



UMEÅ UNIVERSITET

Psykiatiseringen av skolkaren

BUP och det institutionella
omhändertagandet av ungdomar som inte
går till skolan

Hans Ek

Institutionen för socialt arbete
Umeå 2018

Detta verk är skyddat av svensk upphovsrätt (Lag 1960:729)
Avhandling för filosofie doktorsexamen
ISBN: 978-91-7601-916-0
ISSN: 0283-300X
Elektronisk version tillgänglig på: <http://umu.diva-portal.org/>
Tryck: UmU tryckservice, Umeå universitet
Umeå, Sverige 2018

Innehållsförteckning

Abstract	iii
Artikelförteckning	iv
Förord	v
1. Introduktion	1
Inledning.....	1
Avhandlingens huvudsyfte och delsyften	3
Definitioner.....	3
<i>Skolvägrare, skolfobi, korridorvandrare, hemmasittare och skolkare</i>	3
<i>Socionomer och kuratorer</i>	4
Socionomen och olika myndigheters hjälp till ungdomar som skolkar	4
<i>Socialt utsatta ungdomar</i>	4
<i>Ungdomar som inte går till skolan</i>	5
<i>Socionomen som profession och arbetet i sjukvården</i>	6
<i>BUP och skolkande ungdomar</i>	8
<i>Socionomen i skolan</i>	11
<i>Socialtjänsten och skolkande ungdomar</i>	13
<i>Att hjälpa skolkaren med samverkan mellan BUP, socialtjänst och skola</i>	14
Sammanfattning	16
2. Teoretiska utgångspunkter	18
Det socialkonstruktionistiska perspektivet	18
Professionsteori	19
<i>Yrkeshierarkier inom vården</i>	20
Nyinstitutionell teori	21
<i>Verksamheternas teknologier och professionernas handlingsutrymme</i>	22
Medikaliseringsteori.....	25
<i>Psykiatisering som en sorts medikalisering</i>	27
3. Metodologiska överväganden och det empiriska materialet	29
Att närma sig fältet	29
<i>Närhet och distans till fältet och studieobjektet</i>	30
Tillvägagångssätt inför och praktiskt genomförande av studierna	31
Studie av elektroniskt journalsystem och administrativ databas.....	31
<i>Urval</i>	31
<i>Analys</i>	32
Intervjuer av kuratorer och chefer	32
<i>Urval</i>	33
<i>Analys av intervjuerna</i>	34
Teoretisk studie: Psykiatisering som kulturmönster – ett utkast till sociokulturella studier av psykisk hälsa.....	35
Metoddiskussion.....	35
Etiska överväganden.....	36
4. Summering av avhandlingens delstudier	38

Artikel I. Diagnos- och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri – en studie av 20 ungdomar som inte går till skolan	38
Artikel II. Stödjande samtal som psykologisk behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) – en intervjustudie av hur kuratorer inom specialistsjukvård använder strukturerat samtal i arbetet med patienter och anhöriga	39
Artikel III. Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter – socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan	40
Artikel IV. Psykiatisering som kulturmönster – ett utkast till sociokulturella studier av psykisk hälsa	41
5. Diskussion.....	43
Vilken hjälp får ungdomarna som inte går till skolan när de öppenvårdas på BUP? .	43
<i>Är det ungdomarna som samverkan är till för?</i>	44
<i>Olika värderingar och organisationskulturer</i>	45
<i>Professioners handlingsutrymmen</i>	45
<i>Från systemperspektiv till neuropsykiatri</i>	48
<i>BUP:s autonoma auktoritet</i>	48
Socionomens identitet i sjukvårdens hierarki	49
<i>Arbetsallians med skolkaren</i>	49
<i>Systemperspektiv och en psykiatrisk förståelseram</i>	50
<i>Skolan och ungdomar som skolkar</i>	51
6. Slutsatser	53
Det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan präglas av en psykiatisering av skolkaren.....	53
<i>Psykiatiseringen av skolkaren som en process</i>	56
Forskningsbidrag.....	57
7. English summary.....	59
Background and aim of the thesis.....	59
Methods and materials	61
Main findings of the empirical studies	62
Comprehensive conclusion	63
Referenser	65

Abstract

The main aim of the thesis was to investigate the nature of as well as critically review the institutional care of young people who do not go to school.

The thesis consists of four studies. The first three studies are based on different empirical materials such as electronic journals and administrative patient databases, qualitative interviews with social workers at Child and Adolescent Psychiatry (CAP), and with managerial representatives in School, social services and CAP. The fourth study is mainly theoretical and problematizes the results from the first three studies.

The results show several problematic aspects in the institutional care of young truants. When young truants enter CAP, a quick, and sometimes without psychological investigation, categorization is made with psychiatric terminology in the form of a diagnosis, and medicines are prescribed as treatment. Further, social workers, who shall have a systemic approach on family and relationships, seem to embrace a psychiatric diagnostic understanding of the problems. At the same time, it appears that school only has extra resources to help the truants if they have a psychiatric diagnosis. Although the idea of collaboration between different professionals is that several different perspectives should be used, the results show that CAP's psychiatric perspective dominates.

The results of what happens to young people who do not go to school is discussed as an example of a special form of medicalization, in which social difficulties and existential problems are referred to psychiatry. It appears that help for them is completely individualised, by focusing on symptoms and diagnosis. What is not visible in this unilateral individualisation, for example, are organisational and educational problems in school, system problems in the family or among friends or lack of social contacts outside the family. By referring the truant to CAP can therefore miss further social circumstances in their life situation, which can have great importance in whether they attend school or not. Therefore, it is important to problematise this process of referring everything to psychiatry and to ask questions about what situations and events have contributed to this cultural pattern, which means that people's difficulties in life are increasingly being solved with diagnosis and medications.

Artikelförteckning

Avhandlingen baseras på följande fyra delstudier:

- I. Ek, H. & Eriksson, R. (2016) Diagnos- och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri: En studie av 20 ungdomar som inte går till skolan. *Socialmedicinsk tidskrift*, 93(6): 650–658.
- II. Ek, H., Eriksson, R. & Schnelzer, L. (2015) Stödjande samtal som psykologisk behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP): En intervjustudie av hur kuratorer inom specialistsjukvård använder strukturerat samtal i arbetet med patienter och anhöriga. *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 12(3): 206–216.
- III. Ek, H., Isaksson, J. & Eriksson, R. (2017) Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter: Socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 24(1): 59–77.
- IV. Eriksson, R. & Ek, H. (2017) Psykiatisering som kulturmönster: Ett utkast till sociokulturella studier av psykisk hälsa. *Tidskrift for psykisk helsearbeid*, 14(1): 54–65.

Förord

Det här avhandlingsarbetet har pågått under 7 år på halvfart samtidigt som jag arbetat som socionom inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Det har varit slitsamma och lärorika år, och det finns flera personer som på olika sätt bidragit och hjälpt mig i avhandlingsarbetet. Framför allt vill jag tacka huvudhandledaren, docent Rikard Eriksson och den biträdande handledaren, docent Joakim Isaksson, som lotsat mig genom avhandlingsarbetet. Jag vill också tacka BUP i NU-sjukvården och mina chefer Gerd Karlsson och Lars Ahngnell som gav mig möjligheten att genomföra forskarutbildningen. Jag vill dessutom särskilt tacka min fru för ambitiös korrekturläsning och stöttning under hela avhandlingsarbetet. Som socionom, legitimerad psykoterapeut och psykoterapeuthandledare med KBT-inriktning har jag arbetat inom BUP i cirka 20 år. Med denna bakgrund har jag lång erfarenhet av den psykiatriska kontexten. Att ha lång erfarenhet inom ett fält kan innebära både för- och nackdelar i min roll som forskare i avhandlingsprojektet. En fördel var att jag hade praktisk kunskap om och erfarenhet av hur just BUP:s arbete fungerade när det gällde organisering, ledning, diagnossättning och behandling av ungdomar som skolkade, medan en nackdel var att jag ibland hade svårt att släppa det kliniska praktiska sjukvårdstänket och som forskare distansera mig från fenomenet som undersöktes, som ju handlade om skolkaren i ett vidare sammanhang. Det var svårt att växla perspektiv och ibland gav det en upplevelse av att vara splittrad mellan rollen som kliniker, med ungdomarnas bästa för ögonen, och rollen som forskare, med ambitionen att kritiskt granska aspekter av vad som sker i samhället med ungdomar som skolkar.

Avhandlingsprojektet har varit en intellektuell resa för mig. Inledningsvis hade jag ett snävt kliniskt och BUP-baserat perspektiv på hjälpen till ungdomar som inte går till skolan, sedan blev jag utifrån mitt yrke också varse en del kritiska moment i utvecklingen av socionomyrket som profession inom sjukvården. Ett sådant är att socionomen har en utmaning i att samtidigt hantera ett systemperspektiv och sjukvårdsperspektiv när hen beaktar hjälpen till brukaren. Min resa inleddes med en klinisk studie av hur ungdomar som skolkar får diagnoser och behandlingar när de kommer till BUP. Studien synliggjorde många kritiska frågor som berörde oklarheter både vad gäller diagnossättning och behandlingsmetoder. Det ledde vidare till studie två i vilken socionomerna på BUP var i centrum då deras arbete med stödjande samtal visade sig vara en vanligt förekommande behandlingsmetod. Jag fortsatte sedan utanför BUP med en studie av hur skolan och socialtjänsten samverkade med BUP för att hjälpa ungdomar som skolkar. Här mötte jag för mig nya sociala fenomen som makt, hierarki, legitimitet och status kopplat till olika yrken. Studien av samverkan tog mig till den sista platsen för min avhandlingsresa, som handlade om att

problematisera och kritiskt granska BUP:s, skolans och socialtjänstens samlade hjälp till skolkaren. Under avhandlingsarbetets tre första år var jag inskriven på Institutionen för psykologi vid Karlstads universitet, men projektets och min egen utveckling gjorde att det avslutades på Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet

1. Introduktion

Inledning

Skolinspektionen (2016) uppger att 1700 elever som går i svensk grundskola är ”skolfrånvarande under minst en månad per år”, men samtidigt talas det om ett stort mörkertal när det gäller ungdomars skolfrånvaro. I den allmänna debatten och hos tillsynsmyndigheter samt i offentliga utredningar beskrivs inte sällan det sociala fenomenet skolfrånvaro som ett ökande problem (Skolinspektionen, 2016; Statens offentliga utredningar, SOU 2016:94; Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2013). I Sverige har vi skolplikt från det år barnet fyller sju år och under nio år framåt. Kommunerna har ansvaret för att eleverna ska fullgöra sin skolplikt och att de får den undervisning som de har rätt till (Skolinspektionen, 2016; SOU 2016:94; Kjöllér, 2015). Hur agerar då samhället när inte skolplikten efterlevs? Hur tar myndigheterna som finns runt skolkande ungdomar hand om problemet? Och hur förstår och talar de olika myndigheterna om problemet med skolk? Hur försöker de hjälpa ungdomarna? Eller med andra ord och samma innebörd: Vad kännetecknar det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan? Och finns det några kritiska och problematiska moment i det?

Sedan 1990-talet har det varit aktuellt att skolan, socialtjänsten och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) tillsammans försökt hjälpa ungdomarna. Flera forskare har påpekat att många ungdomar som skolkar hamnar mellan de ”stolar” som socialtjänst, skola och BUP kan sägas utgöra. Därför gjordes bedömningen att de tre myndigheternas insatser i större omfattning än tidigare borde samordnas (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015; Gladh & Sjödin, 2013). Samverkan mellan myndigheterna socialtjänst, skola, BUP och även mellan de olika professioner som är verksamma inom dem, som socionomer, psykologer, läkare, sjuksköterskor och lärare, kan rymma en mängd utmaningar. Speciellt intressant i det här sammanhanget är socionomens roll och vilka mandat samt handlingsutrymmen yrket har. Socionomen och det sociala arbetet utmanas inom sjukvården av ett mer och mer snävt medicinskt fokus på patienten, vilket innebär att man inte i lika stor utsträckning som tidigare väger in kontextuella systemiska aspekter när man bedömer vad det är som är fel och vilken hjälp som är bäst att använda. En viktig fråga i samverkan mellan myndigheter är vad som karaktäriserar interaktionen mellan olika verksamheter och professioner i arbetet (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Danermark, 2004, 2000), en annan är hur dessa myndigheter arbetar tillsammans för att finna en gemensam lösning för ungdomarna. De tre myndigheterna präglas också av olika organisationskulturer, lagar och regelverk som ger olika perspektiv på ungdomarna. En viktig fråga blir då vad som kännetecknar interaktionen mellan

olika perspektiv samt vilka mandat och vilket handlingsutrymme de olika myndigheterna får i samverkan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Farmakopoulou, 2002). Enligt Strand (2013) har de flesta undersökningar av ungdomar som inte går till skolan inte haft fokus på ungdomarna som skolkar, utan i stället studerat skolk som ett samhällsproblem. Författaren belyser vikten av att fortsätta forskningen och ta mer hänsyn till elevernas berättelser och framhåller dessutom att undersökningarna även bör ta hänsyn till vad de olika professionerna som arbetar med ungdomarna har att säga om orsaker till ungdomarnas skolk och hur de kan hjälpas bäst.

Avhandlingsprojektet har därför ambitionen att ge en mer samlad förståelse för olika verksamheters och professioners arbete med ungdomar som skolkar. Därför introducerar jag här begreppet *institutionellt omhändertagande* och det används med följande innebörder (jfr Eriksson & Ellingsen, 2017):

1. De myndigheter som är engagerade i hjälpen till ungdomarna,
2. de lagar och instruktioner som myndigheterna har att följa,
3. de professioner som är verksamma inom myndigheterna,
4. det institutionella omhändertagandet som relationer omfattar mellan myndigheter kopplat till sätt att förstå och beskriva ungdomarna som inte går till skolan,
5. hur professionerna i de olika myndigheterna använder skilda språkstilar som har olika grader av makt och mandat.

En viktig del i det institutionella omhändertagandet tycks vara mer normativ och handlar om att hjälpen till ungdomarna bör vara adekvat: rätt myndighet ska ge rätt hjälp vid rätt tidpunkt. Det omfattar också att myndigheternas samverkan är ömsesidigt i vilken parternas olika kompetenser och perspektiv har lika stort värde (jfr Blomqvist, 2012; Danermark, 2004; Danermark & Kullberg, 1999). Det är också viktigt att poängtera att det institutionella omhändertagandet *inte* handlar om att ungdomarna ska omhändertas och ges påtvingad vård och hjälp. Det handlar i stället om hur olika lagar, institutioner och professioner är verksamma i samhällets hjälp till ungdomarna.

Många av de ungdomar som skolkar har sociala svårigheter och existentiella lidanden. Den utsatthet som ungdomarna har kan både vara svår att förstå och svår att veta vad man ska göra med som förälder, lärare och skolkurator. Kanske drar sig ungdomarna undan, det blir svårt att nå dem och försök att stadga upp deras vardag i både hemmet och i skolan ger inte något resultat utan ungdomarna fortsätter att skolka och utvecklar kanske samtidigt olika riskbeteenden, som exempelvis att använda droger eller spela omåttligt på nätterna, vända på dygnet och sova på dagarna (Ingul & Nordahl, 2013; Ingul m.fl., 2012; Dube & Orpinas, 2009). Samtidigt lever ungdomarna i en tid i vilken utrymmet för att inte göra

det som förväntas av dem, exempelvis att fullfölja grundskolan med betyg som gör att de kommer in på gymnasiet, blir mindre och mindre. Har de exempelvis skolkat ett halvår blir det allt svårare för dem att komma tillbaka till skolan och göra en insats som ger dem fullständiga betyg. Det snäva tidsutrymmet i ungdomarnas livscykel kan skapa ett behov av lösningar som snabbt för dem tillbaka till skolan. En viktig fråga blir då hur detta påverkar karaktären på det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan.

Avhandlingens huvudsyfte och delsyften

Huvudsyftet med avhandlingsarbetet var att undersöka karaktären på samt kritiskt granska det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan. Delsyftena var

1. att undersöka karaktären på vårdförloppet för ungdomar som skolkar när de öppenvårdsbehandlas på BUP
2. att studera hur socionomen arbetade med stödjande samtal på BUP
3. att analysera samverkan mellan BUP, skola och socialtjänst när det gäller ungdomar som skolkar
4. att relatera det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan till teoretiska aspekter av medikalisering.

Definitioner

Skolvägrare, skolfobi, korridorvandrare, hemmasittare och skolkare

Enligt Ek och Eriksson (2013), Springe (2009) och Kearney och Silverman (1999) använder sig de olika verksamheterna (socialtjänst, skola och BUP) av olika begrepp för barn och ungdomar som inte går till skolan. Exempel på begreppen är skolvägrare, skolfobi, korridorvandrare, hemmasittare och skolkare. Vidare menar författarna att de olika definitionerna kan resultera i missförstånd när beslut ska fattas vid samverkansmöten. *Skolvägrare* och *skolfobi* karaktäriseras av ett psykiatriskt tillstånd och antyder att ungdomarna har stora svårigheter att över huvud taget komma till skolan. En elev kan vägra en viss skolmiljö, men ändå kunna närvara i en annan där ett annat förhållnings- och arbetssätt gäller. Många av de här ungdomarna lider av depression och ångesttillstånd, vilket innebär svårigheter att ta sig till skolan (Friberg m.fl., 2015; Ek & Eriksson, 2013; Rumberger, 2011). Övriga begrepp, korridorvandrare, hemmasittare och skolkare, handlar mer om sociala svårigheter. *Korridorvandrare*, det vill säga när ungdomarna kommer till skolan men inte deltar i undervisningen, kan ha sitt ursprung i en kaotisk familjesituation. *Hemmasittaren* vågar oftast inte lämna hemmet eftersom hen vill ha kontroll, exempelvis över föräldrar som kan göra sig

illa. Det sistnämnda begreppet, *skolk*, brukas ofta vid diskussioner om ungdomar i deras tidiga tonårstid, eftersom de förutom av egen vilja också lätt kan påverkas att följa med sina jämnåriga kamrater och göra något annat än att gå till skolan (Skolinspektionen, 2016; Skolverket, 2010; Springe, 2009). I den här avhandlingen används två begrepp. Det första är *skolk*, som tillämpas både av BUP, skolan och av socialtjänsten, men som också är vedertaget i mer vardagliga sammanhang. Det andra används mer neutralt för att beskriva vad ungdomarna gör utan att placera beskrivningen i någon profession, i någon vetenskaplig disciplin eller i någon myndighet och det är benämningen *ungdomar som inte går till skolan*. Ytterligare begrepp, *skolfrånvaro* och *skolvägran*, använder jag när jag hänvisar till författare som använder dessa begrepp.

Socionomer och kuratorer

I de delar av avhandlingen som berör socionomer och kuratorer används benämningen *socionom* genomgående, eftersom de kuratorer som ingår i studie två uteslutande är socionomer. De flesta socionomerna är i dag anställda av socialtjänsten och arbetar där som socialsekreterare, biståndshandläggare och familjebehandlare (Ljung & Andersson, 2015; Högscoleverket, 2003:29). Inom hälso- och sjukvården och i skolan arbetar kuratorer med olika utbildningsbakgrund, exempelvis beteendevetare, socialpedagoger och socionomer (Framme, 2014; Högscoleverket, 2003:29).

Socionomen och olika myndigheters hjälp till ungdomar som skolkar

Tanken med det här kapitlet är att kort summera avhandlingens problemområde. Kapitlet inleds med en text om socialt utsatta ungdomar följt av en text om ungdomar som inte går till skolan. Efter det beskrivs socionomens arbete för att hjälpa utsatta ungdomar i skolan samt socionomen som profession och arbetet på BUP. Sedan följer ett avsnitt om hur socialtjänsten och BUP var för sig arbetar med ungdomar som skolkar och därefter beskrivs ramarna runt samverkan mellan skola, BUP och socialtjänst i arbetet med dem.

Socialt utsatta ungdomar

Under 1800-talets senare hälft var industrialiseringen i full gång. Eftersom föräldrarna fick allt längre arbetsdagar minskade därmed tillsynen av barn och ungdomar och det uppfattades finnas en risk för ökad kriminalitet och allmän moralisk förslappning bland dem. Det fanns en oro för att de i stället för att gå till skolan skulle vara ute i samhället och störa den allmänna ordningen. Den första ursprungliga barnavårdslagstiftningen fastslogs 1902. Lagen innehöll bestämda tankegångar om uppfostran (Ahlgren, 2014). Barnavårdslagen 1924 förstärkte skyldigheten att vidta åtgärder om ett barn vanvårdades eller misshandlades och

samtidigt förändrades hjälpen till utsatta barn från en mer filantropisk inriktning, till en statlig angelägenhet med en byråkratisk förvaltningsmodell (Friis, 2003). Barn som var födda utanför äktenskapet var extra utsatta och skulle därmed tillförsäkras en barnavårdsman, som skulle bistå modern med råd och upplysningar i att tillvarata barnets bästa (Pettersson, 2011). Fram till slutet av 1950-talet låg fokus på att skydda samhället från de unga avvikarna, men en ny lag från 1960 syftade till att flytta fokus från samhället till att hjälpa och skydda individen (Pettersson, 2011). Lagen innehöll riktlinjer för att arbeta förebyggande genom tidiga individuella insatser och genom att upprätta barn- och ungdomsvård för de barn som ansågs befinna sig i riskzonen (Lundström, 2004). Resonemang fördes om att de ungdomar som inte gick till skolan, som skolkade, oroväckande snabbt kunde utveckla en destruktiv livsstil med alkohol, droger och kriminalitet (Lundström, 2004). Lagen från 1960 innebar att samhället kunde ingripa med förebyggande intentioner. År 1982 flyttades huvudansvaret för barnavårdsärenden från barnavårdsnämnden till socialnämnden som i sin tur delegerade arbetet vidare till socialsekreterarna som ofta var och fortfarande är socionomer. Socialsekreterarens arbete skulle utmärkas av omtanke för den enskilde individen med ett enhetligt perspektiv på ungdomarna och deras problem som utgångspunkt för arbetet. Frivillighet och självbestämmande men även familjen och familjevårdsprincipen blev än viktigare principer att arbeta efter. Arbetet skulle äga rum i samverkan mellan socialtjänsten och familjen (Lundström, 2004). Hur har då hjälpen till skolkaren sett ut betraktad i ett historiskt perspektiv?

Ungdomar som inte går till skolan

Sedan 1962 är årskurserna ett till nio obligatoriska för alla ungdomar i Sverige som är mellan 7 och 16 år. Det kallas skolplikt och har sitt ursprung i en lag från 1723 i vilken alla föräldrar i Sverige ålades att på något sätt lära sina barn att läsa. År 1842 infördes med folkskolestadgan obligatorisk skolgång för alla barn och 40 år senare, år 1882, infördes sexårig skolplikt. År 1936 lades ytterligare ett år till skolplikten som då blev sjuårig (Ahlgren, 2014). Syftet med folkskolornas utveckling var inte bara att ungdomar skulle lära sig att skriva, läsa och räkna, utan också att åstadkomma en social ordning i samhället samt att skapa kompetent arbetskraft till bland annat industrierna (Broadwin, 1932).

Under 1800-talet genomfördes de första studierna av barn och ungdomar som inte gick till skolan, och man började använda den engelska benämningen *truancy* som motsvaras av skolk på svenska. Själva ordet *truancy* kommer från franskans *truand* som betyder tiggare, parasit, lat person eller olydigt barn. Skolk beskrevs i tidig litteratur som ”olaglig, medveten skolfrånvaro utan föräldrarnas tillåtelse” (Kearney, 2001; Williams, 1927). År 1897 menade pedagogen Kline att skolk var en protest mot de snäva och konstlade metoderna i klassrummet, ett

uppror mot förtryckande aktivitet och förbud mot ett fritt utomhusliv (Kearney, 2001). Skolk bedömdes under lång tid som en form av brottslighet, men kring 1940 försköts förståelsen från skolkaren som kriminell till att hen kanske led av någon ångestrelaterad sjukdom (Kearney, 2001). Enligt Jönsson (1990) var det först under 1950-talet som intresset för begreppet skolk började ta plats inom svensk forskning. Vidare menar Jönsson (1990) att det framför allt är i de högre årskurserna i grundskolan som skolk ökar och det kopplas bland annat till högstadiets organisation, som ofta medförde en splittrad vardag för eleverna med flera ämneslärare samt ständigt byte av klassrum under en dag.

Genom åren har olika förklaringar till ungdomars skolk kommit och gått. En del av dem har handlat om arkitektur och organisering av skolverksamheten. Exempelvis menar Kearney och Albano (2004) att risken för skolfrånvaro stiger när ungdomarna kommer till en ny skolbyggnad eller byter stadium. Andra förklaringar har handlat om ungdomarnas psykiska hälsa. Karlberg och Sundell (2004) menar att skolk är ett uttryck för att ungdomarna inte mår bra eller att de signalerar behov av stöd samt att de upplever svårigheter med sitt skolarbete. Enligt Strand (2013) är ungdomarnas närvaro på högstadiet tätt kopplad till det som beskrivs vara en god arbetsmiljö. Ett speciellt pedagogiskt stöd till elever med inlärningssvårigheter anses också vara en viktig faktor. Eftersom omfattande forskning inom området saknats, genomförde Skolverket (2010) en undersökning, vilken hade som syfte att studera orsakerna till varför ungdomar stannar hemma. Dessutom skulle undersökningen redogöra för hur skolor arbetade med "att förebygga, förhindra och åtgärda" skolfrånvaron (Skolverket, 2010, s. 6). Skolverket pekade på att orsakerna till skolk kunde vara individuella problem som inlärningssvårigheter och mer generella psykiatriska problem. Andra orsaker var problem inom familjen som missbruk, skilsmässa och det som kallades familjetrauma. Orsaker i skolsituationen var mobbning, problem vid övergång från mellan- till högstadiet, dåligt bemötande och bristande frånvarokontroll (Friberg m.fl., 2015; Skolverket, 2010). Forskningen visar också, som exempelvis Konstenius och Schillaci (2010) beskriver, att skolk uppfattas som ett allvarligt samhällsproblem i ett flertal länder.

Socionomen som profession och arbetet i sjukvården

Det här avhandlingsprojektet handlar bland annat om socionomens arbete på BUP. En viktig fråga i sammanhanget blir då vad som kännetecknar socionomens särart på BUP och i arbetet med att hjälpa ungdomar som inte går till skolan. Vad skiljer socionomen från etablerade professioner som psykologen, läkaren och sjuksköterskan? Det talas om att socionomyrket inom socialt arbete inte kunnat bedömas som en äkta profession i jämförelse med exempelvis läkaryrket (jfr Olsson, 1999), utan yrkesgruppen socionomer ingår i stället i gruppen semiprofession. Semiprofession innebär enligt Brante (2009) en yrkesgrupp som

har lägre autonomi i förhållande till andra etablerade professioner. Vidare menar Brante (2009) att utbildningen för semiprofessioner är mer tvärvetenskaplig än specialiserad samt att den i anslutning till det utgår från en mer holistisk syn på individens livssituation än andra yrken inom omsorg och vård. Liljegren (2008) anser att semiprofessioner är yrkesgrupper som inte lever upp till den idealtypiska bilden av professioner. En orsak till att socionomen inte kan bedömas som en etablerad profession är att det finns en osäkerhet i yrkesrollen samt att detaljerade arbetsuppgifter saknas. Det talas också om att socionomen saknar en individuell autonomi och därmed ofta bedöms som en sorts förmedlare (jfr Olsson, 1999). Exempelvis innefattar socionomens centrala arbetsuppgift att styra upp samverkansmöten både inom och utom organisationen. Å ena sidan konstateras socialt arbete vara brett och omöjligt att avgränsa, men å andra sidan finns kapacitet för att utvecklas till att bli en etablerad profession (Pettersson, 2001). Som semiprofession har socionomens roll inom sjukvården haft en del utmaningar kopplade till mandat och handlingsutrymme jämfört med hela professioner som sjuksköterskor och psykologer (Evans & Harris, 2004), men samtidigt visar en alltmer subspecialiserad sjukvård att det finns behov av ett yrke som har ett större helhetsperspektiv på patientens sjukdom och livssituation.

I strävan mot utökade mandat och handlingsutrymme har samtidigt socionomerna under flera år strävat efter att få legitimation precis som just sjuksköterskor och psykologer har. Med ett auktorisationsförfarande, som legitimationen innebär, blir det möjligt för socionomerna att i större omfattning än i dag själva staka ut gränserna och innehållet i sitt yrke. SSR är enligt Wingfors (2004) det största socionomförbundet i Sverige och har sedan det bildades 1958 arbetat med att utveckla socionomyrket och dess position i samhället.

Wingfors har undersökt och analyserat yrkets ursprung, yrkesorganisationens skapande, utbildningens utveckling, yrkesetik, officiella erkännande och yrkets plats i signifikanta samhällsförändringar. Hon identifierar följande områden som viktiga vid utvecklingen av socionomen som profession: utbildning, etik, internationalisering, legitimering och auktorisering. Under de första tre decennierna var huvudprioriteten utbildning och forskning, socionomutbildningen fick högskolestatus 1964 och den första forskarutbildningen startade år 1977. Under slutet av 1980-talet tycktes det ske en förskjutning i diskussionen om socionomen som profession. Från att ha varit en mer politisk diskussion som handlade om yrkets roll i ambitionen att förändra samhället och människors livsvillkor i det, förändrades den till att handla om interna frågor om socionomens legitimation, mandat och status som yrke (Isaksson, 2016; Socialstyrelsen, 2014; Wingfors, 2004). Lite tillspetsat skulle man kunna säga att socionomen drogs med i ett mer narcissistiskt samhällsklimat i vilket egen karriär och framgång var centrala inslag. Men det blev ingen

legitimation under varken 1980- eller 1990-talet och i stället diskuterades nu frågan om att införa en egenauktorisering (Akademikerförbundet SSR, 2016; Wingfors, 2004). När SSR återigen aktualiserade införandet av en statlig legitimation under 1990-talet, hade förbundet sammanställt etiska riktlinjer för socionomer. Men legitimationsfrågan kom än en gång att överges och ersattes i stället av auktorisationsfrågan, som handlade om att när man arbetat ett antal år och haft handledning ett visst antal timmar så kunde man bli auktoriserad socionom med ett diplom.

Tanken med auktorisationen var att stärka socionomen som arbetstagare, exempelvis ville man ge ett lönepåslag på 1 000 kronor per månad. Auktorisationen sågs också som en viktig del på vägen mot legitimation (Wingfors, 2004), och när frågan om legitimation för socionomen får ny aktualitet under 2010-talet, handlar den om den avgränsade del av socionomens yrkesfält som sjukvård utgör. Nu reses kravet på att införa medicinska baskunskaper i socionomutbildningen, vilket är en ansats som enligt en del kolliderar med socionomens systemiska helhetstänk, i vilken individen alltid är en del av en social kontext som måste vägas in när man bedömer åtgärd för att hjälpa individen (Wingfors, 2004; Fredlund, 1997). Socionomens fackförbund, SSR, menar vidare att legitimationen inte bara ska vara till för de socionomer som är verksamma inom sjukvård utan den ska omfatta hela socionomkollektivet (Akademikerförbundet SSR, 2016; Wingfors, 2004).

När en enig riksdag den 7 juni år 2018 fattade beslut om att socionomer inom sjukvården kan få legitimation, så krävs det för en sådan genomförd utbildning i medicinska baskunskaper. Utbildningen ska ge kunskaper om sociala faktorer och konsekvenser för ohälsa, sjukdom och skador samt hur biopsykosociala synsätt påverkar synen på hälsa. Till det kommer kunskaper om olika sjukdomstillstånd och behandlingar samt om teori, metod, dokumentation och utvärdering av socialt arbete i sjukvård (Universitetskanslerämbetet, 2017:5; Socialdepartementet, 2017:39). Ett alternativ till utbildningen är socionomer inom sjukvården som har fem års arbetserfarenhet i kombination med ”steg ett-utbildning”, som motsvarar grundläggande psykoterapiutbildning eller likvärdig utbildning.

BUP och skolkande ungdomar

Olsson (1999) anser att utvecklingen av kuratorernas arbetsuppgifter har gått från utredningsarbete och rådgivning till att handla om motivation och behandlingsarbete. Flera kuratorer som i dag arbetar inom barn- och ungdomspsykiatri skaffar sig en grundläggande psykoterapeututbildning och utför psykoterapier. De riskerar därmed att förlora sin identitet som socialarbetare och i stället bli enbart psykoterapeuter. Den sociala betydelsen

glöms ofta bort, vilket medför att sociala problem förvandlas till psykologiska (SOU 2016:94; Frances, 2014; Olsson, 1999).

Hur arbetar då BUP för att hjälpa ungdomar som inte går till skolan? Inom BUP arbetar ofta de professionella i team, så kallade tvärprofessionella team. De består av olika professioner som behandlingsassistent, socionom, sjuksköterska, psykolog, läkare (Albrithen & Yalli, 2015). Samtidigt beskrivs BUP:s verksamhet vila på fyra olika delar: en pedagogisk, en psykologisk, en medicinsk och en social. Syftet med delarna är att etablera en helhetsbild av patienten som inte går till skolan samt dennes föräldrar. De olika delarna i BUP:s verksamhet kan kallas domäner med ett organisationsperspektiv (jfr Johansson, 2009; Lindqvist, 2000). Den medicinska domänen har enligt Blomqvist (2012) en tydligare roll i teamet än de andra tre, och det är också den domän som har högst mandat när det gäller att fatta beslut om patientens problem och hur hjälpen ska se ut.

Hur förstås då skolkaren i den medicinska domänen? En del studier beskriver att det finns vad man benämner en korrelation mellan hög skolfrånvaro och olika psykiatriska diagnoser (Strand, 2013; Kearney, 2007; Egger, Costello & Angold, 2003). Kearney (2008) har sammanställt forskning under perioden 2000–2007, med fokus på ungdomar med en ogiltig skolfrånvaro. I de här studierna används oftast en diagnos som utgångspunkt för resonemang om ungdomarnas problem. Ungdomar med diagnosen autism uppfattas riskera skolfrånvaro i relativt hög omfattning, eftersom de beskrivs ha svårt att förstå sammanhang, tolka sociala koder och strukturera sin skoldag (Kearney, 2007; Egger, Costello & Angold, 2003; Kearney & Silverman, 1993). Utöver emotionella och sociala svårigheter kan även somatiska sjukdomar, som astma, huvudvärk, magsmärtor, vara orsak till långa frånvaroperioder. En central poäng i studierna är att en längre tids skolfrånvaro kan resultera i svårigheter att komma tillbaka till skolan igen om frånvaron är kopplad till någon psykiatrisk diagnos (Gren Landell, 2014; Socialstyrelsen, 2009a, 2009b) Kearney, 2008; Kearney & Albano, 2004).

Enligt Bernler m.fl. (1999) handlar en stor del av socionomens arbete på BUP om att underlätta för samverkan med olika yrkesgrupper, verksamheter och med föräldrar samt att ansvara för helheten runt patienterna. Skolfrånvaro berör individ-, familje- och samhällsnivåerna, och socionomen har i sitt uppdrag ett ansvar för att individ- och grupp-nivåerna alltid beaktas. Socionomens ansvar har alltså, förutom fokus på symptom och diagnos, ett systemiskt helhetsperspektiv på ungdomarnas problem (Liljegren & Parding, 2010; Evetts, 2009; Kearney, 2007; Renouf & Bland, 2005). Sedan några år tillbaka har socionomens arbetsuppgifter förändrats inom BUP, vilket innebär att socionomen nu har i uppdrag att genomföra skattningar av ungdomars symptom och funktionsnivå med standardiserade skattningsskalor. Skattningarna använder sedan läkaren vid diagnosättning och vid val av behandlingsform. En del uppfattar

utvecklingen som att socionomen är på väg att bli en assistent till läkar- och psykologprofessionen; att hen kan vara på väg att förlora sin funktion med ansvaret för ungdomarnas hela livssituation (jfr Carpenter m.fl., 2003; Onyett, Pillenger & Muijen, 1997). Det här kan också förstås som en del i en mer strukturell förändring av hela BUP från en socialpsykiatrisk verksamhet till en mer renodlad psykiatrisk och medicinsk verksamhet (jfr Andersson m.fl., 2016; Lalos m.fl., 2014). I och med detta riskerar socionomernas roll inom BUP att förlora mandat och status. Detsamma gäller sjuksköterskorna inom BUP som alltmer får en renodlad funktion med uppgiften att följa upp medicinska behandlingar på uppdrag från läkaren.

Med hjälp av Abbott (1988) kan man kanske beskriva utvecklingen inom BUP som att den så kallade jurisdiktionen förskjuts mellan olika professioner i verksamheten. Det kan medföra en risk för att den pedagogiska, psykologiska och sociala domänen får hård konkurrens av den medicinska, vilket i sin tur kan leda till att de tvärprofessionella teamens mångsidiga syn på patienten ersätts av en ensidigt medicinsk syn. Utvecklingen påverkar socionomens arbetssituation på BUP negativt då det upplevs som svårt att leva upp till kravet att samtidigt uppmärksamma alla fyra domänerna när man bedömer hjälpen till patienten (jfr Ek & Eriksson, 2013; Davis & Sims, 2003; Norman & Peck, 1999).

Mot den här bakgrunden tycks det rimligt att påpeka att socionomens roll och funktion inom BUP utmanas av en allt snävare syn på BUP:s uppdrag som en renodlat biomedicinsk angelägenhet (jfr Hallerstedt, 2006; Lindqvist, 2000; Beronius, 1986). Den här utvecklingen stärker läkarprofessionens mandat inom BUP, och samtidigt har läkaren mandat att ta beslut om åtgärder trots att övriga professioner i det tvärprofessionella teamet rekommenderar andra åtgärder. I stället för att uppmärksamma ungdomarnas livssituation med familj och vänner och vardagsliv när de kommer till BUP så är det inte sällan som orsaken till att de söker sig till BUP, kontaktorsaken, formuleras med "neuropsykiatriska" begrepp. Med det hamnar den sociala domänen i bakgrunden då man inte tar hänsyn till den i samma omfattning som tidigare (O'Brien & Calderwood, 2010; Olsson, M., 2008; Olsson, S., 1999).

De professionellas yrkesbeskrivningar inom BUP är snarlika varandra, vilket resulterar i att arbetsuppgifterna blir lika. Exempelvis arbetar de olika professionerna med individuella samtal med barn och ungdomar och familjesamtal samt samverkar mellan verksamheter. Vissa professioner har dock arbetsuppgifter som skiljer sig från övriga, exempelvis läkarens ordination av läkemedel och psykologens utredningar (Blomqvist, 2012).

Socionomen i skolan

De socionomer som arbetar som skolkuratorer i dag har ofta ett uppdrag som handlar om att arbeta både förebyggande och behandlande och arbetet beskrivs som att det genomförs på individnivå men även på grupp- och organisationsnivå (Isaksson, 2016; Socialstyrelsen & Skolverket, 2016; D-Wester, 2005). Exempel på arbetsuppgifter är kartläggning av elevernas skolsituation och sociala situation, samtal med elever i grupp, föräldrar, mentorer, handledning av personal, arbete med grupper och klasser. Syftet med arbetet är att upprätthålla och utveckla den sociala interaktionen mellan elever och mellan elever och lärare. Arbetet handlar bland annat om att etablera en god och fungerande studiemiljö i klassrummet (Socialstyrelsen & Skolverket, 2016; Isaksson, 2016; D-Wester, 2005). Som skolkurator kan det vara svårt att både värna om sina intressen och bevara det unika i sin roll som arbetstagare när man är ensam i sin funktion på skolan, eftersom det oftast är just en skolkurator som anställs per skola. Det kan leda till konkurrens om lösningar på problem mellan lärare, speciallärare och kuratorer och i sin ensamhet kan det bli svårt att stå emot lärarkollektivets lösningsförslag. Kanske får skolkuratorns speciella kompetenser begränsade utrymmen på områden som skollagstiftningen, sociallagstiftningen samt vilka sociala resurser ungdomar med svårigheter kan erbjudas (Isaksson, 2016; SOU 2016:94; D-Wester, 2005). Andra centrala områden för skolkuratoren är samverkan med polis, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (Socialstyrelsen & Skolverket, 2016; D-Wester, 2005). När det gäller skolfrånvaro är det ofta skolkuratoren som förmedlar kunskap mellan de olika myndigheterna eftersom hen vanligtvis har god kännedom om de utsatta ungdomarna och deras familjer. I samverkan mellan skola, socialtjänst och BUP för att hjälpa ungdomar som skolkar så brukar skolkuratoren talas om som spindeln i nätet med betydelsen att hen har i uppdrag att främja helhetssynen på skolkaren genom att förmå de olika myndigheterna att samarbeta funktionellt för att på bästa sätt hjälpa ungdomen (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Huxham & Vangen, 2005; Mallander, 1998).

Hur kan då skolan arbeta med att minska skolfrånvaron? Bland annat uppfattas en god relation mellan elever och lärare vara en viktig funktion för att förebygga skolfrånvaro. Ett dåligt bemötande från lärare samt övrig skolpersonal kan leda till att en elev slutar att gå i skolan. Även relationer elever sinsemellan är av betydelse (Johansson, Flygare & Hellfeldt, 2017; Strand, 2013; Öhman, 2007). Enligt Gastic (2008) trivs ungdomar med hög frånvaro sämre i skolan, och de har ofta blivit utsatta för mobbning vilket ökar risken för skolfrånvaro. Strand (2013) och Johansson, Flygare och Hellfeldt (2017) menar att de ungdomar som inte får nödvändig hjälp för att genomföra undervisningen löper större risk att hamna i en problematisk frånvarosituation. Vidare menar författarna att många av de här ungdomarna har uttalade läs-, skriv- eller räkningsvårigheter som de inte får anpassad undervisning för, vilket skolan är skyldig att ge dem. Crain-Dorough

(2003) kallar det ”educational mortalities”, vilket är ett uttryck för en skolfrånvaro som är orsakad av brister i skolans åligganden. Skolfrånvaro bedöms ofta som ett socialt utanförskap i samhället (Strand 2013; Stigsdotter, 2010; Hirschi, 2002). Situationen för ungdomar i skolan kan knytas till Stigendal (2004), som menar att utanförskap i sociala sammanhang handlar om att inte bli lyssnad på, att ha svårt att hänga med i lärarens anvisningar eller att sakna förtroende för läraren eller andra klasskamrater. Han menar också att socialt utanförskap medför att ungdomarna mår dåligt psykiskt och är oförmögna att ta hjälp från andra vuxna.

Hur arbetar då skolan praktiskt när de upptäcker att en elev har frånvaro? Idealet är att om en skolpliktig elev visar frånvaro, ska skolan så snabbt som möjligt rapportera det till elevens föräldrar, och sedan ska anledningen till skolfrånvaron kartläggas. I kartläggningen ska lärare i första hand uppmärksamma skolrelaterade orsaker till frånvaron. Om det finns tankar kring att andra orsaker kan spela in, bör elevhälsan involveras för att göra en bredare utredning av hur eleven har det i skolan, i hemmet, med sociala relationer, fritidsaktiviteter samt fysisk och psykisk hälsa (Socialstyrelsen, 2013). Om resultatet av kartläggningen visar att det finns behov av annan hjälp till ungdomarna görs en anmälan till BUP eller socialtjänsten. Om skolan anmäler till socialtjänsten kan det handla om misstankar om att ungdomen har drogmissbruk, kriminalitet eller familjeproblematik. Socialtjänsten gör då en social utredning för att kartlägga ungdomens behov av hjälp. Sedan 1990-talet visar sig en trend i vilken möjligheterna för ungdomar med problem i skolan att få hjälp av speciallärare ökar markant om ungdomarna har en psykiatrisk diagnos (Skolinspektionen, 2016; SOU 2016:94; Isaksson, 2009). När man beslutar sig för att anmäla till BUP, finns det i stället ofta en misstanke om att ungdomen lider av någon psykiatrisk sjukdom som orsakar skolfrånvaron, som depression, tvångssyndrom eller social fobi (Ek & Eriksson, 2013). Det kan också vara att skolan misstänker att ungdomen lider av vad som kallas en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning.

Om skolan uppfattar att de skolkande ungdomarnas problem är sammansatta, använder de lagstiftningen om samverkan kring barn med kombinerad psykiatrisk och social problematik. Vi ser här att skolan i första hand ska undersöka om det är pedagogiska svårigheter som orsakar skolfrånvaron och att de sedan ska gå vidare och undersöka både sociala och psykiatriska svårigheter med hjälp av socialtjänsten och BUP. Ett annat sätt att hjälpa ungdomarna blir också samverkan mellan skola, socialtjänst och BUP (Skolinspektionen, 2016; Friberg m.fl., 2015; Johansson, Dellgran & Höjer, 2015).

Socialtjänsten och skolkande ungdomar

När socialtjänsten får in en anmälan, exempelvis om att en ungdom inte går till skolan, påbörjar socialsekreteraren en utredning utifrån ett så kallat stöd- eller skyddsbehov. Den metod som används är BBIC (barnets behov i centrum). BBIC är ett utredningsverktyg som har utvecklats för att få en helhetssyn över barn och ungas mognad inom olika områden, exempelvis känslö- och beteendemässig utveckling, utbildning samt psykisk och fysisk hälsa. Syftet med BBIC är att underlätta utredning samt att bidra till att alla kommuner får samma metod för handläggning och dokumentation av barnavårdsärenden (Socialstyrelsen, 2012; Dahlberg & Forssell, 2006). När socialsekreteraren inleder en utredning om barn som uppfattas fara illa ska socialsekreteraren skapa kunskap om problematiken genom samtal med den som eventuellt gjort en orosanmälan, föräldrarna, barnet och andra berörda. Socialsekreteraren fastställer därefter problematiken och väljer lämpliga insatser som kan tillgodose ungdomarnas och familjens behov. Insatserna kan bestå av att socialtjänsten tillsätter en kontaktperson, en kontaktfamilj, familjebehandling eller placering i exempelvis familjehem (Socialstyrelsen, 2012; Dahlberg & Forssell, 2006). Socialtjänsten arbetar oftast med det som kallas manualbaserade behandlingsformer som ART (aggression replacement training), Komet (kommunikationsmetod) och FFT (funktionell familjeterapi). Majoriteten av dem som arbetar inom socialtjänsten är socionomer och har sin teoretiska referensram inom socialt arbete. Det sociala arbetets centrala del är att gynna sociala förändringar, social utveckling och social sammanhållning (Payne, 2008; Ronnby, 1983).

Mot bakgrund av socialtjänstens och socionomens samhällsuppdrag att just hjälpa ungdomar och deras familjer till att förändra ett destruktivt beteendemönster, bedöms de skolkande ungdomarna vara en av samhällets mest utsatta grupper med tanke på vilka följder som utebliven skolgång kan få (SOU 2016:94). Häggqvist (2000:7) beskriver att tempot i samhället och en tävlingsinriktad kultur i både samhälle och i skola tillsammans med svagt stöd från föräldrar kan leda till stress hos ungdomar som i sin tur resulterar i skolfrånvaro. Skolfrånvaron kan med socionomens perspektiv också resultera i en sorts utanförskap och ett liv med marginaliserade grupper som inte arbetar, kanske inte har bostad och i vissa fall missbrukar droger. Skolk kan också ses som ett socialt utanförskap från skolans gemenskap (Häggqvist, 2000:7). Stigendal (2004) betonar att både känslan av och den faktiska delaktigheten sammanfaller och menar med detta att delaktighet kan finnas utan att den faktiskt upplevs från eleven, exempelvis när beslut fattas utan elevens medverkan. En del av utanförskapet innebär att eleverna saknar någon slags omsorg i form av stöd, tydliga ramar och förväntningar i en respektfull atmosfär där alla är accepterade. En viktig del i om socialtjänsten ska lyckas hjälpa ungdomarna handlar också om deras identitet, hur de ser på sig själva och uppfattar sina egna resurser och möjligheter att klara av ett liv med bostad, utbildning och arbete som ung vuxen

(Stigendal, 2004). Stigendal summerar fyra orsaker till utanförskap: brist på meningsfullhet, avsiktlig utestängning (mobbing) från klasskamraterna, brist på feedback på det som eleven lärt sig i klassrummet och till sist ”strukturell selektivitet” med oklara gränssättningar. Det sistnämnda innebär att ungdomarna har svårt att skilja på egna och andras saker, exempelvis att hen tar saker från sina jämnåriga eller att hen ljuger (SOU 2016:94; Southwell, 2006; Sarnecki, 1987).

Att hjälpa skolkaren med samverkan mellan BUP, socialtjänst och skola

Ungdomar som skolkar har alltså inte sällan sammansatta problem som samtidigt kan handla om vardagsliv med sociala svårigheter och existentiella lidanden, inlärningssvårigheter och mer psykiatrisk problematik. De sammansatta problemen kan inte ensamt lösas av antingen skolan, socialtjänsten eller BUP. Vid ett ensidigt fokus på pedagogisk problematik kan ungdomarnas sociala situation missas som kanske spelar stor roll i skolfrånvaron och vid ett ensidigt fokus på den sociala situationen kan mer allvarliga psykiatriska svårigheter i sin tur negligeras. Det finns då en risk att ungdomarna faller mellan stolarna och bollas fram och tillbaka mellan skola, socialtjänst och BUP, vilket kan leda till att deras situation förvärras (Socialstyrelsen, 2004). Därför resoneras det om att välfärdssystemet är i behov av att erbjuda mer holistiska tjänster för att möta individers komplexa behov (Widmark, 2015; Socialstyrelsen, 2013; Huxham & Vangen, 2005). Man talar om att samverkan mellan myndigheter är centralt i ett helhetsperspektiv på individen. Behovet av att arbeta över organisatoriska gränser är inget nationellt fenomen utan även utanför Sveriges gränser har välfärdsorganisationerna riktat in sig på samverkan med argumentet att verksamheternas resurser kan användas mer effektivt på så sätt samt att kvaliteten på verksamheten ökar (Willumsen, 2008, 2006).

Under 1990-talet utfördes i ett flertal länder olika samarbetsprojekt vars avsikt var att överbrygga gränser mellan samhällsinstitutioner som bedömdes vara alltför fragmentariska, vilket ledde till att de inte såg hela individens behov (Miller & Ahmad, 2000). På området skolk och skolvägran var USA, Australien och England mycket aktiva både med interventionsprogram och med forskning. I de här projekten hade skolan och det pedagogiska perspektivet en dominerande roll i diskussioner om samverkan mellan myndigheter för att hjälpa ungdomarna (Lundgren & Persson, 2003).

Under 2000-talets inledning hade samverkan mellan myndigheter blivit något av ett honnörsord för människobehandlande organisationer (Hasenfeld, 1987, 1983), som exempelvis BUP, skola och socialtjänst. Det konstaterades också att problembilden för skolkaren var komplex och för att hjälpa ungdomarna ansågs

samverkan mellan myndigheterna skola, BUP och socialtjänst vara ett bra sätt att arbeta. Gemensamma riktlinjer togs fram för hur samverkan om barn med psykisk och social problematik skulle genomföras. Enligt dessa riktlinjer skulle berörda organisationer ha ett nätverksmöte med syftet att få en helhetsbild över ungdomens situation samt upprätta en samordnad individuell plan (SIP), som beskrev insatser och åtgärder och vem som ansvarade för var och en av dem. Det slogs fast vem som var huvudansvarig för planen och vilka kostnader som varje myndighet skulle bära. Den 1 januari 2010 infördes nya paragrafer i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) och i socialtjänstlagen (SFS 2001:453). Dessa innebar att landsting och kommuner blev ålagda att samarbeta om personer med psykisk ohälsa. Samarbetet regleras av 8 § i hälso- och sjukvårdslagen och 5 kap. 8 § i socialtjänstlagen (Nordström m.fl., 2016; SOU 2016:94; Skolinspektionen, 2016). Samtidigt konstaterade en del forskning att samverkan mellan myndigheter var mycket tidskrävande och därmed kostsamt; nyttan med samverkan diskuterades och att den inte skulle få något egenvärde utan bara skulle genomföras om det var absolut nödvändigt (Axelsson & Bihari-Axelsson, 2006, 2007, 2013). Man såg också att skolkarens kombination av sociala och psykiatriska problem krävde samtidiga insatser från olika verksamheter, vilket kunde leda till att en ungdom hade upp till tio yrkesverksamma omkring sig, något som i sig kunde vara förvirrande (Ödegård & Strype, 2009). Samverkan inom och mellan dessa verksamheter, som alla arbetade med olika ungdomars komplexa svårigheter, kunde vara ett sätt för verksamheterna att sköta sina olika lagstadgade samhällsfunktioner (Ödegård & Strype, 2009).

Samverkan kunde också bli ett sätt att konkurrera om de ekonomiska och personella resurser de tyckte sig behöva för att kunna handskas med ungdomarnas problematik (Hjortsjö, 2005). Fokus på ekonomi kunde exempelvis handla om interna diskussioner om hur stor del av resurserna som skulle tilldelas verksamhetens olika delar, exempelvis bedömningsarbete eller behandlingsarbete. På politisk nivå handlade det om fördelning av resurser till olika myndigheter utifrån förväntningar på vad samverkan mellan dem skulle resultera i. På politisk nivå fanns en oro för att samverkan blev ett sorts nollsummespel mellan myndigheter för att lagen föreskrev det, men att samverkan inte alls hjälpte ungdomarna (Hjortsjö, 2005). Socialstyrelsens granskning från år 2004 av interorganisatorisk samverkan mellan BUP och socialtjänsten visade på svårigheterna med att skapa samverkan som verkligen hjälpte ungdomarna att inte falla mellan myndigheternas stolar. Trots en expansion i omfattningen av samverkan mellan myndigheter, slår en statlig offentlig utredning fast sex år senare, 2010, att det förekommer både svårigheter och brister i samverkan mellan BUP och skolan (SOU 2010:95). Svårigheterna handlar bland annat om att olika professioner från olika myndigheter har svårt att samverka på grund av kulturella, språkliga och institutionella olikheter. Bristerna handlar om att ungdomar som skolkar, trots samverkan mellan skola,

socialtjänst och BUP, inte får den hjälp de behöver, vilket resulterar i att ungdomarna inte fullföljer sin skolgång (SOU 2010:95).

Nu granskade Riksrevisionen (2011:17) offentliga aktörers samordning av hjälp till barn och unga med funktionsnedsättning, och de kritiserade bristen på samordning trots att många insatser gjorts både i projektform och genom lagstiftning. I granskningen framkom att föräldrar själva var tvungna att ta initiativ och ansvar för samordning av det stöd som ungdomarna behövde. Förutom lagstiftning och utredningar om samverkan hade flera kommuner utvecklat styrdokument om samverkan där ansvarsfördelning mellan kommun och landsting klargjordes. Ett exempel var VÄSTBUS som skapade gemensamma riktlinjer om samverkan för barn och ungdomar som beskrevs ha sammansatta psykiatriska och sociala problem i Västra Götaland. Men trots lagar och lokala initiativ inom olika landsting föreföll samverkan mellan myndigheterna ha en stor utvecklingspotential. Det talades fortsatt om fragmenterad hjälp till ungdomarna samt att deras utsatthet tycktes tillta med myndigheternas svårigheter att samverka för att hjälpa dem (Socialstyrelsen, 2004). Det var som om ingen av de verksamma från de olika myndigheterna hade hela bilden av ungdomarnas problem. Antingen isolerade skolan det pedagogiska perspektivet med fokus på inläringsvårigheter eller så blev det en ensidig psykiatrisk bedömning av ungdomarna i vilken symptom hade huvudrollen. Frågan var vem som skulle fånga helheten, vem som skulle förstå ungdomarna i det sammanhang som hela deras vardagsliv formade?

Sammanfattning

Syftet med det här kapitlet var att ge en kort summering av avhandlingens problemområde och syfte. Ungdomar som inte går till skolan har ofta visat sig hamna i utanförskap, vilket medfört sociala konsekvenser, exempelvis missbruk, kriminalitet, arbetslöshet, psykiatriska problem och tankar om självmord (Ingul & Nordahl, 2013; Ingul m.fl., 2012; Dube & Orpinas, 2009). Skolfrånvaron är ett mångfasetterat fenomen som kan förstås från en mängd olika perspektiv som det psykiatriska, det sociala och det pedagogiska (Ek & Eriksson, 2013). Sedan 2010 uppfattas samverkan mellan myndigheterna skola, socialtjänst och BUP som en central väg att gå för att hjälpa ungdomarna tillbaka till skolan (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015; Gladh & Sjödin, 2013; Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2013). Dessa myndigheter styrs av olika lagar, uppdrag, regler och synsätt som i kapitlet beskrivs som det institutionella omhändertagandet. *Kapitlet* har också tagit upp hur de olika myndigheterna handlägger sina ärenden samt hur samverkan går till mellan myndigheterna. Socionomens situation inom barn- och ungdomspsykiatri beskrivs också och hur den är i förändring med beslutet om legitimation inom sjukvården. Kopplat till det poängteras också en risk att socionomen som profession kan etablera ett mer medicinskt sätt att

förhålla sig till patienten, vilket kan påverka systemperspektivet negativt. En ny lag om samverkan trädde i kraft 2010, vilken också beskrivits i kapitlet (SFS 2001:453; SFS 1982:763). De olika myndigheterna har, som tidigare nämnts, olika synsätt på skolfrånvaro. Kortfattat kan sägas att barn- och ungdomspsykiatrin, med sitt kliniska perspektiv, utgår från diagnoser och behandling. Socialtjänsten, med ett systemiskt tänk, fokuserar på hur ungdomarnas hela livssituation påverkas av ett utanförskap med missbruk och kriminalitet. Till sist, skolan med det pedagogiska perspektivet fokuserar på inlärningssvårigheter och ser detta som en anledning till att ungdomar skolkar (SOU 2016:94; Strand, 2013; Kearney, 2007). I det här kapitlet visar sig svårigheterna med att hjälpa ungdomar som inte går till skolan och att inte skola, BUP eller socialtjänst kan verka som solitära myndigheter i arbetet. Skolkarens problem tycks ofta vara sammansatt och flerdelat. Vardagen för dessa ungdomar är komplicerad och svåröverskådlig.

2. Teoretiska utgångspunkter

Det sociala fenomen som skolk formar kan förstås från flera olika perspektiv, som leder till olika sorters försök att hjälpa ungdomarna. Skolan har i första hand en pedagogisk ansats, socialtjänsten ett systemperspektiv och psykiatrien en medicinsk sjukdomsbaserad förståelse (jfr Hacking, 1999). I stället för att välja en position och argumentera för den, har fokus i avhandlingen varit på mötet mellan skolans, socialtjänstens och BUP:s förståelseramar och aktiviteter för att hjälpa ungdomarna. I avhandlingen används därför en socialkonstruktionistisk ansats i försöken att förstå karaktären på det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan. De som möts i samverkan för att hjälpa ungdomarna är olika yrken som är verksamma i skilda myndigheter, därför lyfts några aspekter kopplade till professionsteori och nyinstitutionell teori fram för att resonera kring aspekter av makt, mandat och handlingsutrymme i deras gemensamma arbete. Vidare presenteras resonemang om institutionaliserade rutiner, så kallade teknologier, som olika professioner och myndigheter använder i arbetet med ungdomarna. Eftersom ambitionen med avhandlingen också har varit att kritiskt granska och problematisera det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan, presenteras avslutningsvis teoretiska aspekter från teorier om hur fenomen i vardagen blir medicinska angelägenheter. Aspekterna berör det som kallas medikalisering och psykiatisering.

Det socialkonstruktionistiska perspektivet

Inom både professionsteori, organisationsteori och teorier om medikalisering används ofta ett socialkonstruktionistiskt perspektiv, som har sin grund i den sociala verkligheten där sociala fenomen konstrueras av det som händer i interaktionen mellan individer när de ska förstå verkligheten (Payne, 2008). Ett sätt att förstå världen är att använda sig av kategorier som inte per automatik behöver relateras till det som beskrivs vara verkliga, objektiva ting. Att använda olika kategorier för att benämna sociala fenomen återspeglar inte enbart en verklighet där ute, nej, kategorierna är också med och formar den sociala verkligheten. Det innebär att valet av kategorier för att benämna sociala fenomen har betydelse för hur människor både förstår den och agerar i den (Burr, 2003). Med utgångspunkt i ett sådant perspektiv kan det sägas att ungdomar som inte går till skolan, betraktat som ett socialt fenomen, kan kategoriseras och förstås på en mängd olika sätt. Sätten att kategorisera sociala fenomen uppfattas även inom en konstruktionistisk ansats vara påverkade av den kontext vi lever i och de normer, värderingar och kulturella synsätt som är etablerade och som dominerar i samhället (Payne, 2008). Det är angeläget att påvisa att sådana uppskattningar är relativa och varierar från tid till annan, vilket gör att ungdomarna som inte går

till skolan kan tolkas och förstås olika under olika skeden men även i olika kulturer. Exempelvis betraktades skolkare som kriminella och lata i ett historiskt perspektiv medan de i dag betraktas som individer med olika psykiatriska diagnoser (Kearney, 2001). I den här utvecklingen har skolkaren gått från att ha varit ett samhällsproblem till att bli ett problem för den enskilde individen. De yttre kategoriseringar som läggs på ungdomar som skolkar i form av ”diagnoser” och ”symptom” påverkar hur de själva och andra upplever dem som individer. De kan bli sina diagnoser och basera hela sin livssituation på dem, eller de kan leva med dem och kämpa för att låta diagnoserna enbart få en partiell påverkan på deras liv (Angelöw & Jonsson, 2000). Det kan alltså bli en situation där professioner benämner ungdomarna som inte går till skolan med den kategori som en psykiatrisk diagnos är, och ungdomarna själva i stor omfattning försöker identifiera sig med och leva upp till den tillskrivna sociala innebörden i kategorin (jfr Scheff, 2007; Goffman, 1973).

I det socialkonstruktionistiska synsättet framförs ofta kritiska frågor runt normalitetens historia. Man problematiserar politikerns och vetenskapsmäns olika sätt att formulera individens natur, för att få hjälp och stöd i att reflektera kring makt och tolkningsföreträde som olika professioner har i samhället (Börjesson, 1997). Börjesson (s. 14) beskriver att varje professions mål och synsätt definieras av hur verkligheten ska se ut. Ur detta perspektiv rör det sig om att fastslå skillnader mellan det friska och sjuka och mellan det normala och abnormalt. Andra författare, som Emanuelsson, Persson och Rosenqvist (2001, s. 115), anser att det finns professioner i samhället som säger sig ha sanningen om vad som är normalt och kan utifrån detta föreslå behandling av det avvikande, exempelvis ungdomar som inte går till skolan. Men professionernas sanningar och kunskaper formas inte bara av forskningen, den får också form av det som sker i samhället och i människors vardagsliv (Payne, 2008; Bergmark & Lundström, 2000). Med en konstruktionistisk ansats blir det möjligt att beskriva de olika sätten att förstå skolkaren och sedan handla för att hjälpa hen, som de tre aktörerna skolan, socialtjänsten och BUP formar var och en för sig. Det blir också möjligt att förstå vad som sker när de olika perspektiven, som rymmer olika sociala konstruktioner av skolkaren, möts i den lagstadgade samverkan.

Professionsteori

Professionsteorier är mångfasetterade och det finns olika sätt att närma sig en förståelse av begreppet *professionalisering*. De olika yrkena inom exempelvis offentlig sektor strävar efter professionalisering för att få tolkningsföreträde inom sitt specifika kunskaps- eller yrkesområde (Arden & Austin, 2003; Selander, 1989). Man anser att det finns en mängd olika definitioner av profession. Brante (2009) menar att det finns två fundamentala kännetecken på en yrkeskår som ska bli bedömd som en profession. Det första är att det krävs en högre

meriterande utbildning, främst universitetsbaserad. Det andra kännetecknet är att det med yrket framgår ett ganska högt anseende. En profession kan i och med det definieras som akademiskt förankrad och med hög status i förhållande till angränsande yrkeskårer. Vidare påvisas värdet av ett problems renhet för en professions status gentemot andra professioner inom olika verksamhetsområden. Möjligheten att avgränsa ett problems renhet är beroende av i vilken mån den professionella kan undanröja sådant som inte räknas till professionens centrala del. Ungdomar som inte går till skolan är ett problem som berör flera olika professioner och kräver samverkan mellan professionerna. Abbott (1988) beskriver rena problem som definierbara, distinkta och som går att begränsa till en bestämd professions arbetsområde. Ett problems renhet kan också beräknas med hänsyn till hur många skilda professioner som strävar efter jurisdiktion inom sitt arbetsområde och om det fordras flera professioner som samverkar runt problemet. Detta tydliggör ett problems dubbeltydighet och oklara roll och resulterar i att det bedöms som mer orent (Brante, 2009).

Kopplade till det här avhandlingsarbetet, som handlar om hur tre myndigheters professioner arbetar med att hjälpa ungdomar som inte går till skolan, är en mängd olika professioner. Det är socionomer från socialtjänsten och det är läkare, sjuksköterskor, psykologer och kuratorer från BUP. Från skolan är det lärare, skolsjuksköterskor, skolpsykologer och kuratorer. Utifrån både Abbott (1988) och Brante (2009) har dessa professioner olika makt och mandat, som kan påverka hur de arbetar tillsammans. De är i olika grad rena och har i olika grad rena problemområden som kan inverka på deras samverkan när de ska hjälpa skolkande ungdomar (Bergmark & Lundström, 2007, 2005; Axelsson & Bihari Axelsson, 2006). Samverkan kan för patienter och klienter också påverkas negativt av professioners strävan efter makt och mandat av makt och status både inom en organisation och mellan olika myndigheter (Danermark, 2004; Hudson m.fl., 1999).

Yrkeshierarkier inom vården

I samverkan mellan myndigheter förekommer flera olika professioner som på ett eller annat sätt befinner sig på olika nivåer i en sorts yrkeshierarki. Det har inverkan på effektiviteten i arbetet och kan också negativt påverka hjälpen till klienten eller patienten som är föremålet för samverkan (Huxham & Vangen, 2005; Gardner, 2003; Reilly, 2001). Svensson och Ulfsdotter (2009) menar att många yrkesgrupper strävar efter att utveckla den egna professionens mandat och egenintressen som lön och arbetstider, vilket kan resultera i en tilltagande ambition att dra upp tydliga gränser till andra professioner. Ett sätt att stärka sin profession är att ta hjälp av intresseorganisationer som tillvaratar och hävdar professionens intresse, exempelvis kurators-, skolkurators- och fackföreningar. Föreningarna tillvaratar berörd yrkesgrupps kunskapsbas och försöker på så vis

knyta an vissa arbetsuppgifter till vissa yrkesgrupper (Svensson, Johansson & Laanemets, 2008). En profession som hävdar sin ensamrätt till vissa arbetsuppgifter eller visst arbetsområde kan sammanfattas genom begreppet jurisdiktion (Abbott, 1988, 1995). Det kan ske genom legala krav i form av att vissa arbetsuppgifter tillhör en profession med viss legitimation. Möjlighet ges då att stänga ute vissa grupper från arbetsuppgiften. Exempel på uppgifter som utförs av enskilda professioner är läkemedelsordination som utförs av läkare och vissa utredningar som utförs av psykologer. Läkare och psykologer får då det som Abbott (1995, 1988) kallar för full jurisdiktion. Läkaren är också ytterst medicinskt ansvarig på BUP och har på så vis en hög status. Flera arbetsuppgifter utförs av olika professioner, som sjuksköterskor, behandlingsassistenter, kuratorer, psykologer, läkare. Flertalet av arbetsuppgifterna inom BUP är dessutom av sådan karaktär att de inte endast tillhör en profession, vilket i sin tur kan resultera i konflikter om vem som ska göra vad.

Det kan förekomma inofficiella krav på jurisdiktion inom verksamheten, vilket medför att en viss profession inom verksamheten gör anspråk på en specifik arbetsuppgift. Inom BUP finns en oskriven lag om att det är just kuratorer som ska utreda föräldrarna i en barn- och ungdomspsykiatrisk utredning. Abbott (1988) anser att kampen om kunskapsområden inte bara genomförs på arbetsplatsen utan också på andra arenor som statens (rättssystemet, utbildning) och den allmänna opinionens arena (massmedia). På dessa arenor försöker de olika professionella grupperna att stärka sin position eller försvara den. Det kan exempelvis ske genom att vissa yrkesgrupper fordrar legitimation (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015; Brante, 2009).

Nyinstitutionell teori

Nyinstitutionell teori kan ses som ett samlingsnamn på en organisationsteoretisk inriktning för att förstå institutioner som sociala konstruktioner (Johansson, 2013). Samspelet mellan aktörer kopplar samman gemensamma målgrupper och ansvarsområden, vilket kan resultera i att organisationerna anpassar sig till varandra, eller att de kolliderar med varandra. Och i det senare fallet kan krocken mellan professioner och myndigheter påverka arbetet med klienten negativt. Detta givande och tagande sker både vertikalt och horisontellt och kan betyda såväl samverkan som konkurrens. De professioner som är verksamma i organisationerna måste anpassa sig för att vinna fördelar, ”vilka oftast är positioner och kapital” (Johansson, 2013, s. 101–102; DiMaggio & Powell, 1983). När det gäller det här avhandlingsprojektet har en viktig uppgift varit att belysa hur professioners och myndigheters positioner och kapital formade det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan.

Organisatoriska fält begränsar ett verksamhetsområde och Grape (2006) beskriver att det alltid inom ett fält förekommer ett ”gränssnitt mellan olika institutionella logiker” (s. 51). Med det kan tänkas att det finns ramar för vad en organisation bör utföra samt vad som kan ifrågasättas eller inte. Ramarna tillhandahåller materiella, kulturella eller symboliska förutsättningar som styr grunderna för organisering och handlingar. Skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri (BUP) kan karakteriseras som människobehandlande organisationer, som både formar och speglar olika institutionella logiker och det är dessa logiker som möts i samverkan för att hjälpa ungdomar som skolkar (jfr Linde & Svensson, 2013; Hasenfeld, 1987, 1983).

Verksamheternas teknologier och professionernas handlingsutrymme

Enligt Hasenfeld (1987, 1983) är organisationens teknologier ett karakteristiskt kännetecken för människobehandlande organisationer. ”Med teknologier avses institutionaliserade (legitimerade och sanktionerade av organisationen) förfaringssätt ämnade att förändra individers karaktärsdrag eller beteenden” (1983, s. 111). En organisations val av teknologier influeras av tillgänglighet, kunskap om problematiken, hur andra liknande organisationer gör samt politiska och ekonomiska överväganden. Centrala värden och intressen har stor relevans för vilka teknologier som väljs, liksom professionellas riktlinjer i de organisationer där de har stor makt. Valet av teknologier får i sin tur konsekvenser för hur arbetet fördelas mellan personalen i organisationen eller hur olika delar av organisationen förhåller sig till varandra. Ju större heterogenitet i klient-patientgruppen, desto större krav ställs på en liknande heterogenitet i organisationens service. Valet av teknologi avgör personalens uppgifter och vilken uppmärksamhet som olika aspekter av patienternas liv ska ges (Hasenfeld, 1983).

Begreppet verksamhetsdomän omfattar konkreta arbetsuppgifter som utförs inom ett visst verksamhetsområde. De olika aktörerna inom ett specifikt område kan utveckla olika domänanspråk vilket kan resultera i en professions krav på monopol på en eller flera arbetsuppgifter. Exempelvis har läkarprofessionen monopol på val av läkemedelsbehandling till en patient inom BUP. Domänkonflikter kan uppstå då aktörerna inte kan enas om vem som ska göra vad inom ett verksamhetsområde (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015; Järvinen, 2002; Meyer & Rowan, 1977). Det här avhandlingsprojektet har undersökt vilken makt och vilket mandat de olika myndigheternas professioner har i samverkan för att hjälpa skolkaren. Det har också omfattat att undersöka om någon domän dominerade samt vilka konsekvenser det fick för samverkan

Ofta har människobehandlande organisationer otydliga, vida och motstridiga mål. Oklara målsättningar i kombination med ramlagar (hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen) skapar ett mycket stort handlingsutrymme för såväl organisationerna (BUP och socialtjänsten) som den enskilde behandlaren (jfr Lipsky, 2010, 1980). Lipsky anser att det inom människobehandlande organisationer uppstår ett utrymme mellan de lagar och riktlinjer som finns i verksamheten och de professionellas kompetens och förutsättningar. Utrymmet går under namnet handlingsutrymme. Handlingsutrymmet är en nödvändighet för att de professionella ska kunna handskas med komplexa arbetsuppgifter i en verksamhet som styrs av ramlagar. Parallellt finns faran att handlingsutrymmet används så att det står i motpol till ramlagarnas intentioner och till de kompletterande riktlinjer som ska styra verksamheternas målsättningar (Schierenbeck, 2003). Utöver den nationella regleringen genom lagar och målsättningar som styr vad BUP ska arbeta med och de professionellas bedömningar över lämplig insats, styr också politikerna inom hälso- och sjukvårdens organisation arbetets målsättning. Andra organisationer som skola, socialtjänst eller intresseföreningar (exempelvis fackföreningar) kan också påverka och ha synpunkter på vad BUP ska arbeta med. Statliga utredningar påtalar behovet av utökad och förbättrad samverkan mellan BUP, skola och socialtjänst, vilket kan uppfattas som synpunkter på hur BUP arbetar i dag. De formella målen och hur de ska nås i praktiken kan bli ett skäl till diskussion (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015). Målen i sig framkallar förmodligen inga större diskussioner då de flesta håller med om att det är viktigt att känna igen, bota och lindra psykisk ohälsa, sjukdom och lidande. Men hur det ska gå till och vilka metoder (teknologier) som ska användas kan bli ämne för diskussioner både inom verksamheten, mellan verksamheterna och i massmedia (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015).

Inom människobehandlande organisationer förekommer olika teknologier som styrverksamhetens åtaganden, till exempel hur verksamheter som arbetar med ungdomar ska utreda behov eller val av behandlingsinsats, exempelvis när de inte går till skolan. Det finns en mängd olika metoder inom varje teknologi, som avser "strategiskt utformade, planmässiga och systematiska aktiviteter som används i klientarbetet" (Bergmark & Lundström, 1998, s. 292). Hasenfeld (1983) redogör för tre olika slags teknologier som stämmer med de centrala arbetsuppgifter som finns inom människobehandlande organisationer. Han kallar dem för utredande och handläggande uppdrag, upprätthållande och bevarande uppdrag samt förändringsarbete. De människobehandlande organisationernas uppdrag påverkar vilken teknologi som används. Inom BUP förekommer de olika teknologierna i olika omfattning, vanligast är de som handlar om förändringsarbete. Enligt Lipsky (2010) kan det vara svårt att hjälpa alla klienter och att de professionella föredrar vissa klienter framför andra. Den grupp

individer som väljs ut är den som är mest tillgänglig för förändring och på så vis lättast att arbeta med (Lipsky, 2010).

Verksamheten bedömer behovet av insatser med hjälp av teknologin utredande och bedömande uppdrag (Hasenfeld, 1983). Det innebär att ungdomarna kan få tillträde till åtgärder från BUP om de bedöms ha barnpsykiatriska problem som svårigheter att komma till skolan. Makten att ta beslut om eventuella åtgärder finns alltså hos de olika professionerna inom BUP (jfr Lipsky, 2010, 1980; Schierenbeck, 2003). Det utredande förloppet består av teknologin utredande samtal som ligger till grund för bedömning av åtgärd. Den utredande och handläggande teknologin kan också vara till hjälp för att sätta gränser mot dem som inte bedöms ha rätt till åtgärder från BUP (Bergmark & Lundström, 2000). Flera av dem som vänder sig till BUP bedöms inte vara i behov av insatser, utan i stället hänvisas dessa ungdomar vidare till andra människobehandlande organisationer eller att själva försöka hantera sin problematik. Upprätthållande och bevarande teknologi används framför allt inom socialtjänsten när målet är att förhindra att ungdomarna mår sämre. Med utgångspunkt i BUP:s uppdrag skulle det förebyggande uppdraget även kunna ingå i Hasenfelds (1983) upprätthållande eller bevarande teknologi.

Den här avhandlingen belyser dock inte om och hur BUP tar itu med sitt förebyggande uppdrag. Teknologin om förändringsarbete avser att förändra ungdomars situation, öka välbefinnande och ha en återuppbyggande och förbättrande roll. Den här teknologin stämmer väl överens med BUP:s uppdrag att lindra och bota psykisk ohälsa, sjukdom och lidande (jfr Bergmark & Lundström, 2000). Förändringsarbetet inom BUP kan beskrivas genom olika behandlingsåtgärder, exempelvis individualterapi, familjeterapi, medicinering, föräldrasamtal, nätverksarbete. Arbetet utgår från flera teoretiska förståelseramar, som psykodynamisk teori, systemteori, kognitiv, beteendeterapeutisk och medicinsk förståelseram (jfr Bergmark & Lundström, 2000). Arbetet inom människobehandlande organisationer kan sägas vara ett moraliskt arbete, vilket betyder att den metod som används i förändringsarbetet måste vara godkänd i samhället och i verksamheten (Bergmark & Lundström, 2000).

Människobehandlande organisationer klargör på detta sätt egna "praktikideologer", som har moraliska och ideologiska beståndsdelar (Hasenfeld, 1983, s. 119). De beskrivs som abstrakta, vilket ger stor plats åt variation i det praktiska arbetet. Därtill syftar de till att ha en självuppfyllande funktion. En organisations val av teknologier påverkas av tillgänglighet, kunskap om problematiken, hur andra liknande verksamheter gör samt politiska och ekonomiska överväganden. Dominerande värden och intressen har stor betydelse för vilka teknologier som väljs, liksom professionella målsättningar i de

organisationer där dessa har stor makt. Valet av teknologier får i sin tur konsekvenser för hur arbetet delas upp mellan personalen i verksamheten eller hur olika delar av organisationen förhåller sig till varandra (Hasenfeld, 1983).

Samtidigt kan skolan, socialtjänsten samt barn- och ungdomspsykiatri (BUP) beskrivas som människobehandlande organisationer, vars betydande uppgift är att påverka ungdomarnas liv (Hasenfeld, 1983). Intentionen med människobehandlande organisationer är att arbeta för ungdomarna, vilket betyder att ungdomarna blir en central del. Eftersom de här organisationerna är beroende av andra för att få resurser, är de känsliga för extern inverkan och legitimitet från omvärlden. De officiella målen för verksamheterna är ofta flera, ibland oklara och motsägande och växlar över tid, eftersom de inrymmer kompromisser mellan olika intressegruppers värden. Det innebär ofta att de formella och operativa målen skiljs åt. Hasenfeld (1983) anser att de formella målen i praktiken främst avser att ge organisationen en brett förankrad legitimitet. Skolans elevvårdande uppgift skulle kunna sägas vara arketypisk som institutionaliserad människobehandlande organisation, starkt beroende av att leva upp till omgivande förväntningar och föreställningar för att nå legitimitet för sin organisation.

Medikaliseringsteori

I vår samtid börjar vardagssituationer i allt större omfattning än tidigare förstås och beskrivas som problematiska. Det är också en tendens att krångliga situationer i livet uppfattas som för svåra för att klara av själva av människor. I stället vänder sig de flesta till olika experter som förstår de krångliga situationerna i livet med vetenskapliga logiker och formuleringar. De här vardagssituationerna som utvecklas till livsproblem ges inte sällan mening och ordning med psykologiska, sociologiska och pedagogiska språkstilar. Det här är ett exempel på rationell modernitet som innebär att teknologier, myndigheter, institutioner utvecklas för att hantera och hjälpa människor i deras liv (Eriksson, 1999; Hacking, 1999; Fleck, 1979).

Centrala livsproblem kan innebära att många människor upplever en tilltagande smärta som berör själva livet, vad det är att vara människa och hur man ska leva sitt liv. Den smärtan kan kallas ett existentiellt lidande, och det innebär bland annat att människor har svårigheter att finna mening i livet och känner en längtan efter en djupare mening med tillvaron bortom de rutinartade vardagssysslorna. Det existentiella lidandet kan också handla om att livet är händelseöst och monotont och att de sociala relationer man har inte upplevs ha något värde. Det kan också finnas tankar om hur man uppfattar vem man blivit som människa och att man är missnöjd med sin identitet (Eriksson, 1999).

Flera människor har också sociala svårigheter som handlar om att som individ inte riktigt klara av att vara med och relatera till andra människor. Dessa människor är osäkra på de ofta outtalade samhällsreglerna för hur människor ska vara mot varandra. Situationer där människor kan erfara sociala svårigheter är på arbetsplatser, i kollektivtrafiken, i familjemönster som inbegriper nya partner, tidigare barn, nya barn, den nya partners före detta partner och andra mer eller mindre komplexa sociala mönster (Nye, 2003). De som lever med livsproblem i form av sociala svårigheter och existentiellt lidande upplever ofta ett smärtsamt vardagsliv, i vilket de har svårigheter att utföra sysslor som uppfattas både adekvata och självklara i en konsumtionskultur, som exempelvis att arbeta, att sköta om sin hygien och att ha ett ordnat boende. Det här har lett till att människor lever sina liv starkt influerade av olika experter på själva livet. När vi får problem i relationen med sambon, när vi överväldigas av känslor som är svåra att förstå och bära, när vi på grund av sociala svårigheter får problem med jobbet och det liv vi har på fritiden, så söker vi inte sällan psykologhjälp eller läkarhjälp på vårdcentral. I stället för att lita på egen förmåga att förstå och beskriva problemen i vardagslivet, och sedan själv finna lösningar på problemen, så placerar vi dem i en sjukvårdande förståelseram i vilken ”behandling” med preparat ska ”läka” livets svårigheter (Nye, 2003).

Och när vardagslivets problem, i form av existentiella lidanden och sociala svårigheter, placeras i en sjukvårdande förståelseram medikaliserar de inte sällan. Medikalisering beskrivs som en process där icke medicinska problem i människors livs beskrivs och behandlas som medicinska problem (Conrad, 1992). Det innebär att deras erfarenheter och karaktärsdrag beskrivs i termer av ”abnormalitet” (Helman, 2007) och ”avvikelse” (Conrad & Schneider, 1992). Det betyder även att erfarenheter i livet beskrivs med olika språkstilar, som den psykologiska och den psykiatriska (Blech, 2006). Helman (2007) resonerar om medikalisering av sociala fenomen som menstruation och graviditet. Andra exempel kan vara att föda barn, att ha en stor kropp, att vara ung, att vara i en skilsmässa, fattigdom och arbetslöshet (Gøtzsche, 2015; Burri & Dumit, 2007; Conrad & Leiter, 2003). Conrad (1992) tar just sociala svårigheter och existentiellt lidande som ett exempel på avvikande beteende som successivt förts in i en medicinsk mall. Andra studier menar att medikalisering lett till att de institutioner som arbetar för att hjälpa människor med psykisk ohälsa, utvecklat ett beroende av den medicinska professionen med starka band till läkemedelsindustrin. Det anses också att medikaliseringen är en viktig komponent i hälso- och sjukvårdens stigande kostnader (Moncrieff, 2013; Blech, 2006). Enligt Conrad (1992) kan medikaliseringen ha olika omfattning och vara verksam på olika nivåer:

1. en akademisk kunskapsmässig nivå på vilken vardagliga livshändelser definieras om och byter språkstil till den medicinska

2. en institutionell organisatorisk nivå med myndigheter, lagar, riktlinjer och kliniska verksamheter
3. en praktisk klinisk nivå på vilken läkaren är engagerad i interaktion med patienter.

Psykiatisering som en sorts medikalisering

Psykiatisering kan ses som en speciell form av medikalisering i vilken problem i vardagslivet placeras i ett psykiatriskt sammanhang och talas om i sjukvårdstermer. I den här avhandlingen används begreppen psykiatri och psykiatisering med avgränsade betydelser i en speciell ordning. Begreppet psykiatri omfattar både a) praktisk klinisk vård på sjukhus och i kommuner och b) de teorier, språkbruk och förståelser som används av exempelvis läkare, psykologer och sjuksköterskor samt inom akademien vid undervisning och forskning. Psykiatri betyder både kliniskt arbete och vetenskapligt akademiskt arbete. Begreppet psykiatisering används med betydelsen att upplevelser och erfarenheter som människor har i vardagslivet, som handlar om sociala svårigheter och existentiella lidanden, för snabbt och i för stor omfattning placeras i ett psykiatriskt sammanhang. I stället för att förstå svårigheterna som naturliga delar i människors livssituationer, ses de som avvikelser, "patologier" som kräver "diagnoser" och som också bör åtgärdas med "behandlingar" som ofta är läkemedel. Psykiatiseringen kan sägas vara en del i den omfattande medikaliseringen i vilken vardagliga livshändelser definieras om, byter språkstil till den medicinska och behandlas inom sjukvården (Frances, 2014). Den språkstil och kunskapssyn som psykiatiseringen formar, påverkar utbildningar, vardagliga förståelser, media, politik och myndigheter (Frances, 2014). Psykiatiseringen betyder att människors svårigheter i livet knyts an direkt till och börjar i den person som upplever dem. På samma gång lösgörs de sociala svårigheterna från familjesystem och samhället som kontext. Ett exempel är den tilltagande användningen av prefixet "neuro" inom psykologin och inom neuropsykologin placeras orsaken till de sociala svårigheterna på biologisk nivå i individen. Inom neuropsykologin gör forskare en direkt koppling mellan delar av hjärnan, biokemisk aktivitet i hjärnan och individens beteende (Chan m.fl., 2015).

Psykiatiseringen innebär också institutionella omhändertaganden av människor med sociala svårigheter och existentiella lidanden. Det institutionella omhändertagandet innebär att staten finansierar, organiserar och driver myndigheter, att privata företag driver verksamheter och att frivilligorganisationer gör insatser. Med olika yrken, olika experter, ska aktörerna hantera och hjälpa människor med sociala svårigheter och existentiella lidanden. Psykiatiseringen innebär också att läkemedel bestäms vara en central teknologi i hjälpen till människor med psykisk ohälsa och att andra teknologier, som

exempelvis psykologisk behandling med samtalsterapier eller stödjande samtal, ges en underordnad position (Helman, 2007; Conrad & Leiter, 2003). Det intressanta med psykiatiseringen av människors psykiska hälsa är att den inte bara handlar om psykiatri utan även om andra mer samhälleliga omständigheter. Det finns alltså en mängd aktörer på olika positioner i samhället som blir krafter för en snäv medicinsk syn på psykisk hälsa (Bourdieu, 1988). Åtminstone några centrala aktörer är

- läkemedelsindustri och producenter av annan medicinsk utrustning (kapitalgenerering)
- yrken och professioner (makt, prestige, mandat, särintressen)
- myndigheter och vårdgivare (uppdrag, skyldighet, politisk styrning)
- ägare och finansiärer (stat, kommun, landsting, privat aktör)
- kultur och samhälle (tendenser, strömningar, media, reklam, livsstil)
- individ och kultur (identitet, språkstil, moral, verklighetssyn, livsstil)
- juridik och lagar (ansvar, rättighet, hälso- och sjukvårdslagen, HSL, socialtjänstlagen, SOL).

Medikalisering och psykiatisering kan relateras till avhandlingsprojektets ambition att undersöka det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan. En viktig fråga blir då på vilka sätt hjälpen till ungdomarna präglas av de olika myndigheternas perspektiv på skolkare. Vad sker i mötet mellan skolans pedagogiska fokus, socialt arbete på socialtjänsten och BUP:s psykiatriska verksamhet? Tar man hänsyn till alla samtidigt och vägs de samman till en enhetlig bred bild av de problem som skolkaren kan tänkas ha som både kan vara individuella och institutionella? Eller är det något perspektiv som får större utrymme än de andra, och hur kan detta påverka det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan?

3. Metodologiska överväganden och det empiriska materialet

Att skapa en både bred och djup förståelse av det som karaktäriserade hjälpen till ungdomar som inte gick till skolan inom BUP och i samverkan med skola och socialtjänst, krävde en mer klinisk ingång för att kunna skapa kunskap om karaktären på hjälpen till ungdomarna när de öppenvårdades på BUP. Därför valdes elektroniska journaler och administrativa patientdatabaser som empiri och deskriptiv statistisk analys som metod i delstudie ett. I delstudie ett visade det sig att stödjande samtal som utfördes av kuratorer var en vanligt förekommande behandlingsmetod som uppfattades fungera bra. Dock var det oklart både teoretiskt och praktiskt vad stödjande samtal innebar. Därför valdes intervjuer av kuratorer på BUP med fokus på hur det pratades om stödjande samtal som metod för delstudie två. Ek och Eriksson (2013) påvisade i sin studie att samverkan mellan BUP, skola och socialtjänst var en central del i hjälpen till ungdomarna som skolkade. Ansatsen i delstudie tre blev därför även den kvalitativ och intervjuer användes för att fånga chefers beskrivningar av samverkan. Chefer valdes för att tillsammans med de mer patientfokuserade tidigare studierna vidga perspektivet och få en mer överordnad organisatorisk ingång till arbetet med ungdomar som skolkar. När de tre studierna var genomförda restes frågan om vad de kunde betyda i ett vidare och mer kritiskt perspektiv. Därför valdes en teoretisk ansats, med medikalisering och psykiatisering som centrala begrepp, till den fjärde studien, som kom att handla om hur det mer vardagliga perspektivet på skolkaren anmärkningsvärt snabbt blev psykiatriskt.

I det här kapitlet redovisas datamaterial, utifrån intervjuer samt granskning av patientjournaler. Inledningsvis förs en diskussion om att närma sig fältet. I anslutning till det förs även ett resonemang om frågor som rör forskarens närhet och distans till fältet och studieobjektet. Därefter beskrivs hur studierna genomfördes, empiri, urval och analys i de fyra olika delstudierna, det vill säga en närmare beskrivning av artiklar, intervjuer, journaldata samt administrativa data.

Att närma sig fältet

Under mina år inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) hade jag träffat många ungdomar som skolkade. De hade inte sällan en omfattande uppsättning svårigheter av skilda slag och skolan, BUP och socialtjänsten hade var och en för sig och tillsammans stora svårigheter att hjälpa ungdomarna. Jag uppfattade situationen som allvarlig för dem eftersom avbruten skolgång kunde få negativa konsekvenser för deras väg in i vuxenlivet med eget boende, arbete och sociala

relationer. Jag funderade mycket på hur hjälpen till dem skulle kunna bli bättre. Efter att ha fått finansiering från min arbetsgivare för att genomföra forskarutbildningen och studierna på 50 procent under sju år, kontaktades docent Rikard Eriksson, som redan hade ett pågående samarbete med kliniken och som visade sig vara intresserad av att vara vetenskaplig ledare i ett forskningsprogram om skolk. Vi träffades för vidare diskussion, en projektplan utformades och jag sökte in till forskarutbildningen vid Karlstads universitet, Institutionen för psykologi. I början av projektet samtalade jag mer informellt med andra kollegor från olika professioner inom BUP, skolan och socialtjänsten för att ta del av deras erfarenheter med ungdomar som skolkade. Under arbetet med avhandlingen har jag haft fortsatt kontakt med många av dessa kollegor både för att stämma av relevansen och nyttan med studierna och för att få stöd och support i arbetet.

Jag närmade mig fältet för mitt avhandlingsarbete från ett rent kliniskt perspektiv som handlade om hur BUP med diagnossättning och behandling skulle kunna hjälpa ungdomar som skolkar. När jag så började arbeta på fältet förstod jag ganska snabbt att det kliniska perspektivet var för snävt. Delstudie ett och två reste många kritiska frågor som handlade om oklarheter i diagnossättning och behandling, kamper mellan professioner om makt och status och att de sociala problem och existentiella lidanden som ungdomarna som skolkade gav uttryck för kanske alltför snabbt placerades i en psykiatrisk kontext som tycktes vara allt annat än konsekvent och systematisk. Det försatte mig i en svår moralisk situation som gjorde att jag blev tvungen att byta ämne från psykologi till socialt arbete. Den här avhandlingen kan därför sägas vara slutprodukten av min resa från renodlad kliniker med ett ganska snävt psykiatriskt perspektiv på ungdomar med sociala svårigheter och existentiella problem till en kliniker med ett mer kritiskt problematiserande perspektiv på arbetet som kurator inom BUP.

Närhet och distans till fältet och studieobjektet

Ahnlund (2008) för en diskussion om betydelsen av forskarens förhållningsätt, hens närvaro och distans i förhållande till studieobjektet. Mina praktiska erfarenheter som kliniker har gett mig en god förförståelse om hur BUP, skola och socialtjänst arbetar för att hjälpa ungdomar som skolkar. Det har gjort det lättare att få kontakt med och genomföra intervjuer med olika professioner både inom och utanför min egen organisation (BUP). Har forskaren kunskap om det som ska undersökas, menar Prasad (1997) att det kan bidra till att forskaren lättare får intervjupersonernas tillit. Förförståelsen var också en faktor som förmodligen påverkade analys och bearbetning av empirin, eftersom jag hade kunskap om verksamheternas uppdrag och de professionellas arbetsituation. I samband med att intervjupersonerna fick formulär för att medge att delta i studien fick de också information om min anställning på BUP. Mitt arbete där

kunde ha komplicerat möjligheten att vinna intervjupersonernas tillit, eftersom det skulle kunna ha funnits en risk att bedömas som företrädare för ett perspektiv och att jag inte var neutral som forskare. Det skulle i sin tur kunna göra intervjupersonerna försiktiga med att kritisera just BUP. Det var inte något problem med varken tillit eller att de intervjuade var försiktiga med kritik mot BUP under intervjuerna.

Tillvägagångssätt inför och praktiskt genomförande av studierna

Vilka metodologiska frågor som aktualiseras beror av förklarliga skäl delvis på vilken typ av empiriskt material som ska analyseras. Kvalitativa undersökningar syftar många gånger till att studera vilken roll eller vilka kännetecken ett fenomen har och är passande när man vill undersöka sociala interaktioner eller hur människor beskriver och förstår situationer (Wallén, 1996). Här följer en kortfattad redogörelse av de två metoder, deskriptiv statistisk analys och kvalitativ forskningsintervju, som använts i avhandlingens empiriska delstudier. Avhandlingen har alltså en mixad design där både kvalitativ och kvantitativ metod har använts. Med anledning av att flera analysmetoder har använts så redogörs för tydlighetens skull var och en av analysmetoderna separat.

Studie av elektroniskt journalsystem och administrativ databas

I delstudie ett undersöktes 20 patientjournaler och ett administrativt patientdatasystem utifrån olika sökord som diagnoser, vårdtid, antal behandlingar, ålder och kön. Svårigheten med detta var att patienterna förekom i olika datasystem och att exempelvis uppgifter om vårdtider krävde samkörning av elektroniskt journalsystem och administrativt patientdatasystem. Utöver vårdkontakt i den aktuella BUP-klinikens öppenvård kunde en patient också ha kontakt med slutenvården och mellanvården där det i sin tur fanns olika enheter. För att sammanställa de olika vårdtillfällena skapades ett Exceldokument med antal diagnoser, vårdtider, antal behandlingar, ålder och kön på varje ungdom.

Urval

Ungdomarna i studien "Diagnos- och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri" var i åldrarna 13 till 17 år och det var 12 flickor och 8 pojkar. Enligt Jönsson (1990) förekommer skolk främst i de högre åldrarna i grundskolan. Ungdomarna ingick i en större undersökning om "skolk" och "skolvägran" med sammanlagt 33 deltagare. De var inskrivna på och öppenvårdades inom en BUP-klinik i västra Sverige från år 2008 till 2011. Ungdomarna valdes genom ett strategiskt urval av en administratör som arbetar med utvecklings- och säkerhetsfrågor inom BUP. För att undersöka

vårdförloppet lottades sedan 20 från de 33 ungdomar som ingick i en större undersökning. Lottningen utfördes genom att var och en av de 33 fick en siffra och varje enskild siffra skrevs ner på en papperslapp som lades i en korg. Därefter drogs 20 slumpmässiga lappar ur korgen. Den forskare som arbetade kliniskt inom organisationen genomförde analys av journalerna, med kontaktorsak skolkl eller skolvägran. Efter det programmerades det elektroniska journalsystemet till att samla uppgifter om ålder, kön, symptom, diagnos, behandling. Slutligen hämtades uppgifter från ett patientadministrativt datasystem som handlade om vårdtid. Samtliga uppgifter samlades sedan i en Excelfil.

Analys

Analysen av data innebar att beskriva och kritiskt diskutera diagnos- och behandlingskarriärer inom BUP. Den fokuserade på att karakterisera följande delar i de diagnos- och behandlingskarriärer som de 20 ungdomar som inte gick till skolan hade:

- a) antal dygn som en vårdperiod i öppenvården omfattade
- b) antalet diagnoser under en vårdperiod i öppenvården
- c) vilka diagnoser ungdomar med kontaktorsak skolkl fick under en vårdperiod i öppenvården
- d) antalet olika diagnoser de fick under en vårdperiod i öppenvården
- e) antalet behandlingsåtgärder ungdomarna fick under en vårdperiod i öppenvården
- f) vilka olika behandlingsåtgärder de fick under en vårdperiod i öppenvården

Vidare analyserades den deskriptiva statistiken relaterat till de riktlinjer som Socialstyrelsen ger BUP när det gäller diagnossättning och behandlingsval. För att kartlägga vårdprocessen användes två olika administrationsprogram, Melior och Elvis. I Melior, som är ett journalsystem, granskades dokumentationen om vårdkontaktens förlopp, exempelvis kontakt mellan behandlaren och ungdomarna och dennes föräldrar eller möte med andra professionella eller från andra verksamheter. Det andra administrationsprogrammet, Elvis, är ett vårdadministrativt program som samlar data om vårddygn, kön, ålder, olika behandlingar, antal behandlingar och olika diagnoser.

Intervjuer av kuratorer och chefer

Tre manliga och åtta kvinnliga kuratorer på BUP intervjuades i delstudie två, "Stödjande samtal som psykologisk behandling inom barn och ungdomspsykiatri". Några av intervjupersonerna hade förutom sin socionomutbildning även påbyggnadsutbildningar, som exempelvis grundläggande psykoterapeututbildning med inriktning mot psykodynamisk

psykoterapi, som sex intervjupersoner hade, eller kognitiv beteendeterapi, som två intervjupersoner hade. Två intervjupersoner var dessutom legitimerade psykoterapeuter. Förutom dessa vidareutbildningar förekom andra utbildningar, som exempelvis familjeterapi och korttidsutbildningar. Det empiriska materialet i artikeln "Profession, makt och samverkan mellan myndigheterna" bestod av tolv intervjuer med fem enhetschefer från BUP, tre sektionschefer från socialtjänsten och fyra rektorer från grundskolan i tre västsvenska kommuner. Tre av intervjupersonerna var män och nio var kvinnor.

Urval

Urvalet av intervjupersoner till delstudie två gjordes genom ett strategiskt urval. Samtliga kuratorer inom BUP-kliniken tillfrågades att delta, varav elva kuratorer tackade ja till att bli intervjuade. De övriga tackade nej på grund av hög arbetsbelastning. Fokus för studien var stödjande samtal och eftersom det är kuratorer som mest arbetar med den behandlingen så föll det sig naturligt att välja dem. Intervjuerna av kuratorer gjorde det också möjligt att vinkla upp avhandlingsarbetet från ren klinisk psykiatri till att också omfatta socialt arbete som ju är kuratorns vetenskapliga ämne. Kuratorerna blev muntligt informerade om att det inte var jag som skulle intervju dem utan i stället en forskningsassistent som anställdes för uppgiften.

Den tredje delstudiens urval gjordes med två urvalskriterier. Det skulle för det första vara chefer inom antingen BUP, skola eller socialtjänst. De skulle också vara antingen socionomer, psykologer eller pedagoger för att täcka in de tre myndigheternas deltagande i samverkan kring ungdomar som skolkade. Yrket chef valdes eftersom det är den yrkesgrupp som har ett övergripande perspektiv på verksamheten och samverkan mellan socialtjänst, skola och BUP. Urvalet kan sägas vara ett strategiskt urval då ett visst antal chefer valdes som var verksamma i samma geografiska område. I delstudie två och tre användes halvstrukturerad forskningsintervju för att kunna täcka dess syften och frågeställningar. För att säkerställa att frågorna i delstudie tre var konkreta och motsvarade studiens syfte konstruerades de med hjälp av kollegor inom BUP. Intervjufrågornas kvalitet i delstudie två säkerställdes genom en pilotstudie, som gjordes på en annan BUP-klinik, och deltagarna bestod av tre kuratorer. Kuratorerna fick utrymme att ge både muntliga och skriftliga kommentarer till intervjufrågorna samt om något behövde kompletteras. Även i efterhand fanns möjlighet att anonymt ge synpunkter på om frågorna var konkreta och relevanta eller om de behövde vidareutvecklas. Därefter granskades kommentarerna tillsammans med min handledare för att säkerställa att frågorna var konkreta. Det syftade också till att jag skulle känna mig säkrare under intervjuerna och öka möjligheten till att ställa följdfrågor.

Analys av intervjuerna

I delstudierna två och tre användes alltså kvalitativ forskningsintervju som metod. Johansson (2003) anser att den kvalitativa forskningen studerar hur olika aktörer förstår och beskriver olika fenomen. Ett exempel på ett sådant fenomen är hur chefer från olika myndigheter beskriver samverkan för att hjälpa ungdomar som skolkar, som är fallet i delstudie tre, samt hur kuratorer inom BUP beskriver och förstår behandlingsmetoden stödjande samtal som i delstudie två. I delstudie två och tre användes tematisk analys som analysmetod för att kartlägga återkommande mönster i de transkriberade intervjuerna. Bryman (2011) beskriver två sätt att genomföra tematisk analys på. Det första som användes, "framework", utgick från en matris som strukturerade upp funna teman och underteman i materialet. Det andra bestod av tekniker som användes för att söka efter teman i texterna baserade på Ryan och Bernard (2003) i Bryman (2011). Tematisk analys kan användas för att göra en hypotesprövning men också för att studera materialet utifrån en teoretisk ram. Langemar (2008) menar att tematisk analys också kan användas induktivt, vilket innebär att forskaren har en öppen ingång till materialet och försöker identifiera viktiga teman och mönster.

I båda studierna användes meningskoncentrering vid tematisk analys av de transkriberade intervjuerna och det innebär enligt Kvale och Brinkmann (2014) en sorts kodning av intervjuerna i vilket det som intervjupersonen sagt bryts ner till kortare formuleringar. Analysen påbörjades genom att söka efter koder i de transkriberade intervjuerna som lästes igenom flera gånger. Kodning innebär att försöka skapa struktur och ordning i de transkriberade intervjuerna i vilket liknande typ av uttryck fick samma kod. Kodningen var både mer öppen och mer sluten samtidigt. Det innebar att kodningen till viss del styrdes av syftet med studien, men att det också fanns en viss öppenhet gentemot de transkriberade intervjuerna när det gäller att finna nya oväntade teman. Kodning av de transkriberade intervjuerna gjordes med färgmarkering av de delar av intervjuerna som antingen svarade på syftet med de två intervjustudierna eller som på andra sätt var relevanta för dem. Varje kod som hittades markerades med en egen färg. Efter kodningen lästes intervjuerna igenom ytterligare en gång och då organiserades koderna i olika teman genom att likvärdiga koder med ungefärligt innehåll etablerade ett centralt tema. Koder som kunde knytas till varandra med snarlika innebörder formade ett centralt tema. Efter det skapades centrala teman utifrån de funna koderna. Sista steget i analysen var en sorts summering i vilken tidigare forskning på området knöts an till de viktigaste delarna i resultatet (Rennstam & Wästerfors, 2015).

Teoretisk studie: Psykiatisering som kulturmönster – ett utkast till sociokulturella studier av psykisk hälsa

I den här studien sammanfördes aspekter av två olika forskningsfält. Det första omfattar etnografiska studier av moderna kulturer med fokus på hur uppfattningar av verklighet påverkas av normer och värderingar samt hur de senare samtidigt legitimerar uppfattningar om verklighet (Hacking, 1999; Geertz, 1983). Det andra fältet som ingår i artikeln är studier av medikalisering, som betyder att sociala svårigheter och existentiella lidanden i vardagslivet placeras i ett medicinskt sammanhang (Frances, 2014; Moncrieff, 2013). Med placeringen omdefinieras sociala problem till medicinska symptom som blir till diagnoser som i folkmun benämns vara sjukdomar. Artikeln är relevant för det här avhandlingsprojektet då den gör det möjligt att problematisera och kritiskt granska resultaten i de andra tre delstudierna.

Metoddiskussion

I mitt avhandlingsarbete har jag använt mig av två olika metodologiska ansatser. Den första är deskriptiv statistisk, delstudie ett, i vilken data från ett elektroniskt vårdadministrativt system och ett elektroniskt journalsystem kombinerades. Pålitligheten i data som användes styrktes av att en person som var väl insatt i systemen var med och hämtade fram uppgifterna (jfr Olsson & Sörensen, 2011; Bryman, 2011). Personens kännedom om både patientjournaler och andra administrativa datasystem bidrog till att pålitligheten i data stärktes kopplat till studiens syfte. Man kan trots det fråga sig hur bra kvaliteten var på indata i systemet och hur fullgott behandlarna på öppenvården följt de instruktioner som fanns för hur man skulle lägga in patientuppgifter i det elektroniska journalsystemet (jfr Olsson & Sörensen, 2011). För att säkra kvaliteten på data som användes gjordes därför en genomgång tillsammans med den person som var väl insatt i systemen (jfr Olsson & Sörensen, 2011). Genomgången undersökte kvaliteten på de uppgifter som fanns för varje patient som valdes ut i studien. För att säkra pålitlighet och trovärdighet i den empiri som valdes ut, vilket innebar att den skulle säga något om diagnoser, behandlingar och vårdtid, gjordes ett strategiskt urval av 33 patienter. Av dessa 33 var det 20 patienter som lottades ut (jfr Olsson & Sörensen, 2011; Patton, 2002).

Den andra metodologiska ansatsen i avhandlingsarbetet var kvalitativ forskningsintervju som användes i delstudie två och tre. Genom mitt arbete som kurator på BUP hade jag god förståelse både om det stödjande samtalet, delstudie två, och hur samverkansmöten mellan BUP, skola och socialtjänst genomfördes i försök att hjälpa ungdomar som inte gick till skolan. I urvalet till delstudie två valdes kurator som profession eftersom det är denna yrkesgrupp inom BUP som främst arbetar med stödjande samtal. 11 kuratorer tackade ja till

att bli intervjuade. Eftersom urvalet var begränsat kan det vara svårt att generalisera resultatet. Begränsningen skulle ha kunnat hanteras genom att intervjua ytterligare 10 stycken från annat landsting (jfr Kvale & Brinkman, 2014). Det uppfattades inte ha varit optimalt att jag själv intervjuade mina kollegor så därför anlätades en forskningsassistent som genomförde arbetet med intervjuer och transkribering. Forskningsassistenten var också med i analysen av intervjuerna, vilket stärkte pålitligheten i tolkningarna (jfr Kvale & Brinkman, 2014). Urvalet i delstudie tre var strategiskt och chefer valdes ut till intervjuerna genom att jag som forskare ringde runt till a) rektorerna på de skolor som var möjliga, b) till enhetscheferna på socialtjänsten i området och c) till enhetscheferna på BUP (jfr Patton, 2002). De som svarade ja till att vara med i studien valdes ut. Nackdelen med detta kunde vara att de som valde att vara med var mer positivt inställda till samverkan mellan myndigheter och att jag därför skulle kunna ha missat kritiska moment i deras arbete (jfr Bell & Waters, 2016; Kvale & Brinkman, 2014). Resultatet visar trots det att de intervjuade både berättar om positiva och negativa aspekter kopplat till samverkan. I delstudie två genomfördes deltagarkontroll av intervjuerna. Deltagarna fick läsa transkriptionerna och säga om de kände igen sig i formuleringarna eller inte och det kan sägas ha stärkt trovärdigheten och överförbarheten i studien (Bryman, 2011; Esaiasson m.fl., 2007). Dock gjordes inte deltagarkontroll i delstudie tre, vilket kan ha påverkat analysens trovärdighet och överförbarhet negativt.

När det gäller delstudie fyra så skiljer den sig från de övriga genom att vara teoretisk. Den har trots det sitt ursprung i de tre andra empiriska studierna då dessa till viss del sätter ljuset på problematiska och kritiska moment i hjälpen till ungdomar som inte går till skolan. De kritiska momenten handlar om diagnoser, läkemedelsbehandling, professioners makt och status och det psykiatriska perspektivets dominans. Den fjärde delstudiens pålitlighet och rimlighet stärks av de tre tidigare studierna. Den fjärde delstudien kan sägas ge avhandlingsprojektet i sin helhet en yttre validitet som handlar om möjligheterna att använda forskningsresultaten praktiskt (Kvale & Brinkman, 2014; Bryman, 2011). Med hjälp av teori blir det möjligt att få resultaten från de tre övriga studierna att överskrida sig själva. De kan på så sätt sägas få giltighet bortom sin egen begränsning (Fritzell, 2009).

Etiska överväganden

Projektet har granskats och godkänts av Etiska kommittén i Göteborg och Central-etiska kommittén i Stockholm 12 oktober 2012 med Dnr Ö 37-2012. I avhandlingsarbetet har jag tagit fasta på Vetenskapsrådets (2011) etiska principer, som syftar till att värna om individen och stöds av fyra centrala krav på forskning: informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekrav. Informationskravet innebär att forskaren ska informera respondenterna om

studiens syfte, genomförande samt vad studien kan bidra med. I arbetet med datainsamlingen introducerades projektet i enlighet med dessa riktlinjer såväl skriftligt som muntligt. Under informationen lämnades upplysningar om projektmedarbetare, institutionstillhörigheter och kontaktuppgifter om någon av respondenterna önskade ytterligare fakta om projektet. Dessutom gavs information om frivilligheten att delta samt att det när som helst gick att avsluta sitt deltagande i projektet. Krav på samtycke inhämtades och min upplevelse var att samtliga respondenter upplevde det som intressant och givande att bli intervjuade. I genomförandet av studierna har kravet på konfidentialitet varit en viktig aspekt att ta hänsyn till. I det praktiska genomförandet kan nämnas att data från journalerna i delstudie ett hanterades utifrån hälso- och sjukvårdslagens sekretesslag. Endast forskargruppen tog del av det underlag som samlades in. Samtligt material från studierna som bedömdes vara av etiskt känslig karaktär förvarades inlåst på min arbetsplats i journalskåp avsedda för journaler. Det insamlade materialet hanterades enbart inom forskargruppen. Samtliga respondenter i delstudie två och tre informerades om att materialet skulle komma att redovisas i artikelform på ett sådant sätt att respondenterna inte skulle gå att identifiera. Slutligen, när det gäller nyttjandekravet, informerades respondenterna både skriftligt och muntligt om projektets syfte samt att projektet skulle komma att presenteras som en avhandling i socialt arbete.

Till sist bör också nämnas att det som forskare är viktigt att reflektera över sitt synsätt på respondenten, om hen ses som objekt som lämnar information eller som människa man skapar en relation med. För mig var det viktigt att skapa ett gott klimat där respondenterna kände sig trygga och lyssnade på. För att vinna respondenternas tillit inledde vi varje intervju med att fika och att samtala om vardagliga saker. Under intervjun lyssnade jag aktivt och ställde följdfrågor. Jag upplevde att respondenterna både kände sig trygga och att jag verkligen lyssnade på och tog till mig deras svar på frågorna.

4. Summering av avhandlingens delstudier

Avhandlingsprojektets empiriska del består av fyra delstudier. Den första studien handlar om vilka diagnoser och behandlingar barn och ungdomar som skolkar erhåller på BUP. Den andra handlar om socionomerna på BUP och deras sätt att utföra behandlingsmetoden stödjande samtal. Den tredje studien handlar om samverkan när socialtjänst, skola och BUP arbetar med barn eller ungdomar som inte går till skolan. Den fjärde studien, som skiljer sig från de tre tidigare genom att vara teoretisk, handlar om hur hjälpen till ungdomar som inte går till skolan relateras till teorier om medikalisering.

Artikel I. Diagnos- och behandlingskarriärer inom barn- och ungdomspsykiatri – en studie av 20 ungdomar som inte går till skolan

Syftet med studien var att beskriva och kritiskt diskutera diagnos- och behandlingskarriärer inom BUP. Ur patientjournalerna hämtades data om ålder, kön, symptom, diagnos och behandling och ur patientadministrativt datasystem. Deltagarna i undersökningen bestod av 20 ungdomar i åldersgruppen 13 till 17 år, 12 flickor och 8 pojkar. Ungdomarna ingick i en större studie av ”skolk” och ”skolvägran” med sammanlagt 33 deltagare som valts ut strategiskt baserat på att kontaktorsaken var skolk och skolvägran.

Resultatet visade bland annat att professionerna till synes gjorde instinktiva och snabba val av diagnoser och behandlingsåtgärder till patienter inom BUP. Resultatet visade också att en patient under en vårdperiod kunde ha en stor uppsättning diagnoser och en lika stor uppsättning behandlingsåtgärder. Det påvisade också att de diagnoser och behandlingsåtgärder som patienterna fick inom BUP kunde variera i stor omfattning under en och samma vårdperiod. Med benämningen heterogena kategoriseringar menades att patienterna under en vårdperiod kunde få en relativt omfattande uppsättning diagnoser. De kastades mellan olika diagnoser från den ena dagen till den andra, de kunde få fel behandling och effekten av den behandling de fick kanske inte följdes upp optimalt, vilket sammantaget kunde leda till för långa vårdperioder och tilltagande psykiskt lidande för patienten. Det visade sig också att BUP hade en problematisk användning av läkemedel och att en vårdtid som överskred 1,5 år tenderade att försvåra ungdomarnas tillfrisknande. Den utdragna vårdperioden kunde också generera nya sekundära problem och diagnoser som placerade ungdomarna i en ond cirkel, där det faktum att de på grund av oklarheter i utredning, diagnos och behandling fortsatt vårdades inom BUP, och att detta skapade symptom som genererade nya diagnoser och nya behandlingar. En konsekvens av det kunde bli att både ungdomar och föräldrar tappade tilltron till

BUP samtidigt som de förlorade motivationen att vara följsamma till de behandlingsåtgärder som de blev erbjudna. De diagnos- och behandlingskarriärer som framträdde i studien var mycket splittrade och heterogena och en viktig klinisk fråga var hur BUP skulle utvecklas för att skapa en mer samlad och homogen praktik i framtiden.

Artikel II. Stödjande samtal som psykologisk behandling inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) – en intervjustudie av hur kuratorer inom specialistsjukvård använder strukturerat samtal i arbetet med patienter och anhöriga

Syftet med studien var att undersöka vad kuratorer inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i praktiken gör vid stödjande samtal med patienter och anhöriga. Tematisk analys valdes som bearbetningsmetod för att urskilja och beskriva återkommande mönster i de transkriberade intervjuerna. Urvalet var strategiskt relaterat till professionstillhörigheten kurator och bestod av 3 män och 8 kvinnor.

Studiens resultat visade att det centrala i det stödjande samtalet var att kuratorerna lyssnade på, fick en uppfattning om vad ungdomarna behövde för att därefter välja hur de samlat skulle hjälpa dem. Studien visade att kuratorerna i samtalet använde sig av ett integrerat arbetssätt med olika psykologiska teorier och modeller. Vidare använde kuratorerna icke styrande öppna frågor för att utforska patientens problem, vilket kunde knytas till grundläggande samtalsmetodik. Det handlade om att ställa öppna, utforskande frågor så att kuratorn fick ta del av patientens och anhörigas beskrivningar av lidandet och de vardagsproblem som det bar med sig. Den här studien påvisade att kuratorn i det stödjande samtalet ville undvika att påverka eller styra. I åtgärden integrerades grundläggande samtalsmetodik med aspekter från olika psykologiska teorier och metoder samt kuratorns arbets- och livserfarenheter. Att kuratorn använde sina livserfarenheter aktivt i mötet med patient och anhörig är unikt om professionen jämförs med exempelvis psykologer eller läkare. Kuratorer inom BUP gjorde följande när de hade stödjande samtal med patienter och anhöriga:

- De skapade förtroende och tillit mellan behandlare, patient och anhörig.
- De synliggjorde och bekräftade patientens psykiska lidande och de vardagsproblem som var knutna till deras svåra situation.
- De integrerade sina arbets- och livserfarenheter i mötet med patient och anhörig.
- De hade en pragmatisk hållning till psykologisk teori.
- De ingav hopp om förbättring av patientens psykiska lidande och vardagsproblem.

Artikel III. Professioner, makt och samverkan mellan myndigheter – socialtjänstens, skolans och BUP:s arbete med ungdomar som inte går till skolan

Syftet med studien var att undersöka hur myndigheterna skola, socialtjänst samt barn- och ungdomspsykiatri samverkade i arbetet med ungdomar som inte går till skolan. Det empiriska materialet utgjordes av 12 kvalitativa intervjuer med 5 enhetschefer från BUP, 3 sektionschefer från socialtjänsten och 4 rektorer från grundskolan i 3 kommuner i Västsverige. När det gällde urvalet var 3 av deltagarna män och 9 var kvinnor. Urvalet var ett så kallat strategiskt urval i relation till professionstillhörighet, det vill säga socionomer, pedagoger och psykologer, och att deltagarna var chefer inom sina respektive verksamheter. Bearbetningen och analysen av intervjuerna gjordes med tematisk analys med syftet att upptäcka och redogöra för regelbundna mönster i de transkriberade intervjuerna.

Resultatet i studien visade att det i samverkan fanns strukturer som gav mandat och beslutanderätt inom en verksamhet som var baserad på professionstillhörighet, i studien kallad interprofessionell makthierarki. Det fanns också strukturer mellan verksamheterna i samverkan, som gav olika mandat och beslutanderätt baserad på just verksamhetstillhörighet, i studien kallad intrasektoriell makthierarki. Båda formerna av makthierarkier hade ett negativt inflytande över möjligheterna att i samverkan optimera hjälpen till ungdomarna. Studien visade att parterna bör utveckla en gemensam kunskapsbas som är en kombination av det pedagogiska, sociologiska och psykiatriska perspektivet. Den gemensamma kunskapsbasen visade sig kunna minska risken för maktobalans mellan parterna. En viktig frågeställning som studien genererade var i vilken utsträckning samverkan mellan skola, socialtjänst och BUP kring ungdomar som inte går till skolan resulterade i en medikalisering av sociala problem. Ett exempel på det är att socionomer inom socialtjänsten efterfrågade utbildning i psykiatrisk diagnostik.

En central slutsats i studien var att en optimering av hjälpen till ungdomarna genom samverkan krävde jämvikt i maktbalansen mellan de olika professionerna som var involverade i arbetet. Jämvikten i maktbalansen handlade både om verksamheter och om professioner. Resultatet visade att framför allt personal från skolan upplevde sin suveränitet hotad då BUP bestämde vad som skulle göras, exempelvis om barnet skulle utredas eller inte.

Artikel IV. Psykiatisering som kulturmönster – ett utkast till sociokulturella studier av psykisk hälsa

Delstudie ett visar att ungdomar som inte går till skolan, när de väl kommer till BUP, snabbt och i stor omfattning får olika diagnoser samt blir föremål för behandling med läkemedel. Delstudie tre om samverkan mellan myndigheter visar samtidigt att både skolan och socialtjänsten tycks vara benägna att anamma en medicinsk psykiatrisk förståelse av de skolkande ungdomarnas utsatthet. Förståelsen av deras problem blir därmed medicinsk och en fråga i sammanhanget är om de kanske i stället är av mer social art.

Utgångspunkten för artikel fyra är att förståelsen av människors existentiella lidande och sociala svårigheter, deras psykiska hälsa, domineras för mycket av psykiatrins språkstil och verklighetsuppfattning (Speed, Moncrieff & Rapley, 2014; Horwitz & Wakefield, 2012). Utgångspunkten är också att hjälpen till dessa människor i dag är för psykiatrisk med ett alltför ensidigt fokus på diagnoser och läkemedelsbehandling (Frances, 2014). Både förståelsen av och hjälpen till människor med psykisk ohälsa uppfattas ha psykiatiserats i för stor omfattning. Samtidigt under 2000-talet har motkrafter till den psykiatriska dominansen blivit alltmer marginaliserade (Bentall, 2009). Mot bakgrund av den här utvecklingen är tanken med artikeln att sociokulturella studier av psykiatri kan etablera kunskap som öppnar upp möjligheten att förståelsen av människors existentiella lidanden och sociala svårigheter kan återföras till det vardagsliv där de levs. Ambitionen är också att kunskapen från sociokulturella studier av psykiatri kan vara en del i utvecklingen av hjälpen till människor med lidanden och svårigheter, så att den finner nya vägar från sjukvården till något annat (Coopmans, 2014; Geertz, 1983; Fleck, 1979). Syftet med artikeln är att presentera några teoretiska resonemang, kunskapsteoretiska utgångspunkter och forskningsfrågor som kan användas vid framtida sociokulturella studier av psykisk hälsa. Psykiatiseringen, betraktad som ett kulturmönster, erbjuder en schablon, ett mönster, en blåkopia med vilken sociala och psykologiska processer kan organiseras.

Resultatet visar att vid sociokulturella studier av psykisk hälsa med ambitionen att problematisera den psykiatriska kategoriseringen och förståelsen av existentiellt lidande och sociala svårigheter, blir det centralt att studera just den psykiatriska vetenskapens och kliniska praktikens inre logik och yttre beröringspunkter. Resultatet visar också att en undersökning av psykiatisering som kulturmönster innebär att analysera hur psykiatrins moraliska och kunskapsmässiga dimensioner är relaterade till varandra. Sociokulturella studier av psykisk hälsa, med psykiatrin som dominerande aktör, omfattar också att undersöka hur det som kallas vetenskapliga fakta utvecklas inom psykiatrin. Det

innebär också att analysera hur psykiatrin är kopplad till vardagliga, tekniska, sociala, politiska och ekonomiska förhållanden.

Diskussionen visar att psykiatriseringen som kulturmönster betraktas som en distinkt karta över en problematisk social verklighet och en matris för att skapa kollektivt medvetande. Det blir då viktigt att undersöka beskaffenheten av de ontologiska, epistemologiska, vetenskapliga, ideologiska och estetiska aspekter som formar psykiatrin som vetenskap och klinisk verksamhet. Det blir angeläget att beskriva kopplingar mellan vetenskap, moral och estetik (Reid & Traweek, 2000; Geertz, 1983) Med sociokulturella studier av psykisk hälsa kan avslutningsvis en bredare kunskap om människors existentiella lidande och sociala svårigheter utvecklas. Genom att analysera psykiatrins inre logik och yttre beröringspunkter skapas kunskap som kan användas för att finna sätt att förstå och hjälpa människor med psykisk ohälsa bortom psykiatrins snabba lösningar med diagnoser och läkemedel. Den nya kunskapen kan öppna upp möjligheten att förståelsen av människors existentiella lidanden och sociala svårigheter kan återföras till det vardagsliv där de levs (jfr Paris, 2015; Gøtzsche, 2015; Burri & Dumit, 2007).

5. Diskussion

I den här diskussionen genomförs en kritisk och problematiserande granskning av hjälpen till ungdomar som inte går till skolan. Det görs inledningsvis genom att beskriva kritiska moment i barn- och ungdomspsykiatriens (BUP) hjälp till skolkaren. När så varken skola, socialtjänst eller BUP klarar av att på egen hand hjälpa ungdomarna, blir samverkan mellan de tre myndigheterna aktuell. En viktig kritisk fråga blir då om samverkan verkligen görs för patientens bästa eller om det finns andra intressen som den kan tillfredsställa. Vidare diskuteras relationen mellan lagstiftningen som bestämmer att samverkan ska genomföras och det praktiska arbetet för att hjälpa ungdomar som inte går till skolan. Diskussionen fortsätter sedan med aspekter som berör de professioner som är verksamma i hjälpen till skolkaren. Fokus här är professioners handlingsutrymmen och konkurrens om mandat mellan dem, vad som kännetecknar de yrkes- och organisationshierarkier som framträder i arbetet samt hur myndigheterna kommunicerar i det gemensamma arbetet. Vidare förs resonemang om BUP:s starka mandat i hjälpen till skolkaren. Aspekter kopplat till socionomens arbete och roll relaterat till de andra professionerna i hjälpen till ungdomarna lyfts fram. Här förs det resonemang om socionomens systemperspektiv jämfört med en mer psykiatrisk förståelseram. Vidare diskuteras hur socionomen har en utmaning i att bevara sitt systemperspektiv i sjukvårdens hierarki samt på vilket sätt alliansen med de skolkande ungdomarna är central. I diskussionens slutsats samlas trådarna ihop, samtidigt som teoretiska aspekter av medikalisering relateras till avhandlingsprojektets syfte, som ju var att undersöka karaktären på samt kritiskt granska det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan.

Vilken hjälp får ungdomarna som inte går till skolan när de öppenvårdas på BUP?

Vad finns det då för kritiska och problematiska moment i BUP:s hjälp till skolkaren? Avhandlingsprojektet visar att behandlare fattar instinktiva och snabba val av diagnoser och behandlingsåtgärder samt att det finns brister i uppföljningen av behandlingsåtgärder (delstudie ett). Det visar också att det på BUP förskrivs en anmärkningsvärd stor mängd läkemedel till skolkaren utan att ta hänsyn till andra behandlingsåtgärder. Projektet visar också att ju längre du öppenvårdas på BUP som skolkare, desto mer tycks tiden försvåra ett tillfrisknande (Ek & Eriksson, 2013; Socialstyrelsen, 2009a, 2009b). Det är viktigt att ställa frågor kring vad det här kan få för konsekvenser för ungdomarna. De långa vårdperioderna kan leda till ett utdraget psykiskt lidande, samtidigt som ungdomarnas möjligheter att fullfölja skolgången försämras. Den utdragna vårdperioden kan också skapa andra och nya symptom som i sin tur ger nya

diagnoser och med det hamnar ungdomarna i en ond cirkel och sviktar i tilltron till att BUP kan klara av att hjälpa dem att lösa sina problem (delstudie ett). Det här avhandlingsprojektet beskriver så kallade diagnos- och behandlingskarriärer som indikerar att ungdomarna över en längre period, en vårdkarriär, får en relativt stor uppsättning diagnoser och behandlingar. Det anmärkningsvärda med skolkarens diagnos- och behandlingskarriärer är deras splittrade och heterogena särart. En central kritisk fråga blir i sammanhanget hur BUP framigenom ska kunna utveckla en mer samlad och homogen praktik. En annan viktig fråga är om den framtida praktiken verkligen ska vara så ensidigt inriktad på diagnosättning och behandling med läkemedel eller om det finns andra vägar med mer helhetssyn för att hjälpa ungdomar som skolkar när de kommer till BUP.

Är det ungdomarna som samverkan är till för?

När varken skola, socialtjänst eller BUP ensamma klarar av att hjälpa skolkaren ska de alltså samverka för att hjälpa till att lösa hans problem. Detta trots otillräckligt forskningsstöd för de förutsatta goda effekterna samt att befintlig forskning visar på en mängd misslyckade samverkansprojekt och samverkansproblem (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Willumsen, 2008, 2006). Samverkan ska tjäna brukaren och gör den inte det, menar Axelsson och Bihari Axelsson (2007) att den helst ska undvikas. De menar också att samverkan kan göras med andra intentioner än det som är bäst för brukaren. Det kan knytas till Meyer och Rowan (1977) som skriver att organisationer assimilerar myter, som exempelvis att det finns ett egenvärde i att samverka för att vinna legitimitet, resurser och stabilitet.

En fråga kopplad till det här avhandlingsprojektet är vilken av myndigheterna som har mest att vinna på samverkan kring skolkaren. Beträktat från ett resursperspektiv kanske både skolan och socialtjänsten ser ekonomiska fördelar med att samverka med BUP som resursstark specialistsjukvård i landsting (Blomqvist, 2012). Beträktat ur ett professionsperspektiv kanske socionomerna i socialtjänsten tjänar mest makt, mandat och legitimitet på att genom samverkan försöka assimilera förståelseram och handlingsutrymme från BUP (jfr Fosse, 2007;). Delstudie tre visar att det finns missnöje om hur samverkan för att hjälpa skolkaren utformas. Mötena blir ofta stora med många representanter från de olika myndigheterna tillsammans med anhöriga och ungdomarna själva. Det gör både att arbetet blir svårt att överblicka och att beslut blir svåra att fatta (delstudie tre). Mot den här bakgrunden och relaterat till att samverkan är lagstadgad, finns det en risk att mötena blir ett spel för galleriet i vilka individuella planer produceras och att de blir ett alibi för att samverkan är genomförd trots att planerna inte påverkar hur hjälpen till ungdomarna utformas (delstudie tre). Här är ett exempel på hur lagstiftning och riktlinjer i sig kanske

inte alltid får någon konsekvens för praxis och arbetet med ungdomarna. De olika myndigheterna står relativt fast i sina förståelseramar, sina gamla lagar och sina handlingsutrymmen. Och det krävs en stor insats för att dessa riktlinjer och ny lagstiftning ska påverka professioners handlingsutrymmen och gränserna mellan myndigheternas områden. Det kanske inte bara krävs interorganisatorisk samverkan mellan myndigheter för att hjälpa skolkaren. Det kanske i stället krävs en intraorganisatorisk förändring i vilken myndigheter på olika nivåer går ihop och bildar en ny myndighet för att hjälpa ungdomar med psykisk ohälsa (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; 2006; Glendinning, 2003).

Olika värderingar och organisationskulturer

Idén om samverkan präglas och behärskas av idén om konsensus. Konsensustänket kan leda till att representanter från en myndighet kan influeras av förståelseram och handlingsförslag från en annan myndighet. Det kan leda till att representanten nästan helt övertar den andra myndighetens logik, samtidigt som den i mindre utsträckning än tidigare använder sin egen. Det kan leda till att jämvikten mellan de olika perspektiven förskjuts till förmån för en som får större utrymme. Det finns mot bakgrund av kontextuell komplexitet och osäkerhet i samverkan, en risk att arbetet motverkar helhetsperspektivet och snarare inriktas mot att en enskild tongivande logik (ideologi) vinner tolkningsföreträde (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Huxham & Vangen, 2005; delstudie tre). Ett exempel på det är att det psykiatriska perspektivet vinner tolkningsföreträde över socialtjänst och skola. Delstudie tre visar att kontextuell komplexitet i samverkan medför en osäkerhet om vilken förståelseram som gäller, vilka handlingsalternativ som ska användas och hur insatserna för att hjälpa ungdomarna ska utvärderas. Parterna kommer från skilda fält med olika logiker men också med olika värderingar och organisationskulturer. Exempelvis kan företrädare från en av de tre myndigheterna inför samverkansmöten ha en bestämd uppfattning om hur behandlingen ska se ut. Blir inte utfallet enligt förväntan, kan det resultera i att just dessa företrädare med kollegor i den egna organisationen pratar nedlåtande om företrädare från de andra myndigheterna. Det kan i sin tur leda till en negativ spiral som handlar om oönskade attityder och bemötande mellan de olika representanterna på samverkansmötena (delstudie tre).

Professioners handlingsutrymmen

Om samverkan för att hjälpa skolkaren talas om i termer av professioners handlingsutrymmen som finns inom människobehandlande organisationer, ger det möjligheter för de verksamma att använda yrkesspecifika förklaringar och bedömningar av ungdomars svårigheter. Det ger även de yrkesverksamma utmaningar eftersom de behöver ha förmågan att göra självständiga bedömningar om vad som kan vara en lämplig åtgärd för att hjälpa skolkaren

(Lipsky, 2010, 1980). En central tendens i det här avhandlingsprojektet tycks vara att både skolans och socialtjänstens professionella handlingsutrymme tycks vara starkt influerat av de yrkesspecifika förklaringar och bedömningar som används inom BUP. Kan det vara så att skolans pedagogiska och socialtjänstens sociala perspektiv av de båda representanterna inte uppfattas ge förmågan att korrekt förstå och hjälpa ungdomarna? Kan det också vara så att skolans och socialtjänstens representanter uppfattar att de får utökat handlingsutrymme genom att använda det psykiatriska perspektivet på ungdomarnas problem? Inom de människobehandlande organisationerna används olika teknologier i arbetet med klienter och patienter (Lipsky, 2010, 1980). Det finns en risk att de ungdomar som har komplicerade livssituationer blir fragmentiserade och begränsade till just en specifik förståelse av problemet som knyts till en av de möjliga myndigheter som kan hjälpa dem. De blir klienter, patienter, brukare eller deltagare, beroende på var hen befinner sig och vilken teknologi som anses möjlig att använda för att lösa det aktuella problemet (Johansson, 1992; delstudie tre). Ett viktigt resultat i det här avhandlingsprojektet är att hjälpen till skolkaren blir bättre om de olika myndigheterna har samma mandat och utrymme vid möten för att hjälpa ungdomarna (delstudie tre).

Inom BUP är utrednings- och behandlingsarbete de centrala teknologierna som används i arbetet med ungdomar (jfr Lipsky, 2010, 1980). Exempel på teknologier inom BUP är stödjande samtal, läkemedelsbehandling, kognitiv beteendeterapi och psykodynamisk terapi (delstudie ett). Inom en myndighet, som exempelvis BUP, kan det förekomma diskussioner mellan de professionella om vem som har rätt kompetens att utföra olika arbetsuppgifter (delstudie tre). Det här avhandlingsprojektet visar att det inte sällan visar rivalitet om handlingsutrymmet mellan psykologer och kuratorer eller mellan psykologer och läkare. Det här är ett exempel på hur intern konkurrens mellan professioner kan påverka samverkan mellan de myndigheter som ska hjälpa skolkaren (delstudie tre). Det förekommer också extern konkurrens mellan skola, BUP och socialtjänst i vilken BUP och det psykiatriska perspektivet på skolkarens problem dominerar. Det kan jämföras med Blomqvists (2012) diskussion om handlingsutrymme och att verksamma, speciellt från BUP, har stora mandat att fatta beslut i samverkan.

Socialtjänstens önskan om mer kunskap om psykiatrisk diagnostik kan ses som en slags likriktning, där verksamheterna anpassar sig efter varandra, vilket kan ske inom organisatoriska fält. Denna likriktning blir ett exempel på normativ isomorfism (DiMaggio & Powell, 1983) och är inte ovanlig i olika organisatoriska fält (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015). Likriktning kan påverka samarbetet mellan verksamheterna genom att de från början olika uppdragen som skola, socialtjänst och BUP har, görs mer enhetliga, det vill säga det unika i varje myndighets arbete kan vattnas ur. Skolans pedagogiska, socialtjänstens sociala

och BUP:s psykiatriska perspektiv möts i samverkan och den röst som dominerar resonemang och val av lösningar är BUP:s.

Avhandlingsprojektet visar i det här sammanhanget att det i konkurrensen mellan professioner och synsätt sker en likriktning i vilket det psykiatriska perspektivet dominerar i för stor omfattning. Det uttrycks en önskan om att BUP ska vara en av kuggarna i samverkan och inte det nav kring vilket allt ska kretsa (delstudie tre). Likriktningen skulle kunna leda till att verksamheterna inriktar sig på endast en teknologi, den medicinska med exempelvis utredning och behandling och att det pedagogiska och sociala perspektivet inte ges det utrymme som kan vara centralt för att hjälpa ungdomarna i deras livssituation (jfr Lipsky, 2010, 1980). En viktig fråga i anslutning till detta är om det kan resultera i att socionomens systemperspektiv och mandat försvagas både på BUP och inom Socialtjänsten. BUP, skola och socialtjänst styrs av olika regulativa logiker, det vill säga olika lagstiftningar och skilda förordningar, vilket kallas för tvångsmässig isomorfi (DiMaggio & Powell, 1983; delstudie tre). Den tvångsmässiga isomorfin är bland annat till för att skydda patienternas och klienternas personliga integritet och säkerhet, men den påverkar också möjligheterna att dela information om samma brukare mellan olika myndigheter, vilket kan påverka samverkan negativt.

BUP:s dominans i samverkan för att hjälpa skolkaren påverkar också skolans handlingsutrymme. Elevhälsan har i uppdrag att både utreda och hjälpa dem som har problem med sin skolgång. Det som kan ske med BUP:s dominans är att skolan blir en renodlad utredningsenhet inför ungdomarnas debut på BUP. Skolan tappar här sitt mandat att genomföra en pedagogisk och social intervention för att hjälpa dem. I stället blir det BUP som med sina teknologier i form av behandling med exempelvis läkemedel försöker hjälpa ungdomarna att komma tillbaka till skolan (delstudie ett). En central del i samverkan mellan myndigheter i arbetet med ungdomarna kan därför vara aktiviteter på olika nivåer samtidigt, exempelvis på individ-, grupp- och samhällsnivå (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015; Widmark, 2015; Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, 2013). BUP, skola och socialtjänst arbetar även i skilda institutionella miljöer som befinner sig i en outtalad hierarki kopplad till mandat att definiera vad som är problemet för skolkaren samt hur problemet ska lösas (delstudie tre). Exempelvis BUP behöver inte ta hänsyn till socialtjänstens interna beslut att ungdomarna behöver psykiatrisk utredning, utan BUP kan bedöma att de kan vänta med barn- och ungdomspsykiatriska insatser oavsett om socialtjänsten vidmakthåller motsatsen. BUP är här placerad över socialtjänsten i den tysta rangordning som man kan säga att välfärdens myndigheter bildar (delstudie tre).

Från systemperspektiv till neuropsykiatri

En central teknologi som får allt större utrymme och som uppfattas ha hög status är att läkare och psykologer genomför så kallade neuropsykiatriska utredningar (delstudie ett). Med dessa kan socionomerna på BUP få en mer marginell och underordnad position. Det har i sin tur lett till att socionomerna som profession mobiliserat önskan om vidareutbildning i psykiatri, diagnoser och behandling (delstudie tre). En annan del i socionomernas mobilisering som profession har den 7 juni 2018 lett fram till införandet av legitimation för socionomer inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2014; Wingfors, 2004). Socialstyrelsens (2014) förslag på utbildning som leder till legitimerad hälso- och sjukvårdsskurator eller hälso- och sjukvårdssocionom innehåller vad som beskrivs vara ett biopsykosocialt synsätt som innebär att man anammar ett perspektiv som kombinerar biomedicinskt, systemiskt och individuellt perspektiv. Viktiga delar anses vara sjukdomshistoria och diagnostik kopplade till de olika behandlingsformer som beskrivs ha evidens inom psykiatrin. Detta kan resultera i att socionomens mandat stärks inom psykiatrin. Det kan också resultera i att socionomen tappar sitt grundperspektiv, som är socialt arbete, och i stället fokuserar på det medicinska paradigmet som i sin tur förstärker den psykiatriska dominansen som redan finns i dag (delstudie tre).

BUP:s autonoma auktoritet

BUP:s dominans i hjälpen till skolkaren vid samverkan innebär att de beslut som fattas om diagnoser och behandlingar i verksamheten för det första får stor inverkan på ungdomarna och deras anhöriga, men dominansen tycks också få konsekvenser för de två andra myndigheternas sätt att uppfatta och förstå de problem som de har. Det stora handlingsutrymme gör det möjligt för BUP att i vissa fall antingen delta i samverkan eller att argumentera för att ungdomarna hjälps bäst inom BUP och att det är den psykiatriska insatsen som är mest relevant. Här visar sig att BUP har en autonom auktoritet i samverkan som varken skola eller socialtjänst har. Och det sätt på vilket BUP hanterar sitt omfattande organisatoriska handlingsutrymme och autonomi tycks ha stor betydelse för hur samverkan mellan verksamheterna och föräldrarna utformas.

En annan aspekt, som springer ut från BUP:s autonomi och som Germundsson (2011) tar upp, är bristande återkoppling mellan verksamheterna, som resulterar i frustration sinsemellan. Resultatet från delstudie tre påvisar missnöje över att BUP inte erbjuder behandling i den omfattning som skolan ansett ungdomarna vara i behov av. Den typen av missnöje och brister i kommunikationen kan resultera i konflikter mellan de två verksamheterna. Germundsson (2011) beskriver att det är viktigt med kontinuerlig återkoppling mellan verksamheterna för att undvika missnöjet.

Socionomens identitet i sjukvårdens hierarki

Socionomerna kan nyansera den ensidiga medicinska kulturen inom BUP (Framme, 2014; Bailey & Liynage, 2012). Samtidigt präglas specialistsjukvård, som ju BUP är en del i, av en strikt hierarkisk organisering av de olika yrken som arbetar med patienter. Och i det dagliga arbetet finns ett ofta outtalat krav på de olika yrkena att både över- och underordna sig i den gängse hierarkin. För socionomens del och dennes arbete på BUP kan den här hierarkiska strukturen leda till en förlust av den professionella identitet som förutom fokus på symptom också beaktar patientens totala livssituation (Carpenter m.fl., 2003; Onyett, Pillenger & Muijen, 1997). På så sätt blir det möjligt att förstärka systemperspektivet i de flerprofessionella teamens arbete med patienter (Carpenter m.fl., 2003). De socionomer som är verksamma inom hälso- och sjukvården i Sverige har sin teoretiska referensram inom socialt arbete. Och huvuddelen av det psykosociala arbetet består av behandlingsmodeller som har ”en systematisk positiv påverkan i individers och grupperas problemskapande processer” (delstudie två). Andersson m.fl. (2016) skildrar individer med svåra psykiska problem ur olika perspektiv. Författarna delar in vardagslivsstudier med utgångspunkt i ett psykosocialt, ett existentiellt och ett neuropsykologiskt perspektiv där olika synsätt av vardagslivet betonas. De påtalar vikten av att psykiatrin har kvar sina socionomer, eftersom de har ett holistiskt synsätt på individernas komplexa liv (delstudie två). Kopplat till det här avhandlingsprojektet kan socionomen ses som en motkraft till en viss del av den psykiatrisk-medicinska dominansen i försök att hjälpa ungdomar som inte går till skolan (delstudie tre; delstudie ett).

Arbetsallians med skolkaren

Vid en kritisk granskning av den sammantagna hjälpen till ungdomar som skolkar blir en del tendenser synliga som kan kopplas till socionomens yrkesroll och mandat. Sewpaul och Jones (2003) menar att socionomens arbete handlar om att hjälpa brukaren utveckla egenmakt (*empowerment*) så att de själva kan få möjligheter att bestämma över sina liv och minska effekterna av personliga och sociala hinder (delstudie två). En central del i funktionen som socionomerna på BUP haft handlar just om samverkan, och det både internt och externt som exempelvis när det handlar om att hjälpa skolkaren (delstudie tre). Vad kan det då vara för speciell kompetens som krävs för att etablera och vidmakthålla god samverkan som verkligen hjälper ungdomarna? Oberoende av symptom, diagnoser och behandlingar så tycks en insats vara central i hjälpen till dem och deras föräldrar och den handlar om att skapa tillit och trygghet i mötet med BUP (delstudie två). Det handlar om socionomens kompetens att utveckla en allians med patienter och anhöriga. Den terapeutiska alliansen är inget entydigt begrepp, dock är de flesta forskare eniga om att alliansen innefattar två delar: dels en affektiv relationell aspekt som uppträder med känslomässiga band och

anknytningen mellan den professionelle och klienten, dels samarbetet vilket innebär en överenskommelse mellan klient och professionell kring mål och medel (Holmqvist, 2008; Kåver, 2011; delstudie två). Socionomerna i avhandlingsprojektet beskriver betydelsen av att både anhöriga och ungdomar utvecklar kunskap om den svåra situation de befinner sig i (delstudie två). Den här kunskapen beskrivs också vara en viktig komponent i hjälpen till ungdomarna och speciellt i ambitionen att inge hopp om en bättre framtid hos både dem och deras anhöriga (delstudie två). Kuratorerna beskriver också ”det värdefulla lyssnandet” som en central del i att utveckla allians med ungdomarna som skolkar. De menar att det är viktigt att beakta sin egen maktposition i mötet med dem, vilket kräver stort fokus på att som professionell vara ödmjuk (delstudie två). Kanske är just den respektfulla ansatsen, i vilken brukaren ses som expert på sina problem, något unikt för socionomerna som profession. Om socionomer jämförs med psykologer och läkare så har de senare en lite annorlunda roll i vilken en central ambition är att vara en auktoritet och expert både på patienten och på hans eller hennes problem (delstudie två; delstudie tre). Det kan jämföras med ambitionen att det inte bara är den professionelle expertens perspektiv på brukarens problem som gäller utan att utgångspunkten för arbetet blir brukarens vardagsproblem (jfr Tjersland, Engen & Jansen, 2011). Socionomen skulle kunna göra det möjligt för BUP att anlägga ett helhetsperspektiv på ungdomarnas problem med att inte gå till skolan. Med hjälp av det sociala arbetet skulle socionomen kunna bidra till att fokus är på deras livssituation och att de inte reduceras till en diagnos som ska hanteras med läkemedel (delstudie två).

Systemperspektiv och en psykiatrisk förståelseram

Olsson (1999) menar att yrken inom socialt arbete av många inte betraktats som äkta professioner i jämförelse med exempelvis läkarprofessionen. Yrkesgruppen socionomer ingår i stället i gruppen semiprofession, som enligt Brante (2009) är en yrkesgrupp som har lägre autonomi i förhållande till andra etablerade professioner. Hur kan då socionomen utveckla sin professionella tyngd om det knyts till avhandlingsprojektet? Två tendenser framträder här. Den första är kopplad till socionomerna på BUP, som använder en behandlingsform som kallas stödjande samtal. Inom BUP ses den ofta som en oklar metod, men socionomerna i det här avhandlingsprojektet menar att den fungerar väl generellt sett (delstudie ett; delstudie två; Holmqvist & Foldemo, 2013). Den andra tendensen går i motsatt riktning, från systemperspektivet på ungdomarnas problem till ett mer snävt psykiatriskt perspektiv på deras skolk. I delstudie tre om samverkan mellan myndigheter kring skolkaren visar det sig att socionomen från socialtjänsten har en ambition att använda samma förhållningssätt som läkarna och psykologerna när de talar om ungdomarna. Socionomen vill lära sig diagnoser och mer psykiatriska behandlingsmetoder (delstudie tre). Kanske handlar det här om socionomens ambition att gå från semiprofession till att bli en äkta profession

(Brante, 2009). Vidare menar Brante (2009) att utbildningen för semiprofessioner är mer tvärvetenskaplig än specialiserad. Samtidigt visar Liljegren (2008) att semiprofessioner är yrkesgrupper som inte lever upp till den idealtypiska, väl avgränsade och subspecialiserade bilden av professioner (Brante, 2009). En viktig fråga blir då om inte socionomen har en central styrka, jämförd med andra professioner och perspektiv, i att inte vara helt avgränsad och specialiserad som profession. Kanske kan det vara så att bredden och helhetssynen är mycket optimal i samverkan om skolkarens bästa är för ögonen. Socionomen inom BUP har möjligheten att använda ett kombinerat system- och psykiatriperspektiv i hjälpen till ungdomarna. Ungdomarna får då hjälp som mer bygger på helhetssyn, som dels omfattar diagnos och psykiatrisk behandling, dels hjälp att klara av vardagslivets utmaningar (delstudie två). Som kliniker kan jag se att det kan finnas en risk med den nuvarande utvecklingen i vilken socionomen på BUP som går i pension ersätts med en sjuksköterska som oftast har ett begränsat ansvar för att följa upp läkemedelsanvändning. Risken handlar om att ungdomars problem i vardagslivet alltför snabbt placeras på BUP och börjar förstås med en psykiatrisk förståelseram (delstudie fyra).

Exempelvis innefattar socionomens centrala arbetsuppgift att styra upp samverkansmöten både inom och utanför organisationen. Att utveckla socionomen till en väl avgränsad profession kan utarma helhetsperspektivet på de problem som yrket ska avhjälpa. De nya hälso- och sjukvårdssocionomerna kan med sin legitimation bli ytterligare en paramedicinsk grupp som strävar efter att bli så biomedicinsk som möjligt. Det finns då en risk att socionomernas breda arbetsområde, som i dag omfattar individ-, grupp- och samhällsnivå, landar på att enbart handla om individnivå. De arbetar i olika verksamheter, som skola, socialtjänst barn- och ungdomspsykiatri och med olika logiker och teknologier (Lipsky, 2010, 1980; Schierenbeck, 2003).

Skolan och ungdomar som skolkar

Dagens socionomer inom skolan har kompetens för att arbeta brett. Arbetet är både förebyggande och behandlande och sker ofta på individnivå men även på grupp- och organisationsnivå (Isaksson, 2016; D-Wester, 2005). Exempel på arbetsuppgifter är kartläggning av elevernas skolsituation och sociala situation, samtal med elever i grupp, föräldrar, mentorer, handledning av personal, arbete med grupper och klasser. Detta arbete förbättrar stämningen och ger i sin tur eleverna ett bättre studieklimat (Isaksson, 2016; D-Wester, 2005). En viktig fråga att ställa mot bakgrund av studierna i det här avhandlingsprojektet är om socionomen i skolan är på väg mot en smalare funktion som enbart kommer att innebära att genomföra basutredningar för BUP och att BUP sedan tar över. En viktig fråga blir också om skolkuratorn skulle kunna ha en annan mer omfattande roll i hjälpen till de skolkande ungdomarna. En annan fråga är om och hur

ungdomarna skulle kunna få all hjälp de behöver från skolan och socialtjänsten och att BUP enbart kommer in när det verkligen visar sig vara psykiatrisk problematik som är orsaken till problemen. Det tycks alltså vara så att det psykiatriska perspektivet på skolkaren också dominerar i skolan. Det är inte anmärkningsvärt då skolan får extra resurser till att hjälpa ungdomar med problem enbart om de har en diagnos (Jakobsson, 2002).

6. Slutsatser

Det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan präglas av en psykiatisering av skolkaren

Handlar avhandlingen om något mer än vad de enskilda studierna berättar om BUP:s, skolans och socialtjänstens arbete med ungdomar som inte går till skolan? Ja, på ett mer kontextuellt plan kommer avhandlingen att berätta något om komplexiteten i alla de tre myndigheternas och de olika professionernas arbete med att hjälpa dem. På det kontextuella planet tycks makt, mandat, status och språkstilar ha stor inverkan på den sammantagna insatsen. Här går det att se hur BUP:s, skolans och socialtjänstens sammantagna hjälp till ungdomarna formar det institutionella omhändertagandet av dem. Och det är ett institutionellt omhändertagande som domineras av den psykiatriska konceptualiseringen av skolkaren som rymmer diagnos och läkemedelsbehandling som primära hjälpinsatser. Avhandlingen beskriver därmed, lite vid sidan om de enskilda artiklarna och på ett mer kontextuellt plan, hur det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan domineras av en psykiatisering av skolkaren.

I den här avhandlingen används alltså begreppet institutionellt omhändertagande med följande innebörder:

1. De myndigheter som är engagerade i hjälpen till utsatta människor,
2. de lagar och instruktioner som myndigheterna har att följa,
3. de professioner som är verksamma inom myndigheterna,
4. relationer mellan myndigheter kopplat till tankestilar som innebär sätt att förstå och beskriva de utsatta människor som omfattas av det institutionella omhändertagandet,
5. i relationer mellan myndigheter har professionerna med användningen av skilda språkstilar olika grader av makt och mandat.

Vad karakteriserar då det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan? Avhandlingsprojektet har funnit åtminstone en central omständighet och den är en psykiatisering av skolkaren. I den här avslutande diskussionen görs ett försök att knyta an avhandlingens delstudier till teoretiska aspekter kopplade till begreppet psykiatisering.

En del forskare menar alltså att förståelsen av människors existentiella lidanden samt sociala svårigheter, deras psykiska hälsa, domineras för mycket av psykiatrins språkstil och verklighetsuppfattning (Speed, Moncrieff & Rapley, 2014; Horwitz & Wakefield, 2012). De menar också att hjälpen till dessa

människor i dag är för psykiatrisk med ett alltför ensidigt fokus på diagnoser och läkemedelsbehandling (Frances, 2014). Både förståelsen av och hjälpen till människor med psykisk ohälsa uppfattas ha psykiatiserats i för stor omfattning. Samtidigt har under 2000-talet motkrafter till den psykiatriska dominansen blivit alltmer marginaliserade (Bentall, 2009). Det här avhandlingsprojektet med fokus på skolkaren visar att förståelsen av sociala, kognitiva och existentiella svårigheter som ungdomar som inte går till skolan är bärare av, domineras av den psykiatriska tankestilen. Det är till och med så att en myndighet som socialtjänsten, vars uppdrag är att ha ett systemiskt familjeperspektiv på ungdomarnas problem, i stället utgår från och använder ett psykiatriskt perspektiv (delstudie tre). Och avhandlingsprojektet visar att till och med yrkesgruppen socionomer anammar en snäv diagnostisk och läkemedelsfokuserad ansats i arbetet med ungdomar som skolkar (delstudie tre). Det visar sig också att när väl ungdomen kommer till BUP så sker en snabb, och ibland utan psykologisk utredning, kategorisering av lidandet eller svårigheterna med psykiatrisk terminologi i form av en diagnos (delstudie ett). Därefter förskrivs läkemedel som behandling av skolkaren. Den här beskrivningen av vad som sker med ungdomar som inte vill gå till skolan är ett exempel på vad som kan kallas psykiatisering av vardagliga livshändelser (delstudie fyra). Det är viktigt att problematisera den här typen av psykiatisering och ställa frågor kring vilka situationer och händelser som bidragit till detta kulturmönster, som innebär att människors svårigheter i livet i allt större omfattning och allt snabbare ska lösas med en diagnos och läkemedel (Horwitz & Wakefield, 2012; delstudie fyra).

Psykiatisering av skolkaren innebär att upplevelser och erfarenheter som ungdomarna har i vardagslivet, som handlar om sociala svårigheter och existentiella lidanden, för snabbt och i för stor omfattning placeras i ett psykiatriskt sammanhang. I stället för att se dessa svårigheters komplexitet som delar i skolkarens hela livssituation, betraktas de som avvikelser, "patologier" som kräver "diagnoser" och som också bör åtgärdas med "behandlingar" som ofta är läkemedel (delstudie fyra). Ett viktigt resultat i det här avhandlingsprojektet är alltså att förståelsen av skolkarens psykiska hälsa och ohälsa i för stor omfattning och för snabbt placeras i ett psykiatriskt sammanhang. En viktig fråga blir då i förlängningen om och hur det är möjligt att återföra förståelsen av ungdomarnas sociala svårigheter och existentiellt lidande till ett mer vardagligt sammanhang. En annan viktig fråga är om det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan, som alltså omfattas av skolans, BUP:s och socialtjänstens arbete med ungdomarna, i mindre omfattning än i dag kan utgå från en psykiatrisk tankestil (Fleck, 1979).

Psykiatiseringen av skolkaren innebär också att ungdomarnas svårigheter direkt knyts an till och börjar i individen som upplever dem. Samtidigt frikopplas de sociala svårigheterna från familjesystem och samhället som kontext (jfr Isaksson

& Törnqvist, 2017). Men problemet är inte bara en intern medicinsk angelägenhet, det kan också kopplas till mer samhällseliga omständigheter. Det finns alltså en mängd aktörer på olika positioner i samhället som blir krafter för en snäv medicinsk syn på ungdomar som inte går till skolan (Conrad, 1992; delstudie fyra). Åtminstone några centrala aktörer är läkemedelsindustrin och producenter av annan medicinsk utrustning med huvudsyftet att generera kapital åt aktieägare. Delstudien i avhandlingen som handlade om ungdomarnas diagnos- och behandlingskarriärer visar att behandling med läkemedel tenderar att bli mer och mer dominerande i den psykiatriska hjälpen till ungdomarna (delstudie ett). Andra centrala aktörer är myndigheter, och när det gäller ungdomar som skolkar så är det alltså BUP, skola och socialtjänst som ska hjälpa dem. Inom myndigheterna verkar professioner med särintressen, mandat och makt som påverkar karaktären på hjälpen till skolkande ungdomar. Studien "Professioners makt och samverkan mellan myndigheter" visar tydligt hur läkarkåren som profession och den medicinska språkstilen dominerar i samverkan mellan BUP, skola och socialtjänst, vid försök att samordna hjälpen till ungdomar som inte går till skolan. Samtidigt visar "stödande samtal" (delstudie två) hur kuratorn lyckats etablera en fungerande behandlingsform som kanske också skulle kunna vara ett alternativ till läkemedelsbehandling av skolkaren. Studien av diagnos- och behandlingskarriärer (delstudie ett) visar också hur BUP kan vara med och bidra till monopolställningen genom att ungdomarna mycket snabbt får just en diagnos och efter det, och ibland utan vidare utredning, börjar behandlas med läkemedel.

Psykiatisering kan alltså beskrivas som en process där mer vardagliga problem beskrivs och behandlas som medicinska problem (jfr Conrad, 1992). Det innebär att händelser, upplevelser och egenskaper beskrivs i termer av "abnormalitet" (Helman, 2007) och "avvikelse" (Conrad & Schneider, 1992). Det omfattar också att aspekter av livshändelser beskrivs med olika språkstilar som den psykologiska och den psykiatriska (Blech, 2006). Avhandlingen visar också att psykiatiseringen av skolkaren lett till att skolan och socialtjänsten, som är centrala aktörer i det institutionella omhändertagandet av ungdomarna, utvecklats ett beroende av den medicinska professionen med starka band till läkemedelsindustrin. Psykiatiseringen av skolkaren kan enligt Conrad (1992) vara verksam på olika nivåer:

1. en akademisk kunskapsmässig nivå på vilken vardagliga livshändelser definieras om och byter språkstil till psykiatrisk
2. en institutionell organisatorisk nivå med myndigheter, lagar, riktlinjer och myndigheters verksamheter, i vilken BUP i arbetet med ungdomarna dominerar alltför mycket vad gäller mandat att förstå och beskriva skolkarens problem samt mandat att föreslå lösningar på problemen med läkemedel

3. en praktisk nivå på vilken det institutionella omhändertagandet av skolkaren, i samverkan mellan skola, socialtjänst och BUP, i alltför stor omfattning baserar sitt arbete utifrån den psykiatriska domänens logik.

Med min praktiska erfarenhet av BUP ser jag också att en fjärde nivå kan läggas till. Den handlar om att psykiatiseringen i dag har nått så långt att den socialiserats in som en naturlig och självklar del i ungdomarnas och de anhörigas sätt att förstå de sociala svårigheter och existentiella lidanden som lett fram till att de inte går till skolan. Kanske kan man säga att det psykiatriska sättet att förstå ungdomarnas problem har kolonialiserat den mer öppna vardagliga förståelsen. Det psykiatriska har för dem själva och deras anhöriga blivit det vardagliga. Den här fjärde nivån skulle kunna vara en samhällelig kulturell nivå (jfr Geertz, 1983). På den fjärde kulturella nivån erbjuder psykiatiseringen av skolkaren en schablon, ett mönster, en blåkopia med vilken sociala och psykologiska processer kan organiseras. I det här sammanhanget kan psykiatiseringen av skolkaren användas som en distinkt karta över en problematisk social verklighet och en matris för att skapa kollektivt medvetande (Reid & Traweek, 2000; Geertz, 1983).

Psykiatiseringen av skolkaren som en process

Om de enskilda studierna i avhandlingsprojektet relateras till varandra, samtidigt som jag tar hänsyn till mina erfarenheter som terapeut på BUP och som ledamot i samverkansmöten för att hjälpa skolkaren så framträder en process. Uppenbart är att ungdomar som inte går till skolan och deras familjer inte sällan har sociala svårigheter och existentiella lidanden. Skolket kan förstås på olika sätt. Det kan vara problem i familjesituationen, problem i skolan eller avsaknad av vänner och ett socialt liv utanför just skola och familj. Den ideala situationen i hjälpen till ungdomar som skolkar visar hur skolan, om de inte själva klarar av att få tillbaka ungdomarna, kontaktar socialtjänsten för vidare utredning. Och uppfattar inte socialtjänsten att de kan hjälpa ungdomarna och familjerna så kontaktar de i sin tur BUP.

Avhandlingsprojektet visar att förutom att de olika myndigheterna jobbar på var sitt håll med att hjälpa ungdomarna så är det också ett lagstadgat krav på samarbete mellan skola, socialtjänst och BUP för att samverka kring hjälpen till ungdomarna. Tanken med samverkan är att flera olika perspektiv tillsammans ska forma en multivokal förståelse för de problem som skolkaren har som ska leda till mer helhetssyn och fungerande hjälp. Men trots att samverkansmötena består av de olika perspektiven och många olika yrkesgrupper så dominerar BUP:s medicinskt psykiatriska sätt att förstå och prata om ungdomarnas problem. Med BUP:s dominans blir de skolkande ungdomarnas väg kort från slitsamma problem i vardagslivet, med både sociala svårigheter och existentiella lidanden, till att öppenvårdas på BUP med en mängd skilda diagnoser och ett

stort antal olika behandlingsmetoder. Därmed visar sig åtminstone fyra centrala aspekter i processen som det institutionella omhändertagandet av ungdomar som inte går till skolan omfattas av:

1. När ungdomarna kommer till BUP så sker en snabb, och ibland utan psykologisk utredning, kategorisering av lidandet eller svårigheterna med psykiatrisk terminologi i form av en diagnos. Därefter förskrivs läkemedel som behandling.
2. Socionomerna, som ska ha ett mer systeminriktat synsätt med fokus på familj och relationer, tycks också ha anammat en psykiatrisk diagnostisk förståelse av ungdomarnas problem.
3. Skolan får enbart extra resurser för att hjälpa ungdomar som har problem med att klara av skolan om de har en psykiatrisk diagnos.
4. Mina erfarenheter från praxis visar att föräldrarna till ungdomarna som skolkar inte sällan önskar att deras barn utreds, får en diagnos och sedan läkemedel som kan få dem att börja i skolan igen. Kanske kan det vara så att diagnosen avlastar föräldrarna från skuld som handlar om huruvida deras sätt att vara föräldrar kan ha bidragit till att deras barn inte vill gå till skolan.

Den här beskrivningen av vad som sker med ungdomar som inte vill gå till skolan är ett exempel på en speciell form av medikalisering i vilken sociala svårigheter och existentiella problem psykiatriseras. Det som visar sig är att hjälpen till dem helt individualiseras genom att fokuseras på symptom och diagnos. Det som inte blir synligt i den här ensidiga individualiseringen är exempelvis organisatoriska och pedagogiska problem i skolan, systemproblem i familjen eller bland vänner eller brist på sociala kontakter utanför familjen (jfr Isaksson & Törnqvist, 2017). Psykiatriseringen av skolkaren kan därmed missa vidare sociala omständigheter i hans livssituation som kan ha stor betydelse för om de går till skolan eller inte. Därför är det viktigt att problematisera den här psykiatriseringsprocessen och ställa frågor kring vilka situationer och händelser som bidragit till detta kulturmönster, som innebär att människors svårigheter i livet i allt större omfattning och allt snabbare ska lösas med en diagnos och läkemedel (Horwitz & Wakefield, 2012).

Forskningsbidrag

Mot den här bakgrunden, och baserat på mina egna praktiska erfarenheter i arbetet med ungdomar som inte går till skolan, tycks det i dag vara en stor utmaning att problematisera psykiatriseringen av skolkaren. Den handlar om att etablera kunskap som öppnar upp möjligheten att förståelsen av människors existentiella lidanden och sociala svårigheter kan återföras till det vardagsliv där de levs. Och det förefaller vara en än större utmaning att utveckla hjälpen till

människor med lidanden och svårigheter, så att den finner nya vägar från sjukvården till något annat (Coopmans, 2014). Därför skulle det behövas ytterligare studier som fördjupar sig i ungdomarnas behov och vilket stöd de själva önskar för att förhindra skolk.

7. English summary

Background and aim of the thesis

Swedish Schools Inspectorate (2017) states that 2 000 pupils in secondary school are “absent from school for at least one month a year”. At the same time, it seems to be a large number of unknown cases. In the public debate and among supervisory authorities as well as in public investigations, the social phenomenon of school absence is described as an increasing problem (Swedish Schools Inspectorate, 2017; The Government’s Official Investigations, SOU, 2016:94). In Sweden, we have compulsory schooling from the year the child is seven years old and for nine years to follow. The municipalities are responsible for the pupil’s fulfilment of his/her education and the education they are entitled to (Swedish Schools Inspectorate, 2017; SOU, 2016:94; Kjöllner, 2015). How does society react when compulsory education is not fulfilled? How is the problem of truancy among young people addressed by the authorities? And how do the different authorities understand and talk about the problem of truancy? How do they try to help young people? Or in other words and the same meaning: What characterises the institutional care of young people who do not go to school? And are there any critical and problematic moments in the institutional care?

Since the 1990s, the school, Social Services and Child and Adolescent Psychiatry (CAP) have together tried to help young people who do not go to school. Several researchers have pointed out that many young truants end up in between the chairs, as social services, school and CAP can be said to represent. Therefore, it was assessed that efforts made by the three authorities should be coordinated to a greater extent than before (Johansson, Dellgran, Höjer, 2015; Gladh & Sjödin, 2013). Collaboration between social services, schools, CAP and even between the different professions that work within them such as social workers, psychologists, doctors, nurses and teachers can mean a variety of challenges. Particularly interesting in this context is the role of social workers and which mandate as well as room for action the profession has. Social workers and social work are challenged within healthcare by a more and more narrow medical focus on the patient, which does not weigh in contextual systemic aspects as much as before, in assessing what is wrong and what help is best to use.

An important part, when it comes to collaboration between authorities, is the question of what characterises the interaction between different activities and professions at work (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Danermark, 2004, 2000). Another is how these authorities work together to find a common solution for young people. The three authorities are also characterised by different organisational cultures, laws and regulations that give different perspectives on

young people. An important question then becomes what characterises the interaction between the different perspectives as well as what mandate and room for action the different authorities have when it comes to collaboration (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013; Farmakopoulou, 2002). According to Strand (2013), most investigations of young people who do not go to school have not focused on young truants, but instead studied truancy as a social problem. The author emphasises the importance of continuing research and taking into consideration the student's stories. In addition, the author emphasises that these investigations should also take into account what the different professions working with young people have to say about the reasons for truancy and how the young people can be helped best.

The thesis project therefore has the ambition to provide a more comprehensive understanding of the work of different organisations and professionals with young truants. Therefore, the concept of *institutional care* is introduced here and is used with the following meanings. First, it is about which authorities are involved in helping young people. Secondly, what laws and instructions do authorities have to follow. Third, who are those professions that are active among the authorities. Fourth, institutional care includes relations between authorities, linked to ways of understanding and describing young people who do not go to school. Fifth, it is about how the professions in the different authorities use different language styles that have different degrees of power and mandate. An important part of institutional care seems to be more normative and has to do with that help for young people should be adequate, meaning that the right authority should provide the right assistance at the right time. It also includes that collaboration between authorities takes place in reciprocity, in which the parties' different skills and perspectives are of equal value (cf. Blomqvist, 2012; Danermark, 2004; Danermark & Kullberg, 1999). It is also important to point out that institutional care *does not* mean that young people shall be taken care of and given forced care and help. Instead, it is about how different laws, institutions and professions are involved in society's help to young people.

Many young truants have social difficulties and existential suffering. The vulnerabilities of young people can be both difficult to understand and difficult for parents, teachers and school counsellors to know what to do. Perhaps, young people withdraw; it becomes difficult to reach them and try to fix their everyday lives at home as well as in school which does not give any results. Young people continue to be absent from school and, at the same time, they perhaps develop different risk behaviours such as drug use or excessive gaming during the nights and turn their days around by sleeping during the days. At the same time, young people live in a time in which there is less and less acceptance of not doing what is expected of them, for example, completing secondary school with grades that allow them to get into upper secondary school. For example, if they have been

absent from school for half a year, it will be harder for them to come back to school and make an effort that will give them full grades. The tight space of time in the young person's life cycle can create a need for solutions that quickly bring them back to school. An important question then becomes how does this affect the nature of institutional care of young people who do not attend school. The main aim of the thesis was to investigate the nature of as well as critically review the institutional care of young people who do not go to school.

1. Sub aim one was to investigate the nature of the care process for young people who do not go to school when they receive outpatient care at CAP
2. Sub aim two was to study how social workers worked with supportive conversations at CAP.
3. Sub aim three was to analyse the collaboration between CAP, school and social services, when it comes to young people who do not go to school.
4. Sub aim four had to do with relating the institutional care of young people who do not go to school with theoretical aspects of medication.

Methods and materials

The social phenomenon that truancy forms can be understood from several different perspectives that leads to different kinds of attempts to help young people. The school primarily has a pedagogical approach; social services have a system perspective and psychiatry a medical disease-based understanding (see Hacking, 1999). Instead of choosing a position and arguing for it, the focus of the thesis has been the meeting between the school, social services and CAP's understandings and activities for helping young people. The thesis therefore uses a social constructionist approach in an attempt to understand the nature of the institutional care of young people who do not go to school. Those who meet in collaboration to help young people are different professions working in different authorities; therefore, some aspects related to professional theory and new institutional theory are highlighted to think about aspects of power, mandate and room for action in their joint work. Furthermore, reasoning is provided about institutionalised routines, so-called technologies, which different professions and authorities use in the work with young people. Since the ambition of the thesis was also to critically review and problematise institutional care of young people who do not go to school, theoretical aspects of theories on how phenomena in everyday life become medical affairs are finally presented. The aspects concern what is called referring everything to medical treatment and psychiatry.

To create both a broad and deep understanding of that which characterises assistance to young people who do not go to school within CAP and in collaboration with school and social services, it required a more clinical stance to be able to acquire knowledge about the nature of the assistance to young people

when they were treated in an outpatient basis at CAP. Thus, electronic journals and administrative patient databases were chosen as empirical data and descriptive statistical analysis as a method in study one. Study one showed that supportive conversations conducted by counsellors were a common treatment method that was perceived to work well. However, it was unclear both theoretically and practically what supportive conversations meant. Therefore, interviews with counsellors at CAP were chosen in study two, focusing on how they spoke about supportive conversations as a method. A study by Ek and Eriksson (2013) also revealed that collaboration between Child and Adolescent Psychiatry, school and social services was a key part of helping young truants. Therefore, the task in study three was also qualitative, and interviews were used to capture managers' descriptions of collaboration. Managers were chosen to expand the perspective of the more patient-focused studies from before and gain a more overall organisational approach to working with young truants. When the three studies were completed, the question arose as to what they could mean in a wider and more critical perspective. Therefore, a theoretical approach, by referring everything to medical treatment and psychiatry as the central concept, was chosen for the fourth study, which was about how the more common perspective of the truant quickly became psychiatric.

Main findings of the empirical studies

In the discussion, a critical and problematic review was conducted regarding the help received by young people who do not go to school. This is done initially by describing critical points in CAP's help provided to the truant. When neither the school, social services nor CAP is able to help young people on their own, collaboration between the three authorities becomes crucial. An important critical issue is then whether collaboration is really done for the patient's best or if there are other interests that it serves to satisfy. Further, the relationship between the legislation that states that collaboration shall be carried out and the practical work to help young people who do not go to school is discussed. The discussion then proceeds with aspects that concern the professions that work to help young truants. The focus here is the profession's room for action and competition for the mandate between them; what characterises the occupational and organisational hierarchies that emerge in the work as well as how the authorities communicate in the joint work. Part one in the discussion ends with reasoning about CAP's strong mandate in helping the truant. Part two of the discussion focuses on aspects related to the social worker's work and role related to the other professions in helping young people. Here, the reasoning about the social worker's system perspective is compared to a more psychiatric understanding framework. How he or she has a challenge in preserving the system perspective in the healthcare hierarchy, as well as how the alliance with the patient/client is central are discussed. In the third part of the discussion, the

threads are gathered together from the first two parts, at the same time as the theoretical aspects of medicalization are related to the purpose of the thesis project, which was to investigate the character of as well as critically examine the institutional care of young people who do not go to school.

Comprehensive conclusion

If the individual studies in the thesis project are related to each other, at the same time as taking into account my experiences as a therapist at CAP, and as a member in collaborative meetings to help young truants, a process appears. Obviously, young people who do not go to school and their families often have social difficulties and existential suffering. The truant can be understood in different ways. There may be problems in the family situation, school problems or lack of friends and a social life outside school and family. The ideal situation in helping young truants shows how the school, if they do not manage to get the youth back to school, contact social services for further investigation. And if social services do not perceive that they can help the young persons and families, they contact CAP. The thesis project shows that, apart from the fact that the various authorities work in separate ways to help young people, there is also a statutory requirement for collaboration between school, social services and CAP to collaborate on helping young people. The idea of collaboration is that several different perspectives together shall form a multi-vocal understanding of the problems that truants have, which shall lead to more comprehensive and effective help. But despite the fact that collaboration meetings consist of different perspectives and many different professions, CAP's medical psychiatry way of understanding and talking about young people's problems dominates. With CAP's dominance, the truant's path becomes short from tiresome everyday life problems, with both social difficulties and existential suffering, to being an outpatient at CAP with a variety of different diagnoses and wide variety of treatment methods. Thus, at least four key aspects are shown in the process that the institutional care of young people who do not go to school is covered by:

1. When young people come to CAP, a quick, and sometimes without psychological investigation, categorisation is made of the suffering or difficulties, with psychiatric terminology in the form of a diagnosis. Subsequently, medicines are prescribed as treatment.
2. Further, social workers, who shall have a more systematic approach focusing on family and relationships, also seem to have embraced a psychiatric diagnostic understanding of the young person's problems.
3. At the same time, it appears that the school only has extra resources to help young people who have problems with school, if they have a psychiatric diagnosis.

4. Parallel to that, my experience from practice shows that parents of young people who do not go to school most often want their children to be investigated, receive a diagnosis and then medications which can help to get them back to school. Perhaps, it may be that the diagnosis relieves parents from guilt about whether their way of being parents may have contributed to why their children do not go to school.

This description of what happens to young people who do not go to school is an example of a special form of medicalization, in which social difficulties and existential problems are referred to psychiatry. It appears that help for them is completely individualised, by focusing on symptoms and diagnosis. What is not visible in this unilateral individualisation, for example, are organisational and educational problems in school, system problems in the family or among friends or lack of social contacts outside the family (cf. Isaksson & Törnqvist, 2017). By referring the truant to psychiatry can therefore miss further social circumstances in their life situation, which can have great importance in whether they go to school or not. Therefore, it is important to problematise this process of referring everything to psychiatry and to ask questions about what situations and events have contributed to this cultural pattern, which means that people's difficulties in life are increasingly being solved with diagnosis and medications (Horwitz & Wakefield, 2012).

Referenser

Abbott, A. (1988) *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.

Abbott, A. (1995) Boundaries of Social Work or Social Work of Boundaries? *Social Service Review*, 69(4): 545–562.

Ahlgren, T. (2014) *Institutionalisering på hemmaplan. En idés resa i den sociala barnvården*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Linnéuniversitetet, Växjö.

Ahnlund, P. (2008) *Omsorg som arbete. Om utbildning, arbetsmiljö och relationer i äldre och handikappomsorgen*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Akademikerförbundet (SSR). (2016) *Succé för socionomauktorisering!* [<https://akademssr.se/reportage/succes-socionomauktorisering>. Hämtat: 2017-10-10.]

Albrithen, A. & Yalli, N. (2015) Medical social workers' perceptions related to interprofessional teamwork at hospitals. *Journal of Social Service Research*, 41(5): 722–731.

Andersson, G., Bülow, P., Denhov, A. & Topor, A. (2016) *Från patient till person*. Lund: Studentlitteratur.

Angelöw, B. & Jonsson, T. (2000) *Introduktion till socialpsykologi*. Lund: Studentlitteratur.

Arden, U. G. & Austin, B. D. (2003) Professionalism's challenges to professional counselors collective identity. *Journal of Counseling & Development*, 81(1): 3–10.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2006) Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1): 75–88.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (red.) (2007) *Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson, R. & Bihari Axelsson, S. (2013) *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.

Bailey, D. & Liynage, L. (2012) The Role of the Mental Health Social Worker: Political Pawns in the Reconfiguration of Adult Health and Social Care. *British Journal of Social Work*, 42(6): 1113–1131.

Bell, J. & Waters, S. (2016) *Introduktion till forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Bentall, R. (2009) *Doctoring the mind; why psychiatric treatments fail*. London: Penguin Books limited.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (1998) Metoder i socialt arbete. Om insatser och arbetssätt i socialtjänstens individ och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 5(4): 291–314.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (2000) Metoder i socialt arbete – vad är det? I: Meeuwisse, A., Sunesson, S. & Swärd, H., *Socialt arbete. En grundbok*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (2005) En sak i taget? Om specialisering inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 2(3): 125–148.

Bergmark, Å. & Lundström, T. (2007) Unitarian ideals and professional diversity in social work practice – the case of Sweden. *European Journal of Social Work*, 10(1): 55–72.

Bernler, G., Cajvert, L., Johnsson, L. & Lindgren, H. (1999) *Psykosocialt arbete – idéer och metoder*. Stockholm: Natur & Kultur.

Beronius, M. (1986) *Den disciplinära maktens organisering. Om makt och arbetsorganisation*. Akademisk avhandling. Lunds Universitet.

Blech, J. (2006) *Inventing disease and pushing pills: pharmaceutical companies and the medicalisation of normal life*. London: Routledge.

Blomqvist, C. (2012) *Samarbete med förhinder. Om samarbete mellan BUP, socialtjänst, skola och familj*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Bourdieu, P. (1988) *Homo Academicus*. Cambridge: Polity.

Brante, T. (2009) Vad är en profession? Teoretiska ansatser och definitioner. I: Lindh, M. (red.), *Vetenskap för profession*. Rapport 8. Borås: Högskolan i Borås.

Broadwin, I. T. (1932) A contribution to the study of truancy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(3): 253–259.

Bryman, A. (2011) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Burr, V. (2003) *Social constructionism*. 2 uppl. Hove: Routledge.

Burri, R. V. & Dumit, J. (red.) (2007) *Biomedicine as Culture: Instrumental Practices, Technoscientific Knowledge, and New Modes of Life*. New York: Routledge.

Börjesson, B. (1997) *Om skolbarns olikheter – Diskurser kring ”särskilda behov” i skolan – med historiska jämförelsepunkter*. Stockholm: Skolverket.

Carpenter, J., Schneider, J., Brandon, T. & Woof, D. (2003) Working in Multidisciplinary Community Mental Health Teams: The Impact on Social Workers and Health Professionals of Integrated Mental Health Care. *British Journal of Social Work*, 33(8): 1081–1103.

Chan, R. C., Xie, F. L., Wang, Y., Lui, S. S., Wang, C. Y., Yu, X., Cheung, E. F. & Rosenthal, R. (2015) Clinical Utility and Lifespan Profiling of Neurological Soft Signs in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3): 560–570.

Conrad, P. (1992) Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1): 209–232.

Conrad, P. & Leiter, V. (red.) (2003) *Health and Health Care as Social Problems*. Lanham, MD: Rowman & Littlefield.

Conrad, P. & Schneider, J. W. (1992) *Deviance and medicalization. From Badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press.

Coopmans, C. (red.). (2014) *Representation in Scientific Practice Revisited*. Cambridge: MIT Press.

Crain-Dorough, M. L. (2003) *A study of dropout characteristics and school level effects on dropout prevention*. Akademisk avhandling. The department of educational leadership, research and counseling, Louisiana State University.

- D-Wester, Y. (2005) *Socionomen i skolan*. Mölnlycke: Gothia.
- Dahlberg, C. & Forssell. (2006) *BBIC i praktiken – att knäcka koden*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. (2000) *Samverkan – himmel eller helvete?* Malmö: Gleerups förlag.
- Danermark, B. (2004) *Samverkan – en fråga om makt*. Örebro: Läromedia.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999) *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Davis, J. & Sims, D. (2003) Shared values in interprofessional collaboration. Weinstein, I. J., Whittington, C. & Leiba, T. (red.), *Collaboration in social work practice*. London: Jessica Kingsley Publisher Ltd.
- DiMaggio, P. J. & Powell, W. W. (1983) The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological Review*, 48(2): 147–160.
- Dube, S. & Orpinas, P. (2009) Understanding Excessive School Absenteeism as School Refusal Behavior. *Children and Schools*, 31(2): 87–95.
- Egger, H. L., Costello, E. J. & Angold, A. (2003) School refusal and psychiatric disorders: a community study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7): 797–807.
- Ek, H. & Eriksson, R. (2013) Psychological Factors Behind Truancy, School Phobia, and School Refusal: A Literature study. *Child & Family Behavior Therapy*, 35(3): 228–248.
- Emanuelsson, I., Persson, B. & Rosenqvist, J. (2001) *Forskning inom det specialpedagogiska området – en kunskapsöversikt*. Stockholm: Skolverket.
- Eriksson, R. (1999) *Psykoteknik: kulturell fabricering av personlig identitet*. Stockholm: Carlssons Förlag.
- Eriksson, R. & Ellingsen, P. (2017) Från galenskap i livets vardag till sjukdom i kroppens gener. Hospitalsbyråns språkliga framställningar av orsaker till sinnessjukdom åren 1860–1910. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 24(3-4): 281-302.

- Esaiasson, P., Gilljam, M., Oscarsson, H. & Wängnerud, L. (2007) *Metodpraktikan – Konsten att studera samhälle, individ och marknad*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Evans, T. & Harris, J. (2004) Street-level bureaucracy, social work and the (exaggerated) death of discretion. *British Journal of Social Work*, 34(6): 871–895.
- Evetts, J. (2009) New Professionalism and New Public Management. Changes, Continuities and Consequences. *Comparative Sociology*, 8(2): 247–266.
- Farmakopoulou, N. (2002) What lies underneath? An Inter-organizational Analysis of Collaboration between Education and Social Work. *British Journal of Social Work*, 32(8): 1051–1066.
- Fleck, L. (1979) *Genesis and development of a scientific fact*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fosse, E. (2007) Interprofessionell och intersektoriell samverkan i hälsofrämjande arbete. Axelsson, I. R. & Axelsson, S. B. (red.), *Folkhälsa i samverkan*. Lund: Studentlitteratur.
- Framme, G. (2014) Vad gör socionomerna för skillnad i den psykiatriska vården? *Socialvetenskaplig tidskrift*, 21(2): 85–104.
- Frances, A. (2014) *Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: Harper Collins Publishers.
- Fredlund, U. (1997) *Kuratorsverksamhet inom svensk sjukvård under 70 år*. Stockholm: Svenska kuratorsföreningen.
- Friberg, P., Karlberg, M., Sundberg, L. & Palmèr, R. (2015) *Hemmasittare och vägen tillbaka. Insatser vid långfrånvaro*. Columbus Förlag.
- Friis, E. (2003) *Sociala utredningar om barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Fritzell, C. (2009) Generaliserbarheten och giltighet i pedagogisk forskning och teoribildning. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 14(3): 191–211.

Gardner, R. (2003) Working together to improve children's life chances: The challenge of inter-agency collaboration. Weinstein, I. J., Whittington, C. & Leiba, T. (red.), *Collaboration in social work practice*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd.

Gastic, B. (2008) School truancy and the disciplinary problems of bullying victims. *Educational Review*, 60(4): 391–404.

Geertz, C. (1983) *Local knowledge: further essays in interpretive anthropology*. New York: Basic Books.

Germundsson, P. (2011) Lärare, socialsekreterare och barn som far illa – om sociala representationer och interprofessionell samverkan. Akademisk avhandling. School of health and medical sciences, Örebro universitet.

Gladh, M. & Sjödin, K. (2013) *Tillbaka till skolan. Metodhandbok i arbetet med hemmasittande barn och unga*. Gothia fortutbildning.

Glendinning, C. (2003) Breaking down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2): 139–151.

Goffman, E. (1973) *Totala institutioner: Fyra essäer om anstaltslivets sociala villkor*. Stockholm: Raben & Sjögren.

Grape, O. (2006) Domänkonsensus eller domänkonflikt – integrerad samverkan mellan myndigheter. I: Grape, O., Blom, B. & Johansson, R. (red.), *Organisation och omvärld*. Lund: Studentlitteratur.

Gren Landell, M. (2014) *Orolig och blyg i skolan: att möta elever med vanliga och osynliga problem*. Stockholm: Natur & Kultur.

Gøtzsche, P. C. (2015) *Dödliga mediciner och organiserad brottslighet: hur läkemedelsindustrin har korrumpat sjuk- och hälsovården*. Stockholm: Karneval.

Hacking, I. (1999) *The social construction of what?* Cambridge: Harvard University Press.

Hallerstedt, G. (red.) (2006) *Diagnosens makt – om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.

Hasenfeld, Y. (1983) *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Hasenfeld, Y. (1987) Power in social work practice. *Social Service Review*, 61(3): 469–483.

Helman, C. (2007) *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.

Hirschi, T. (2002) *Causes of delinquency*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Hjortsjö, M. (2005) *Med samarbete i sikte. Om samordnade insatser och samlokaliserade familjecentraler*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Lunds universitet.

Holmqvist, R. (2008) *Behandlingsrelationens betydelse för utfallet*. Philips, B. & Holmqvist, R. (red.), Vad är verksamt i psykoterapi? Stockholm: Liber.

Holmqvist, R. & Foldemo, A. (2013) *Utvärdering av samtalsbehandling i primärvården – effekter av behandlingen*. Rapport FoUrnalen 2013:3.

Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2012) *All we have to fear: psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. New York: Oxford University Press.

Hudson, B., Hardy, B., Henwood, M. & Wistow, G. (1999) In pursuit of inter-agency collaboration in the public sector. What is the contribution of theory and research? *Public Management an International Journal of Research and Theory*, 1(2): 235–260.

Huxham, C. & Vangen, S. (2005) *Managing to Collaborate: the theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.

Häggqvist, S. (2000:7) *Skolfrånvaro. Ett mått på elevers arbetsmiljö*? Arbetslivsinstitutet.

Högskoleverket. (2003:29) *Social omsorg och socionomutbildning. En översyn*. Högskoleverkets utredningsavdelning.

Isaksson, C. (2016) *Den kritiska gästen. En professionsstudie om skolkuratorer*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Isaksson, J. (2009) *Spänning mellan normalitet och avvikelser. Om skolans insatser för elever i behov av särskilt stöd*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Umeå universitet.

Isaksson, J. & Törnqvist, T. (2017) *Professional dilemmas of defining a problem: the case of addiction treatment. Social and caring professions in European welfare states: Policies, services and professional practices. Chapter: 11.* Blom, B., Evertsson, L. & Perlinski M. (red.). Policy Press.

Ingul, M., Klöckner, C., Silverman, W. & Nordahl, H. (2012) Adolescent school absenteeism: modelling social and individual risk factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2): 93–100.

Ingul, M. & Nordahl, H. (2013) Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Annals of General Psychiatry*, 12(1): 1-9.

Jakobsson, I-L. (2002) *Diagnos i skolan – En studie av skolsituationer för elever med syndromdiagnos.* Akademisk avhandling. Institutionen för pedagogik och didaktik, Göteborgsuniversitet.

Johansson, B., Flygare, E. & Hellfeldt, K. (2017) *Godkänd eller icke godkänd? En studie om hur erfarenheter av mobbning, skolk och socialt umgänge inverkar på elevers skolprestationer.* Working papers and reports Social work 10. Örebro: Örebro universitet.

Johansson, E. (2003) Att närma sig barns perspektiv. Forskares och pedagogers möten med barns perspektiv. *Pedagogisk forskning i Sverige*, 8(1–2): 42–57.

Johansson, K. (2013) *Kunskap, makt och styrning i förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv.* Linde, S. & Svensson, K. (red.). Stockholm: Liber.

Johansson, R. (1992) *Vid byråkratins gränser. Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete.* Lund: Arkiv.

Johansson, R. (2009) Vid den institutionella analysens gränser: Institutionell organisationsteori i Sverige. *Nordiske Organisationsstudier*, 11(33): 22-39

Johansson, S., Dellgran, P. & Höjer, S. (2015) *Människobehandlande organisationer. Villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete.* Stockholm: Natur & Kultur.

Järvinen, M. (2002) Mellan makt och hjälp i perspektiv på sociala problem. Meeuwisse, A. & Swärd, H. (red.) Stockholm: Natur & Kultur.

- Jönsson, A. (1990) *Skolk – en forskningsresumé*. Stockholm: Skolöverstyrelsen.
- Karlberg, M. & Sundell, K. (2004) *Skolk: Sund protest eller riskbeteende?* Stockholm: Socialtjänstförvaltningen, Forsknings- och utvecklingsenheten.
- Kearney, C. A. (2001) *School refusal behavior in youth: A functional approach to assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kearney, C. A. (2007) Forms and functions of school refusal behavior in youth: An empirical analysis of absenteeism severity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(1): 53–61.
- Kearney, C. A. (2008) School absenteeism and school refusal behavior in youth. A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28(3): 451–71.
- Kearney, C. A. & Albano, A. M. (2004) The functional profiles of school refusal behavior. *Behavior Modification*, 28(1): 147–61.
- Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1993) Measuring the function of school refusal behavior: The school refusal Assessment Scale. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1): 85–96.
- Kearney, C. A. & Silverman, W. K. (1999) Functionally Based Prescriptive and Nonprescriptive Treatment for Children and Adolescents with School Refusal Behavior. *Behavior Therapy*, 30(4): 673–695.
- Kjöller, H. (2015-06-04) Barn som skolvägrar – vems är felet. *Svenska Dagbladet*.
- Konstenius, V. & Schillaci, M. (2010) *Skolfrånvaro – KBT-baserat kartläggnings- och åtgärdsarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkman, S. (2014) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Kåver, A. (2011) *Allians: den terapeutiska relationen i KBT*. 1 uppl. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lalos, A., Blom, B., Morén, S. & Olsson, M. (red.) (2014) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård: villkor, innehåll och utmaningar*. 1 uppl. Stockholm: Natur & Kultur.

Langemar, P. (2008) *Kvalitativ forskningsmetod i psykologi – att låta en värld öppna sig*. Stockholm: Liber.

Liljegren, A. (2008) *Professionellt gränsarbete – socionomexemplet*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborg: Göteborgs universitet.

Liljegren, A. & Parding, K. (2010) Ändrad styrning av välfärdsprofessioner – exemplet evidensbaserad i socialt arbete. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 17(3–4): 270–288.

Linde, S. & Svensson, K. (red.) (2013) *Förändringens entreprenörer och tröghetens agenter. Människobehandlande organisationer ur ett nyinstitutionellt perspektiv*. Stockholm: Liber.

Lindqvist, R. (2000) *Att sätta gränser – organisationer och reformer i arbetsrehabilitering*. 1 uppl. Umeå: Boréa.

Lipsky, M. (1980, 2010) *Street-level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. New York: Russel Sage Foundation.

Ljung, S. & Andersson, S. (2015) *Adekvat utbildning. En tolkningsfråga? grundnivå*. Avdelningen för utbildningsvetenskap, Mittuniversitet.

Lundgren, M. & Persson, B. (2003) *Barn och unga i riskzonen: Samverkan och förebyggande arbete*. Stockholm: Svenska Kommunförbundet.

Lundström, M. Å. (2004) *Socialt förebyggande arbete – med familjecentralen som arena*. FoU Södertörns skriftserie 41/04. Tullinge: FoU Södertörn.

Mallander, O. (1998) Samverkan. I: Denvall, V. & Jacobson, T. (red.), *Vardagsbegrepp i socialt arbete. Ideologi, teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Juridik.

Meyer, J. W. & Rowan, B. (1977) Institutionalised Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2): 340–63.

Miller, C. & Ahmad, Y (2000) Collaboration and partnership: an effective response to complexity and fragmentation or a solution built on sand? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 20(5/6): 1–38.

Moncrieff, J. (2013) *The bitterest pills; The troubling story of antipsychotic drugs*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Nordström, E., Josephson, I., Hedborg, B. & Kjellström, S. (2016) Agenda för samverkan eller verksamhetens agenda? Om professionellas erfarenheter av samverkan enligt samordnad individuell plan. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 23(1): 37–57.

Norman, I. J. & Peck, E. (1999) Working together in adult community mental health services: An inter-professional dialogue. *Journal of Mental Health*, 8(3): 217–230.

Nye, R. A. (2003) The Evolution of the Concept of Medicalization in the late 20th century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, 39(2): 115–129.

O'Brien, A. & Calderwood, K. A. (2010) Living in the shadows: A Canadian experience of mental health social work. *Social Work in Mental Health*, 8(4): 319–335.

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011) *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. 3 uppl. Stockholm: Liber.

Olsson, M. (2008) Psykosocialt arbete inom hälso- och sjukvård – professionellt verksamhetsfält och akademiskt ämne. *Socionomen*, 24(6): 10–13.

Olsson, S. (1999) Kuratorn förr och nu. Sjukhuskuratorns arbete i ett historiskt perspektiv. Akademisk Avhandling. Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.

Onyett, S., Pillenger, T. & Muijen, M. (1997) Job satisfaction and burnout among members of community mental health teams. *Journal of Mental Health*, 6(1): 55–66.

Paris, J. (2015) *Overdiagnosis in psychiatry: How modern psychiatry Lost its Way While Creating a Diagnosis for Almost all of Life's Misfortunes*. New York: Oxford University Press.

Patton, M. Q. (2002) *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.

Payne, M. (2008) *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Pettersson, U. (2001) *Socialt arbete, politik och professionalisering – Den historiska utvecklingen i USA och Sverige*. Stockholm: Natur & Kultur.

- Pettersson, U. (2011) *Från fattigvård till socialtjänst*. Lund: Studentlitteratur.
- Prasad, P. (1997) *System of Meaning: Ethnography as a methodology for the Study of Information Technologies*. I: Lee, A., Libenau, J & DeGross, J. I., *Information System and Qualitative Research*. London: Chapman & Hall.
- Reid, R. & Traweek, S. (red.) (2000) *Doing Science + Culture*. New York: Routledge.
- Reilly, T. (2001) Collaboration in action; An uncertain process. *Administration in Social Work*, 25(1): 53–74.
- Rennstam, J. & Wästerfors, D. (2015) *Från stoff till studie: om analysarbete i kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Renouf, N. & Bland, R. (2005) Navigating Stormy Waters: Challenges and Opportunities for Social Work in Mental Health. *Australian Social Work*, 58(4): 419–430.
- Riksrevisionen (2011:17) *Samordning av stöd till barn och unga med funktionsnedsättning – Ett (o)lösligt problem?* RiR 2011:17.
- Ronnby, A. (1983) *Socialarbetets förklaringsmodeller*. 2 uppl. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB.
- Rumberger, R. W. (2011) *Dropping out – Why students drop out of high school and what can be done about it*. Cambridge Harvard University Press.
- Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2003) Techniques to identify themes. *Field Methods*, 15(1): 85–109.
- Sarnecki, J. (1987) *Skolan och brottsligheten*. Stockholm: Carlsson.
- Scheff, T. J. (2007) *Being mentally ill: A sociological theory*. 3 uppl. New York: Aldine.
- Schierenbeck, I. (2003) *Bakom välfärdsstatens dörrar*. Akademisk avhandling. Institutionen för statsvetenskap, Göteborgs universitet.
- Selander, S. (red.) (1989) *Kampen om yrkesutövning, status och kunskap. Professionaliseringens sociala grund*. Lund: Studentlitteratur.

Sewpaul, V. & Jones, D. (2003) Fourth reviewed document: Global qualifying standards for social work education and training – international guidelines for socialwork education and training. *Social Work Education*, 23(5): 493-513.

Skolinspektionen (2016) *Omfattande frånvaro. En granskning av skolors arbete med omfattande frånvaro*. Diarienummer: 40-2015:2855.

Skolverket (2010) *Skolfrånvaro och vägen tillbaka – Långvarig ogiltig frånvaro i grundskolan ur elevens, skolans och förvaltningens perspektiv*. Rapport 341. Stockholm: Frizes.

Socialdepartementet (2017:39) *Legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer*. Stockholm: Nordstedts juridik AB.

Socialstyrelsen (2004) *Mellan två stolar? Om samverkan mellan socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri; verksamheternas behov av samverkan och hur de faktiskt gör*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009a) *Barn- och ungdomspsykiatrin – Vård på olika villkor*. Rapport från nationell till syn. Artikel nr: 2009-126-151. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009b) *Barn- och ungdomspsykiatrins metoder – En nationell inventering*. Artikel nr: 2009-126-146. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2012) *Anmälningar till socialtjänsten om barn och unga – en undersökning om omfattning och regionala skillnader*. Artikel nr 2012-3-27. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2013) *Samverka för barns bästa – en vägledning om barns behov av insatser från flera aktörer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014) *Legitimation för kuratorer inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen & Skolverket (2016) *Vägledning för elevhälsan*. 3 uppl. Artikel nr: 2016-11-4. Stockholm: Socialstyrelsen.

Southwell, N. (2006) Truants on truancy – a badness or valuable indicator of unmet special educational needs? *British Journal of Special Education*, 33(2): 91-97.

Speed, E., Moncrieff, J. & Rapley, M. (red.) (2014) *De-medicalizing misery II: society, politics and the mental health industry*. New York: Palgrave Macmillan.

Springe, K-A. (2009) Otillåten frånvaro – om hemmasittare, korridorvandrare och skolkare. Strandell, A. (red.). *Elevhälsa*, nr 3/2008–2009. Gothia förlag.

Statens offentliga utredningar (SOU 2010:95) *Se, tolka och agera – allas rätt till en likvärdig utbildning*. Stockholm: Regeringskansliet.

Statens offentliga utredningar (SOU 2016:94) *Saknad! Uppmärksamma elever frånvaro och agera. Betänkande av att vända frånvaro till närvaro. En utredning av problematisk elevfrånvaro*. Stockholm: Regeringskansliet.

Stigendal, M. (red.) (2004) *Framgångsalternativ: möten i skolan mellan utanförskap och innanförskap*. Lund: Studentlitteratur.

Stigsdotter, E. M. (2010) *Dom kallar oss värstingar. Om ungas lärande i mötet med skolan, socialtjänst och polis*. Akademisk avhandling. Institutionen för pedagogik och idrottsvetenskap, Linnéuniversitet, Växjö.

Strand, A. S. (2013) *Skolk ur elevernas och skolans perspektiv. En intervju- och dokumentstudie*. Akademisk avhandling. Hälsö högskolan i Jönköping.

Svensk författningssamling (SFS 1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensk författningssamling (SFS 2001:453) *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.

Svensson, K., Johansson, E. & Laanemets, L. (2008) *Handlingsutrymme. Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Svensson, L. & Ulfsson, Y. (2009) *Yrkesstatus. En sociologisk studie av hur yrken uppfattas och värderas*. Forskningsrapport. Departement of sociology, Göteborgs universitet.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (2013) *Vänd frånvaro till närvaro – Guide för systematiskt skolnärvaroarbete i kommuner*. Stockholm.

Tjersland, O. A., Engen, G. & Jansen, U. (2011) *Allianser: värderingar, teorier och metoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2011) *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wallén, G. (1996) *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.

Widmark, C. (2015) *Divergent concepts. Obstacles to collaboration in addressing the needs of children and adolescents*. Akademisk avhandling. Karolinska Institutet.

Williams, H. D. (1927) Truancy and delinquency [elektronisk version]. *Journal of Applied Psychology*, 11: 276–288.

Willumsen, E. (2006) *Interprofessional collaboration in residential childcare*. Akademisk avhandling. Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap: Göteborg.

Willumsen, E. (2008) Interprofessional collaboration – a matter of differentiation and integration? Theoretical reflections based in the context of Norwegian childcare. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4): 352–363.

Wingfors, S. (2004) *Sociomyrkets professionalisering*. Akademisk avhandling. Sociologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Universitetskanslerämbetet (UKÄ) (2017:5) *Förslag till examensbeskrivning för yrkesexamen för kuratorer inom hälso- och sjukvården: Redovisning av ett regeringsförslag*. Stockholm.

Ödegård, A. & Strype, J. (2009) Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3): 286–296.

Öhman, J. (2007) *”Ingen bryr sig ändå ...”: En utredning om drop-outs och skolpersonals syn på stödprocesserna i dagens skolsamfund*. Akademisk avhandling. Statsvetenskapliga fakulteten, Samhällspolitiska institutionen, Helsingfors universitet

