppgav att det var varannan vecka, men ibland oftare. På en fråga i enkäten om hur mycket av ungdomarnas tid de anser att behandlingen har tagit svarar en majoritet (n=15, 79%) att det har tagit lagom mycket tid, medan några (n=3, 16%) svarar att det tagit aningen för mycket tid (skalan gick från ”alltför mycket av min tid” till ”för lite av min tid”). En ungdom svarade ”vet inte”. Även om de flesta verkar tycka att intensiteten är lagom uttrycker två av de intervjuade att de inte vill ha mycket möten. Det kan finnas en avvägning i hur mycket tid som ungdomar vill lägga på denna typ av insatser. Lucas (15) ger uttryck för att ungdomar kan vara beredda på att lägga tid och avvara annat om de anser att det är värt att vara med och att det känns meningsfullt:

I: Men du sa att det var lite mycket möten?

L: Nej nej nej, det var inte så, det var mer liksom bara att, liksom jobbigt att ”Åh, nu är det möte då” men alltså det är ingenting speciellt, det är liksom värt det.

I: Det är värt det tycker du även fast det är mycket möten?

L: Det är bara nånting man får bita ihop att det är när man vill vara med kompisar eller nånting, att det får man bara...

I: Jaha, så det var vissa gånger då du kanske hade kunnat vara med kompisar istället för att vara med på det här?

L: Ja, men alltså som sagt då är det ju liksom bättre att vara med på det där tycker jag.

I: Ok, varför tycker du det då, att det var bättre?

L: För att det är viktigare.

En faktor som påverkar om familjebehandling känns meningsfull och hjälpsam och som kan bidra till motivation att vara med är att man ser en förändring (Collyer et al. 2020). Maja (17) berättar hur hon längtade både till de individuella samtalen och familjesamtalen eftersom hon tycker /.../att vi alltid kom någon vart.

Tillgänglighet och anpassningar

Franklin och Sloper (2005) har identifierat sådant som är viktigt att tänka på och som ökar chanserna att få barn delaktiga. En sådan faktor är att kunna använda lämpliga metoder, alltså

att kunna vara flexibel, anpassa och skräddarsy sätt för att involvera barn. Flexibilitet och anpassning är viktiga komponenter i IHF-insatsen (Humana, 2015) och svaren på enkäten indikerar att insatsen har anpassats efter familjerna och att de flesta anser att behandlare har funnits tillgängliga för dem (tabell 8).

Tabell 8. Tillgänglighet och anpassning n (%)

	Stämmer lite grann¹	Stämmer bra	Stämmer mycket bra	Vet inte
Fått tag på behandlare vid behov	1 (5)	6 (32)	9 (47)	3 (16)
Anpassning av tid och plats	0	3 (16)	14 (74)	2 (10)

1. Skalan gick från Nej, stämmer inte till Stämmer mycket bra.

Detta stämmer väl överens med det som beskrivs i intervjuerna där ungdomarna berättar att framför allt ungdomsbehandlaren funnits tillgänglig för dem. Tillgängligheten är något som kan ha olika betydelse för olika ungdomar där intervju svaren indikerar att en del tycker det har varit viktigt med tät kontakt medan andra inte har haft behov av att ha kontakt mellan träffarna. Något som avviker från bilden att tillgängligheten har varit tillräcklig är från de öppna svaren i enkäten där två svar tyder på att ungdomarna inte anser att behandlarna funnits tillgängliga i den utsträckning ungdomarna önskat. En ungdom ger ett förbättringsförslag: *Kanske mer tillgängliga utanför mötena så man kan skriva till de om hjälp*. En annan ungdom uttrycker ett önskemål: *Jag önska jag kunde ha fler träffar med min ungdomsbehandlare under de första månaderna vi lärde känna varandra eftersom jag behövde prata mer om mina känslor och så vidare*. Något som också är värt att belysa från tabell 8 är att två av ungdomarna som svarat på enkäten inte vet om det har gjorts anpassningar och att tre ungdomar svarat att de inte vet om de kunnat få tag på behandlare vid behov. Med tanke på att de inte svarat ”Nej, stämmer inte” uppstår frågan om behandlarna har varit tydliga med dessa delar, exempelvis om ungdomarna har fått information om att de kan nå behandlare även mellan träffarna.

Lansdown (2009) påpekar att professionella behöver se till att skapa trygga utrymmen där barn och unga ges både tid, uppmuntran och stöd för att kunna öppna upp och dela med sig av sina åsikter och därmed också bli mer delaktiga. Ungdomarna beskriver att behandlarna har gjort anpassningar för att få det att fungera för dem och deras familjer, både gällande var man ses, när man ses och vad man gör och att detta har underlättat på olika sätt. Detta har bland annat inneburit att insatsen inte har behövt påverka skolgång och jobb negativt. Alice (15)

berättar hur behandlarna anpassat tider efter vad som passade henne och hennes föräldrar och att det varit viktigt för henne att samtalen var förlagda efter skoltid för att undvika att det skulle påverka hennes skolgång:

I: På vilket sätt tyckte var det bra då tycker du, att man kunde göra så?

A: För att jag hade, jag vill hellre ha möten senare på dan än tidigt för att då kanske sitter jag och tänker på nånting annat i skolan eftersom jag haft möte kanske jag sitter och tänker på mötet i skolan och så.

Det är inte enbart viktigt att tiden anpassas, utan det kan även vara viktigt var man ses. De flesta av de intervjuade ungdomarna beskriver att de haft familjesamtal i deras hem och att det har varit bra. Flera av ungdomarna tycker att det har varit bra att träffar och samtal inte endast genomförs i samtalsrum och kontor. Maja (17) poängterar hur viktigt det varit för henne att anpassningar gjorts gällande var man har samtal:

Jamen det här att man inte bara behöver sitta på ett rum och prata och det kan ju också göra det väldigt spänt och det känns inte lika avslappnat och alltså så, utan jag, det, jag liksom tycker har varit bra är att man kan vara väldigt öppen med hur man har sina möten och det tycker jag har hjälpt mig väldigt mycket, som har svårt att liksom öppna mig och prata med nytt folk liksom, så tycker jag det har varit väldigt skönt att man ändå kan liksom vara på lite olika ställen och prata för då blir det ju inte lika, man känner sig inte lika typ inträngd eller kan man säga så? Det känns lite mer typ bekvämare kan man väl säga.

Ungdomarna verkar särskilt uppskatta att samtalen har kunnat vara på lite olika ställen och att man exempelvis har kunnat fika eller äta. Freja (13) berättar att hennes ungdomsbehandlare */.../åkt och hämtat mig från skolan och sen har vi typ åkt och ätit eller liksom så. Hon förklarar vidare varför detta är bra:*

Att då liksom när man, istället för att vara hemma då behöver man liksom inte oroa sig för att mamma ska komma hem och störa eller nåt liksom, eller lillebrorsan liksom utan man har liksom såhär ensam och kan liksom prata vad som typ utan att någon annan liksom stör.

Under intervjun med Noah (14) är det som han har mest fokus på det han gjort med sin ungdomsbehandlare på olika platser, hur mycket han uppskattar det han gjort tillsammans med henne och hur det har påverkat honom positivt att få möjlighet att äta och fika: *Alltså, det känns bra för jag får typ vila mig och äta något så jag känner mig lugn. Det ungdomarna*

beskriver är olika sätt som ungdomsbehandlarna har skapat de trygga rum som behövs för att de ska kunna öppna upp och dela med sig av sina tankar och känslor (Lansdown, 2009).

Att få möjlighet att vara fysiskt aktiv och ha roligt istället för att enbart förlita sig på rena samtal kan hjälpa till i att få barn delaktiga i sådant som berör dem (Husby et al., 2018). Flera av ungdomarna beskriver att de tycker det har varit betydelsefullt att man inte enbart har haft samtal utan att man även gjort aktiviteter och att detta för flera av dem har upplevts som något positivt. För en del av ungdomarna blir det ett enklare sätt att kunna öppna upp och det kan även ha en avstressande funktion. Freja (13) beskriver att det har varit roligt att göra aktiviteter som att exempelvis bowla och förklarar att: *det har bara varit skönt att liksom kunna koppla bort allt annat och liksom bara kunna, ja fokusera på det*. Noah (14) beskriver hur det påverkar honom positivt att göra aktiviteter med sin ungdomsbehandlare: *jag är glad och sånt under den tiden*.

Upplevelser av att bli intervjuad

I slutet av intervjuerna har alla ungdomar fått en fråga hur de upplevde intervjun. Samtliga uttryckte att det har fungerat bra att vara med och två av ungdomarna uttryckte dessutom att de anser att det är viktigt att deras synpunkter kommer fram. Alice (15) svarar på frågan om hur det varit att bli intervjuad: *Det har varit bra. Jag tycker det är viktigt så att ni kan hjälpa andra ungdomar att få det bästa*. Maja (17) beskriver varför det var viktigt för henne att vara med:

/.../ jag vill ändå kunna göra en skillnad liksom och att det var därför jag ställde upp på intervjun för att jag kände att "Alltså det här är ändå så jävla viktigt och det har hjälpt så jävla mycket" så därför kände jag att jag vill verkligen ställa upp på intervjun.

6. Diskussion

Syftet med denna studie har varit att ta reda på hur barn och unga uppfattar och upplever IHF. IHF som metod har funnits i 20 år och utifrån att den numera används och fortsatt implementeras både i privata verksamheter och i kommuner runt om i Sverige finns all anledning att ta reda på mer om hur metoden fungerar och upplevs. Den direkta information som denna typ av studier ger kan hjälpa till i arbetet att förbättra IHF och andra interventioner så att de blir bättre anpassade efter vad som upplevs som hjälpsamt och meningsfullt för barnen själva (Dittmann & Jensen, 2014). Eftersom denna studie är begränsad vad gäller antal deltagare går resultaten inte att generalisera men resultaten pekar på tendenser gällande vad ungdomar upplever som viktigt och betydelsefullt i behandling och interventioner där de är delaktiga.

Relevans och hjälpsamhet

De ungdomar som deltagit i denna studie är överlag är nöjda med IHF. Att så hög grad av dem (90%) tycker att det är en insats som de har behövt indikerar att det har varit en hjälpsam och relevant behandling och att den har gjort en positiv skillnad. Teamuppbyggnaden som finns i IHF för att möjliggöra ett multisystemiskt arbete tycks utifrån ungdomarnas perspektiv vara betydelsefull och hjälpsam, särskilt att ha en egen behandlare. På frågor relaterade till ungdomsbehandlaren är ungdomarnas svar samstämmigt positiva både i det som framkommer i enkäten och i intervjuerna. Betydelsen av stöttande relationer för barn och unga som befinner sig i utsatta situationer har lyfts fram tidigare av forskning (Gallagher et al., 2012; Husby et al., 2018) och resultaten av denna studie styrker detta.

Resultaten belyser även vikten av att ha en egen behandlare som inte är densamma som föräldrarnas. De beskrivningar ungdomarna ger visar även mer specifikt vad i relationen till ungdomsbehandlaren som är hjälpsamt. Dels är ungdomsbehandlaren en person som kan hjälpa ungdomarna att undvika hamna i konflikt med sina föräldrar, dels kan ungdomarna i kontakten med ungdomsbehandlaren få möjlighet att uttrycka känslor och tankar och på så sätt träna sig att reglera sina känslor (Fishbane, 2016). De får också hjälp och stöd genom att ungdomsbehandlaren kan ge tips och råd och de kan, om de önskar, få hjälp att föra fram sin röst i familjesamtalen för att på så sätt kunna kommunicera med sina föräldrar på ett bättre sätt. Ungdomsbehandlaren tycks alltså bli det relationella stöd som behövs för att klara sig igenom motgångar (Coan & Sbarra, 2015) genom att ungdomarna kan känna att de har någon

att dela sin börda med, en person som finns kontinuerligt för dem under behandlingen. Detta relationella stöd tycks även vara betydelsefullt i att skapa den känsla av tillit och trygghet som är viktigt och som påverkar den terapeutiska alliansen i familjeterapi (Perkins et al., 2019). Ungdomsbehandlaren är också en person som aktivt ser till att ungdomarna blir delaktiga i behandlingen genom att göra sådant som att regelbundet ta reda på vad som är viktigt för ungdomen och vad hen vill ta upp på familjesamtal. Att ha en egen behandlare är inte det vanliga i familjebehandlingsinsatser. I en insats där det också finns, KIBB, har barn uttryckt liknande positiva aspekter av att ha en egen behandlare som denna studie visar, som exempelvis att ha egen tid med sin behandlare där de kan uttrycka tankar och känslor samt att behandlaren finns som stöd i samband med gemensamma samtal med föräldrarna (Thulin et al., 2019). Utifrån det resultat denna studie ger kan man däremot inte dra slutsatsen att en egen behandlare alltid behövs. Det finns olika exempel på andra manualbaserade familjebehandlingsinsatser som barn och unga upplever som positiva även då de haft samma behandlare som sina föräldrar (Celinska et al., 2015; Paradisopoulos et al., 2015). Samtidigt är det en utmaning att hitta en balanserad allians i ett familjearbete (Friedlander et al., 2011) och det finns studier som pekar på vissa svårigheter som kan uppstå när en ensam terapeut ska hantera en familj. Om man inte lyckas hitta balanserad allians mellan de olika familjemedlemmarna medför det en risk att alla inte känner sig förstådda när olika perspektiv ska lyftas in i familjesamtal, något som kan påverka motivationen att delta (Collyer et al., 2020). Intressant är också att även när ungdomar visat sig positiva till en insats där en terapeut finns för hela familjen (FFT) så har man sett skillnader när man har jämfört hur föräldrar och ungdomar har svarat på frågor om insatsen. Ungdomar visade sig då i signifikant mindre grad lita på terapeuten, i signifikant mindre utsträckning se fram emot nästa samtal och de indikerade i högre grad negativa aspekter av insatsen än föräldrarna (Celinska et al., 2015). En studie av MST visade också att ungdomarna var mindre intresserade av att delta i behandlingen än föräldrarna (Tighe et al., 2012). Genom att ha en person som finns till för barnet eller ungdomen kan man bättre undvika upplevelser av att terapeuter väljer sida och möjligen skapar det också en större känsla av trygghet för barn och unga i att kunna och våga uttrycka sig öppet, även om sådant som är svårt. I detta blir det dock viktigt att det finns en medvetenhet hos behandlarna om hur deras ingångar och relationer med familjemedlemmarna påverkar systemet (Spronck & Compennolle, 1997). Man kan tänka sig att det finns en risk att den relation som ungdomsbehandlaren skapar med ungdomen kan få en negativ påverkan på familjesystemet om ungdomsbehandlaren inte har det systemiska fokus som innebär att ta hänsyn till andra nivåer av system (Spronck & Compennolle, 1997). Detta skulle exempelvis

kunna ske om ungdomen enbart vänder sig till ungdomsbehandlaren istället för till sina föräldrar och om ungdomsbehandlaren gör sig till en alltför betydelsefull person för ungdomen. Här blir det viktigt att man i behandlingsteamet är överens om vilka interventioner och ingångar som bäst skapar möjlighet för positiv förändring. Resultaten i denna studie indikerar att ungdomsbehandlaren skapar möjligheter att utifrån ett individfokus där ungdomen får hjälp och stöd, kunna skapa positiv förändring i familjesystemet. Detta beskrivs genom att ungdomarna uttrycker att insatsen inte enbart har varit positiv för dem själva, utan också att de fått hjälp till förändring i relation till föräldrarna. Även om man utifrån dessa exempel inte kan säga vad som orsakar vad, finns det mycket som talar för att vidare undersöka vikten av att ha en egen behandlare för barn och unga i familjeterapeutiska insatser.

Förutom att ha en egen behandlare tyder ungdomarnas svar på att de anser att det är viktigt att adressera och arbeta med problem på ett sätt så att de som problemen berör blir involverade, såsom Lucas (15) förklarar gällande vikten av föräldrarnas delaktighet i behandlingen */.../eftersom att dom har varit en del av problemet*. Här blir det tydligt att ungdomarna anser att det är viktigt att föräldrarna är delaktiga i behandlingen och att familjesamtalen är betydelsefulla för att kunna åstadkomma den förändring som de önskar och behöver. Även om familjebehandlaren inte är en person som är lika viktig för ungdomarna som ungdomsbehandlaren beskriver de att rollen fyller en viktig funktion. Dels som eget stöd för föräldrarna, men framför allt för att möjliggöra kommunikation och förändring mellan ungdomarna och deras föräldrar.

Ytterligare något som ungdomarna beskriver är hjälpsamt är den flexibilitet som behandlarna har i var, när och hur de träffas. Både enkätsvaren men framför allt intervjuerna visar att IHF-insatsen har anpassats efter de behov som ungdomarna och deras familjer har så att insatsen inte ska påverka sådant som skola och jobb. Det som ungdomarna beskriver att behandlarna, och kanske framför allt ungdomsbehandlarna, gör är sådant som man vanligtvis inte förknippar med familjebehandling eller familjeterapi genom att gå utanför behandlingsrummet och exempelvis hämta ungdomen i bil, fika tillsammans och har samtal och träffar i olika miljöer. Vikten av detta påtalas av ungdomarna som blivit intervjuade då de beskriver hur dessa interventioner fyller en viktig funktion för dem genom att det kan hjälpa dem att öppna upp, slappna av och må lite bättre. På så sätt skapas de trygga utrymmen de behöver för att vågar öppna upp och bli delaktiga (Lansdown, 2009). Detta säger något om vikten att kunna frångå mer traditionella sätt att bedriva behandlingsarbete där man sitter i

samtalsrum och pratar, något som flera av ungdomarna uttrycker kan bli ett hinder i processen att kunna öppna upp och bli delaktiga.

Delaktighet i behandlingen

En annan del som denna studie indikerar är att IHF är en insats där man lyckas involvera ungdomarna genom olika sätt som man vet är väsentliga för att skapa delaktighet; som att ge dem information, att ungdomarna får möjlighet att uttrycka sig, blir lyssnade på och får möjlighet att påverka (Franklin & Sloper, 2005; Lansdown, 2009). Genom de beskrivningar ungdomarna gett ser man att deltagande blir en relationell process när professionella på olika sätt ser till att engagera barn att i relation till andra utbyta tankar och känslor (Gal & Duramy, 2015). Detta har under IHF-behandlingen skett i två nivåer; först genom att ungdomsbehandlaren skapat möjligheter för ungdomarna att uttrycka sig i relation till dem, för att sedan kunna gå in i en process med sina föräldrar där familjebehandlaren och ungdomsbehandlaren på olika sätt har möjliggjort en ömsesidig process mellan ungdomarna och föräldrarna. IHF är en metod som arbetar för att förhindra exkludering och utifrån de svar som ungdomarna gett tycks det sätt som de blivit involverade och delaktiga på bidragit till att de kunnat komma närmre sina föräldrar och därmed kan man utgå från att riskera för att exkluderas från familjerna har minskat. Att på olika sätt arbeta för att hjälpa familjer att skapa mer inkluderande och positiva relationer har stor betydelse då positiva relationer och socialt stöd inom familjen har samband med fysisk och emotionell hälsa (Fishbane, 2016) och har en skyddande funktion både kortsiktigt och långsiktigt för unga (Morris et al., 2018).

Resultaten visar att IHF är en insats där ungdomarna i hög grad får komma till tals. Detta gäller särskilt i relation till ungdomsbehandlaren, men även i familjesamtalen. Det är dessa möten och samtal som är basen i behandlingen och därmed viktiga. Sådant som har möjliggjort att ungdomarna fått komma till tals är att de regelbundet fått frågor om vad de vill ta upp på familjesamtalen och under dessa samtal har det hjälpt när familjebehandlaren har haft en struktur som möjliggör för ungdomarna att både få uttrycka sig och lyssna på sina föräldrar. Den beskrivning som ungdomarna ger visar på en inställning hos behandlarna som går i linje med att se ungdomar som aktiva aktörer vars tankar och åsikter är viktiga. Detta syns genom att ungdomarna fått möjlighet att inte bara uttrycka sig utan även påverka behandlingen. Flera av ungdomarna poängterar hur viktigt det är för dem att kunna påverka och att detta kan få positiva konsekvenser för dem, såsom att samtalen blir mer balanserade

och jämlika, att man hittar bättre lösningar och att det skapar en motivation att vara med. Att behandlingen möjliggör delaktighet på detta sätt är viktigt ur flera aspekter. Förutom att delaktigheten kan ge barn och unga stärkta relationer, stärkt självkänsla och en ökad känsla av hanterbarhet och kontroll minskar man även riskerna att olika former av missförhållanden inte upptäcks och åtgärdas tillräckligt snabbt om man möjliggör och hjälper barn och unga att uttrycka sig och ge sina perspektiv (Vis et al., 2011). Dessutom kan känslan av att vara med och bestämma inriktning och mål påverka alliansen och viljan att vara med i förändringsarbetet (Friedlander et al., 2011).

I insatsen förekommer även andra större och mer formella möten där svaren både från enkäterna och intervjuerna indikerar att ungdomarna inte i lika hög utsträckning får möjlighet att uttrycka sig. De ungdomarna som blivit intervjuade tycker att det är i familjesamtalen som det är viktigast att de får komma till tals men det finns ändå skäl att undersöka vidare hur behandlare som bedriver denna metod säkerställer att barn och unga kommer till tals på alla möten de är med i som berör dem.

Negativa upplevelser

En av frågeställningar för denna studie var att försöka ta reda på om ungdomarna anser att något har varit negativt med insatsen. Även om resultaten överlag ger en positiv bild så finns exempel på sådant som inte stämmer in i den positiva bilden. Det som en ungdom uttryckte via de öppna svaren i enkäten som visade på att hen fått hjälp i hur hen ska behandla de i sin familj ”*men inte att dom har ändrat sig så mycket*” är en erfarenhet behöver tas på allvar. Det påtalar vikten av att behandlare som arbetar med IHF förstår hur behandlingen är tänkt, att det är en insats där hela familjen ska involveras och där tanken är att man ska arbeta systemiskt istället för individualiserat (Humana, 2015). Det finns även andra exempel i resultaten som ger anledning att undersöka hur behandlare har förstått metoden och dess olika komponenter. Exempelvis har man inte alltid lyckats vara tillräckligt tillgänglig för ungdomarna där två av ungdomarna som svarat på enkäten uttryckt att de önskar en högre grad av tillgänglighet. Även det faktum att tre ungdomar svarade att de inte vet om de har kunnat få tag på behandlare vid behov skapar frågetecken. Eftersom dessa svar kom från enkätstudien har det inte varit möjligt att följa upp med följdfrågor. Det är därmed omöjligt utifrån denna begränsade information att få förklaringar till varför ungdomarna har dessa upplevelser. Förutom behovet att undersöka sådant som metodtrogenhet ger dessa exempel anledning att

undersöka hur behandlare försäkras sig om att ta reda på barns och ungdomars upplevelser och uppfattningar löpande under behandlingens gång.

Metodologiska reflektioner och begränsningar

Att ta reda på barns uppfattningar och upplevelser genom en mixad metod har visat sig ha fördelar. Genom triangulering av data har jag både kunnat upptäcka samstämmighet i resultaten men även sådant som inte stämmer överens. I intervjuvaren var samstämmigheten mellan de som svarade ganska hög vilket kan förklaras av att de som väljer att bli intervjuade också är de som i hög grad är nöjda. De negativa svar som gavs kom i huvudsak via enkäterna och möjligheten att fylla i enkäterna helt anonymt kan möjligtvis ha gjort att fler ungdomar vågat uttrycka sådant de inte varit helt nöjda med, vilket har bidragit till viktig information som inte framkom i intervjuerna. Detta talar för att komplettera intervjuer med enkäter. Även det omvända har visat sig värdefullt utifrån att intervjuerna har kunnat ge mer djupgående beskrivningar av det som framkommit av enkätsvaren. Intervjuerna har bidragit till en ökad förståelse för varför ungdomarna har svarat som de gjort i enkäten och hur man bättre kan förstå vad som är hjälpsamt och varför. Detta sammantaget har gjort att en förhållandevis liten datamängd har kunnat ge innehållsrik information. Ytterligare något som har bidragit positivt till denna studie är att den har genomförts online på distans. Detta har möjliggjort att ungdomar från flera olika IHF-enheter har kunnat vara med utifrån att det av resurs- och tidsskäl hade varit svårt att besöka de olika enheterna. I och med att ungdomarna har haft sin behandling vid tio olika IHF-enheter minskar möjliga specifika faktorerers påverkan på resultatet, såsom förhållanden vid en viss IHF-enhet eller för enskilda behandlare.

Undersökningsgruppen i denna studie är begränsad. Utifrån risk för skevhet i urvalet (Bryman, 2018) går det inte att säga de som varit med i denna studie är representativa för gruppen barn och ungdomar som får IHF. Det begränsar möjligheten till generalisering av resultaten utanför den undersökta gruppen. Som nämnts i metodavsnittet har studien enbart riktat sig till de som är i slutet av behandlingen eller som nyligen avslutat den. Detta medför en risk att barn eller ungdomar som eventuellt har avslutat sin behandling i förtid inte finns med. Dessa skulle möjligtvis kunna ge en annan bild än den som framkommit i denna studie. Det finns också en risk att de som väljer att vara med i en studie som denna är de som är mest positiva till behandlingen. Ytterligare en begränsning är att åldersspannet har begränsats så även om studien täcker ett ganska stort åldersspann så utesluts yngre barn.

En sista metodologisk aspekt som bör belysas är mitt inifrån-perspektiv som forskare. Som nämnts i metodavsnittet finns både för- och nackdelar med att ha kopplingar till den metod man studerar. Något som är värt att betona i detta sammanhang, men som ofta ignoreras är möjligheten att omsätta resultaten i praktik, genom att exempelvis ändra rutiner eller förhållningssätt. Forskning som involverar barn och som handlar om deras åsikter har vanligtvis lite inflytande i verkligheten (Alderson & Morrow, 2011). Eftersom jag arbetar med att utveckla metoden är möjligheten att omsätta kunskapen från denna studie i praktik stor, vilket i förlängningen blir en etisk fråga i förhållande till de ungdomar som deltagit i denna studie, som rör nyttiggörande av forskning. Deras bidrag kan på detta sätt ha inverkan på hur IHF som metod framåt utövas och utvecklas.

Slutsatser

Detta är den första studien som undersöker hur ungdomar uppfattar och upplever IHF. Resultaten ger värdefull information om vad ungdomarna själva upplever som hjälpsamt och vilka områden som behöver undersökas vidare. Resultaten ger kunskap om vikten att ha en stödjande person under behandlingen både för att kunna få hjälp och stöd men också för att göra ungdomarna delaktiga i behandlingen. Resultaten pekar också på att IHF är en insats som i hög grad anpassas efter de behov som familjen har och som lyckas involvera och göra ungdomar delaktiga i behandlingen. Att på detta sätt både arbeta för och tillsammans med barn och unga gör insatsen barn-centrerad (Rasmusson, Hyvönen, Nygren & Khoo, 2010). De positiva resultat som denna studie visar ger anledning till fortsatt forskning för att ta reda på mer om hur behandlingen fungerar i relation till andra insatser, men också för att förstå olika mekanismer i behandlingen. I likhet med vad andra studier har visat (Carlberg et al., 2009; Thulin et al., 2019) är ungdomarna som blivit intervjuade i denna studie positiva till att delta i forskning. Att ett par av dem dessutom påtalade vikten av att deras perspektiv kommer fram understryker vikten av att inkludera barn och unga i forskning som handlar om interventioner de själva varit med i.

Referenser

- Afifi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: A review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry, 56*(5), 266-272.
doi:10.1177/070674371105600505
- Alderson, P., & Morrow, V. (2011). *The ethics of research with children and young people: A practical handbook* (2. uppl.). Los Angeles: SAGE.
- Bessell, S. (2015). Inclusive and respectful relationships as the basis for child inclusive policies and practice: The experience of children in out-of-home care in Australia. I T. Gal, B. F. Duramy (Red.), *International perspectives and empirical findings on child participation: From social exclusion to child-inclusive policies* (s. 183-206). New York: Oxford University Press.
- Björk, L., Shüller, P., Balldin, T., & Olsson, U. (2004). IHF – Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling: En behandlingsform för familjer med barn och ungdomar med svåra beteendeproblem. *Fokus på familjen, 32*, 65-79.
- Braun V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Bris. (2018). *Skola. Vård. Omsorg. Och den psykiska ohälsan*. Hämtad från Bris: https://www.bris.se/globalassets/om-bris/bris-rapport-2018/bris_arsrapport_2017.pdf
- Bronstein, L. R., & Kovacs, P. J. (2013). Writing a mixed methods report in social work research. *Research on Social Work Practice, 23*(3), 354-360.
doi:10.1177/1049731512471564
- Bryman, A. (2018). *Samhällsvetenskapliga metoder* (3. uppl.). Stockholm: Liber.
- Bäckström, T. (2016). *Behandling av antisocialt beteende: Fungerar Intensiv Hemmabaserad Familjeterapi för både pojkar och flickor?* (Masteruppsats). Uppsala: Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet. Hämtad från: <https://www.humana.se/siteassets/hem--sverige/individ-och-familj/metoder/ihf/logga-in/implenetering/forskning-och-utvardering/behandling-av-antisocialt-beteende---tilda-backstrom.pdf>
- Carlberg, G., Thorén A., Billström, S., & Odhammar, F. (2009). Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy, 35*(2), 175-193. doi:10.1080/00754170902996130
- Celinska, K., Cheng, C.-C., & Virgil, N. J. (2015). Youth and parental perspectives on the functional family therapy programme. *Journal of Family Therapy, 37*(4), 450-470.
doi:10.1111/1467-6427.12051
- Christensen, P., & James, A. (2017). Introduction: Researching children and childhood: cultures and communication. I P. Christensen, A. James (Red.), *Research with children: Perspectives and practices* (3. uppl., s. 1-10). New York: Routledge.
- Coan, J. A., & Sbarra, D. A. (2015). Social Baseline Theory: The social regulation of risk and effort. *Current Opinion in Psychology, 1*, 87-91. doi: 10.1016/j.copsy.2014.12.021
- Collyer, H., Eisler, I., & Woolgar, M. (2020). Parent and Youth Perspectives and Retention in Functional Family Therapy. *Family Process, Förhandspublicering online*.
doi:10.1111/famp.12605

- Cossar, J., Brandon, M., & Jordan, P. (2014). 'You've got to trust her and she's got to trust you': Children's views on participation in the child protection system. *Child & Family Social Work, 21*(1), 103-112. doi:10.1111/cfs.12115
- Dancey, C., & Reidy, J. (2017). *Statistics without maths for psychology* (7. uppl.). Harlow: Pearson.
- Dittmann, I., & Jensen, T. K. (2014). Giving a voice to traumatized youth: Experiences with Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect, 38*(7), 1221-1230. doi:10.1016/j.chiabu.2013.11.008
- Enochsson, A.-B. (2011). Who benefits from synchronous online communication? A comparison of face-to-face and synchronous online interviews with children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 28*, 15-22. doi:10.1016/j.sbspro.2011.11.004
- Fishbane, M. D. (2016). Neurobiology and family processes. I F. Walsh (Red.), *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4 uppl., s. 553-574). New York: The Guilford Press.
- Franklin, A., & Sloper, P. (2005). Listening and responding? Children's participation in health care within England. *The International Journal of Children's rights, 13*(1-2), 11-29. doi:10.1163/1571818054545277
- Fransson, N., Balldin, T., Hansson, K., & Schüller, P. (2009). Gör behandling någon skillnad? En utvärdering av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling (IHF). *Socionomen, 1*, 26-36.
- Freake, H., Barley, V., & Kent, G. (2007). Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. *Journal of Adolescence, 30*(4), 639-653. doi:10.1016/j.adolescence.2006.06.001
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy, 48*(1), 25-33. doi: 10.1037/a0022060
- Gal, T., & Duramy, B. F. (2015). Enhancing capacities for child participation: Introduction. I T. Gal, B. F. Duramy (Red.), *International perspectives and empirical findings on child participation: From social exclusion to child-inclusive policies* (s. 1-16). New York: Oxford University Press.
- Gallagher, M., Smith, M., Hardy, M., & Wilkinson, H. (2012). Children and families' involvement in social work decision making. *Children & Society, 26*(1), 74-85. doi:10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x
- Graham, A., Fitzgerald, R., & Cashmore, J. (2015). Professionals' conceptions of "children," "childhood," and "participation" in an Australian family relationship services sector organization. I T. Gal, B. F. Duramy (Red.), *International perspectives and empirical findings on child participation: From social exclusion to child-inclusive policies* (s. 257-282). New York: Oxford University Press.
- Heimer, M., Näsman, E., & Palme, J. (2018). Vulnerable children's rights to participation, protection, and provision: The process of defining the problem in Swedish child and family welfare. *Child & Family Social Work, 23*(2), 316-323. doi:10.1111/cfs.12424
- Humana. (2015). *IHF-manual: version 4.0*. Stockholm: Humana.
- Humana. (u.å.). *IHF – Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling*. Hämtad 2020-05-20 från <https://www.humana.se/individ-och-familj/metoder-och-utbildning/vara-egna-metoder/ihf/>

- Husby, I. S. D., Slettebø, T., & Juul, R. (2018). Partnerships with children in child welfare: The importance of trust and pedagogical support. *Child & Family Social Work, 23*(3), 443-450. doi:10.1111/cfs.12435
- Johnson, R. B., Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Towards a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research, 1*(2), 112-133. doi:10.1177/1558689806298224
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lansdown, G. (2009). The realisation of children's participation rights: Critical reflections. I B. Percy-Smith, N. Thomas (Red.), *A handbook of children and young people's participation: Perspectives from theory and practice* (s. 11-23). New York: Routledge.
- Lieberman, M. D. (2017). *Det sociala djuret*. Lidingö: Fri Tanke.
- Maskrosbarn. (2016). *Jag är bara en påse med pengar: En rapport av Maskrosbarn om ungdomars upplevelser av insatser från socialtjänsten*. Hämtad från Maskrosbarn: https://vuxen.maskrosbarn.org/wp-content/uploads/2017/01/Jag-a%CC%88r-bara-en-pa%CC%8Ase-med-pengar_Maskrosbarn_2016_testskrivskyddad-2.pdf
- Meng, X., Fleury, M.-J., Xiang, Y.-T., Li, M., & D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: A systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*(5), 453-475. doi:10.1007/s00127-018-1485-2
- Morris, A. S., Squeglia, I. M., Jacobus, J., & Silk, J. S. (2018). Adolescent brain development: Implications for understanding risk and resilience processes through neuroimaging research. *Journal of Research on Adolescence, 28*(1), 4-9. doi:110.1111/jora.12379
- Morrow, V. (2012). Sociological theories of childhood: Reasons for involving children and young people in research. I J. Fleming, T. Boeck (Red.), *Involving children and young people in health and social care research* (s. 19-27). New York: Routledge.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1), 1-13. doi:10.1177/1609406917733847
- Ottosson, E. (2013). *Gör behandlingen skillnad? En före- och eftermätning av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling* (Kandidatuppsats). Stockholm: Institutionen för Socialt Arbete, Stockholms Universitet. Hämtad från: <https://www.humana.se/siteassets/hem--sverige/indvid-och-familj/metoder/ihf/socialtjansten/kallor/emma-ottosson---uppsats.pdf>
- Paradisopoulos, D., Pote, H., Fox, S., & Kaur, P. (2015). Developing a model of sustained change following multisystemic therapy: young people's perspectives. *Journal of Family Therapy, 37*(4), 471-491. doi:10.1111/1467-6427.12070
- Payne, M. (2002). The politics of systems theory within social work. *Journal of Social Work, 2*(3), 269-292. doi: 10.1177/146801730200200302
- Perkins, S. N., Glass, V. Q., & D'Aniello, C. (2019). It's all about the balance: Therapists' experience of systemic alliance development. *Contemporary Family Therapy, 41*(4), 420-434. doi:10.1007/s10591-019-09500-1

- Pernebo, K., & Almqvist, K. (2016). Young children's experiences of participating in group treatment for children exposed to intimate partner violence: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21(1), 119-132. doi:10.1177/1359104514558432
- Persson, A. (Red.) (2016). *Frågor och svar – om frågekonstruktion i enkät – och intervjuundersökningar*. Hämtad från Statistiska Centralbyrån: https://www.scb.se/contentassets/c6dd18d66ab240e89d674ce728e4145f/ov9999_2016a01_br_x08br1601.pdf
- Pösö, T., Skivenes, M., & Hestbæk, A.-D. (2014). Child protection systems within the Danish, Finnish and Norwegian welfare states - time for a child centric approach? *European Journal of Social Work*, 17(4), 475-490. doi:10.1080/13691457.2013.829802
- Rasmusson, B., Hyvönen, U., Nygren, L., & Khoo, E. (2010). Child-centered social work practice - three unique meanings in the context of looking after children and the assessment framework in Australia, Canada and Sweden. *Children and Youth Services Review*, 32(3), 452-459. doi:10.1016/j.chilyouth.2009.10.025
- Roberts, H. (2017). Listening to children: And hearing them. I P. Christensen, A. James (Red.), *Research with children: Perspectives and practices* (3. uppl., s. 142-159). New York: Routledge.
- Salloum, A., Dorsey, C. S., Swaidan, V. R., & Storch, E. A. (2015). Parents' and children's perception of parent-led Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child Abuse & Neglect*, 40, 12-23. doi:10.1016/j.chiabu.2014.11.018
- Sandelowski, M. (2000). Combining qualitative and quantitative sampling, data collection, and analysis techniques in mixed-method studies. *Research in Nursing and Health*, 23(3), 246-255. doi:10.1002/1098-240X(200006)23:3<246::AID-NUR9>3.0.CO
- SBU. (2017). *Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården och insatser i socialtjänsten: En handbok*. Hämtad från SBU: <https://www.sbu.se/globalassets/ebm/metodbok/sbushandbok.pdf>
- SBU. (2018). *Öppenvårdsinsatser för familjer där barn utsätts för våld och försummelse: En systematisk översikt och utvärdering inklusive ekonomiska och etiska aspekter*. Hämtad från SBU: https://www.sbu.se/contentassets/7d3b278a3b8041f7b7e46f10fe5a4346/oppenvardsinsatser_familjer_barn_utsatts_vald_forsummelse.pdf
- Scott, J. (2008). Children as respondents: The challenge for quantitative methods. I P. Christensen, A. James (Red.), *Research with children: Perspectives and practices* (2. uppl., s. 87-108). New York: Routledge.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Statistik om socialtjänstinsatser till barn och unga 2018*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2019-8-6261.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019b). *Att arbeta evidensbaserat*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbetevidensbaserat/>
- Spronck, W. E. E. C., & Compennolle, T. H. L. (1997). Systems theory and family therapy: From a critique on systems theory to a theory on system change. *Contemporary Family Therapy*, 19(2), 147-175. doi: 10.1023/A:1026143317909

- Stiftelsen Allmänna Barnhuset. (2020). *En väg ut ur våldet: KIBB – en behandling för familjer där fysiskt våld har förekommit*. Hämtad från Stiftelsen Allmänna Barnhuset: <https://indd.adobe.com/view/a78398df-c1d1-4268-9027-5bd7a93767a0>
- Teater, B. (2010). *Introduction to applying social work theories and methods*. New York: McGraw-Hill Education.
- Thulin, J., Kjellgren, C., & Nilsson, D. (2019). Children's experiences with an intervention aimed to prevent further physical abuse. *Child & Family Social Work, 24*(1), 17-24. doi:10.1111/cfs.12476
- Tighe, A., Pistrang, N., Casdagli, L., Baruch, G., & Butler, S. (2012). Multisystemic Therapy for young offenders: Families' experiences of therapeutic processes and outcomes. *Journal of Family Psychology, 26*(2), 187-197. doi:10.1037/a0027120
- Tisdall, E. K. M., Davis, J. M., & Gallagher, M. (2009). *Researching with children & young people: Research design, method and analysis*. Los Angeles: SAGE.
- Trost, J., & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken* (5. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- UNICEF. (2018). *Barnkonventionen: FN:s konvention om barnets rättigheter*. Hämtad från UNICEF: https://unicef-porthos-production.s3.amazonaws.com/slutversion_unicef-bk-booklet_2018.pdf
- Vis, S. A., Strandbu, A., Holtan, A., & Thomas, N. (2011). Participation and health – a research review of child participation in planning and decision-making. *Child & Family Social Work, 16*(3), 325-335. doi: 10.1111/j.1365-2206.2010.00743.x
- Ware, J. N., Ohrt, J. H., & Swank, J. M. (2012). A phenomenological exploration of children's experiences in a social skills group. *The Journal for Specialists in Group Work, 37*(2), 133-151. doi:0.1080/01933922.2012.663862
- Weller, S. (2017). Using internet video calls in qualitative (longitudinal) interviews: Some implications for rapport. *International Journal of Social Research Methodology, 20*(6), 613-625. doi:10.1080/13645579.2016.1269505
- Woodhead, M., & Faulkner, D. (2008). Subjects, objects or participants? Dilemmas of psychological research with children. I P. Christensen, A. James (Red.), *Research with children: Perspectives and practices* (2. uppl., s. 10-39). New York: Routledge.



**Barns uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad
Familjebehandling – IHF**

Forskningspersonsinformation

Hej,

Det här är information om en forskningsstudie vi gör vid Linnéuniversitet i Växjö.

Vi vill ta reda på vad barn och ungdomar som har Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling - IHF tycker om denna familjebehandling. Vi är intresserade av barn och ungdomars upplevelser och åsikter, både sånt som är bra och mindre bra.

Vi vill därför fråga om du vill delta i den här forskningsstudien genom att fylla i en enkät med kryssfrågor där du får svara på hur bra du tycker att olika påståenden stämmer med det som du själv har upplevt under din IHF-behandling. Enkäten kommer du att få fylla i online och ingen annan än vi som genomför denna studie kommer att läsa svaren. Du kommer inte behöva uppge ditt namn och frågorna kommer inte handla om din eller din familjs svårigheter eller problem utan det vi är intresserade av är hur olika delar av IHF-behandlingen fungerar för dig, vad som funkar bra och inte, exempelvis hur det har varit att ha en egen ungdomsbehandlare. Det kommer också finnas ett par frågor där du själv kan skriva i egna ord vad du tycker har varit särskilt bra eller mindre bra. Svaren som vi får kan hjälpa oss att veta mer om vad som är bra och inte för barn och ungdomar och det blir en bra hjälp när IHF ska göras ännu mer anpassat efter barn och ungdomar. Om du går med på att vara med i undersökningen får du och dina föräldrar om ca en vecka skriva under ett papper (samtyckesformulär) att du säger ja till att delta.

Informationen från online-enkäten är helt anonym. Du skriver inte in vad du heter eller var du bor. Svaren på enkäterna kommer att sparas och förvaras i ett arkiv och ingen annan än vi i forskningsgruppen får ta del av de uppgifterna. Ingen information kommer att ligga kvar på nätet. De papper (samtyckesformulären) som du och dina föräldrar skriver under förvaras i en pärm i ett särskilt låst skåp. Bara forskningsledaren vet vilka barn som sagt ja till att svara på enkäten. I rapporter som vi kommer att skriva kommer alla som deltar i undersökningen att vara anonyma så att det inte går att känna igen någon person. Personal som du träffat inom IHF eller socialtjänst får inte läsa svar på formulär om inte du och dina föräldrar sagt ja till det.

Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta forskningsledare Cecilia Kjellgren. Dataskyddsombud nås på 0470 767578 eller mail elisabeth.engstrom@lnu.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datatillsynsmyndigheten, som är tillsynsmyndighet.

Anne-Lie Wikström

Socionom, Student på Masterprogram
aw223kg@student.lnu.se

Cecilia Kjellgren

Socionom, Forskningsledare
cecilia.kjellgren@lnu.se
072 7018342

**Barns uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad
Familjebehandling – IHF****Till föräldrar,**

Det här är information om en forskningsstudie vi gör vid Linnéuniversitetet i Växjö.

Vi vill ta reda på vad barn och ungdomar som har Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling - IHF tycker om denna familjebehandling. Vi är intresserade av barn och ungdomars upplevelser och åsikter, både sånt som är bra och mindre bra.

För att ta reda på vad som har varit bra eller inte bra vill vi att ditt/dina barn ska fylla i en enkät med kryssfrågor där de får svara på hur bra de tycker att olika påståenden stämmer med det som de själva har upplevt. Enkäten kommer de att få fylla i online och ingen annan än vi som genomför denna studie kommer att läsa svaren. Barnen kommer inte behöva uppge namn och frågorna kommer inte handla om barnet eller familjens svårigheter eller problem. Det vi är intresserade av är hur olika delar av IHF-behandlingen fungerar för barnet, vad som funkat bra och inte. Exempelvis hur det har varit att ha en egen ungdomsbehandlare. Det kommer också finnas ett par frågor där ditt barn själv kan skriva i egna ord vad hen tycker har varit särskilt bra eller mindre bra. Svaren som vi får kan hjälpa oss att veta mer om vad som är bra och inte för barn och ungdomar som har denna typ av behandling.

Informationen från online-enkäten kommer att sparas ner och förvaras i ett låst arkiv och ingen annan än vi i forskningsgruppen får ta del av uppgifterna om ditt barn. Ingen information kommer att ligga kvar på nätet. I rapporter som vi kommer att skriva kommer alla som deltar i undersökningen att vara anonyma, resultaten presenteras på gruppnivå så att ingen enskild person går att känna igen. Personal som ditt barn träffat inom IHF eller socialtjänst får inte läsa svar på formulär om inte ditt barn eller ni som föräldrar har sagt ja till det.

Att delta är helt frivilligt och ni kan när som helst avbryta deltagande i studien. Om du och ditt barn säger ja till att ditt barn är med i denna forskningsstudie kommer vi be att ni, vuxna och barn, undertecknar ett samtycke om ca en vecka.

Hantering av data och sekretess

Enligt EU:s dataskyddsförordning har en person som deltar i en studie rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Den som är med i en studie kan också begära att personliga uppgifter raderas samt att behandlingen av personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta forskningsledare Cecilia Kjellgren på 072 7018342 eller mail cecilia.kjellgren@lnu.se. Dataskyddsombud nås på 0470 767578 eller mail elisabeth.engstrom@lnu.se. Om du är missnöjd med hur ditt barns personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Insamlad data kommer att förvaras i låst forskningsarkiv och ingen utomstående kan ta del av uppgifterna om ditt barn eller er familj. Inga uppgifter publiceras i forskningsrapporter så att någon individ kan kännas igen. Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, Dnr 2020-01798
Om du har frågor om detta forskningsprojekt är du välkommen att höra av dig!

Anne-Lie Wikström
Socionom, Student på Masterprogram
aw223kg@student.lnu.se

Cecilia Kjellgren
Socionom, Forskningsledare
cecilia.kjellgren@lnu.se
072 7018342



Samtycke/barn

Jag har fått information om ett forskningsprojekt som kallas "Barn och ungas uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Behandling". Jag har fått tillfälle att ställa frågor, jag vet att det är frivilligt och att jag får ändra mig om jag vill. Jag kan senare säga till om jag inte längre vill delta.

Jag ger mitt samtycke, säger ok till att delta i enkätstudien

Ort..... Datum.....

Namn.....



Samtycke/föräldrar

Jag har fått information om ett forskningsprojekt som kallas "Barn och ungas uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Behandling". Jag har fått tillfälle att ställa frågor, vet om att det är frivilligt och att jag och mitt barnnärsomhelst kan avbryta deltagande i studien.

Jag ger mitt samtycke till att mitt barn deltar i enkätstudien.

Ort..... Datum.....

Vårdnadshavare

.....

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Vårdnadshavare

.....

Namn-teckning

Namn-förtydligande

Barns uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling – IHF

Forskningspersonsinformation

Hej!

Som en ytterligare del i vår forskningsstudie där vi vill veta vad barn och ungdomar tycker om den hjälp som ni och era familjer fått genom IHF vill vi även genomföra intervjuer med några barn och ungdomar. Eftersom en slumpvis del av dem som svarat på enkäten också får frågan om de vill delta i en intervju, tillfrågas du nu om detta.

Jag undrar nu om du skulle kunna tänka dig att prata eller chatta med mig (Anne-Lie) under ca 20 - 40 minuter om dina erfarenheter av IHF. Jag kommer fråga om hur du har uppfattat det stöd du fått och på vilket sätt du upplever att behandlingen har hjälpt eller inte hjälpt dig och din familj. Du kommer att få välja mellan att antingen prata med mig online via en videolänk där man ser varandra eller svara på mina frågor via en chat. Du får välja det som passar dig bäst.

Att prata eller chatta med mig är naturligtvis helt frivilligt och du väljer själv om du vill vara med. Om du går med på att vara med i undersökningen får du och dina föräldrar om ca en vecka skriva under ett papper (samtyckesformulär) att du säger ja till att delta. Om du bestämmer dig för att säga ja men sedan ångrar dig, kan du närsomhelst under studiens gång säga att du inte längre vill vara med utan att behöva berätta varför.

När jag intervjuar dig kommer du att få sitta ett rum som IHF-behandlarna ordnar åt dig. Du får antingen använda din egen mobil eller låna en dator/läsplatta av IHF-behandlare. Jag vill gärna spela in ljudet om det är videosamtal och om det är chat så sparar jag det vi skrivit i ett separat dokument. Jag skriver ut intervjuerna efter att vi pratat och sedan raderar jag ljudfilen. Ingen bild kommer att spelas in av intervjun och inget material kommer att ligga kvar på nätet.

För att du ska få vara anonym kommer jag bara att få veta ditt förnamn och var du har din IHF-behandling. Utskriften av intervjun kommer att sparas och förvaras i ett arkiv och inga andra än vi som ingår i forskningsgruppen kommer att få se vad just du har svarat, inte dina föräldrar, de du träffat i behandlingen, din socialsekreterare eller någon annan. De papper (samtyckesformulären) som du och dina föräldrar har skriver under kommer att förvaras i en pärm i ett särskilt låst skåp. Bara forskningsledaren (Cecilia Kjellgren) vet vilka barn som sagt ja till att delta i undersökningen. När vi skriver ihop vårt resultat kommer vi använda citat på några meningar från det som olika barn har sagt och där kommer inga namn att nämnas utan alla barn kommer att vara anonyma.

Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att

uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta forskningsledare Cecilia Kjellgren på 072 7018342 eller mail cecilia.kjellgren@lnu.se. Dataskyddsombud nås på 0470 767578 eller mail elisabeth.engstrom@lnu.se. Om du är missnöjd med hur dina personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Jag skulle gärna vilja komma i kontakt med dig för att ge dig mer information om studien. Du kan därför meddela någon av dina IHF-behandlare om du är intresserad så kan de ordna så du och jag kommer i kontakt med varandra. Om du har några frågor får du gärna höra av dig!

Med vänlig hälsning,

Anne-Lie Wikström, Socionom och Masterstuderande vid Linnéuniversitetet
aw223kg@student.lnu.se

Barns uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling – IHF

Till föräldrar,

Som en ytterligare del i vår forskningsstudie där vi vill veta vad barn och ungdomar tycker om den hjälp som ni och era familjer fått genom IHF vill vi även genomföra intervjuer med några barn och ungdomar. Eftersom en slumpvis del av dem som svarat på enkäten också får frågan om de vill delta i en intervju, tillfrågas ditt barn nu om detta.

Jag (Anne-Lie) vill därför intervjua ditt och andras barn för att för höra mer om deras erfarenheter av IHF. Intervjun kommer att pågå ca 20 - 40 minuter och ha fokus på frågor om hur ditt barn har uppfattat det stöd hen har fått och på vilket sätt hen upplever att behandlingen har hjälpt eller inte hjälpt ditt barn och er familj. Ditt barn kommer att få välja mellan att antingen prata med mig online via en videolänk där man ser varandra eller svara på mina frågor via en chat. Ditt barn får välja det som passar bäst.

Att prata eller chatta med mig är naturligtvis helt frivilligt. Om du och ditt barn bestämmer er för att säga ja men sedan ångrar er, kan ni närsomhelst under studiens gång säga att ni inte längre vill vara med utan att behöva berätta varför. Intervjun kommer att äga i ett rum som IHF-behandlarna ordnar och ditt barn kan antingen använda sin egen mobil eller en dator/läsplatta som IHF-behandlare kan ordna med. Jag vill gärna spela in ljudet om det är videosamtal och om det är chat så sparar jag konversationen i ett separat dokument. Ingen bild kommer att spelas in av intervjun och inget material kommer att ligga kvar på nätet.

Att delta är helt frivilligt och ni kan när som helst avbryta deltagande i studien. Om du och ditt barn säger ja till att ditt barn är med i denna undersökning kommer vi be att ni, vuxna och barn, undertecknar ett samtycke om ca en vecka.

Hantering av data och sekretess

Enligt EU:s dataskyddsförordning har en person som deltar i en studie rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Den som är med i en studie kan också begära att personliga uppgifter raderas samt att behandlingen av personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta forskningsledare Cecilia Kjellgren på 072 7018342 eller mail cecilia.kjellgren@lnu.se. Dataskyddsombud nås på 0470 767578 eller mail elisabeth.engstrom@lnu.se. Om du är missnöjd med hur ditt barns personuppgifter behandlas har du rätt att ge in klagomål till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.

Insamlad data kommer att förvaras i låst forskningsarkiv och ingen utomstående kan ta del av uppgifterna om ditt barn eller er familj. Inga uppgifter publiceras i forskningsrapporter så att någon individ kan kännas igen. Studien är godkänd av Etikprövningsmyndigheten, Dnr 2020-01798 Om du har frågor om detta forskningsprojekt är du välkommen att höra av dig!

Anne-Lie Wikström
Socionom, Student på Masterprogram
aw223kg@student.lnu.se

Cecilia Kjellgren
Socionom, Forskningsledare
cecilia.kjellgren@lnu.se
072 7018342

Information via video till barn - intervjustudie

Hej!

Jag heter Anne-Lie Wikström och jag vill ge dig en kort information om varför jag skulle vilja intervjua dig och andra barn som har IHF-behandling. Just nu pågår ett forskningsprojekt där vi vill veta vad barn och ungdomar tycker om den hjälp som ni och era familjer har fått. Vi vill undersöka om IHF har varit en bra behandlingsmetod för barn och ungdomar som har den behandlingen.

Jag undrar därför om du skulle kunna tänka dig att prata eller chatta med mig om dina erfarenheter av IHF. Det kommer ta ungefär mellan 20 minuter och 40 minuter. Jag kommer fråga om hur du har uppfattat det stöd du fått och på vilket sätt du upplever att behandlingen har hjälpt eller inte hjälpt dig och din familj. Du kommer att få välja mellan att antingen prata med mig online via en videolänk där man ser varandra eller svara på mina frågor via en chat. Du får välja det som passar dig bäst.

Att prata eller chatta med mig är naturligtvis helt frivilligt och du väljer själv om du vill vara med. Om du säger ja till att vara med i undersökningen får du och dina föräldrar om ungefär en vecka skriva under ett papper som kallas för samtyckesformulär där du säger ja till att delta. Om du bestämmer dig för att säga ja men sedan ångrar dig, kan du närsomhelst under studiens gång säga att du inte längre vill vara med utan att behöva berätta varför. När jag intervjuar dig kommer du att få sitta i ett rum som IHF-behandlarna ordnar åt dig. Jag vill gärna spela in ljudet om det är videosamtal och om det är chat så sparar jag det vi skrivit i ett separat dokument. Ingen bild kommer att spelas in av intervjun och inget material kommer att ligga kvar på nätet.

Ingen utomstående kommer att få se eller lyssna på videon eller läsa chatten, inte dina föräldrar, inte de du träffat i behandlingen eller din socialsekreterare. När vi som gör den här forskningen skriver ihop och presenterar intervjutexten kommer alla barn och ungdomars namn vara bortplockade eller ändrade, så alla som är med kommer att vara anonyma.

Jag skulle gärna vilja komma i kontakt med dig för att ge dig mer information om studien. Du kan därför meddela någon av dina IHF-behandlare om du är intresserad så kan de ordna så att du och jag kommer i kontakt med varandra.

Hej då!



Samtycke/barn

Jag har fått information om ett forskningsprojekt som kallas "Barn och ungas uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling".

Jag har fått tillfälle att ställa frågor, jag vet att det är frivilligt och att jag får ändra mig om jag vill. Jag kan senare säga till om jag inte längre vill delta.

Jag ger mitt samtycke, säger ok till att delta i intervjustudien.

Ort..... Datum.....

Namn.....



Samtycke/föräldrar

Jag har fått information om ett forskningsprojekt som kallas "Barn och ungas uppfattningar och upplevelser av Intensiv Hemmabaserad Familjebehandling".

Jag har fått tillfälle att ställa frågor, vet om att det är frivilligt och att jag och mitt barnnärsomhelst kan avbryta deltagande i studien.

Jag ger mitt samtycke till att mitt barn deltar i intervjustudien.

Ort..... Datum.....

Vårdnadshavare

.....

Namnsteckning

Namnförtydligande

Vårdnadshavare

.....

Namnsteckning

Namnförtydligande

Frågor om IHF

I denna enkät vill jag att du besvarar några frågor som handlar om IHF och vad du tycker om IHF. Ditt svar kan hjälpa oss att veta mer om vad som är bra och inte för barn och ungdomar som har denna typ av behandling. Det är frivilligt att fylla i enkäten. Om det är någon fråga som du inte vet vad du ska svara på kan du använda ”vet inte”-alternativet.

Här skriver du det nummer du fått som ersätter ditt namn: _____

1. Är du Tjej Kille Annat/vill inte svara

2. Ålder _____

3. Jag har min IHF-insats via (val via en lista på alla enheter)

4. Tycker du att IHF är en insats som du och din familj behöver/har behövt?

Ja Nej Vet inte

5. Har du eller din familj haft andra insatser via socialtjänsten innan IHF?

Ja Nej Vet inte

Att få uttrycka sin åsikt

Nu kommer du få några frågor som handlar om i vilken omfattning du tycker att du har fått uttrycka din åsikt. Klicka i det alternativ som passar bäst in på vad du själv tycker.

6. I vilken omfattning tycker du att du har fått säga vad du tycker och tänker i olika sammanhang under IHF-behandlingen?

	Aldrig	Sällan	Ofta	Alltid	Vet inte/ inte aktuellt
6.1 I träffar/samtal med min ungdomsbehandlare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 I familjesamtal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 I möten med socialtjänsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 I möten med skola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Upplevelse av IHF

Nu kommer frågor som handlar om hur du har upplevt olika delar av IHF-behandlingen.

7. Hur bra tycker du att följande påståenden stämmer överens med det du har upplevt under IHF? Klicka i ett alternativ per påstående.

	Nej, stämmer inte	Stämmer lite grann	Stämmer bra	Stämmer mycket bra	Vet inte
7.1 Att ha en egen ungdomsbehandlare har varit bra för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Att mina föräldrar har varit delaktiga i behandlingen har varit bra för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Mina träffar med ungdomsbehandlaren har varit bra för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Min ungdomsbehandlare har lyssnat på det jag vill säga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Familjesamtalen har varit bra för mig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 I familjesamtalen har jag blivit lyssnad på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hur bra tycker du att följande påståenden stämmer överens med det du har upplevt under IHF? Klicka ett alternativ per påstående.

	Nej, stämmer inte	Stämmer lite grann	Stämmer bra	Stämmer mycket bra	Vet ej
8.1 Jag har lärt mig nya sätt att vara tillsammans med andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2 Mina föräldrar har lärt sig nya sätt att vara mot mig och andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3 Vi pratar bättre med varandra inom familjen nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4 Jag har kunnat få tag på en IHF-behandlare när jag har behövt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5 IHF-behandlingarna har träffat mig och min familj på tider och platser som passar oss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6 Jag har fått vara med och bestämma mål för IHF-insatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7 Jag har fått den information jag behövt under IHF-behandlingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Har din vardagsituation förändrats sedan du fick IHF?

- Förbättrats mycket
- Förbättrats lite
- Ingen förändring
- Försämrats lite
- Försämrats mycket
- Vet inte

10. Hur mycket tid har IHF-behandlingen tagit?

- Den har tagit alltför mycket av min tid
- Den har tagit aningen för mycket av min tid
- Den har tagit lagom mycket av min tid
- Den har tagit för lite av min tid
- Vet inte

11. Hur nöjd eller missnöjd är du med IHF-behandlingen som helhet?

- Mycket nöjd
- Ganska nöjd
- Nöjd
- Ganska missnöjd
- Mycket missnöjd
- Vet inte

Nu kommer ett par avslutande frågor där du gärna får skriva några rader med egna ord om vad du tycker om IHF

12. Finns det något du tycker är särskilt bra med IHF som du vill dela med dig av?

Frisvar

13. Finns det något negativt med IHF eller något du tycker borde förbättras som du vill dela med dig av?

Frisvar

Tack för att du tog dig tid att besvara dessa frågor! /Anne-Lie Wikström

Intervjuguide för semistrukturerad intervju gällande uppfattning och upplevelse av IHF

Inledande frågor och information

Intervjun kommer att inledas med en påminnelse om att denna intervju är frivillig och att barnet/ungdomen har rätt att ta pauser eller avbryta när som helst.

Jag vill prata lite med dig för att du har träffat behandlare här ett tag. Hur länge har det varit och vad kallar du behandlingen här?

Jag vill gärna höra dig berätta om IHF (eller det som barnet/ungdomen kallar behandlingen) och vad du tycker och jag har förberett några frågor för detta. Om det är något under tiden vi pratar, när jag ställer frågor eller så som du inte förstår är det bara att säga till. Är det något jag behöver veta för att det ska bli så bra som möjligt för dej när vi pratar?

Jag kommer inte berätta för dina behandlare, föräldrar eller socialsekreterare vad du berättar för mig. Det enda är om du skulle berätta något som gör att jag blir orolig för hur du har det, då kan jag behöva berätta för att jag har det som kallas för anmälningsplikt, känner du till vad det innebär?

Tema: Upplevelse och uppfattning om IHF

Frågor:

1. Kan du berätta om hur det har varit/är för dig att ha IHF?
2. Vad tycker du fungerar bra med IHF?
3. Finns det något du skulle vilja ändra på i hur ni träffas, hur samtalen är eller annat i behandlingen?
4. Är det något som har varit negativt med IHF?

Tema: Olika komponenter i IHF

Frågor:

5. Hur är det att både ha ungdomsbehandlare, familjebehandlare och samordnare i behandlingen?
6. På vilket sätt har de olika behandlarna funnits tillgängliga för dig?
7. Vilken betydelse har de olika behandlarna för dig?
8. Kan du beskriva om de olika träffarna och samtalen du har haft har hjälpt dig och i så fall på vilket sätt?
9. Hur har det varit att få en behandling där även dina föräldrar är med?

Tema: Involvering

Frågor:

10. Kan du berätta hur du har fått vara delaktig i behandlingen? T ex har du blivit tillfrågad om vad som är viktigt för dig, tycker du att du har blivit lyssnad på och har du fått vara med och bestämma?
11. Vilken betydelse har det för dig att vara delaktig i behandlingen?

Avslutning:

Fråga:

12. Finns det något mer än det vi pratat om som du vill berätta om IHF?
13. Hur tycker du att intervjun var?

Tack för att du tog dig tid att svara på mina frågor. Är det något du undrar eller vill fråga om?