

bup

BUP 2011/1
rapport

Grunder i barn- och ungdoms- psykiatriskt arbete

Om värderingar, möten,
förhållningssätt och bedömningar.

Sten Lundqvist

Grunder i barn- och ungdomspsykiatriskt arbete

Om värderingar, möten,
förhållningssätt och bedömningar.

Sten Lundqvist

Barn- och ungdomspsykiatri

Box 175 64, 118 91 Stockholm

Tfn 08-514 520 00, *Fax* 08-720 33 31

www.bup.se

Grafisk form Soya kommunikation

Tryck Printfabriken, Karlskrona 2011

© Författaren och Stockholms läns landsting 2011.

ISBN 978-91-86981-00-6

Divisionschefens förord

I denna rapport omsätter Sten Lundqvist sina erfarenheter från mer än 40 år som psykolog, psykoterapeut och chef inom BUP i reflektioner om vilka grundläggande värderingar arbetet inom BUP bör vila på och hur dessa värderingar kan omsättas i praktiskt kliniskt arbete i det professionella mötet med barn och föräldrar.

Sten Lundqvist fastslår tydligt att basen i BUP:s arbete alltid är att utgå från barnets /tonåringens perspektiv, samt att se barnet/tonåringen i sitt familjesammanhang. Han reflekterar med hjälp av ett utvecklingspsykologiskt och salutogent perspektiv över hur det växande barnet inramat av sin familj utvecklas i riktning mot psykisk hälsa eller ohälsa. Etiologiska överväganden utgår från en bio-psyko-social människosyn som sammanfattas i stress/sårbarhetsmodellen. Kapitlet avslutas med reflektioner om vad evidensbaserad praktik är.

I rapportens andra del diskuterar Sten Lundqvist hur de grundläggande värderingarna bör omsättas i det professionella mötet med barn, unga och deras familjer. Han går igenom olika sätt att förhålla sig i mötet med de hjälpsökande där det övergripande syftet är att skapa ett underlag för bedömning av om ett behov av behandlingsinsatser föreligger. I rapporten tydliggörs i sammanfattningar vad det första samtalet bör fokusera på, vilken information som ska samlas in och vilka olika typer av bedömningar som behandlaren ska göra.

Rapporten pekar på att en klinisk bedömning är ett vidare begrepp än en psykiatrisk diagnos. Diagnosen är ett sätt att utifrån mer eller mindre lättdefinierade kriterier fastställa att ett barns problem kan beskrivas som ett psykiatriskt tillstånd. En beskrivning som dock inte beskriver hela barnet eller barnets hela problematik, utan måste sättas i relation till andra delar i den kliniska bedömningen som familjesituation och sammanhang för att kunna vara en bas för att föreslå barnet/familjen stödande eller behandlande insatser.

Sten Lundqvist är utbildad familjeterapeut vilket på ett bra sätt genomsyrar rapportens båda huvudbudskap ”värderingar och professionell metod”. Med sin långa och omfattande erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatriskt arbete har han skrivit en gedigen rapport som fångar mycket viktiga aspekter i såväl grundläggande värderingar som i praktiskt kliniskt handlande. Rapporten kommer att bli mycket användbar för utbildning av kommande generationer av barnpsykiatriska medarbetare.

Stockholm i juni 2011

Olav Bengtsson,

Chef för Barn- och ungdomspsykiatri,

Stockholms läns landsting

Sammanfattning

En tydlig ideologisk plattform i kombination med god kompetens för utredning, bedömning och behandling leder till ökad vårdkvalitet. Värderingarna präglar synen på patienterna, deras svårigheter/problem och på den kunskapsbas som utgör grunden för det praktiska arbetet. Denna skrift syftar till att beskriva grundläggande synsätt och värderingar inom barn- och ungdomspsykiatri och hur de kommer till uttryck i praktisk verksamhet.

Rapporten har två delar. Den första delen behandlar grundläggande värderingar. Här beskrivs basen för BUP:s verksamhet – att alltid utgå från barnets/tonåringens perspektiv och vidare att se barnet/tonåringen i sitt familjesammanhang. Här finns också ett avsnitt om salutogent perspektiv och en beskrivning av synen på uppkomsten av psykiatriska symtombilder utifrån stress/sårbarhetsmodellen. Kapitlet avslutas med en redogörelse för innebörden i begreppet evidensbaserad praktik.

Utifrån denna ideologiska bas diskuteras i rapportens andra del centrala aspekter i barns, ungdomars och familjers första möte med BUP och på vilket sätt de grundläggande värderingarna kommer till uttryck i detta möte. Vidare beskrivs olika aspekter av ett professionellt förhållningssätt för att skapa ett förtroendefullt samarbete samtidigt som behandlaren samtalar med familjen för att få underlag för bedömning/diagnostisering. Ett avsnitt beskriver vilka områden som behöver täckas av för att få tillräckligt bedömningsunderlag och vilka bedömningar som behöver göras. Avslutningsvis summeras vad patienten/familjen bör få ta del av och få med sig från det första samtalet.

Författarens förord

De värderingar som utgör en underliggande bas för en verksamhet kan vara mer eller mindre generella, mer eller mindre tydliga, mer eller mindre klart uttalade. Verksamhetens värdegrund genomsyrar dess aktiviteter, kommer till tydliga uttryck både i övergripande beslut och i enskilda medarbetares förhållningssätt och handlingar. De utgör också basen för organisationens utvecklingsarbete. I vården vilar alla överväganden och beslut rörande enskilda patienter på en grund av vetenskapligt stöd i kombination med en erfarenhetsbas, fakta och värderingar. Vi rör oss i stor utsträckning med tolkningar av de intryck och de informationer vi får. Grunden för tolkningar utgörs bland annat av värderingar.

En tydlig ideologisk plattform i kombination med god kompetens för utredning, bedömning och behandling leder till ökad vårdkvalitet. Härigenom garanteras patienterna en god och säker vård, grundad i en gemensam kunskapsbas, evidensbaserad praktik.

Denna skrift syftar till att beskriva grundläggande synsätt och värderingar inom barn- och ungdomspsykiatri och hur de kommer till uttryck i praktisk verksamhet. Värderingarna präglar synen på våra patienter och hur vi tänker om deras svårigheter/problem och synen på den kunskapsbas som utgör grunden för vårt praktiska arbete. De leder till konsekvenser för det praktiska arbetet, förhållningssätt, möten, bedömningar och åtgärder. De värderingar, den ideologi och de teorier som ligger till grund för vårt arbete blir i viss mån självbekräftande, genom att dessa grundföreställningar styr hur vi lägger upp vårt arbete, vilka frågor och följdfrågor vi ställer.

Skriftens första del handlar om dessa grunder. Min ambition är att försöka visa att vi, i enlighet med barn- och ungdomspsykiatrisk tradition, i det konkreta arbetet behöver förena en naturvetenskaplig ansats med en humanvetenskaplig och att denna kombination inte bara är möjlig utan också nödvändig, att dessa båda förhållningssätt är komplementära. Perspektivet blir därmed i grunden holistiskt. I mötet med våra patienter behöver vi stå upp för vår professionalitet, utforska, bedöma, tolka, kategorisera, och samtidigt förhålla oss medmänskligt med full respekt för att den människa vi möter är unik och har sin egen individuella berättelse som bara till dels låter sig kategoriseras. Våra kunskaper om det generella ger vägledning, när vi ska föreslå åtgärder, men samtidigt är det patientens egen bild, hans unika situation, behov och preferenser som måste vara utgångspunkten för det gemensamma arbetet. Det avgörande är mötet med patienten, ett nyfiket

utforskande med öppenhet och tålamod. Vår professionalitet, präglad av kunskaper och erfarenheter, lyssnande, respekt och ödmjukhet, i kombination med patientens historia utgör basen för våra möjligheter att hjälpa.

När jag försöker uttolka och beskriva barn- och ungdomspsykiatrins grunder bör förstås tilläggas, att detta är min bild. Andra hade kanske valt andra områden eller valt att uttrycka sig på annat sätt. Jag är i grunden familjeterapeut, vilket antagligen märks i min framställning. I betraktandet av barn och barns utveckling i riktning mot både psykisk hälsa eller ohälsa tillämpar jag ett utvecklingspsykologiskt betraktande av barnet i sitt sammanhang. Utgångspunkten är den närmaste familjekretsen och därefter i allt vidare cirklar som nätverk, förskola, skola, andra psykosociala förhållanden och ytterst det omgivande samhället med sin kultur, föreställningar och strukturer. Men det psykologiska och sociala sammanhanget är inte allt. Barn föds med olika biologiska förutsättningar som utgör grunden för såväl resurser som begränsningar. Biologin utvecklas även den i samspel. Detta biopsykosociala synsätt sammanfattas i stress/sårbarhetsmodellen.

Perspektivet är således mitt eget. En annan begränsning ligger i tiden, att detta skrivs 2011. Under de år jag varit verksam inom barn- och ungdomspsykiatri har många trender kommit och gått. Sannolikt hade denna skrift, åtminstone delvis, sett annorlunda ut om den skrivits för t ex 25 år sedan. Framtiden får utvisa vilka delar och vilka tankar som fortfarande upplevs som giltiga om några år.

Skriftens andra del utgörs av en beskrivning av arbetssättet i familjens inledande kontakt med barn- och ungdomspsykiatri. Fokus ligger här först på förhållningssätt, bemötande, etablerandet av kontakt och samarbetsallians som grund för såväl informationsinsamling som bedömning och åtgärdsplanering. Vidare beskrivs olika aspekter av bedömning och centrala variabler för utforskande och kategorisering. Slutligen finns ett avsnitt som sammanfattar vad patienten/familjen bör få med sig från det första mötet med BUP.

I familjens/barnets möte med barn- och ungdomspsykiatri påbörjas en behandlingsinsats redan under de första minuterna av det första samtalet. Ibland krävs en grundlig och mer omfattande utredning av problematiken. Upplägg och tillvägagångssätt vid denna typ av utredningar liksom den egentliga behandlingen ligger utanför ramen för denna skrift.

Ett stort antal medarbetare har bidragit till utformningen av min text. Under arbetet har jag haft ovärderlig hjälp av återkommande samtal och e-postkommunikation med en referensgrupp av BUP-medarbetare, Rikard Blomdahl, Per-Olov Björk, Ulla Forsbeck Olsson, Camilla Hallek, Maria Helander, Liselott Kaijser, Malin Kan, Anna Norlén, Mona Ol-Mårs, Göran Sandberg, Karin Sigward Ståhl, Hans Smedje, Monica Svensson och Frank Ståhl. Stort tack till er alla för stimulerande samtal och för att ni delade med er av tankar, kunskaper och erfarenheter.

Stort tack också till Rolf Sjöberg, som gjort figurer, och till Catharina Wahlqvist som givit mig information om Österåkersmodellen.

Slutligen också stort tack till Maria Dunerfeldt, Peter Engelsöy, Birgit Hallerfors, Olle Lindevall, Anna Lundh, Leif Strindberg och Björn Wrangsjö som tagit sig tid att läsa mitt material, samtalat och givit mig värdefulla idéer, synpunkter och förslag till bättre vinklingar och formuleringar än de jag själv kunde komma på.

Sten Lundqvist

Leg. psykolog och leg. psykoterapeut

Tidigare verksamhetschef inom BUP i Stockholm

Innehåll

Om grundläggande värderingar	13
Barnets/tonåringens perspektiv	13
Barnet/tonåringen i familjen – familjeperspektiv	13
Familjen/patienten som uppdragsgivare	14
Det salutogena perspektivet	17
Hur ser vi på uppkomsten av psykiska symtombilder?	18
Stress/sårbarhetsmodellen	18
Konsekvenser av stress/sårbarhetsmodellen	21
Evidensbaserad praktik	25
Det första mötet med bup – behandlarens förhållningssätt och bedömningar	27
Det första mötet med BUP – allmänt	27
Inför första samtalet: Information till patienter och från patienter	29
Information om hur BUP arbetar	29
Det tredubbla syftet: Kontaktetablering, datainsamling och bedömning	30
Att skapa förtroende och samarbetsallians med familjen	32
Att låta alla komma till tals – på sina villkor	33
Att ta hand om patientens/familjens kris	35
Professionellt förhållningssätt – generellt	36
Professionellt förhållningssätt – behandlarens egna reaktioner	38
Professionellt förhållningssätt – speciella problemområden	39
Skyldighet att göra anmälan till socialtjänsten	39
Allvarlig risk för liv och hälsa	39
Omfattande svårigheter – familjen delar inte vår bedömning	40
Gränsen för det professionella ansvarstagandet	40
Allvarliga problem som familjen inte tycks ha uppmärksammat	40
Att dela med sig av sin bedömning	40

Det första mötet med BUP – konkreta aspekter	41
Vem ska komma till första samtalet och hur bestäms det?	41
När behövs två behandlare?	43
Kommunikation kring eventuell tidigare lämnad information	44
Sekretessfrågor	45
Den första kliniska bedömningen	45
Vad ska täckas av – frågeområden	48
Bedömning/diagnos	51
Konsultera behandlare med annan kompetens	53
Att kommunicera sin bedömning till familjen	54
Fortsatta bedömningssamtal – fördjupad utredning	56
"Steg för steg" – Österåkersmodellen	56
"Bedömning i samarbetsform" (Collaborative assessment)	57
Vad bör patienten/familjen få ta del av och få med sig från det första samtalet?	58
Referenser	61

**Sammanfattande rutor – som utgör sammanfattningar
av vissa avsnitt enligt nedan:**

Ruta 1: Patientcentrerat förhållningssätt	16
Ruta 2: Med salutogent perspektiv menas	18
Ruta 3: Om uppkomsten av psykiatriska symtombilder	24
Ruta 4: Med evidensbaserad praktik menas	26
Ruta 5: Barnperspektivet i praktisk tillämpning	35
Ruta 6: Det första samtalet allmänt	41
Ruta 7: De bedömningar som ska göras under den inledande kontakten	47
Ruta 8: Huvudområden för informationsinsamlande	48
Ruta 9: Strukturerade metoder för informationsinsamling/skattning	50
Ruta 10: De diagnostiska systemen	51
Ruta 11: Primär klinisk bedömning i relation till diagnos	53
Ruta 12: Fortsättning på BUP-kontakten – exempel på frågor att diskutera	59
Ruta 13: Vad bör familjen få ta del av och få med sig från det första samtalet	60

Om grundläggande värderingar

Barnets/tonåringens perspektiv

Att alltid utgå ifrån barnets/tonåringens perspektiv är en självklarhet i barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Det betyder bland annat att barnets bästa ska komma i första rummet i alla åtgärder som rör barnet (FN:s Barnkonvention, artikel 3) och att han/hon har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som rör honom eller henne (FN:s barnkonvention, artikel 12).

Att ha barnets perspektiv, barnets bästa, som utgångspunkt är en grundläggande värdering som leder till en rad praktiska konsekvenser i arbetet. Exempel på detta är att barnet måste få ge sin bild av de problem, svårigheter som föranlett kontakten med BUP. Barnet måste också ges möjlighet att uttrycka vilka förändringar som han/hon önskar och delta i fortsatt planering av kontakten med BUP. Barnet ska få förklaringar till de insatser som planeras, t. ex. bakgrunden till och innebörden av planerade utredningar och behandlingsinsatser. Barnet ska också få egen information om resultatet av utredningar och innebörden av bedömning och diagnos. Kommunikationen med barnet ska hela tiden anpassas till barnets ålder och mognadsnivå. Det konkreta arbetssättet och ansvaret som den enskilde behandlaren har för att hålla barnperspektivet beskrivs närmare i avsnittet *Att låta alla komma till tals – på sina villkor*.

Barns och föräldrars utgångspunkter, önskemål och prioriteringar sammanfaller inte alltid. I de fall då barns och vuxna familjemedlemmars önskan inte sammanfaller medför barnperspektivet att vi i första hand lyssnar till barnets röst och ser till barnets behov.

Barnet/tonåringen i familjen – familjeperspektiv

Barn och ungdomar är på ett avgörande sätt under hela sin uppväxt beroende av stabila anknytningspersoner, oftast föräldrar, och utvecklas i samspelet med såväl dessa som det omgivande nätverket. Det familjeperspektiv vi förespråkar har starkt stöd i forskning. (t. ex. Sroufe et al, 2000, Rutter, 2008). Föräldrar och barn påverkar varandra i ett ständigt pågående växelspel, som tillsammans med barnets individuella, bl. a. genetiska, förutsättningar utgör ramarna för barnets utveckling. Familjemedlemmarnas inbördes relationer kan fungera som såväl belastningsfaktorer som tillgångar. Inte bara relationen mellan barnet och föräldrarna är av avgörande betydelse utan också relationen mellan syskon. Goda syskon-

relationer kan t. ex. utgöra en skyddande faktor för barn som utsätts för stress i och utanför familjen (Gass et al, 2007, Rutter, 2008). Detsamma gäller nära relationer till en släkting (oftast mor- eller farföräldrar) utanför familjen (Jenkins & Smith, 1990).

När vi ska försöka förstå barns utveckling, inklusive de svårigheter, problem och symtom som föranleder kontakt med barn- och ungdomspsykiatri, måste vi därför alltid samarbeta med anknytningspersonerna, som vi här benämner föräldrarna och som oftast är just biologiska föräldrar, men som också kan vara t. ex. adoptivföräldrar, styvföräldrar eller familjehemsföräldrar. Vi behöver se barnet i samspel med föräldrarna och vi behöver föräldrarnas hjälp som uppgiftslämnare, d.v.s. få ta del av deras bild av sitt barn. Oavsett barnets ålder och hur barnets svårigheter ser ut, är föräldrars medverkan en viktig faktor för att skapa förändring. Den behandlingsinsats som görs måste planeras utifrån både barnets och föräldrarnas önskemål och förutsättningar. Detta gäller även insatser som i första hand fokuserar på barnet, t.ex. individuell psykoterapi eller farmakologisk behandling.

Frågan om föräldrars medverkan är mer komplicerad, när det gäller ungdomar som själva söker hjälp på eget initiativ. Ungdomarna erbjuds, om de så önskar, en egen tid utan att föräldrarna deltar eller ens informeras. I vad mån föräldrar ska informeras eller involveras i kontakten får senare bedömas utifrån problemets karaktär och ungdomens mognad. Även om föräldrarnas medverkan enligt BUP:s bedömning skulle kunna leda till en bättre behandlingsinsats, ligger beslutet om deras eventuella deltagande hos tonåringen. Detta gäller under förutsättning att problemets art och grad inte är sådan att sekretessen gentemot vårdnadshavare upphävs. Se vidare avsnittet *Familjen/patienten som uppdragsgivare*.

Av den nedan presenterade stress/sårbarhetsmodellen framgår nödvändigheten av att alltid betrakta hela barnets uppväxtsituation för att kunna förstå, bedöma och behandla. Familjer lever ibland med hög nivå av psykosocial stress. Genom att behandlingsinsatser inbegriper också familjen kan vi ibland undanröja risken för att barnet blir kvar i ett system som låser och som förstärker dess svårigheter. Om man undanröjer onda cirklar i familjesystemet skapas i bästa fall möjligheter för barnet att utvecklas utifrån alla sina förmågor och förutsättningar.

Familjen/patienten som uppdragsgivare

Respekten för klienten är en central utgångspunkt, formulerad bl. a. i Hälso- och sjukvårdslagen, i *Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal* (Socialstyrelsen, 2010) och i gällande vårdöverenskommelse för BUP i Stockholm läns landsting.

Vår uppdragsgivare är våra patienter – barn, ungdomar och deras föräldrar. Med detta menar vi att det är föräldrarna – och ibland ungdomarna själva eller ungdomarna tillsammans med sina föräldrar – som ska definiera sitt och sitt

barns hjälpbehov. Detta implicerar att vi så långt som möjligt ska utgå ifrån deras egen uppfattning om problemens natur och orsak och deras egna behov av förändring. Grunden för vårt arbete är en ömsesidig överenskommelse mellan barnet/ungdomen, familjen och oss som experter.

Vi ska kraftfullt engagera familjen i planeringen av vilka insatser som behöver göras. Vi behöver också utgå ifrån att föräldrarna kan bedriva eget förändringsarbete själva eller parallellt med insatser från oss. Vi ska dessutom kontinuerligt införliva även barnets/ungdomens egen bild och önskemål om förändringar och på samma sätt, allt utifrån deras egen ålder och mognad, engagera dem i planeringen av insatser. Den bedömning och planering som görs ska kommuniceras till barn/ungdomar på ett sätt som är begripligt för dem utifrån deras mognadsnivå.

I de fall då den som söker vår hjälp är en tonåring, som inte kommer tillsammans med någon av sina föräldrar, eventuellt till och med utan föräldrarnas vetskap, är det tonåringen själv som är vår uppdragsgivare. En tydlig inriktning bör ändå vara att engagera även föräldrarna i behandlingen. Detta måste dock ske med respekt för den unges integritet och på ett sådant sätt och i en takt som gör att förtroendet för oss inte äventyras. Vidare ska hänsyn tas till de regler som finns, när det gäller ungdomars sekretess i förhållande till föräldrar (se *Riktlinje beträffande sekretess för uppgifter om barn och ungdomar i förhållande till vårdnadshavare*, BUP-divisionen, 2010, och Meddelandeblad nr 7/2010 från Socialstyrelsen). I vissa fall, som t. ex. situationer som omfattas av vår anmälningsskyldighet enligt Socialtjänstlagen, kan vi ta kontakt med föräldrarna oavsett tonåringens önskan.

Barn- och ungdomspsykiatrin är specialister på barns och ungdomars psykiska svårigheter. Men föräldrarna är de som känner sitt barn utifrån sin roll och sitt perspektiv. Respekten för familjen och dess integritet kräver att vi utgår från deras världsbild, deras tolkning av verkligheten och av sin situation. Föräldrarnas bild av sitt barn i kombination med barnets/tonåringens egen uppfattning är utgångspunkten för vår behandling. Våra insatser måste också baseras på familjemedlemmarnas uppfattning om vad de vill ha hjälp med. Har vi inte den utgångspunkten kommer vi inte att nå framgång eftersom vi aldrig kommer att uppnå ett samarbete. Men samtidigt får det inte innebära att vi frånsäger oss den kompetens som vi faktiskt har. Om vi tycker oss se och förstår sådant som föräldrar/barn inte tycks uppfatta, så ligger det i vårt professionella ansvar att uppmärksamma familjen på detta. Men hur familjen hanterar denna information är deras sak, inte vår. Vi ska inte ta över ansvaret.

Vi kan förstå, beskriva, erbjuda, men det är familjen som bestämmer. Behandlingsplaneringen måste utgå från familjens önskan. Undantaget är sådana situationer där barn far illa och som omfattas av vår anmälningsplikt. Att utgå från föräldrarnas önskemål och kunskap om sitt barn innebär å andra sidan inte, att vi i alla lägen ska göra allt det som föräldern önskar/kräver. Vår bedömning av

barnets behov och barnets och familjens möjlighet att delta i och tillgodogöra sig behandlingen måste vägas in. Vidare måste hänsyn tas till de grundförutsättningar för BUP-verksamheten som utgår från bl. a. Hälso- och sjukvårdslagen och gällande politiska direktiv beträffande prioriteringar. Enligt dessa ska bland annat den som har störst behov av snar hjälp få hjälp först och den som behöver den mest omfattande insatsen ska få det.

Om man ska få till stånd en varaktig och, vilket ibland är nödvändigt, genomgripande förändring, så förutsätter det att arbetet sker i samråd med föräldrarna. Inte sällan har de föräldrar vi möter till följd av barnens problem en bristande självkänsla som föräldrar. Om våra behandlingsinsatser sker med föräldrarna som tydlig uppdragsgivare, så betyder det att man betraktar och behandlar föräldrarna som den resurs de nästan alltid är. Då har vi i bästa fall också anammat familjens utvecklingspotential och kombinerat med våra specialistkunskaper. Om man kan samarbeta med föräldrarna i den andan så kan det öppna möjligheterna för föräldrarna att återfå den ofta förlorade tilltron till den egna förmågan. Slutresultatet kan då bli en förändring som blir djupgående och varaktig.

Vi kan aldrig bortse ifrån att kontakten mellan den hjälpsökande och professionen rymmer en maktaspekt. Den som söker vård har alltid i någon mening ett underläge. Inte minst gäller det i den diagnostiska processen. Även om våra ambitioner är de allra mest "demokratiska" och i grunden inställda på samarbete på lika villkor, så lämnar vi, åtminstone temporärt, kontakten på lika villkor, när vi använder oss av våra professionella kunskaper för att klassificera och diagnostisera. Utmaningen blir att låta detta ske utan att kontakten bryts mer än temporärt och utan att det leder till en destruktiv objektifiering.

1

Patientcentrerat förhållningssätt innebär bland annat:

- att insatser baseras på barnets/ungdomens och familjens upplevda behov av stöd, hjälp och förändring.
- att möta patienten/familjen där den/han/hon befinner sig.
- att utgå från hans/hennes problemformulering.
- att delge patienten/föräldrarna vår bedömning/diagnos och ge utrymme för diskussion kring denna.
- att erbjuda och diskutera behandlingsalternativ.
- att ge beslutsdelaktighet.
- att formulera en behandlingsplan i samråd och att då
- respektera barns/ungdomars rätt till självbestämmande utifrån barnets ålder och mognad, och
- att samtidigt stå för vår professionella kompetens och ansvarstagande.

Sammanfattningsvis behöver vi undersöka och förhålla oss till *familjeperspektivet*, som grundar sig i familjens erfarenheter av och kunskaper om sitt barn, familjens styrkor, svagheter och behov. Vidare behöver vi undersöka och förhålla oss till *barnperspektivet*, barnets erfarenheter, behov och prioriteringar. Och detta måste ske utifrån och hela tiden med iakttagande av det *professionella perspektivet*, vår utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet. Goda bedömningar, beslut och behandling förutsätter respekt för dessa olika perspektiv.

Det salutogena perspektivet

Med salutogena, hälsobefrämjande faktorer, avses *omständigheter som bidrar till att personer är vid god hälsa trots att de har varit eller är utsatta för avsevärda och potentiellt sjukdomsframkallande biologiska eller psykosociala stressorer* (Nationalencyklopedin).

Forskning, främst epidemiologiska longitudinella studier, ger starkt stöd för att salutogena faktorer på ett påtagligt sätt kan minska risken för att utveckla psykisk ohälsa. Salutogena faktorer kan finnas på såväl individ- som på familje-/omgivningsnivå. Till de förra hör god social kapacitet, positivt självförtroende, självständighet, framgångsrik coping (på ett medvetet sätt handskas med stress så att det inte leder till problem), intelligens, kreativitet, god impuls kontroll och att individen har en känsla av att själv kunna styra utvecklingen av sitt liv (locus of control) (Werner, 1989). Salutogena faktorer på familje- och omgivningsnivå är t ex. tillitsfulla och intima relationer, att ha en positiv föräldra-barn relation, att leva i en familj med klart definierade gränser och subsystem där det också finns klara regler. (Hansson & Cederblad, 1995). Om familjen sviktar kan det vara avgörande att ha andra viktiga personer utanför familjen att relatera till och identifiera sig med (Garmezy & Rutter, 1983).

I det praktiska, kliniska arbetet inom BUP innebär detta att vi – samtidigt som vi utforskar de svårigheter som föranlett kontakten med oss – fokuserar på hälsobringande faktorer och barnets och familjens egna möjligheter. Genom att inleda kontakten på familjenivå kan vi tidigt mobilisera potentiella men eventuellt hittills outnyttjade resurser. Grunden för detta sätt att närma sig problemet är ett uttryck för en tillit till individens möjlighet till förändring med stöd av den närmaste omgivningen (Antonovsky, 1987; Björvell, 1999). Detta förhållningssätt kan ofta vara en hjälp för familjen att vidga perspektiven och kunna se andra möjligheter. Självklart är vår uppgift, som specialister på barns och ungdomars utveckling och svårigheter, att beskriva, bedöma, diagnostisera och försöka förstå det som är problematiskt och som har fört barnet och familjen till BUP. Det salutogena perspektivet förändrar inte denna uppgift. Men vår uppgift är också att försöka finna det som väger upp, inte minst därför att uppmärksamhet också på dessa positiva faktorer kan påverka såväl familjemedlemmarnas som vårt sätt

att tänka. Och i bästa fall underlättar detta kompletterande perspektiv skapandet av goda konstruktiva baningar och synsätt i familjen.

Se också nedan under *stödjande faktorer* i beskrivningen av stress/sårbarhetsmodellen.

2

Med salutogent perspektiv menas:

- att vi samtidigt som vi försöker kartlägga, beskriva och bedöma svårigheter, problem och symptom
- också fokuserar på hälsobringande faktorer och barnets och familjens egna möjligheter.

Hur ser vi på uppkomsten av psykiska symtombilder?

Diagnoser inom det somatiska fältet säger i allmänhet någonting om vad som ligger bakom, vad som orsakar de symptom, som patienten har. De diagnostiska system som psykiatrin använder är annorlunda. Dessa diagnoser baseras (frånsett vissa undantag) endast på patienternas symptom, oavsett vilken idé eller hypotes man kan ha om hur de uppkommit. Diagnosen säger vilket tillstånd patienten har men anger inte orsaken. När vi ska planera behandling utgår vi som regel från barnets diagnos, men vi måste också göra en helhetsbedömning och försöka förstå svårigheternas *uppkomstbetingelser*. Och vidare bör vi kartlägga hur de faktorer ser ut och fungerar som *vidmakthåller* symtombilderna när de en gång uppstått. Hur angeläget det är att försöka förstå uppkomstbetingelserna kan vara beroende av hur svårigheterna ser ut. T.ex. vid störningar hos små barn eller vid traumarelaterade tillstånd är det särskilt angeläget.

I bedömning och behandling av barn- och ungdomspsykiatriska symtombilder utgår vi från en biopsykosocial grundsyn, där ett antal biologiska, psykologiska och sociala faktorer tänkes interagera och skapa psykisk hälsa eller ohälsa, välbefinnande eller lidande.

Den biopsykosociala grundsynen är ett av skälen till sammansättningen av BUP:s personalgrupper, det barnpsykiatriska teamet, med företrädare för olika kunskapsområden.

Stress/sårbarhetsmodellen

I ett systemiskt, ständigt pågående förlopp samspekar sårbarhetsfaktorer (som kan vara genetiska, biologiska, psykologiska etc.), stressfaktorer och skyddande faktorer. Detta samspel kan uttryckas i en stress/sårbarhetsmodell som presenteras i grafisk form i fig. 1. Figuren har sin utgångspunkt i resonemang av Masten &

Garmezy (1985) och har utvecklats av Assarsson & Hofsten (1997) och av Eresund & Wrangsjö (2008).

Enligt stress/sårbarhetsmodellen uppkommer barnpsykiatriska problem/symtombilder till följd av att barn har en viss sårbarhet och utsätts för varierande grad av stress. Utöver dessa belastningar påverkas barnet också av motverkande (stödjande, stärkande) faktorer. Uppkomsten av det enskilda barnets symtom kan förstås i termer av dessa olika belastningsfaktorer och stödjande faktorer och framför allt av interaktionen mellan dem. Dessutom påverkas belastningsfaktorerna i ett samspel med symtomen – t.ex. genom att ett utagerande barns beteende skapar psykosocial stress i familjen som i sin tur blir till en ytterligare förstärkt belastning på barnet, vars symtom då kanske förvärras etc.

Sårbarhet kan definieras som *en benägenhet hos individen att vara känslig för påfrestningar av olika slag*. Sårbarhet kan delas in i två huvudkategorier: predisposition för en specifik sjukdom eller reaktion, respektive allmän stresskänslighet, d. v. s. en känslighet för att vid påfrestningar reagera med ett sämre fungerande i olika avseenden. En annan indelningsgrund är primär sårbarhet (genetiskt eller mycket tidigt förvärvad – under graviditeten, förlossningen eller spädbarnstid) respektive sekundär sårbarhet som är senare förvärvad genom interaktion med omgivningen. En hög grad av sårbarhet gör att reaktioner på stress är lätt utlösta.

Sårbarhetens positiva motpol är *motståndskraft* eller förmåga att återhämta sig (resilience) (Masten & Garmezy, 1985). Liksom sårbarheten kan motståndskraften vara medfödd, genetisk, eller förvärvad. Det enskilda barnets sårbarhet eller motståndskraft är inte att betrakta som en permanent egenskap utan kan variera över tid. Förmågan kan utvecklas i samspel med omgivningen, t.ex. i en trygg anknytning. Erfarenheten av att ha motstått påfrestningar kan ha en stärkande, ”vaccinerande” effekt, som gör barnet mindre sårbart i framtiden (Murphy & Moriarty, 1976). Å andra sidan kan särskilt en tidig utsatthet för påfrestningar som barnet inte kunnat bemästra, som eventuellt medfört traumatisering, leda till en ökad sårbarhet (O’Donnell et al, Udwin et al, 2000).

Med *stressfaktorer* avses olika slag av påfrestningar som barnet och/eller familjen utsätts för. Faktorerna kan vara övervägande ”interna” (t.ex. brister i det tidiga samspelet, föräldrakonflikter, vanvård, skilsmässa, övergrepp, sjukdom) eller ”externa” (t. ex. krig, naturkatastrofer) men också resultatet av samspel mellan interna och externa faktorer (t. ex. arbetslöshet som ökar risken för familjekonflikter). Vissa v-diagnoser i DSM-systemet (z-diagnoser i ICD-10) kan vara exempel på stressfaktorer. Andra exempel på riskfaktorer är att växa upp i en socioekonomiskt belastad miljö, där det kanske finns många barn med stora problem, och där samhällets resurser i t. ex. skola och barnomsorg är otillräckliga satt i relation till de stora behoven (Fonagy & Higgitt, 1999).

Med *skyddande faktorer* menas i modellen sådana omständigheter som mot-

verkar uppkomsten av symtom eller som gör att symtom försvagas eller försvinner. ”Det är faktorer som stärker den reparativa förmågan och får en del barn att utvecklas positivt, ibland trots massiva riskfaktorer” (Eresund & Wrangsjö, 2008, s 92.). De skyddande faktorerna är huvudsakligen av tre slag: (1) Den grunddisposition hos barnet självt, resilience, som nämnts ovan. (2) Faktorer i hemsituationen eller i det närmaste nätverket, t .ex. varmt och känslomässigt stödjande klimat. (3) Förekomsten av externa stödsystem, t.ex. en dagis- eller skolsituation väl anpassad efter det enskilda barnets behov.

Begreppet *resilience* har blivit föremål för omfattande forskning. Man finner här egenskaper som underlättar för barnet att få ut mesta möjliga stimulans i en torftig miljö, att inte internalisera miljöns negativa aspekter och att – om man lever i en dysfunktionell familj – ha förmågan att ta till sig goda influenser utanför familjen för att senare kunna bryta sig ur miljön (Katz, 1997). Sommerschild (1998) skriver om *trumfkort i livets spel*, hälsobefrämjande faktorer som god kontaktförmåga, flexibilitet, förmåga att föra en inre dialog med hjälp av symbolik och framför allt en positiv självbild. Hon presenterar vidare en modell kallad *bemästrandets villkor* med två huvudområden, *samhörighet och kompetens*. Under *samhörighet* beskriver hon dyaden (minst en nära förtrogen), familjen (förutsägbarhet, bekräftelse, samhörighet) och nätverket (gemensamma värderingar, socialt stöd). I området *kompetens* är delarna kunna någonting, vara till nytta, få och ta ansvar, utveckla kärleken till nästan och bemöta och hantera kriser. Produkten av dessa delar blir egenvärde och därav följande moståndskraft.

Skyddande faktorer har en nära koppling till det som ovan beskrivits som *salutogena faktorer*.

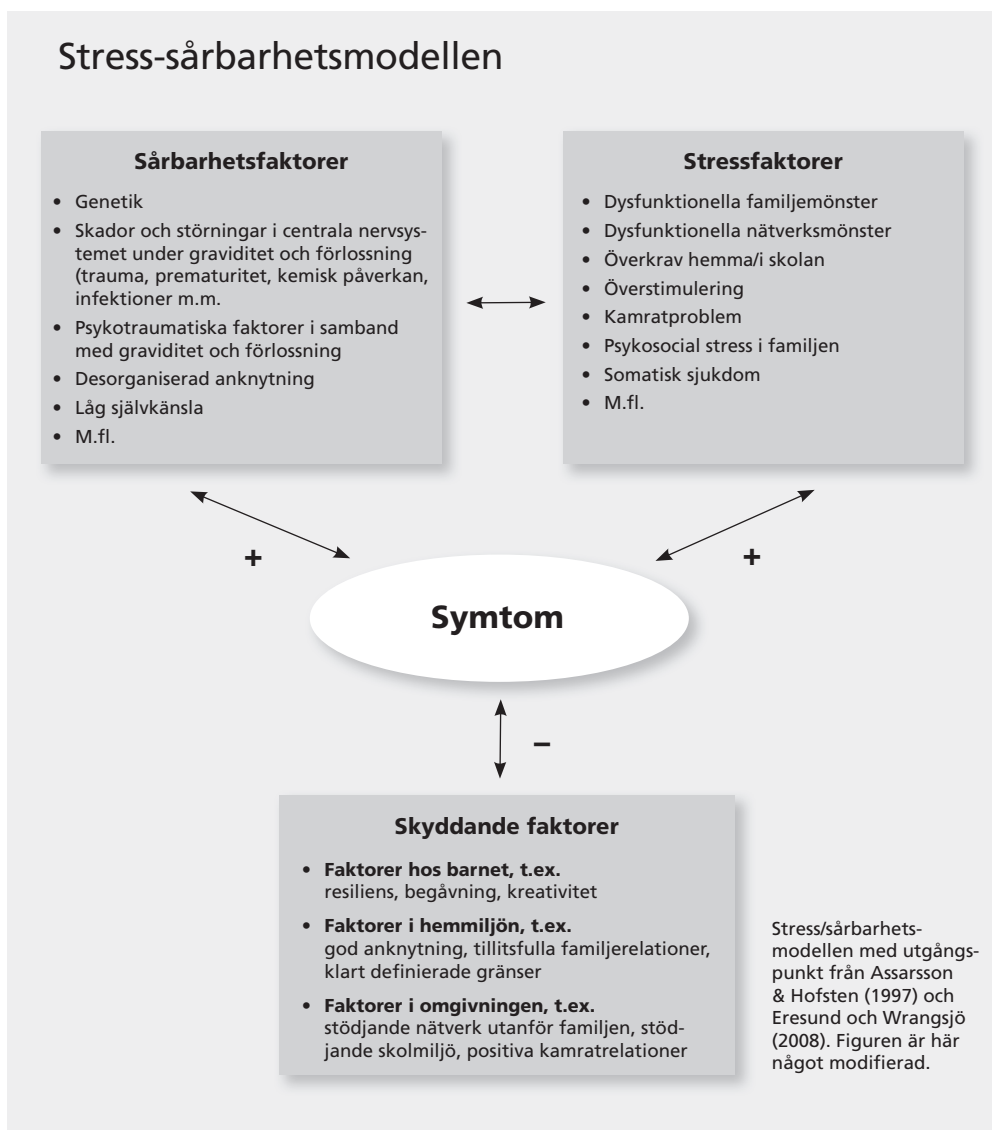
Ett betydelsefullt område är barnets/ungdomens relationer till kamrater. Dåliga kamratrelationer, mobbning, känsla av utanförskap m.m. har i forskning visat sig ha ett högt samband med psykiatriska problem. Å andra sidan kan förekomsten av goda kamratrelationer balansera andra brister och därmed tjäna som skyddande faktor (Masten & Coatsworth, 1995).

Exempel på skyddande faktorerers betydelse kan vara barnet som på genetisk grund har svårigheter med koncentration, uthållighet och impulskontroller men där effekter av denna belastning i form av symtom begränsas av en god skolsituation, anpassad efter just detta barns behov. Alternativt kan symtomen förvärras av en skolsituation där barnet undervisas i en stor grupp med många störningsmoment.

Ett annat exempel kan vara uppkomstbetingelserna kring posttraumatiskt stresssyndrom (PTSD) hos barn. Diagnosen förutsätter att barnet upplevt en potentiellt traumatiserande situation. Men alla barn som utsätts för en och samma händelse utvecklar inte PTSD. Forskning har visat att det enskilda barnets reaktion bl.a. beror på dess personlighet och temperament. Men även omständigheterna kring traumat är av avgörande betydelse. Var barnet t.ex. tillsammans med

föräldrar som kunde skydda och trygga barnet så minskar risken för att barnet ska utveckla PTSD eller andra psykiatriska störningar. För barn som haft potentiellt traumatiserande krigsupplevelser har man funnit att anknytningen till föräldrarna är av avgörande betydelse för utveckling av psykiska besvär (Goldin, 2008).

Konsekvenser av stress/sårbarhetsmodellen:



När modellen används i klinisk tillämpning leder detta till ett antal både teoretiska och praktiska konsekvenser: Den kliniska bedömningen, liksom planering och genomförande av behandlingsinsatser, kommer att utgå ifrån försök att kartlägga och förstå samspelet mellan barnets givna förutsättningar och uppväxtmiljön i vid mening. Användandet av modellen måste också innehålla ett utvecklingspsykologiskt perspektiv. Barnpsykiatrins insatser ska syfta till att undanröja hinder, stödja och hjälpa barnet att så långt som möjligt "återgå till normalutveckling".

Modellen leder till att det blir meningslöst att tala om orsaker, eftersom ett sådant tänkesätt implicerar lineära samband. I stället för enkla orsakssamband kan man tala om *interaktionistisk kausalitet* (Smedler, 1994). I en cirkulär modell kommer vad som betraktas som orsak att vara helt beroende av var man börjar sitt betraktande, var man interpunkterar. I stället för att tala om *orsaker* betraktas barnets svårigheter i termer av *uppkomstbetingelser*. I ett sådant betraktelsesätt kommer man att fokusera på såväl de ingående delarna som på interaktionen mellan dem. I barn- och ungdomspsykiatrins historia har funnits en tendens att se föräldrar som de som orsakar barnets problem. I det interaktionistiska perspektivet ersätts denna starkt förenklade bild av ett betraktelsesätt som fokuserar på *ömsesidighet* och *samspel*. "En subtil, svärfångad känslighet som över tid har en kumulativ effekt på samspelet i negativ riktning kan få betydliga konsekvenser för emotionell, kognitiv och social utveckling" (Lindblad m.fl. 2005, s.39). Och det är viktigt att påpeka, att den modell som framhäver att också samspelet har betydelse inte används på ett sådant sätt att föräldrar och andra i barnets omgivning känner sig anklagade, skyldiga. "Med *delaktighet* menas inte att vara orsak till eller *skuld till* utan rätt och slätt att vara ständigt involverad genom det dagliga samspelet med barnet med alla dess sidor, inklusive de problematiska" (Wrangsjö, 1998).

När vi inte längre talar om *orsaker* i lineär mening blir det också meningslöst att tala om vad symptom *beror på*. Exempelvis uppdelningen i kropp eller själ blir meningslös, liksom uppdelningen i arv eller miljö.

Stress/sårbarhetsmodellen pekar också på att barnets svårigheter kan betraktas utifrån olika, hierarkiskt ordnade perspektiv. Barnet och dess individuella, bl.a. genetiska förutsättningar och personlighet är *ett* perspektiv. Barnet i sin familj, i samspel med sin närmaste omgivning är ett annat. Begreppet familj är inte särskilt entydigt – många barn med separerade föräldrar lever växelvis i två familjer, ibland familjer som är i konflikt med varandra, vilket utgör ett svårt stressmoment för barnen som bl. a. utsätts för lojalitetskonflikter. I steget utanför familjen finns det omgivande nätverket, dels i form av familjens personliga relationer (mor- och farföräldrar, andra släktingar, grannar, vänner). Familjens nätverk utgör i bästa fall en resurs som kan mobiliseras vid behov, men kan också utgöra en belastningsfaktor om nätverksrelationerna är konfliktfyllda. Vidare finns det s.k. professionella nätverket – skola, barnomsorg och ibland social-

tjänsten eller andra samhällets stödfunktioner. Familjens förhållande till det omgivande nätverket kan ha avgörande betydelse för om samspelet kring barnet i familjen utvecklas i konstruktiv eller dysfunktionell riktning (Wrangsjö, 1998, Klefbeck & Ogden, 1996).

Även om barnets viktigaste "sammanhang" under uppväxten är den närmaste familjen, måste betonas att det växande barnet i allt större utsträckning lever utanför familjen, i samspel med såväl jämnåriga som andra vuxna än föräldrarna. Den påverkan som dessa erfarenheter innebär, för såväl positiv som negativ utveckling, har möjligen traditionellt undervärderats av barnpsykiatri (Harris, 1995).

Utanför nätverksnivån finns strukturer i samhället som även de har betydelse för utveckling av barns psykiska hälsa och ohälsa. Hit hör bl. a. förhållanden i närsamhället (t.ex. kvalitét i barnomsorg och skola, bostadsområden), liksom olika stödfunktioner för barn och barnfamiljer (t. ex. sociallagstiftning). Andra faktorer på denna nivå – främst av betydelse genom indirekt påverkan på barnens föräldrar – är t.ex. arbetslöshet och ekonomiska problem.

Stress/sårbarhetsmodellen leder till tydliga konsekvenser, när det gäller att förstå barns utveckling – antingen man betraktar s.k. normalutveckling eller utveckling i riktning mot psykiatriska symtom och lidande. Med utgångspunkt i stress/sårbarhetsmodellen blir ett barns svårigheter, eller frånvaro av svårigheter, resultatet av en dynamisk utvecklingsprocess, där såväl genetik som neurologi och fysiologi som erfarenheter och upplevelser har betydelse (Caspi et al, 2002).

En annan slutsats är t.ex. att två barn som fungerar och betar sig på likartat sätt kan göra detta utifrån helt olika utgångspunkter – t. ex. arv, omgivningspåverkan etc. Och två barn som har till synes lika förutsättningar vid födseln kan utvecklas olika beroende på den omgivningspåverkan de utsätts för och sitt eget samspel med omgivningen. I behandlingssammanhang betyder detta, att två barn med likartat beteende och symtombild kan vara i behov av helt olika behandlingsinsatser för tillfrisknande (Sroufe et al, 2005).

En annan konsekvens är att ett barn som utsätts för risker av olika slag (t. ex. stress) inte nödvändigtvis utvecklar symtom även om riskerna är flera och svåra. Om belastningarna balanseras av stödjande faktorer i omgivningen och egen, eventuellt genetisk eller tidigt förvärvat, motståndskraft behöver resultatet av belastningen inte bli så kännbart. Belastningsfaktorer av olika slag leder inte nödvändigtvis till senare symtom och lidande men en anhopning av belastningar under åren ökar risken för felutveckling (Sroufe et al, 2005).

Utgångspunkten i stress/sårbarhetsmodellen leder vidare till konsekvenser för den behandlingsplanering som görs tillsammans med familjen. Diagnosen är i regel en nödvändig men inte tillräcklig grund för behandlingsplanering. Samma symtombild – och därmed diagnos – kan uppkomma på en mängd olika sätt. Behandlingen kan inriktas på att i så stor utsträckning som möjligt försöka undan-

röja stressfaktorer och sårbarhetsfaktorer eller på att stärka skyddande faktorer.

Stress/sårbarhetsmodellens systemiska karaktär kan också få också konsekvenser för bedömning och behandling på så vis, att barnets kontextuella situation är en aspekt som betraktas på ett mycket tidigt stadium i kontakten. Kan förändringar i barnets situation leda till att symtomen minskar eller försvinner? Vilka resurser i familjen/nätverket kan mobiliseras? Dessa frågor bör som regel ställas och penetreras innan beslut fattas om en mer omfattande individuell utredning av barnet. Härigenom uppnås lägsta effektiva omhändertagandenivå och BUP:s insatser behöver inte bli mer omfattande än nödvändigt.

Det ”sammanhangsperspektiv” som impliceras i modellen är således en grund för planering av behandlingsinsatser med målsättningen att göra barnet symtomfritt. Men barns förutsättningar, inte minst genetiskt, är olika och t.ex. för en del barn med funktionsnedsättningar är ”bot” och symtomfrihet inte alltid möjlig. Det sätt att tänka och arbeta som blir ett resultat av modellen kan dock användas för att planera olika åtgärder med inriktningen att hjälpa barnet till så god livskvalitet som möjligt, till ett sätt att leva med sin funktionsnedsättning. Forskning har t.ex. visat, att specialpedagogiska insatser med fokus på att förbättra samspelet mellan barn och föräldrar kan få utvecklingsförbättrande effekt på barn med funktionsnedsättningar (Preisler, 1998).

Alla former av behandlingar med utgångspunkt i evidensbaserad praktik (se nedan) är fullt förenliga med modellen, under förutsättning att man betraktar och beaktar det multidimensionella. Så blir t.ex. inte *enbart* farmakologiska insatser eller *enbart* individualterapi för barnet acceptabla i en barnpsykiatrisk verksamhet med stress/sårbarhetsmodellen som grund.

Om uppkomsten av psykiatriska symtombilder – sammanfattning:

- Vi utgår ifrån en biopsykosocial grundsyn, där ett antal biologiska, psykologiska och sociala faktorer tänkes interagera i ett systemiskt, aldrig avstannande förlopp.
- Symtom uppkommer i ett samspel mellan sårbarhetsfaktorer, stressfaktorer och skyddande faktorer.
- Klinisk bedömning, planering och behandling utgår från försök till förståelse av samspelet mellan barnets givna förutsättningar och uppväxtmiljön i vid mening.
- Insatserna inriktas på att undanröja eller reducera effekten av sårbarhetsfaktorer och/eller stressfaktorer och/eller på att stärka skyddande faktorer.
- Alla former av behandling är fullt förenliga med stress/sårbarhetsmodellen, under förutsättning att man arbetar utifrån evidensbaserad praktik, betraktar och beaktar det multidimensionella perspektivet.

Evidensbaserad praktik

Våra bedömningar och insatser ska bygga på bästa möjliga kunskapsgrund. Inom det psykiatriska fältet allmänt finns numera en växande såväl effekt- som processforskning. Det vetenskapliga underlaget kan vara framtaget genom experimentell metodik där patienter behandlade med en viss metod jämförs med en obehandlad kontrollgrupp men också genom systematiska observationer utan kontrollgrupp (Thelander, 2002). När det gäller forskning på barn är det senare vanligtvis det enda möjliga, eftersom obehandlad kontrollgrupp av etiska skäl sällan låter sig användas.

Det finns starkt vetenskapligt stöd för att användandet av forskningsbaserad kunskap som underlag för beslut och behandling leder till bättre behandlingsresultat (Weisz et al, 2006). Detta gäller under förutsättning att kunskapen tillämpas på ett individuellt anpassat sätt. Speciellt svåravvägd och därmed särskilt angelägen blir denna individuella avvägning, t.ex. för patienter med samsjuklighet och/eller hög grad av sociala komplikationer. Bland annat av detta skäl måste alltid en klinisk bedömning göras för den enskilda patienten och dennes situation, där också barnets/ungdomens och familjens värderingar och preferenser integreras (Fonagy, 2007).

Den kunskap som kan sammanfattas genom systematiska studier av grupper av patienter är giltig på gruppnivå. Men inom varje patientkategori, t.ex. patienter med en viss diagnos, finns ett större eller mindre antal underkategorier. En behandlingsmetod som har starkt vetenskapligt stöd för en sådan underkategori kan vara verkningslös för en annan.

Väsentligt är att använda sådant forskningsunderlag som har bästa möjliga intern och extern validitet (Levant, 2006). Med intern validitet avses sådan kunskap som är resultatet av s.k. efficacy-studier, som visar hur väl en medicinsk åtgärd fungerar när den undersöks under optimalt kontrollerade förhållanden (t.ex. utbildning och kontroll av behandlarnas metodtrogenhet, uteslutande av patienter med samsjuklighet eller omfattande sociala problem). Extern validitet visar hur väl en behandlingsmetod fungerar i allmänt bruk i sjukvården, d.v.s. under mer realistiska former, *effectiveness* (SBU, 2011).

Evidensbaserad praktik innebär ett noggrant, tydligt formulerat och omdömesgillt användande av bästa tillgängliga vetenskapliga underlag i planering och genomförande av insatser för den enskilde patienten. Innebörden är att integrera erfarenhetsbaserad klinisk expertkunskap med sådan kunskap som erhållits genom systematisk forskning (Sackett et al, 1996). Det centrala begreppet är systematik. Resonemanget illustreras i figur 2.

Figur 2: Modell för evidensbaserad praktik med utgångspunkt från Hayes et al (2002)



Vid bedömning av vilka effekter som ska vara målet för behandlingsinsatser är symtomminskningar centrala, men också förbättringar av funktion i olika avseenden (skola, relationer, beslutsfattande m.m.) och livskvalitet (Levant, 2006).

Stockholms Barn- och ungdomspsykiatri *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling* är skrivna utifrån ovanstående syn på evidensbaserad praktik. För att kunna leva upp till målsättningen för *tillfället bästa tillgängliga kunskapsunderlag* kommer riktlinjerna att revideras kontinuerligt allteftersom såväl forskningsbaserade som kliniskt grundade erfarenheter tillför ny kunskap till det barn- och ungdomspsykiatriska området.

4

Med evidensbaserad praktik menas:

- att vi i valet av metoder för bedömning och behandling använder den för tillfället bästa forskningsbaserade kunskapen om insatserns effekter,
- kombinerat med kliniskt kunnande, erfarenhet och omdöme, och
- med tydlig utgångspunkt från den unika patientens behov, sammanhang, önskemål och resurser.

Det första mötet med BUP – behandlarens förhållningssätt och bedömningar

Detta kapitel beskriver olika aspekter av det första mötet med patienten/barnet/ungdomen och dennes familj. Fokus ligger på kontaktetablering, informationsinsamlande och den första bedömningen.

Patientens/familjens kontakt med barn- och ungdomspsykiatri kan schematiskt beskrivas som i figur 3, där den skuggade rutan i mitten är det som omfattas av denna text. Men det grundläggande förhållningssättet är generellt giltigt för hela BUP:s kontakt med barnet/ungdomen/familjen, inte bara för den inledande fasen.

Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm beskriver i sina *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling* grunderna för en evidensbaserad praktik inom tolv subspecialitetsområden. Tyngdpunkten ligger i behandlingsöverväganden (områdena *längre behandlingsinsats* respektive *fokuserade korttidskontakter* i fig. 3) men har också giltighet i olika delar av utredningsarbetet, såväl i den inledande bedömningen som i de fall då en fördjupad utredning genomförs, och när komplicerade differentialdiagnostiska ställningstaganden behöver göras.

Det första mötet med BUP – allmänt

Den första kontakten med BUP-mottagningen, det första samtalet, skapar ett sammanhang som kan leda till olika typer av planerade åtgärder, alternativt ibland ge barnet/ungdomen och familjen /hela/ den hjälp man, i varje fall just då, behöver för att kunna gå vidare av egen kraft och på egen hand.

Syften med det första samtalet är att behandlaren och familjemedlemmarna lär känna varandra, att familjen kan känna sig trygg, att behandlaren kan få en uppfattning om vilka barnet och familjen är, få en så tydlig bild som möjligt av de problem man söker för och skapa en atmosfär som gör att familjen finner det meningsfullt att vara där och att komma tillbaka. Det är också viktigt att samtalet ger ett hopp om möjlighet till förändring, vilket är en huvudbeståndsdel i en behandlingsallians. ”Kontakten med patienten omfattar själva bemötandet, relationen, och uppgiften, d.v.s. strävan att lösa patientens problem. Relationen är en nödvändig förutsättning för att den terapeutiska uppgiften skall lösas framgångsrikt.” (d’Elia, 2000, s 106.)

Tydlig evidens finns för ett samband mellan god allians och bra behandlingsresultat (t.ex. Kazdin & Whitley, 2006). Ofta är de första minuterna av samtalet av avgörande betydelse för att en god allians ska komma till stånd.

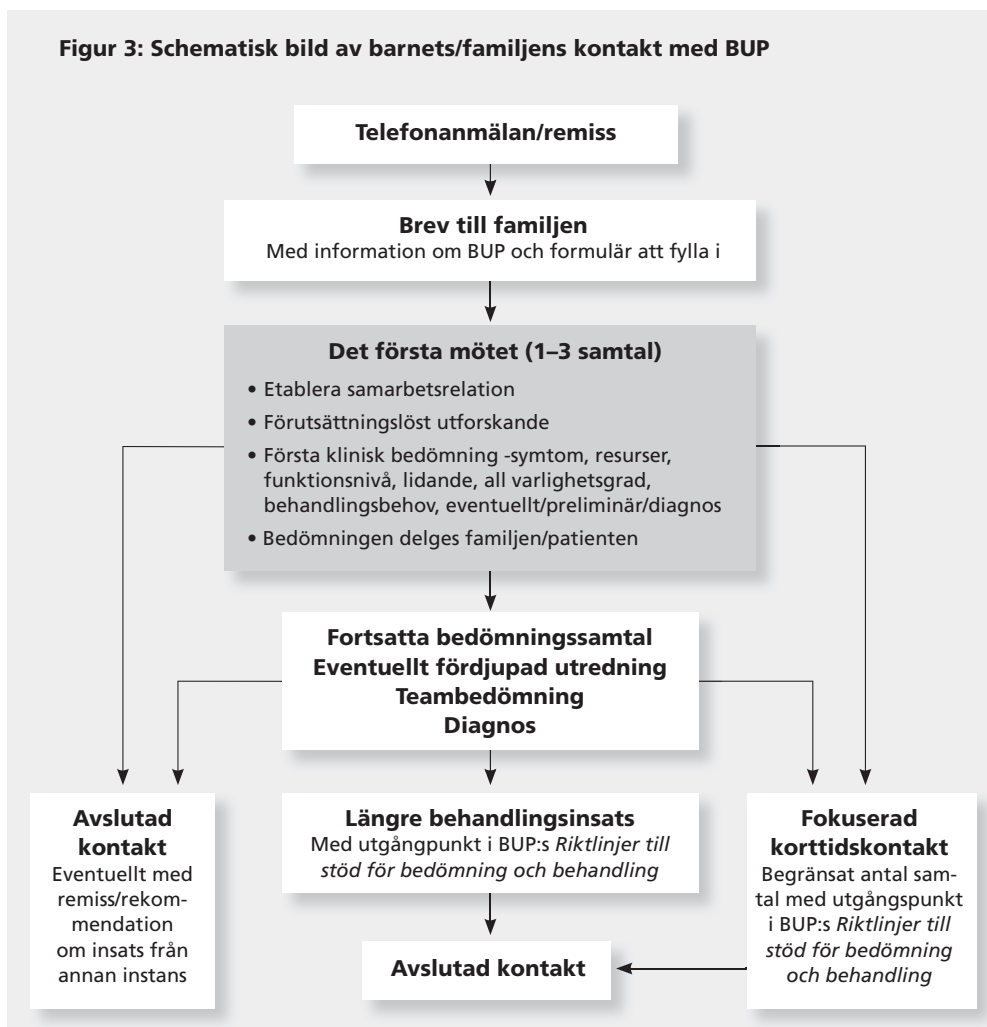
Alliansen kan beskrivas som innehållande två huvudaspekter, en relationell

(känslomässig) aspekt och en samarbetsaspekt (att vara överens om behandlingens mål och medel). Betydelsefullt för ett gott behandlingsresultat är den terapeutiska relationen som innehåller stöd, värme, empati och tillräcklig tid (Johansson, 2006).

Det sammanhangsskapande arbetet i samtalet lägger också grunden för fakta-insamlandet.

En god kontakt med alla närvarande familjemedlemmar kan underlätta för behandlaren att få ta del av viktig och ibland känslig information. Men det ska inte tolkas som att en speciell relation är en *absolut förutsättning* för att få svar på svåra och personliga frågor. Erfarenheter visar t. ex. att tonåringar gärna besvarar den typen av frågor i kommunikation med en anonym dator. De svar som givits i den formen kan sen användas som utgångspunkt för samtal och i förlängningen som utgångspunkt för kommande behandling.

Figur 3: Schematisk bild av barnets/familjens kontakt med BUP



Behandlingsforskning med utgångspunkt från patienters upplevelser har visat, att behandlarens bemötande i det första samtalet är av avgörande betydelse för utfallet av behandlingen (Borgengren & Wahlström, 2008). Väsentligt är att bemötandet är respektfullt och att alla närvarande blir lyssnade på.

Behandlarens uppgift under det första samtalet är flerfaldig. Han/hon har ansvaret för att ”hålla i” samtalet, lägga fast ramarna, låta alla komma till tals och därigenom ge möjlighet för samtal kring det som föranlett kontakten. Det är viktigt att behandlaren ger det första samtalet en tydlig struktur (Sexton et al, 2004). Behandlaren har också ansvar för att, så långt som möjligt, reglera ångestnivån i rummet så att alla orkar vara kvar. Det professionella ansvaret innefattar också att göra en bedömning och att kommunicera denna till familjen.

Det som vi här kallar *det första samtalet* är ibland inte bara ett samtal. Ibland behövs ytterligare ett eller ett par samtal för kontaktetablering och framför allt bedömning

Inför första samtalet: Information till patienter och från patienter

Etableringen av ett gott samarbete mellan behandlaren och familjen underlättas av om familjen kommer till det första samtalet med en någorlunda klar föreställning om vad som kommer att ske och har realistiska förväntningar. Av patienters svar på enkäter har framgått, att en källa till missnöje ibland är att man inte fått någon information inför det första besöket (Indikator 2009–10). Ett informationsblad som sänds hem till familjen före det första besöket bör därför användas. Den information som ges kan bl.a. gälla vem/vilka man kommer att träffa, ungefär hur lång tid besöket kommer att ta, vilka frågeområden man kommer att ägna sig åt, sekretessfrågor och hur fortsatt planering av kontakten går till.

Informationsbladet kan kombineras med ett formulär som man ber familjen fylla i och ta med sig till besöket. Förutom faktauppgifter (namn, födelsedata, vårdnadshavare, telefonnummer etc.) kan formuläret även innehålla frågor angående vad man söker hjälp för, tidigare problem eller vårdkontakter, skola m.m. Fördelen med detta är både att familjen får anledning att förbereda sig för besöket genom att tänka (och eventuellt diskutera) hur man vill svara, och dels att familjen får en uppfattning om vilken typ av frågor som samtalet kommer att röra sig omkring. Om ett sådant formulär används är det viktigt att familjens svar går igenom och diskuteras under samtalet. (Se vidare nedan under *Kommunikation kring eventuell lämnad tidigare information*).

Information om hur BUP arbetar

Redan tidigt under det första samtalet behöver de familjemedlemmar som kommit få information om vad det innebär att komma till barnpsykiatrin. Att vara patient hos oss är i vissa avseenden annorlunda än att vara det t.ex. inom den somatiska vården. Familjerna behöver veta hur vi arbetar, bl.a. att vi ofta arbetar

i team, och även vad vi förväntar oss av dem. Man kan behöva få information om varför vi ställer vilka frågor.

Familjen behöver få konkret information om behandlarens tänkta upplägg av samtalet och få möjlighet att diskutera egna önskemål i det avseendet (Borgengren & Wahlström, 2008). Behandlaren måste presentera upplägget så att det står i samklang med hur patienten formulerar och definierar sina problem.

Metakommunikation kring kontakten är ett led i att betona patienten som uppdragsgivare, den som "äger kontakten" och därför måste få nödvändig information om villkoren. Den som är informerad får också lättare att utöva makt.

Information kring vårt arbetssätt kan också ha en ångestreducerande effekt. Att befinna sig i en situation som man förstår sig på, där man vet något om villkoren och om vad som kan komma att hända, är avsevärt lugnande och förbättrar möjligheterna för att de behandlingsinsatser man gör ska bli effektiva.

I ett tidigt skede bör också information ges kring formella aspekter som har att göra med sekretess, t. ex. tystnadsplikt allmänt, sammanhållen journalföring och anmälningsskyldighet. Eventuellt kan denna typ av information finnas i informationsbroschyren, som skickas hem till familjen.

Det tredubbla syftet: Kontaktetablering, informationsinsamling och bedömning.

Det första samtalet, liksom även senare behandlingssamtal, innehåller såväl datainsamlande som kontaktskapande. De olika uppgifterna är inte nödvändigtvis konkurrerande, men det är olyckligt om den ena aspekten får ta allt utrymme. Ett lyhört utforskande är också att hålla kontakt. Konsten är att ställa relevanta frågor, att ta emot patientens berättelse och samtidigt göra den kategorisering som krävs för bedömning och diagnostisering. Förhållningssättet är en pendling mellan att ta reda på och hålla kontakt.

Informationsinsamlandet och det behandlande arbetet behöver vara en integrerad helhet, så att man inte försöker att först göra det ena och sen det andra. Genom de intryck man får av familjemedlemmarnas reaktioner under samtalet kan både behandlarens och familjemedlemmarnas föreställning om sammanhangen kring problemen tydliggöras.

Med denna utgångspunkt är det tydligt att behandlingsinsatserna påbörjas redan när det första samtalet börjar. En uppgift kan vara att hantera frågan om hur man kan stärka familjens inbördes relationer utan att lämna någon utanför eller ta parti för någon. Inte minst är detta en grannlaga uppgift om familjemedlemmarna, speciellt föräldrarna, har olika bild av hur problemen ser ut och olika känslor/reaktioner i förhållande till svårigheterna. Samtidigt är det angeläget att behandlingen inte påbörjas *alltför* tidigt. Det kan för behandlaren ligga en frestelse i att omedelbart påbörja ett behandlingsarbete utifrån information som kommit fram. Här blir dock frågan om timing avgörande viktig. Alltför tidiga tera-

apeutiska interventioner kan, även om de är partiellt framgångsrika, riskera att blockera informationsinsamlandet och däremot försvåra en allsidig belysning och bedömning.

Ett speciellt problem med att hålla både informationsinsamling och relationsbyggande levande infinner sig, om man i samtalet använder sig av information som samlats in tidigare (t.ex. vid anmälan eller telefonintervju som föregått besöket) eller i form av formulär som lämnas till behandlaren under besöket. Detta sammanhänger med att det kan vara av avgörande betydelse hur man får den information man får. Vem har lämnat uppgifterna? Vet alla om vad han/hon sagt? Speciellt känslig kan denna fråga vara, om en förälder lämnat information om sin tonåring utan dennes vetskap. Vad händer när informationen tas upp i samtalet och hur görs det? Lättsamt eller med stor vanda? Hur reagerar övriga i rummet på den information som lämnats? Hur behandlaren hanterar informationen kan vara avgörande för om man får veta mer eller inte. Hur mycket patienten vågar avslöja sig eller avslöja övriga familjemedlemmar är bland annat beroende av behandlaren bemötande och hur han/hon hanterar den information som kommer fram. (Se också nedan, avsnittet *Kommunikation kring eventuell lämnad tidigare information.*)

Att familjen/ungdomen/barnet får frågor kring svårigheterna innebär i sig att man tvingas till reflektion, vilket ofta har ett behandlingsmässigt värde. De goda, öppnande frågorna (d.v.s. frågor som inte enkelt kan besvaras med ja eller nej) kan initiera en utvecklingsprocess och leda till att man börjar fundera kring problemen på ett nytt sätt (Carlberg m.fl., 2010).

Förutom de konkreta och självklara frågorna kan också de oväntade skapa en spänning och leda till större eftertänksamhet. Ett sätt är att utforska de olika familjemedlemmarnas syn på och förhållande till de problem man söker för. Man kan fråga om vem som talar med vem om problemen. Andra, mer oväntade, är s.k. cirkulära frågor, t.ex. jämförelsefrågor ("Hur skulle det vara för x om problemen plötsligt försvann?" "Om du vaknade upp en morgon och problemen skulle vara borta – hur skulle du märka skillnaden och vad skulle mamma säga...?"). Man kan också fråga om tankar inför framtiden ("Hur tror du att det är för dig om ett år?" "Om jag träffar dig om ett år och allt är bra och jag frågar hur det gick till när problemen försvann – vad tror du att du skulle svara?"). Dessa traditionella familjeterapeutiska tekniker är exempel på sätt att ställa frågor som är användbara inte bara i familjeterapeutiska sammanhang, utan också är verkkningsfulla i inledande samtal både för att behandlaren ska kunna skaffa sig ett faktaunderlag för bedömning och för att vidga familjemedlemmarnas perspektiv.

En väsentlig uppgift för behandlaren i den inledande kontakten är att balansera mellan strukturering (inramning, tydlighet, expertskap, kategoriseringar) och samarbete (öppenhet, samskapande, dialog, hjälpas åt med att skapa förutsättningar). Båda delarna behövs men måste balanseras. Alltför stark vikt på struk-

turering kan leda till okänslighet, undertryckande, medan övervikt på samarbete kan skapa otydlighet och osäkerhet (Hartzell, 2010). Alltför stark fokusering på datainsamling kan leda till att familjer känner sig utanför, inte personligt bemötta och kan kollidera med det /också/ nödvändiga syftet att ge familjen hopp och en känsla av självbestämmande och makt över sin situation.

Att skapa förtroende och samarbetsallians med familjen

Ett gott och förtroendefullt samarbete med föräldrarna och barnet/ungdomen är av avgörande betydelse för ett gott behandlingsresultat. En nödvändig utgångspunkt i det första samtalet är det problem man formulerat och sagt sig vilja ha hjälp med. Av väsentlig betydelse är att barnet/ungdomen utifrån sin mognadsnivå kan få en förståelse för varför man kommit till BUP. Här kan behandlaren behöva stödja föräldrarna i att förklara för sitt barn varför man sökt hjälp. Föräldrarna kan också behöva hjälp att formulera en för barnet begriplig och acceptabel målsättning för kontakten.

För ett bra samarbete är det av vikt att behandlaren ställer frågor som är begripliga med hänsyn till vad som föranlett BUP-kontakten. I annat fall, om frågorna förefaller handla om något annat än det man sökt hjälp för, finns risk att man förstärker ojämlikheten mellan ”experten” och familjen, att familjen känner sig obekväma, inte förstår vart behandlaren är på väg (Finn, 2007). När man ibland behöver gå utanför ”det mest uppenbara” i sitt frågeställande, kan det vara bra att ”be om tillåtelse”, att förklara hur man undrar och vart man /kanske/ är på väg, d.v.s. motivera sina frågor. Bra frågor kan ju, som sagt, också vara sådana som inte är helt väntade, som leder till eftertanke och som därmed kan skapa nya möjligheter.

Ett bra samarbete bygger på ett gott samgående, som innebär att behandlaren nyfiskt undersöker alla de teman som kommer upp under samtalet. Det förutsättningslösa utforskandet och därmed prövandet kan dels vara en hjälp för behandlaren att inte låsa sig för tidigt i sitt tänkande och dels leda till att de olika familjemedlemmarna känner sig fria att uttrycka sig. Detta hindrar inte att behandlaren samtidigt har att ta det yttersta ansvaret för att hålla den struktur som är nödvändig för att inom givna tidsramar nå upp till målsättningen för samtalet.

Barn har sällan kommit till BUP-samtalet på eget initiativ och utifrån sin egen vilja. Kanske är etablerandet av en samarbetsallians med barnet därför en särskilt stor utmaning (House, 2002). Ibland visar det sig att föräldrarnas mål inte alls är barnets. Eventuellt är det lättare att etablera en allians med barn med inåtvända symtom än med utagerande, eftersom de inåtvända är mer motiverade för behandling, mer hjälpsökande för egen del (Shirk & Carver, 2003). De utagerande barnen/ungdomarna har ofta varit till stort besvär för omgivningen och har en misstro mot vuxna, vilket försvårar etablerandet av en allians med dem. De kan därför behöva hjälpas att se hur deras agerande utgör ett problem också för dem

själva och inte bara för omgivningen. ”Händer det att det blir ett problem för *dig* att du blir så där arg och kastar saker...” Samgåendet är sannolikt också mer komplicerat med barn/ungdomar som har starka autonomiträvanden. Särskild lyhördhet, varsamhet och uthållighet krävs oftast för att etablera samarbete med tonåringar som har relationsproblem och negativa förväntningar på relationer, speciellt med vuxna (Eltz, Shirk & Sarlin, 1995). Forskning har dessutom visat att samgåendet är särskilt angeläget just med dessa och liknande patientgrupper, eftersom den terapeutiska alliansen här är särskilt avgörande för behandlingsutfallet (Green, 2006).

Ett fruktbart sätt att inleda kontakten, och därmed samarbetsalliansen, är att klarlägga ”det motivationella landskapet” i familjen. Vem vill ha hjälp med vad? Hur definierar olika familjemedlemmar problemet? Inte sällan, kanske särskilt i familjer med tonåringar, kan olika familjemedlemmar ha olika syn på problemet/problemen och vad som behöver förändras (Binder et al., 2008). Ibland finns också i bakgrunden remitter, t.ex. skolpersonal, som har en egen agenda för familjen, en målsättning som inte barnet/ungdomen och kanske inte ens föräldrarna delar.

Det goda, lyckade, samarbetet med familjen får ofta effekten att det stärker familjen i att mobilisera sin egen kapacitet, de egna resurserna. Patientens och familjens förmåga att själva ta hand om och försöka komma tillrätta med problemen är i själva verket en avgörande faktor för att få behandlingen att fungera (Talman & Bohart, 1999). Genom ett gott samarbete med familjen kan behandlarens uppgift vara att understryka det som fungerar, de positiva krafterna i systemet.

Att låta alla komma till tals – på sina villkor

Som betonats i avsnittet om grundläggande värderingar utgör barnperspektivet en av barn- och ungdomspsykiatriens hörnpelare. Det betyder bland annat att barnets bästa ska komma i första rummet i alla åtgärder som rör barnet (FN:s Barnkonvention, artikel 3) och att barnet har rätt att uttrycka sina åsikter och få dem beaktade i alla frågor som rör honom eller henne (FN:s barnkonvention, artikel 12). När åsikterna beaktas ska hänsyn tas till barnets ålder och mognad.

Men barnperspektivet är inte bara en ideologisk fråga, utan också i hög grad en praktisk. Det har en avgörande betydelse att inte bara föräldrarna utan också barnen och ungdomarna får komma till tals i samtalet. Erfarenheter (Carlberg m.fl., 2010) visar att BUP:s patienter inte alltid upplever att så är fallet. Många gånger har föräldrarna och barnet/ungdomen olika upplevelser av, olika syn på problematiken och inte minst tankar om vad som behöver göras. Det gäller att alla inblandade här möts med respekt.

Ett väsentligt inslag i det första samtalet är att ta noga reda på hur barnet/tonåringen uppfattar problemen, och anpassa insatsen utifrån detta. Forskning har visat, att om så inte sker är risken stor att barnet inte medverkar på ett kon-

struktivt sätt i behandlingen (Hodges, 1993). Information från barn kan vara lika tillförlitlig och viktig för behandlingen som den som lämnas av vuxna, förutsatt att man tar hänsyn till barnets ålder och utvecklingsnivå. Det har visat sig att barn som fått hjälp att förstå vad som förväntades är mer aktiva i behandlingen och mer nöjda efteråt (Carlberg m.fl., 2010). En bra fråga kan vara: "Hur har ni talat med varandra hemma om att ni skulle gå hit i dag?" Det är alltså behandlarens ansvar att försäkra sig om att barnet, utifrån sin egen utvecklingsnivå, förstått varför familjen kommit till samtalet, hur samtalet är tänkt att gå till och hur fortsatta planer kan se ut.

Av väsentlig betydelse är också att barn dels får förklaringar på ett för dem begripligt sätt, dels erbjuds uttrycksmöjligheter anpassade efter deras förutsättningar och utvecklingsnivå. Det gäller att försöka finna de uttrycksformer som gör det möjligt för barnet att uttrycka sig – verbalt, genom frågor i ett formulär på papper eller i dator, i teckningar eller lek eller på annat sätt (Stith et al, 1996).

I många situationer är det nödvändigt att låta barn/ungdomar få tala i enrum med en behandlare. Särskilt nödvändigt torde det vara för att kunna göra tillförlitligare bedömningar av droganvändning, vid misstankar om övergrepp eller vid bedömning av suicidalitet. Det finns rapporter om att barn/ungdomar inte alltid vågar beskriva sin situation i mötet med vården när föräldrarna är med (BRIS-rapporten, 2005). Bland annat kan detta gälla traumatiska händelser i familjen. Så många som 20 % av de barn som BUP möter har upplevt våld i familjen (Hedtjärn m.fl., 2009). "Verksamheter som möter barn och föräldrar bör utforma sitt arbetssätt så att det är möjligt för barn (---) att berätta om utsatthet för våld" (Broberg m.fl., 2010, s 7). "Dessutom torde det vara så att om samtalssituationen förändras så att den underlättar frågor om våld, underlättas också samtal om andra familjehemligheter av betydelse för behandlingen (missbruk, psykisk sjukdom etc.)" (Broberg m.fl., 2010, s.61). Många barns utsatthet i sina familjer kan vara en anledning till att låta barn tala i enrum med en behandlare. Här måste naturligtvis en avvägning göras i relation till barnets ålder. Om man är två behandlare som träffar familjen, så kan man dela upp sig under en del av samtalet och låta föräldrar få en egen tid och barnet en egen tid. Barnet behöver kanske inte höra allt som föräldrarna vill och behöver få berätta, och barnet/ungdomen kanske inte vill och kan berätta hela sin historia med föräldrarna närvarande.

När man delar upp samtalet på detta sätt är det väsentligt att man har en medveten och överlagd strategi. Bland annat behöver man ta ställning till och samtala med respektive parter om vad man gör med den information som kommer fram på tumanhand. I vilken utsträckning råder sekretess beträffande vad olika familjemedlemmar sagt? Och här är det väsentligt att inte på förhand ge löften som man inte alltid kan hålla. Man kan t.ex. inte lova att "jag kommer inte att berätta för dina föräldrar vad du säger till mig..."

Barnperspektivet i praktisk tillämpning – sammanfattning: När texten säger *barnet* ska detta tolkas som *barnet/tonåringen*.

- Kommunikationen med barnet ska hela tiden anpassas till barnets ålder och bedömning av barnets mognadsnivå. Detta betyder att uttrycksformerna måste anpassas (t.ex. inte bara verbal kommunikation utan också teckningar, lek etc.). Härigenom etablerar behandlaren en relation också med barnet.
- Barnet ska få information om varför man kommit till samtalet.
- Barnet ska ges information om hur en BUP-kontakt brukar gå till.
- Barnet har ofta inte kommit till samtalet på eget initiativ. Därför krävs särskild ansträngning, lyhördhet, varsamhet och uthållighet för att etablera kontakt med barnet.
- Barnet måste få ge sin bild av det problem som föranlett kontakten med BUP.
- Barnet ska ges möjlighet att uttrycka vilka förändringar som han/hon önskar.
- Barnet bör få möjlighet att tala i enrum med en behandlare. Barnet ska då informeras om i vilken utsträckning sekretess gäller i förhållande till föräldrarna.
- Det är väsentligt att också utforska barnets positiva sidor för att samtalet inte ska bli alltför negativt, utpekande.
- Innan samtalet avslutas ska även barnet få möjlighet att svara på frågan: "Har vi talat om rätt saker?"
- Barnet måste få ta del av BUP:s bedömning innan samtalet avslutas och delta i samtal om fortsatt planering.

Att ta hand om patientens/familjens kris

En väsentlig del i byggandet av ett gott samarbete är att möta och hjälpa familjen att undersöka och vid behov hantera den kris, som kan vara förhärskande i familjen, när man söker hjälp på BUP. Kontakten med BUP kan ha föranletts av att något plötsligt och oväntat inträffat. En eller flera familjemedlemmar kan befinna sig i kris, därför att man råkat ut för något eller för att något dramatiskt avslöjats. För andra familjer föranleds kontakten av något som pågått länge, kanske symptom som förvärrats och som till slut lett till att man beslutat sig för att söka hjälp. Kanske är föräldrarna inte i grunden överens om att söka hjälp på BUP.

För en del familjer är steget till att ta kontakt med BUP större än för andra, men för de flesta torde finnas ett behov av att samtala om det faktum att man nu befinner sig i en så svår situation att man behöver hjälp. En del föräldrar känner sig misslyckade. En del barn och tonåringar känner sig väldigt utsatta, som familjens "problembarn" eller kanske som orättvist behandlade och anklagade. De känslor som sammanhänger med dessa frågor behöver benämnas och ibland penetreras ytterligare.

För en del av de familjer vi möter är det inte första gången man söker hjälp för

barnens svårigheter. Kanske har tidigare erfarenheter av kontakter med vården eller andra samhällsinstitutioner varit mest negativa. Kanske har föräldrarna inte tyckt sig lyssnade på eller rentav anklagade, kränkta eller nedvärderade. Det är naturligt om dessa erfarenheter i så fall leder till en spänt avvaktande hållning. Ska det bli lika illa igen – eller ska den nya kontakten kunna bli annorlunda? När man som behandlare möter en familj som, på goda grunder, har dessa farhågor och kanske negativa förväntningar utgör situationen en speciell utmaning., som kräver lyhördhet och varsamhet. Inte minst av det skälet bör behandlaren ställa frågor om tidigare lösningsförsök, inklusive eventuella kontakter med vården. Förväntningar och farhågor som kan benämnas är i allmänhet lättare att hantera än de som bara finns som en underström av misstänksamhet.

I en, för många, svår situation förväntas familjemedlemmarna kunna presentera och samtala även om sådant material som är personligt, ibland svårt att beskriva och inte sällan smärtsamt. Många har behövt ”ta sats” inför det första samtalet. Det är väsentligt att man får en varsam hjälp att uttrycka även det svåra. Man behöver få tid och känna att man har fått berätta färdigt om det centrala – om än inte nödvändigtvis allt – i sin historia. Om så inte har varit möjligt är det angeläget att väntetiden till nästa samtal inte blir lång. Det kan ibland vara mycket svårt att stå ut om man börjat ”lyfta på locket” och inte hunnit få tillräckligt stöd och tid att hantera det svårhanterliga. Det är därför viktigt att förstasamtalet blivit så meningsfullt att man orkar med väntan till nästa samtal.

Professionellt förhållningssätt – generellt

Det professionella förhållningssättet är en fråga om bemötande av *alla* de familjemedlemmar som kommer till samtalet. Det är också en fråga om att ta ansvar för sitt expertskap genom att ta ledning av samtalet samtidigt som man följer familjen, möter den där den är och utifrån de problem man kommer med. Man delar familjens sökande och ibland osäkerhet, särskilt initialt, och erbjuder samtidigt sina kunskaper och sin kompetens. Genom att visa att man är beredd att lyssna på vad familjen kommer med lägger man grunden för en god allians. Detta leder i sin tur till att man kan få familjens förtroende och bl.a. få den information man som behandlare behöver. Utifrån detta kan man göra en god professionell bedömning och med den som grund föreslå åtgärder.

Professionaliteten innefattar ett följsamt ledande, nyfiket utforskan och undersökande på olika sätt. En utmaning för behandlaren är att kunna vara ödmjuk och förmedla att man inte förstått allt men att man ändå har en idé, som man också successivt förmedlar till familjen. Behandlarens flexibilitet och förmåga att möta patienten som en unik individ utan att färgas för mycket av egen förförståelse är av central betydelse för upprätthållandet av en god terapeutisk allians (Åkerman, 2010). Det gäller också att inte låsa sig, att inte för tidigt ha en bestämd uppfattning om hur patienten, situationen ska bedömas. Om man går för

fort fram, väljer väg för tidigt, är det lätt att förbise symtom och uppgifter som inte stämmer överens med antaganden som redan gjorts (Omerovic, 2010).

If a man will begin with certainties, he shall end in doubts; but if he will be content with doubts he shall end in certainties.

Sir Francis Bacon

I de fall då patienten kommer på remiss med en tydligt preciserad frågeställning är den presenterade frågan en självklar utgångspunkt. Men detta hindrar inte, att utforskandet också måste omfatta hela det barnpsykiatriska området på samma sätt som när en familj kommer med ett mindre preciserat problem. Ett skäl är att remittenten, som inte säkert är barnpsykiatriskt kunnig, kan ha bortsett från väsentliga aspekter i sin preliminära fråga.

I det professionella bemötandet är ödmjukhet, empati och validerande, bekräftande, centrala element. Ödmjukheten behöver genomsyra också hur man uttrycker sina konklusioner och bedömningar. ”Det här är min bedömning” i stället för ”så här är det.” Och på samma sätt i förslagsställande, erbjudande av behandlingsalternativ vara öppen med: ”Detta är mitt förslag. Du/ni är fri/a/ att ha invändningar mot det och vi kan diskutera alternativa strategier.”

Samtidigt får detta förhållningssätt inte innebära att man abdikerar från expertskapet. Familjen har sannolikt sökt sig till den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin med förhoppningen att få experthjälp. För att inte göra familjen besviken på den punkten är det väsentligt att förmedla sin bedömning och sina förslag samtidigt som man är öppen för att diskutera andra perspektiv än det som är det preliminära i det enskilda fallet.

Det är också väsentligt att undersöka om familjen har någon egen idé om hur problemen uppkommit och hur denna idé i så fall ser ut. Likaså behöver man utforska var patienten/ familjen befinner sig med avseende på vilken hjälp man vill ha eller efterfrågar. En del av våra patienter kommer med en ganska bestämd uppfattning om vilken hjälp man söker, medan andra är mer undrande, mer diffust hjälpsökande. Om och när frågan eventuellt uppkommer om att göra en mer omfattande utredning av barnet, är det väsentligt att inte bara gå igenom hur en utredning går till, utan också tillsammans med familjen diskutera vad man kan komma fram till, värdet av en utredning etc. Och inte minst att undersöka vilka frågor som familjen (och barnet/tonåringen!) vill ha svar på genom utredningen (Finn, 2007).

På samma sätt är det väsentligt att utforska familjens önskemål och beredvilighet för att barnet ska få en diagnos och öppenheten för att ta emot en eventuell diagnos. Även på denna punkt skiljer sig våra familjer åt. De förväntningar och farhågor man kommer med kan säga något om vilka vägar som kan vara framkomliga eller mer eller mindre svåra att gå vidare på. Ofta kan det lika mycket vara en fråga om *hur fort* man går som *vart* och *på vilket sätt*.

Det förtjänar också att påpekas det väsentliga i att behandlaren identifierar sig med patientens perspektiv även beträffande förhållningssättet i "demokratifrågan". För vissa av våra familjer är det en självklarhet och en nödvändighet att få ha en hög grad av självbestämmande i vårdfrågor. För andra blir det mer förvirrande om vi förhåller oss alltför "icke-vetande". Ett gott samarbete med familjen *kan* ibland innebära att man intar en mer auktoritär hållning än annars. Men grundhållningen är att utgå ifrån patientens/familjens problemdefinition, undersöka, bedöma, eventuellt utreda ytterligare, föreslå åtgärd – hela tiden med det tydliga förhållningssättet att besluten ligger hos patienten, inte hos BUP.

Professionellt förhållningssätt – behandlarens egna reaktioner

I det professionella förhållningssättet ingår att vara inkännande, lyssnande, respektfull och empatisk samtidigt som man "bevarar objektiviteten". Empatin behöver gå hand i hand med "ett intellektuellt oberoende" (Lennér-Axelsson & Thylefors, 1991). I mötet med varje ny patient, varje ny familj, väcks ofta både positiva och negativa känslor hos behandlaren. Behandlarens känslor kan vara både en tillgång och en belastning. I värsta fall riskerar känslorna att, medvetet eller omedvetet, störa behandlarens professionalitet. Känslor som hotar att äventyra professionaliteten drabbar alla behandlare av och till. Olika människor har sannolikt olika lätt att på det sättet "tappa det professionella fotfästet".

En del patienter väcker fler och starkare känslor än andra. Behandlaren kan bli överdrivet omhändertagande eller avståndstagande. Vissa patienter kanske väcker mer ångest hos behandlaren än andra, t.ex. ungdomar med suicidrisk eller anorexi med kraftig avmagring. Olika behandlare är också olika känsliga för olika slag av problematik eller livssituationer hos patienterna.

I kontakten med människor med en många gånger svår livssituation och stort lidande behöver behandlaren ständigt vara vaksam på risken att överväldigas av patientens svårigheter och det egna engagemanget. Detta är dock inte bara ett ansvar för den enskilde behandlaren utan också en strukturell fråga, ett ansvar för arbetsledningen, organisationen.

Vad kan då göras för att minimera dessa risker? En första åtgärd är gedigen utbildning, både grundutbildning och fortbildning. Utbildning löser inte problemet men ger en god grund. Inte minst kan utbildningsinsatser öka medvetenheten om och uppmärksamheten på de risker för "överengagemang" som alltid finns. Man behöver också utbildas i att handskas med de påfrestningar som arbetet innebär. Härigenom kan man till dels förebygga att personal blir utsliten, utbränd.

Vidare bör det egna arbetet ständigt bli föremål för reflektion, egen och tillsammans med andra i form av behandlingskonferenser och handledning. Varje behandlare behöver lära sig att känna igen egna känslor och "signaler" som väcks

av vissa patienter eller slag av svårigheter. Alla ärenden, inte minst de som pågår under lång tid, behöver kontinuerligt bli föremål för teamets betraktande. Alltför stor arbetsbelastning riskerar att leda till mindre tid för eftertanke och granskning av de egna processerna och i förlängningen till minskad professionalitet. Teamsamarbete, kvalificerad handledning och vid behov egen psykoterapi är väsentliga inslag i kvalitetssäkring av behandlingsarbetet (Kåver, 2006).

Tilläggs kan också, att de känslor som väcks hos behandlaren under samtalet inte bara utgör en komplicerande aspekt utan också kan tjäna som ”informationskälla”, ett uttryck för ett emotionellt ”hembesök” i patientens eller familjens värld. Om en stark känsla väcks hos en behandlare under ett familjesamtal är det mycket möjligt att någon i familjen hyser samma känsla (ofta utan att visa den). Om en behandlare blir starkt provocerad av en familjemedlem, är det möjligt att andra familjemedlemmar också blir det. På samma sätt kan en stark känsla gentemot en patient ge ledtrådar om denne och vederbörandes behov. En stark lust att ta hand om ett barn avspeglar inte sällan en omsorgsbrist i familjen. Om behandlare kan få syn på sina känslor kan dessa sålunda prövas som viktig information. Samtidigt är det nödvändigt för behandlaren att vara på sin vakt, att vara medveten om att hans/hennes känsla av att vilja ta hand om ett barn kan handla om det barnets behov men också om behandlarens egna.

Professionellt förhållningssätt – speciella problemområden

Även om vårt grundläggande förhållningssätt är att besluten ligger hos familjen kan vi ibland befinna oss i ett gränsland, där familjens beslutsmandat inte längre är absolut. Detta kan gälla vid de allra allvarligaste tillstånden. Det är väsentligt att de bedömningar som görs i dessa fall motiveras och dokumenteras väl.

Skyldighet att göra anmälan till socialtjänsten.

I samband med det första samtalet kan vi tycka oss se eller misstänka missförhållanden, som är av en sådan art och omfattning att vår skyldighet att göra anmälan till socialtjänsten träder in. Då är frågan inte längre förhandlingsbar – vi måste göra anmälan oavsett familjens samtycke och utan att ta hänsyn till eventuella invändningar. Eventuellt kan sättet att göra anmälan diskuteras med familjen, men tidpunkten är inte förhandlingsbar, eftersom Socialtjänstlagen stadgar att anmälan ska ske genast (Socialtjänstlagen, kap 14, §1).

Allvarlig risk för liv och hälsa.

På samma sätt kan familjens beslutsmandat begränsas i situationer, där vår bedömning är, att det föreligger en allvarlig risk för liv och hälsa, om inte en viss åtgärd vidtas, och där föräldrar och/eller patient inte tycks inse eller dela vår bedömning av allvaret. Vi talar här om situationer där BUP gör bedömningen att

riskan är uppenbar för allvarliga självdestruktiva handlingar, för våld eller psykotiskt agerande. Här måste familjen informeras om att vår bedömning tills vidare måste vara absolut och att vi, i händelse av bristande samtycke, eventuellt måste använda oss av psykiatrisk tvångsvård alternativt omedelbar anmälan till socialtjänsten.

Omfattande svårigheter – familjen delar inte vår bedömning.

Ett inte lika akut men grannliga problemområde är när vår bedömning indikerar, att svårigheterna är av en så djupgående och omfattande karaktär att en mer omfattande utredning eller behandlingsinsats är nödvändig, men där familjen inte delar vår bedömning utan avböjer vidare kontakt. Även här måste en bedömning göras, huruvida allvaret är så stort att en anmälan till socialtjänsten måste göras.

Gränsen för det professionella ansvarstagandet

Även om bedömningen i det enskilda fallet blir att tvångsåtgärder eller anmälan inte är motiverade, kan frågan uppkomma om gränsen för det professionella ansvarstagandet ur en mer etisk synvinkel. Hur mycket ska vi t.ex. anstränga oss för att försöka hålla kvar en familj i kontakten, om dess motivation brister men vi ser att behovet av insatser är stort, om än inte så stort att tvångsåtgärder är indicerade? Frågan kan inte få ett entydigt svar utan måste avgöras från fall till fall.

Allvarliga problem som familjen inte tycks ha uppmärksammat

Ett likartat professionellt dilemma uppkommer, när vi tycker oss spåra allvarliga problem, som familjen inte alls tycks ha uppmärksammat och därmed inte alls ber om hjälp med. Kanske kan det handla om symtom hos ett syskon, som man inte sökt för, eller om helt andra problem än de man själv identifierat. I det fallet innefattar det yrkesmässiga ansvaret att vi förmedlar det vi ser och den preliminära bedömning vi gör men överlåter till föräldrarna att avgöra om och på vilket sätt man vill gå vidare.

Att dela med sig av sin bedömning

En del av det professionella förhållningssättet handlar om hur man avslutar det första samtalet. Av avgörande betydelse är, inte minst för att bibehålla den i bästa fall etablerade goda samarbetsrelationen, att familjen innan det första samtalet avslutas får ta del av behandlarens bedömning av det som framkommit. Erfarenheter från bl.a. patientenkäter visar att familjer i samband med BUP-kontakter upplever att man fått otillräcklig eller ingen information om BUP:s bedömning (Indikator, 2009–2010). En risk kan vara att familjer som inte får ta del av behandlarens bedömning väljer att inte återkomma, kanske med känslan att ”där fanns ingenting att hämta...” (Se vidare avsnittet *Vad bör patienten/familjen få ta del av under och få med sig från det första samtalet?*)

Det första samtalet allmänt – sammanfattning:

- Etablera kontakt, samla information.
- Etablera arbetsrelation med alla närvarande familjemedlemmar.
- Leda samtalet: Hålla ramar, låta alla komma till tals – på sina villkor.
- Utforska förutsättningslöst.
- Klarlägga familjens förväntningar och motivation.
- Ta hand om patientens kris.
- Tillämpa professionellt förhållningssätt: Följsamt ledande, nyfiken utforskan, ödmjukhet, empati, bekräftande.
- Pedagogiskt metakommunicerande.
- Göra bedömning, ev. ställa diagnos.
- Dela med sig av sin bedömning.

Det första mötet med BUP – konkreta aspekter

Vem ska komma till första samtalet och hur bestäms det?

Vilka personer som kommer till det första samtalet kan förväntas ha betydelse dels för hur alliansen med familjen/patienten/nätverket etableras och utvecklas, dels för vad man får veta, d.v.s. faktainsamlandet. Exakt vilken betydelse som närvaron av olika personer kan tänkas ha för dessa båda aspekter är mycket svårt att förutsäga, särskilt beträffande en familj och ett problem som man har mycket begränsad förhandsinformation om. Och frågan är då: Hur mycket kan/vill/bör vi då styra vilka som kommer?

Utifrån det grundläggande perspektivet att familjen är vår uppdragsgivare är naturligtvis det mest rimliga att familjen bestämmer vilka som ska komma. Erfarenheten säger, att ett sådant förhållningssätt vanligen leder till att barnet kommer tillsammans med en eller båda föräldrarna.

Om behandlaren själv ringer upp och ger tiden kan man diskutera med den förälder som man talar med vilka som bör komma. Överväganden kan göras tillsammans med föräldern. "Vad tror du är bäst?" "Vad tror du att ditt barn/din tonåring skulle känna sig mest bekväm med?" Det är ju inte säkert att olika familjemedlemmar har samma uppfattning om vilka som bör komma. Det är inte heller säkert att den konstellation vi får möta är den som vi själva skulle ha föreslagit eller föredragit. Men som regel vet vi inte det förrän i efterhand, och är det "fel" konstellation som kommer, så är det upp till oss och vår professionalitet att kunna hantera det som uppstår.

En situation som ibland är komplicerande är, när barnet har separerade föräldrar, som har svårt att tala med varandra. Om bägge föräldrarna är vårdnadshavare är bådadas medgivande som regel en förutsättning för att vi ska ta emot barnet i bedömning och eventuell behandling. (*"I mindre viktiga frågor, i akuta situationer samt då det inte finns anledning att anta att vårdnadshavarna har olika åsikt kan det räcka med samtycke från endast en vårdnadshavare, förutsatt att den andre inte aktivt motsätter sig beslutet."* Meddelandeblad 7/2010 från Socialstyrelsen, s 3).

Men bör båda föräldrarna vara med vid första samtalet, även om de är separerade? Som grundläggande utgångspunkt är svaret: Ja. Vi måste kunna förvänta oss att föräldrar som tillsammans ska utöva sitt föräldraskap också kan göra det tillsammans i kontakt med BUP. Erfarenheten visar dessvärre att så inte alltid är fallet, och då kan det vara bättre att föräldrarna, åtminstone till en början, kommer var för sig. Det som dock i det läget är väsentligt är att samråd först sker med båda föräldrarna i just den frågan. Risker är annars att man, oavsiktligt, kommer att upplevas som allierad med den förälder som man träffade först, vilket kan försvåra etablerandet av en samarbetsrelation med den andra föräldern. Risker kan vara att BUP-kontakten blir ännu ett område för oenighet i en redan konfliktfylld situation.

Om föräldrarna är i stark konflikt med varandra kan det dessutom vara så, att närvaron av den andra föräldern i rummet kan styra vilken information som kommer fram. Inte minst gäller detta i familjer där det förekommer våld eller sexuella övergrepp, eller situationer där de båda föräldrarna inte vill lämna ut känslig information i närvaro av den andre. Just i familjer där våld mellan vuxna förekommit/förekommer kan gemensamma samtal på BUP i värsta fall innebära en ökad risk.

Ska då alltid barnet vara med vid första besöket? Även om grundförhållningssättet är att barnet ska vara med, så kan det finnas undantag. Barn behöver inte veta allt, åtminstone inte från början, och barnets närvaro kan i vissa lägen vara onödigt begränsande.

Ibland finns frågetecken kring om ett ärende ö.h.t. ska tas emot och denna oklarhet låter sig inte alltid avgöras per telefon. Om en eller två föräldrar kommer för att primärt diskutera just denna fråga, bör barnet inte vara med. Barnet behöver s.a.s. inte utsättas för en osäkerhetssituation som ändå ska avgöras av de vuxna.

När det gäller mindre barn kan det ofta vara fördelaktigt att först träffa föräldrarna för att skaffa sig en bild av hur de ser på problemen. Om ett mindre barn finns med redan i första samtalet finns risken att barnets närvaro försvårar informationsinsamlandet alternativt att samtalet sker helt över huvudet på barnet och därför mer skapar förvirring.

Om socialtjänsten är inblandad på ett omfattande och avgörande sätt eller har remitterat till BUP, kan det vara att föredra att barnet inte kommer med från början. Särskilt gäller detta om ärendet är av en sådan karaktär att samtalet till stor del

ska ägnas åt frågor av juridisk karaktär, uppdragsformulering, sekretess etc.

Av olika skäl kan avgörandet bli (oavsett av vem beslutet tas) att barnet inte kommer till första besöket. Det hindrar dock inte att man kan samla mycket information och kartlägga situationen genom att intervjua föräldrarna, och bland annat bygger mycket av bedömning och diagnostisering på de vuxnas beskrivningar. Men för att kunna göra en mer säker bedömning och för att kunna ställa diagnos krävs att man träffat barnet. Inte minst därför att de iakttagelser man gör i mötet med barnet är väsentliga ingredienser i bedömningen. Liksom att få ta del av barnets egen upplevelse av situationen. Vidare behövs en bedömning av kontakt och samarbete med behandlaren, samspelet mellan barnet och var och en av föräldrarna, samspelet med eventuella närvarande syskon, beteendet i rummet, sättet att tala, förhållningssätt till hela situationen (House, 2002).

Ungdomar som själva ringer och vill beställa tid ska, om de så önskar, erbjudas en egen tid utan att föräldrarna deltar eller ens informeras. Kritik har riktats mot BUP för att man ibland inte har tagit emot ungdomar som vill komma själva (BRIS, 2007, Socialstyrelsen, 2010). I kommunikation mellan ungdomar på BUP:s webbsida (www.bup.nu) i Stockholms läns landsting framkommer samma kritik. I vad mån föräldrar ska informeras eller involveras i kontakten får senare bedömas utifrån problemets karaktär och ungdomens mognad. Se vidare *Riktlinje beträffande sekretess för uppgifter om barn och ungdomar i förhållande till vårdnadshavare* (Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm, 2010).

När behövs två behandlare?

Att två behandlare deltar under det första samtalet anses i allmänhet vara en tillgång – i varje fall om man är så väl samarbetade och samsynen på upplägg är så gemensam att arbetet under samtalet kan flyta friktionsfritt. I ett välfungerande samarbete kan man då hjälpas åt att balansera mellan kontaktuppyggande och informationsinsamlande och använda sig av varandras kompletterande kompetenser. Att vara två behandlare möjliggör också användandet av tekniken ”öppet reflekterande”, där de båda behandlarna diskuterar kring samtalsinnehållet med varandra och med familjen. Om man är två kan man också lättare undvika att bli så ”indragen” att man förlorar sitt professionella perspektiv. Vidare kan ångesthanteringen, både den egna och familjens, underlättas. Behandlarna kan också samråda kring den sammanfattande bedömningen, vilket kan vara särskilt värdefullt i situationer med extra stort allvar, dramatik eller agerande. Om man är två behandlare kan man också ha möjlighet att dela upp sig under samtalet och därmed låta barnet få ”egen tid”, ett eget samtal (Se avsnittet *Att låta alla komma till tals – på sina villkor*).

En hel del erfarenheter talar för att behandlingsinsatsen kan effektiviseras när två behandlare samarbetar. Att vara två behandlare vid förstasamtal kan vara speciellt angeläget vid ärenden som i förhandsinformationer ger vid handen att följande kan föreligga:

- Ärenden med hög allvarlighetsgrad och/eller särskilt akut karaktär (t.ex. suicid-hot eller –försök eller annat allvarligt själdestruktivt beteende, akut psykos, nyligen inträffat trauma, risk för våldshandlingar, allvarlig ätstörning).
- Ärenden med ingredienser av mycket starka familjekonflikter (mellan föräldrar eller mellan föräldrar och tonåringar) som också riskerar att komma att utspelas i samtalet på BUP.
- Ärenden med pågående vårdnads- och umgängesrättskonflikter.
- Ärenden med tydlig och aktiv inblandning av socialtjänsten.
- Ärenden där en eller båda föräldrarna kan befaras ha en egen allvarlig problematik (psykisk sjukdom, missbruk etc.) som kan befaras komplicera BUP-kontakten.

Kommunikation kring eventuellt tidigare lämnad information

Ibland har familjen och/eller patienten lämnat omfattande information till BUP-mottagningen före det första besöket. Så är det t ex. om patienten och/eller en eller två föräldrar fyllt i ett självrapporteringsformulär (t.ex. SDQ, DAWBA) eller intervjuats (BCFPI) före besöket såsom vid BUP:s mottagningsprojekt (Carlberg m.fl.,2010).

Om man vill använda sig av en arbetsmodell som innebär att någon eller några familjemedlemmar lämnar information i förväg, måste modellen också innefatta hur denna information hanteras under samtalet. Den som lämnat informationen har sannolikt lagt ner både tid och engagemang i uppgiften och måste få återkoppling från behandlaren. En del av det man berättat kan dessutom vara förenat med stor smärta och vanda att blottlägga. Man måste då få veta: Hur uppfattas den information man lämnat? Hur tolkas den – vilka slutsatser drar behandlaren?

Det sätt på vilket föräldrar eller barn/ungdom fyllt i formuläret bör användas som utgångspunkt för samtal. Ibland råder otydlighet i svaren och andra gånger indikeras en omfattande problematik som inte riktigt täcks av formuläret men som behöver belysas. ”Hur tänkte du, när du skrev det här?” Frågor av denna karaktär kan också vara användbara som ”öppnare” i samtal som känns tysta och ängsliga, t.ex. ibland med tonåringar som kommer på egen hand.

Behandlaren måste vara väl påläst i förväg så att tankar om förhandsinformationen både kan kommuniceras till familjen och användas i den sammantagna bedömningen tillsammans med den information som inhämtas under samtalet.

Särskilt angelägen blir kommunikationen kring förhandsinformationen om en eller flera familjemedlemmar lämnat information, som övriga inte känner till. Kanske har olika familjemedlemmar – med eller utan varandras vetskap – lämnat motstridiga uppgifter. Ibland kan enkätbesvarandet i sig trappa upp motsättningar i familjen (mellan föräldrar och tonåring eller mellan föräldrar) och i så fall blir det särskilt angeläget att utforska och samtala kring det konfliktområde som då aktualiserats (Carlberg m fl 2010).

Andra komplikationer kan vara om t.ex. tonåringar berättat om fakta, känslor,

händelser som föräldrarna inte känner till och som det möjligen bör råda sekretess omkring – i varje fall innan tonåringen lämnat sitt medgivande.

Ibland har patienten remitterats från en annan vårdgivare. Familjen är då inte alltid informerad om innehållet i remissen. Både av etiska och praktiska skäl bör familjen få veta det exakta innehållet. Absolut öppenhet på den punkten gagnar behandlingsalliansen och underlättar samarbetet. Patienten ska inte behöva undra vad BUP fått veta i förväg. Likaledes måste familjen informeras på ett tidigt stadium om behandlaren fått förhandsinformation på något annat sätt. Sådan information som patienten/familjen inte vet att behandlaren har är praktiskt oanvändbar men samtidigt svår eller omöjlig att bortse ifrån.

Sekretessfrågor

Den juridiska situationen inom vården är klar: Sekretess råder inom hälso- och sjukvård när det gäller uppgifter om patienter. Men i praktiken är situationen inte alltid så enkel, och förväntningar och föreställningar kan se olika ut, inte minst hos BUP:s samarbetspartners. Det är därför viktigt, inte minst för att bibehålla familjens förtroende, att på ett tidigt stadium diskutera med familjen och komma överens om sekretessfrågor.

Sekretessfrågan har flera aspekter. Vad gäller t.ex. mellan familjemedlemmar, om alla inte alltid kommer tillsammans? Vilken rätt har tonåringar till sekretess i förhållande till föräldrarna? (Se vidare *Riktlinje beträffande sekretess för uppgifter om barn och ungdomar i förhållande till vårdnadshavare*, Barn- och ungdomspsykiatri i Stockholm, 2010). Senare svårigheter kan i bästa fall förebyggas genom att sekretessfrågan tas upp på ett tidigt stadium. Man kan t.ex. komma överens om att behandlaren för vidare sådana uppgifter som föräldrar behöver veta av skydds- och säkerhetsskäl (t.ex. droganvändning, suicidtankar, ungdomar som utsätter sig för risker) men att det råder sekretess kring annat (t.ex. trassel kring pojk-/flickvänner).

Familjen behöver också få information om vilka sekretessregler som gäller utåt, t.ex. gentemot den som remitterat eller gentemot skolan eller andra intressenter. Vem får t.ex. ta del av BUP:s bedömning och utredningsresultat? Vilka regler gäller när någon, inom eller utom familjen, vill ta del av journalanteckningar?

Den första kliniska bedömningen

Bedömningar och diagnoser ställda utifrån de diagnostiska systemen är alltid "färskvara", giltiga i den stund de ställs. Detta gäller i särskilt hög grad beträffande barn. Inte sällan växlar symtombilden över tid och är mer eller mindre oklar. Barn har ofta svårare än vuxna att beskriva känslor och upplevelser, och diagnosen måste i stor utsträckning bygga på information från omgivningen, t.ex. föräldrar och lärare, vilket tillför ett osäkerhetsmoment. Barn befinner sig också i ständig utveckling och är beroende av omgivningen, vilket gör att symtombilder och där-

med diagnoser snabbt kan förändras i samspelet med andra. Detta hindrar dock inte att vissa diagnoser kan vara aktuella under mycket lång tid, ibland hela livet.

Av diagnosens karaktär följer att det är helt nödvändigt att hålla såväl bedömningar som diagnosöverväganden aktuella under hela behandlingstiden, eftersom de successivt kan behöva revideras i takt med att patienten (och kanske familjen/nätverket) utvecklas/förändras.

De diagnoser som ställs inom barn- och ungdomspsykiatrin kan liknas vid ett fotografi, taget i ett visst ögonblick. Diagnosen säger ingenting om vad som hänt tidigare i barnets liv eller vad som kommer att hända sen. *”Fotografiet är helt enkelt en beskrivning av ett motiv, så som det fångades av en viss fotograf med en viss teknisk utrustning, vid en viss tidpunkt. Med en annan fotograf och en annan kamera hade bilden blivit annorlunda, även om motivet i båda fallen varit detsamma och tagits vid samma tidpunkt”* (Broberg m.fl., 2003, s. 17).

Trots de brister och begränsningar som kännetecknar de diagnostiska systemen är användningen av diagnoser som en del av bedömningen en oundgänglig del av den barnpsykiatriska verksamheten. Genom diagnostisering uppnås tydlighet och enhetlighet. Kommunikation, forskning och uppföljning underlättas. Diagnoserna skapar också i stor utsträckning en kommunikationsväg till forskningsbaserat vetande, eftersom beskrivningen av evidensforskning i allmänhet baseras på DSM- eller ICD-10 diagnoser. Diagnosen utgör därmed en nödvändig men inte tillräcklig grund för behandlingsplanering. Mer om detta nedan.

Vid bedömningar kan strukturerade intervjuer, checklistor, beslutsträd etc. vara till god hjälp för tänkandet, förbättra systematiken och enhetligheten och öka sannolikheten för att alla relevanta aspekter täcks av. Dessa strukturerade metoder kan också göra att behandlaren ställer frågor om områden som i förstone varit mindre uppenbara eller där det finns omedvetenhet i familjen, t.ex. tvång, ätstörningar, droganvändning. Patienter har ofta komplexa problem, som kan rymma flera diagnoser, som i sin tur kan både orsaka och orsakas av livsproblem. De mönster och beslutsstrukturer som används vid diagnosställande är visserligen till mycket god hjälp men endast om behandlaren ständigt ägnar sig åt ett kritiskt, kreativt ifrågasättande av hur väl mönstren passar in på den enskilde patienten (Groopman, 2009).

Som tidigare nämnts kan också risken finnas, även om standardiserade beslutsstrukturer används, att man låser sig för tidigt i sökandet efter information. Hypoteser som man tidigt ställer upp kan riskera att bli i viss mån självbegränsande, eftersom de styr vilka frågor man ställer. Det är lätt att mest leta efter sådan information som bekräftar den egna meningen. ”Som man letar får man svar.”

För att göra en så god bedömning som möjligt är det ofta nödvändigt att ta in information från andra källor än familjen, t.ex. skolan. Detta kan vara särskilt angeläget beträffande utagerande beteende, där multipla informanter är en förutsättning för att kunna göra en bedömning med god validitet (Rutter et al, 2008).

De bedömningar som ska göras under den inledande kontakten (vid ett eller flera besök) med patienten och dennes familj kan sammanfattas på följande sätt:

- (1) Är detta en patient som tillhör BUP:s målgrupp (avseende art och grad av problem)? Som regel bör denna bedömning ha gjorts redan innan familjen kommer till första besöket, men frågan bör ändå finnas med som en grundläggande utgångspunkt.
- (2) Hur ska patienten prioriteras?
- (3) Vilka symtom har patienten?
- (4) Vilken omfattning har symtomen? Hur har de utvecklats? När finns de tydligast? När är de mindre uttalade?
- (5) Hur förstås symtomen i familjen/nätverket?
- (6) Individens resurser?
- (7) Bedömning av patientens dagliga funktion i olika avseenden (CGAS) .
- (8) Problemets betydelse för barnet? Hur stort är hans/hennes lidande?
- (9) Allvarlighetsgrad.
 - a. Sucidriskbedömning?
 - b. Risk för andra självdestruktiva handlingar?
 - c. Risk för våld – från patienten eller i nätverket?
 - d. Indikationer på kris, trauma, droganvändning, missbruk?
 - e. Skyddsbehov för barnet (och ev.andra barn i familjen, t.ex. styvbarn som kommer varannan helg)? Bör anmälan göras till socialtjänsten?
 - f. Kan patienten gå hem i dag utan särskilda åtgärder?
- (10) Hur påverkas patientens, och eventuellt familjens/nätverkets, liv av patientens svårigheter?
- (11) Finns andra barn i familjen som far illa av patientens symtom?
- (12) Familjens/nätverkets bärighet och kvaliteter? "Kan den här familjen ta hand om sin situation så att annan samhällsinstans eller vårdnivå (mellanvård eller inläggning på BUP-avdelning) åtminstone inte akut behöver engageras?"
- (13) Behandlingsbehov? Behandlingsmotivation? Prognos med respektive utan behandling?
- (14) Sammanfattande bedömning inklusive diagnos enligt DSM IV, ICD 10 eller DC 0–3 dokumenteras i journalen.

Den första kliniska bedömningen för vidare till behandlingsplanering. Bedömningen leder fram till en behandlingsplan, om man ska ha en fortsatt kontakt. Planen behöver inte nödvändigtvis innebära behandling utan kan ibland i första hand fokusera på fortsatt informationsinsamling/fördjupad utredning. Ibland ses en omfattande social problematik som först måste åtgärdas, bl.a. utifrån skydds- och omsorgsaspekter.

Det förtjänar att särskilt påpekas hur värdefullt det är att vid den kliniska

bedömningen utforska också det positiva, patientens och familjens goda sidor och resurser (Jämför ovan: *Det salutogena perspektivet.*) Detta är väsentligt för att få en så allsidig bild som möjligt. Därmed kan man göra en säkrare bedömning av prognos och patientens möjligheter att tillgodogöra sig behandling. Denna inventering av positiva sidor och resurser kan också i sig ha en positiv inverkan på situationen och i bästa fall förhindra att samtalet blir alltför ”svart”, utpekande, nedtryckande.

Med utgångspunkt från ovanstående bedömningar görs behandlingsplanering tillsammans med barnet/ungdomen och föräldrarna. I planeringen ingår en bedömning av barnets och familjens situation och motivation satt i relation till BUP:s (både den egna enhetens och annan BUP-verksamhets) resurser. Man bör alltid ställa sig frågan om en föreslagen/önskad behandling är realistisk resursmässigt och satt i relation till barnets och familjens möjligheter att tillgodogöra sig behandlingen, och om åtgärden är i enlighet med *BUP:s riktlinjer till stöd för bedömning och behandling.*

Vad ska täckas av – frågeområden

En god inledning på det första samtalet är som regel att man går igenom varför familjen kommit till BUP. Man möter familjen där den är och på ett sätt som familjemedlemmarna sannolikt förväntar sig. Med denna utgångspunkt kan man gå vidare inom det problemområde man angivit för att sedan utforska andra områden. För att kunna göra en första barnpsykiatrisk bedömning krävs att vissa centrala områden täcks av.

8

Huvudområden för informationsinsamlande:

- Kontaktsak: Varför söker man – vad vill man ha hjälp med?
- Hur ser symtomen ut?
- Familj och nätverk. Vårdnad, umgänge.
- Skola/förskola.
- Kamrater och fritid.
- Barnets relationer till föräldrarna, andra vuxna, syskon, kamrater.
- Psykosociala belastningar, särskilda påfrestningar i familjen nu eller tidigare?
- Somatiska/psykosomatiska sjukdomar/lidanden, nu eller tidigare?
- Signifikanta livshändelser (t.ex. trauma)?
- Tidigare försök att komma tillrätta med de svårigheter man nu söker för?
- Tidigare vårdkontakter och/eller myndighetskontakter angående barnet?
- Observationer i rummet: Kontakt, samspel inom familjen och med behandlaren, stämningsläge, affekter, tankeinhåll, koncentration, språk, kroppsspråk, motorik, spänning, rörelsemönster m.m.

Informationen struktureras och dokumenteras i Stockholms läns landsting enligt huvudkategorier och underrubriker i journalsystemet *Take Care, Journalmall BESÖK* (Se bilaga.1). Påpekas bör att mallen är omfattande och inte specifikt gjord för nybesök. Det är som regel inte möjligt att samla information under alla rubriker vid ett enda besök, men mallen kan ändå användas som utgångspunkt för att samla och strukturera information.

De svårigheter hos barnet som ska bedömas kan, i ett utvecklingspsykopatologiskt perspektiv, beskrivas som att barnet har svårigheter i någon eller några av de grundläggande funktionerna perception, minne, kognition, emotion, motivation eller kommunikation (Broberg, 2003).

Vid det första samtalet kan olika frågeområden få olika vikt, bl.a. utifrån barnets/ungdomens ålder och den problematik man söker för. I kontakten med tonåringar kan vissa områden, t.ex. sömn, mat, suicidtankar, ofta få större tyngd än för yngre barn. Då sökorsaken är allvarlig nedstämdhet blir tyngdpunkten i frågorna annorlunda än då problemen rör utagerande beteende, t.ex. trots eller uppförandestörning. Alla områden bör dock täckas av, men allt hinns oftast inte med under första besöket. Fokuseringen är i första hand på nuläget. En mängd anamnestiska uppgifter kan ofta sparas till ett senare besök. Journalmallar kan underlätta för behandlaren att se till att viktiga aspekter inte tappas bort.

Den kliniska bedömningen måste kunna hantera motstridig information och kunna värdera både det som sägs och det som inte sägs. Likaså ska det som kan observeras i rummet vägas in i den sammanfattande bedömningen. Iakttagelser i rummet kan ibland ge motstridig information i förhållande till det som sägs verbalt. Ibland kan patientens (eller föräldrarnas) beteende uppfattas som avvikande eller kanske bisarrt men ändå vara svårt att fånga upp i formulär eller konkreta frågor. Frågeformulär eller checklistor kan vara till god hjälp men om det sammantagna materialet förefaller motsägelsefullt måste ytterligare differential-diagnostiskt utredande göras.

För att systematisera informationsinsamlandet kan strukturerade metoder användas. I BUP:s mottagningsprojekt (Carlberg m.fl., 2010) har en jämförelse gjorts mellan bl.a. frågeformuläret DAWBA och den strukturerade intervjuemetoden BCFPI. Här användes metoderna före första besöket. En annan möjlighet är att vid behov använda någon typ av formulär efter första besöket och då samtala kring utfallet under andra besöket. En sammanfattning av metoderna finns i rutan nedan. Texten i rutan är hämtad från *Glimtar från forskningsfronten*, nr 21 där också utförligare presentationer finns. Där beskrivs också skattningsskalan HoNOSCA.

Strukturerade metoder för informationsinsamling/skattning:

SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) är ett skattningsformulär bestående av ett 30-tal frågor som kan användas både vid kontaktens början, för att få en bra överblick av patientens problembild, och vid utvärdering/uppföljning av behandlingen. Uppgifter kan samlas in både från barnet själv (11 år och uppåt), från förälder och lärare. SDQ har använts vid uppföljning och utvärdering såväl internationellt som i Sverige. SDQ ingår i DAWBA. SDQ kan laddas ner från www.sdqinfo.org.

DAWBA (Development and Well-Being Assessment) är ett internetbaserat frågeformulär avsett för barn mellan 5 och 17 år, deras föräldrar och lärare.

Först ska SDQ besvaras, därefter följer symtomfokuserade frågor i 15 avsnitt. I de fall den som svarar markerar problem inom ett avsnitt, ställs fördjupningsfrågor med fasta svarsalternativ och öppna svar. En översikt över allas svar kan skrivas ut och läggas i journalen. Svaren bör följas upp med en klinisk bedömning. Validiteten och reliabiliteten är tillfredsställande. DAWBA har använts i prevalensstudier, symtomfokuserade studier m.m. Datainsamlingen är enkel för behandlaren, som får systematisk information från flera olika bedömare.

BCFPI (The Brief Child and Family Phone Interview) är ett datoriserat formulär för intervju som görs via telefon med föräldrar, lärare eller ungdomar. Det kan användas för kartläggning i början av kontakten eller som utvärderingsverktyg. BCFPI är framtagen för att användas som sorteringsinstrument, för uppföljning av behandling samt utvärdering inom psykosociala verksamheter för barn och ungdomar.

HoNOSCA (Health of the Nation Outcomes Scales for Children and Adolescents). Behandlarversionen av HoNOSCA innehåller en skattning av 15 problemområden på en skala från 0–4 som ger en global sammanfattning av de psykiska problemen. Instrumentet kan användas för osekulerade BUP-patienter mellan 4 och 18 år. Totalsumman av problemområdena ger en numerisk representation av patientens problem som är tillräckligt känslig för förändring och kan därigenom användas som ett utfallsmått när man gör upprepade skattningar. De psykometriska egenskaperna är tillfredsställande och den kliniska användbarheten av HoNOSCA är väl dokumenterad. HoNOSCA används numera rutinmässigt inom BUP i flera länder och har använts som utfallsmått i flera viktiga behandlingsstudier. Den svenska versionen av HoNOSCA kan laddas ner från www.bup.se.

Om någon typ av formulär/enkät används bör i första hand en metod väljas, som har en generell inriktning så att utforskandet inte för tidigt läses i en viss riktning (Jämför ovan, *Professionellt förhållningssätt – generellt*). Vid komplicerade differentialdiagnostiska överväganden är det dock lämpligt att också använda något/några av de instrument som rekommenderas i Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling (2010). Här kan också användas den semistrukturerade diagnostiska intervjun K-SADS. Formuläret i svensk översättning kan laddas ner från www.sahlgrenska.se/su/bup/tester.

Frågan om suicidrisk ska alltid finnas aktuell, oavsett diagnos och oavsett var i utrednings- eller behandlingsprocessen man befinner sig. I de fall då en mer ingående suicidriskbedömning ska göras ska lokala riktlinjer användas. Checklistan *Viktigt att tänka på – suicidala barn och ungdomar på en akutmottagning*

(BUP, Stockholms läns landsting) kan användas som underlag för såväl bedömning som dokumentation.

När diagnos ställs enligt något av de diagnostiska systemen ska diagnosen dokumenteras i journalen med tydligt angivande av vilka kriterier som är uppfyllda. Lägg särskilt märke till nödvändigheten av att göra differentialdiagnostiska överväganden i enlighet med huvudkriterierna vid flera diagnoser enl. DSM-systemet. Exempel på detta är ”...*förekommer inte enbart i samband med... eller... störningen förklaras inte bättre med...*”.

På samma sätt ska funktionsnivåbedömningen (G-GAS) motiveras och dokumenteras i journalen. Endast angivande av siffervärde är inte tillräckligt. Det som ska skattas är barnets *mest nedsatta generella funktionsnivå under den senaste månaden*.

10

De diagnostiska systemen – sammanfattning:

- Diagnosställandet bygger på individens symtom.
- Symtomen ska ha en viss varaktighet.
- Symtomen bedöms utan underliggande antaganden om etiologi (frånsett vissa undantag, bl.a. drogberoende).
- Systemen räknar inte med latent material annat än i form av hur det latent materialet manifesterar sig (antingen i beteende eller på ett sådant sätt som kan fastställas genom en enkel fråga).
- De s.k. v-koderna i DSM-systemet (motsvaras av z-koder i ICD-systemet) beskrivs som ”andra tillstånd som kan vara i fokus för klinisk utredning och behandling”. I stor utsträckning är dessa koder att betrakta som belastningsfaktorer (t.ex. relationsproblem, övergrepp, försummelser). Om dessa tillstånd är i fokus för den kliniska utredningen ska de noteras på axel I, i annat fall på axel IV (se MiniD-IV-TR, s. 229).

Bedömning/diagnos

Alla patienter ska redan under första besöket få en preliminär bedömning. Efter högst fyra besök ska alla patienter få en bedömning som, för den som uppfyller diagnoskriterierna, också innefattar en diagnos. Alla patienter ska också ha fått en funktionsnivåbedömning enligt C-GAS. Diagnosen och CGAS-bedömningen är således två av flera delar i bedömningen.

Den ställda symtombaserade diagnosen är utgångspunkt för planering av åtgärder/ behandling. Men diagnosen måste kompletteras. *En DSM-diagnos är inte alls tillräcklig som underlag för att planera en behandling. Därför kan en klinisk diagnostisk utredning aldrig ersättas av en DSM-diagnos* (J. Herlofsson i förordet till handboken för SCID-I och SCID II, First et al., 1999). Utöver diagnosen krävs en klinisk bedömning, som innefattar diagnosen och som bör göras med utgångspunkt från stress/sårbarhetsmodellen (Se figur 1 i avsnittet *Stress/sårbarhetsmodellen*). Diagnosen ställs utifrån ”symtomellipsen” i mitten av figuren. Bedömningen innefattar, förutom symtom och diagnos, en kartläggning av

individens unika situation innefattande bland annat samspel med familj, nätverk och påverkan av andra omgivningsfaktorer som t.ex. skola och kamrater (Barn- och ungdomspsykiatrins metoder, Socialstyrelsen, 2009).

Ett kännetecken för de diagnostiska systemen är att de är kategoriska – antingen uppfyller man kriterierna eller också inte. Gränsen mellan sjukt och friskt blir absolut. Komplicerande är också att kriterierna i sig inte är absoluta utan innehåller bedömningar där interbedömarreliabiliteten inte är självklar (t.ex. "...försvårar i betydande grad..." eller "...klart under den förväntade nivån..." eller "...har ofta svårt att..."). Dessutom bör nämnas att jämförbarheten över tid kan bli osäker genom att kriterierna ändras mellan olika versioner av systemen (Sonuga-Barke, 1998).

Bedömningen däremot är "mjukare", kan rymma tvivel, kan *successivt* kompletteras och revideras. Till detta kommer att den primära kliniska bedömningen är bredare och innefattar också resurser.

Ett speciellt problem utgörs av den relativt stora patientgrupp som kommer till barn- och ungdomspsykiatri med ganska ospecifika, "allmänbarnpsykiatriska" symtom, t.ex. brister i koncentration, lyssnar inte på instruktioner, råkar lätt i bråk med kamrater, orolig, dålig impuls kontroll, sömnsvårigheter, irritabilitet. Man kan här ha hypoteser av olika slag – ADHD, trauma, utsatthet etc. En korrekt bedömning och därav följande åtgärdsplan förutsätter ett tydligt utforskande utifrån de olika delarna av stress/ sårbarhetsmodellen.

Här kan också finnas en risk för "slagsida" i bedömningen om det finns särskilt uppenbara och påtagliga faktorer. Om man t.ex. finner förekomst av våld i hemmet eller social misär kan det finnas risk att man inte tillräckligt uppmärksammar eller ens lägger märke till förståndshandikapp, ADHD eller autismspektrumtillstånd. Å andra sidan kan förekomst av funktionsnedsättning riskera att skymma pågående sociala missförhållanden, när man s.a.s. riskerar att söka förståelsen i "det mest uppenbara". Om man är uppmärksam på att hålla bedömningsfokus vid liv under hela behandlingstiden kan andra förhållanden bli mer tydligt framträdande, när vissa uppenbara problem har "behandlats bort". Vid symtombilder av denna ibland "ospecifika" karaktär är det av särskilt stor vikt att använda sig av det barnpsykiatriska teamets olika kompetenser för en samlad bedömning.

Kanske kan det vara så att de patienter/föräldrar som uttrycker missnöje med kontakten med BUP är sådana som inte känner sig "förstådda", därför att det i BUP:s insatser blivit alltför mycket slagsida åt något håll när det gäller tolkning/ förståelse – och därmed också gällande behandlingsinsatser.

Ett annat potentiellt problemområde är vilken betydelse man bör tillskriva att en viss patient har en annan kulturell bakgrund än svensk, t.ex. när man tolkar beteenden i termer av symtom eller icke-symtom. Feltolkningar riskerar att ske åt båda håll. En viss symtombild kan tolkas felaktigt som utslag av att familjen har invandrarbakgrund, alternativt kan ett visst beteende tolkas som avvikande trots att det i ursprungskulturen är helt adekvat.

Primär klinisk bedömning i relation till diagnos:

- Bedömningen är diagnosen sedd i sitt sammanhang. Den innehåller ett resonemang där man tar in flera delar från stress/sårbarhetsmodellen och interaktionen mellan delarna.
- Bedömningen innefattar därmed även bedömning av det privata och professionella nätverkets betydelse – både som resurs och som problemgenererare och -förstärkare.
- Diagnosen är mer generell, bedömningen individuell.
- Diagnosen är mer kategorisk till sin karaktär – antingen/eller. Bedömningen är mer resonerande, reflekterande.
- Diagnosen har en tydligare forskningsmässig koppling till evidensbaserade behandlingar.
- Bedömning ska alla ha, diagnos bara den som uppfyller kriterier. Om kriterierna inte är uppfyllda för någon diagnos ska detta anges.
- Bedömning är diagnosen översatt till patientens livssituation och därmed det som patienten är bäst hjälpt av.
- Bedömningen hjälper därmed patienten och familjen att förstå helheten.
- Bedömningen är framåtsyftande, innefattar såväl behandlingsplanering som eventuellt prognos.

Konsultera behandlare med annan kompetens

Den behandlare som har det första samtalet med patienten är som regel den som också är patientansvarig behandlare (PAB). Denne har bl.a. uppdraget att göra en bedömning av patientens tillstånd och ställa diagnos.

PAB förutsätts äga en kompetens som förmår att värdera, välja ut och kombinera för patientens hela situation relevant kunskap och föreslå adekvat insats/åtgärd. (Utdrag ur Handläggningsrutiner för patienter inom BUP i Stockholms län.)

I uppdraget att vara patientansvarig inkluderas vidare att *rådfråga eller koppla in annan kollega när PAB:s kompetens och erfarenhet inte räcker till för att bedöma och/eller handlägga patientens psykiatriska tillstånd och behov av insatser, t.ex. barn- och ungdomspsykiater vid medicinska och/eller psykiatriska frågeställningar, psykolog vid psykologisk bedömning, kollega med relevant behandlingkunskap vid behandlingsfrågor. Och vidare ska PAB alltid ta ställning till om och i vilken omfattning komplettering med andra instansers/aktörers kunskap och åtgärder behövs.*

När man som PAB själv gör bedömningen att ärendet/situationen närmar sig gränsen för den egna kompetensen skall således kollega kontaktas, genom konsultation eller direktkontakt med familjen. I vilken utsträckning en annan behandlare behöver involveras blir därmed avhängigt av PABens egen kompetens. Man har här också att förhålla sig till den komplikation som kan kallas *omedveten*

okunskap, d.v.s. att PABen själv inte inser att han/hon behöver konsultationshjälp i ett enskilt ärende. Det sannolikt mest tillförlitliga sättet att förhålla sig till detta dilemma är tydliga lokala riktlinjer bl.a. beträffande ansvarsfördelning samt för när och hur den enskilde behandlaren ska få stöd av det barnpsykiatriska teamet, teamledaren eller enhetschefen. I så stor utsträckning som är praktiskt möjligt bör varje ärende, i varje fall av allvarligare karaktär, via t.ex. behandlingskonferens eller konsultation bli föremål för bedömning av det samlade barnpsykiatriska teamet för att tillförsäkra en bred belysning utifrån den biopsykosociala grundsynen.

Hela det barnpsykiatriska teamets kompetens erfordras som regel vid bedömning/ handläggning av ärenden med psykosinsjuknande, maniska/hypomana tillstånd som snabbt behöver få hjälp, stor suicidrisk, svår depression. Barnpsykiaterns bedömning erfordras vid tillstånd där somatisk bakgrund till symtomen kan finnas, där barnet/tonåringen har tydliga somatiska symtom, där medicinering snabbt behöver diskuteras, vid anorexi med kraftig avmagring eller där övervägande om vårdintyg är aktuellt. Analogt bör psykolog konsulteras vid komplicerade utvecklingspsykologiska/ differentialdiagnostiska överväganden eller testningar.

Observera också att BUP:s *Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling* i Stockholms läns landsting föreskriver läkarbedömning under vissa omständigheter vid depression, uttryckliga somatiska symtom, ätstörning, självskaдебeteende, traumarelaterade tillstånd, psykotiska och bipolära syndrom.

Generellt är samråd att rekommendera i ärenden med stor dramatik och/eller påfallande akut karaktär, som frågor om "liv och död" (t.ex. suicidrisk, våld, akut anorexi med kraftiga somatiska symtom, skyddsbehov, övergrepp). Andra exempel där kollega kan/bör konsulteras eller involveras kan vara, när PAB har svårt att få tillräckligt stor kunskap om patienten/situationen, när patienten/familjen är ovanligt "hemlighetsfull" men där indikationer kan finnas på ett allvarligt tillstånd.

Den första kliniska bedömningen, som görs under ett eller flera samtal, kan utmynna i att barnet (och situationen) behöver bli föremål för en mer omfattande barnpsykiatrisk utredning innefattande en utvidgad psykiatrisk och utvecklingspsykologisk anamnes, observationer, testningar etc. Som regel engageras här hela eller delar av det barnpsykiatriska teamet för att ge en så allsidig belysning som möjligt.

Att kommunicera sin bedömning till patienten/familjen

Det resonemang som förs kring rutorna i stress/sårbarhetsmodellen är en del av den första kliniska bedömningen. Här finns till dels ett försök att förstå etiologin eller i varje fall "hur är det just nu". Ofta är det inte nödvändigt att tänka långt bakåt ("Hur blev det så här? ") även om det kan vara ett moment. Stress/sårbarhetsmodellen kan vara mycket användbar i kommunikationen med familjen.

Man kan på det sättet få hjälp att förstå sammanhang som annars är svåra att se. Härigenom kan vi presentera en bild som är begriplig, som familjen kan hålla med om helt eller delvis ("Det här förvärrar och det här försvårar, här finns en känslighet men det här hjälper upp..."). För det fortsatta arbetet behöver familjen och behandlaren ha en bild som är tillräckligt gemensam för att tjäna som användbart arbetsunderlag. Använd på detta sätt blir bedömningen och återkopplingen en terapeutisk intervention.

Det är av avgörande betydelse att behandlaren kommunicerar sin bedömning på ett sådant sätt att patienten känner igen sig. Sannolikt är det viktigare än att använda diagnossystemets terminologi. När man genom att använda ett "vardagligt språk" eftersträvar begriplighet för patienten får det inte leda till att bedömningen blir så diffust inlindad, att patienten och familjen blir osäkra om vad behandlarens slutsats är.

Om diagnosen är hypotetisk/preliminär bör det tydligt framgå av formuleringarna men den ska ändå vara tillräckligt tydlig. "För mig låter det jag har hört idag som om..." kan innebära tillräcklig tydlighet men utan att vara lika låsande som "Så här är det."

Att ställa diagnos och kommunicera kring diagnosen med barnet/tonåringen och föräldrarna måste ske med varsamhet. Hur experten från BUP formulerar sig och förhåller sig kan vara av avgörande betydelse. Själva diagnosen har ofta en stor psykologisk och social mening. Bedömningen och diagnosen kan påverka barnets/tonåringens självbild, förväntningar på sig själv och sin framtid.

Hur en diagnos tas emot är olika i olika familjer. En viss diagnos är kanske ganska odramatisk och mer "förlösande" och känns förklarande i en familj men blir problematisk och väcker stark oro i en annan. Diagnosen kan påverka föräldrarnas bild av barnet liksom synen på sig själva som föräldrar. En diagnos som man kan ta till sig med bibehållen självkänsla kan bli en tillgång. Kanske får föräldern en större förståelse för barnets svårigheter. Härigenom kan färre onda cirklar sättas igång av barnets agerande, samspelet mellan barn och föräldrar påverkas i positiv riktning och därmed på samma sätt barnets bild av sig själv.

Men risken kan också finnas att diagnosen blir till en självuppfyllande profetia, man blir sin diagnos, tenderar att bete sig som förväntat. Likaså kan omgivningens förväntningar och förhållningssätt påverkas i både positiv och komplicerande riktning (Wrangsjö, 1998).

En del av behandlarens varsamhet i förmedlandet av bedömning och diagnos handlar om hur betydelsen av diagnosen framställs. Det är viktigt att diagnosens karaktär av ögonblicksbild förmedlas utan att betydelsen därför bagatelliseras. Samtal om diagnosens mening behöver därför ske i termer inte bara av problem och svårigheter utan också i termer av möjligheter att utvecklas, att lindras och bota.

Fortsatta bedömningsamtal – fördjupad utredning

Ibland är de inledande samtalen tillräckliga för bedömning och planering av åtgärder/behandling alternativt för att avsluta kontakten. Ungefär hälften av BUP:s patienter (48,4 % år 2010 vid BUP i Stockholm) kommer på högst tre besök. Man får bedömning, kanske råd och stöd, eventuellt en kort behandlingsinsats och därmed avslutas kontakten. Alternativt sker hänvisning till annan vårdgivare.

Men ibland ger de första 1–3 samtalen inte tillräcklig kunskap för att en bedömning med tillräckligt stor säkerhet ska kunna göras. För att kunna gå vidare behövs då fortsatta bedömningsamtal eller i vissa fall en fördjupad utredning av barnet, d.v.s. en mer omfattande barnpsykiatrisk utredning. Upplägg och tillvägagångssätt vid denna typ av utredningar ligger utanför ramen för denna skrift, men här ska ges *ett par exempel* på förhållningssätt när ytterligare bedömningsamtal/utredande behövs utöver den initiala kontakten, men där steget till en mer omfattande utredning inte självklart behöver tas på ett tidigt stadium. Exemplet ges för att illustrera hur man ibland kan gå utanför de traditionella ramarna för barnpsykiatrisk bedömning/utredning.

”Steg för steg” – Österåkersmodellen

En arbetsmodell för stegvis bedömning/utredning har utarbetats av den tidigare BUP-mottagningen i Österåker (Wahlqvist m.fl., 2001, Wahlqvist & Herolf, 2004).

Grundidén i modellen är att man i de ärenden, där ett närmare utredande behövs, tillämpar ett mer differentierat förfarande i stället för att använda ett ”standardiserat utredningspaket”. Härigenom blir tillvägagångssättet mer individualiserat. Utgångspunkten är att tillämpa *lägsta effektiva utredningsnivå*. Modellen har flera steg, och utredningen avslutas på den nivå, där man tycker sig ha fått tillräcklig information för att kunna göra en tillräckligt säker bedömning, ställa rätt diagnos och vid behov tillsammans med barn och föräldrar kunna planera rätt behandlingsinsats. Begreppet utredning har därmed ”relativiserats”.

För alla steg i processen finns tydliga mallar som ligger till grund för såväl utforskandet/bedömningen som för dokumentation. Mallarna för de två första nivåerna (se nedan) överensstämmer i stor utsträckning med journalmallarna för besök i Take Care.

Utgångspunkten är ett inledande samtal där fokus är att ta del av de svårigheter som föranlett kontakten och inventera familjens önskemål och hjälpbehov. Behandlaren får här ett första intryck av barnet och situationen. Därefter följer som regel 2–3 utredande samtal. Innehållet här är kortare anamnes och en mindre utredning av barnet främst genom att göra iakttagelser av barnet under samtal eller lek. Här kan eventuellt också frågeformulär användas för screening. Alternativt kan beteendeanalys göras.

I utredning på nästa nivå ingår fördjupad anamnes och barnobservationer med användande av vissa test, ibland test för att besvara specifik frågeställning. Om

man ser skäl för en mer familjefokuserad utredning kan barnorienterad familjeterapi (BOF) eller Marte meo-metoden (företrädesvis för yngre barn) användas.

Vid behov kan man därefter gå vidare till nästa nivå, en mer omfattande barnpsykiatrisk utredning med fördjupad anamnes, läkarbedömning och psykologutredning av barnet med användande av flera test.

Från alla nivåer kan man gå direkt till behandling, när man har tillräcklig information för bedömning/diagnos och behandlingsplanering.

Detta successiva utredande har flera fördelar, bl.a. ett bättre resursutnyttjande. Vidare blir utredningen inte mer omfattande än vad som behövs för att besvara den aktuella frågeställningen, vilket innebär en tidsbesparing både för familjen och för vården. Väntetiderna kan bli avsevärt kortare vilket leder till att familjen snabbare får svar på sina frågor. Därigenom är det möjligt att snabbare göra den sammanfattande bedömning som behövs för att kunna föreslå och komma igång med lämpliga åtgärder. En ytterligare fördel har visat sig vara, att man utan onödigt dröjsmål kan undanröja felaktiga misstankar – och därmed sammanhängande oro hos föräldrarna – vid t.ex. dåligt underbyggda remisser.

”Bedömning i samarbetsform” (Collaborative assessment)

Utarbetandet av Österåkersmodellen skedde bl.a. med inspiration från Stephen Finn, professor i psykologi vid University of Texas. Han har tillsammans med medarbetare utarbetat en halvstrukturerad metod för utredning kallad therapeutic assessment (Finn & Tonsager, 1997), där själva utredningsförfarandet har karaktären av en korttidsterapeutisk insats.

På ett liknande sätt som i Österåkersmodellen sker här utredningen stegvis och i nära samarbete med såväl föräldrarna som barnet/ungdomen. Man utgår från en eller flera konkret formulerade frågeställningar, t.ex. ”Varför har vår dotter så svårt att koncentrera sig i skolan?” Grunden är således barnets och föräldrarnas egen bild och förståelsemodell för de aktuella problemen. Man betonar specifikt att barnets egna frågor har stort utrymme i processen: ”*Why do I get so mad at my mom?*” ”*How come it’s hard for me to fall asleep?*” ”*Am I good at anything?*” (Finn, 2007, s. 37).

I ett antal steg samlas därefter information t.ex. om skolsituationen och hemsituationen och utredningen kan innefatta ett antal test, som valts ut för att besvara den aktuella frågeställningen. Föräldrarna deltar aktivt i att samla uppgifter från andra informanter. Föräldrarna får också som regel möjlighet att se barnet under testningen, vilket Finn menar ”avmystifierar” testningen och dessutom underlättar dialogen kring resultatet.

Den bild som successivt växer fram under utredningen diskuteras kontinuerligt med såväl barnet som föräldrarna. ”Man brukar tänka att såna här testresultat tyder på...Hur stämmer det för er?” Jämfört med ett traditionellt utredningsförfarande sker återkopplingen således stegvis, varigenom familjen är kontinuerligt

involverad och därmed informerad. På så vis underlättas återkopplingen, ”återlämnandet” av utredningen. I kraft av ömsesidigheten i processen får familjen lättare att ta till sig resultaten och integrera dem i sin egen bild av problemen. Resultatet av utredningen växer således fram i en hermeneutisk process. Även den slutliga sammanfattningen, utredningsresultatet, lämnas till familjen för diskussion och kommentarer innan det fastställs. En väsentlig avsikt är här att utredningsresultatet ska vara tydligt, förståeligt och meningsfullt – även för barnet/ungdomen.

Arbetsmodellen *collaborative assessment* var ursprungligen tänkt som en utredningsform, där avsikten med det nära samarbetet var att underlätta byggandet av en allians, att skapa en så god form som möjligt för informationsinsamling och återkoppling till barnet och föräldrarna (Tharinger et al, 2008). Erfarenheterna visade sedan att förfarandet hade behandlingsmässiga kvaliteter och kom att benämnas *therapeutic assessment* (Tharinger et al, 2009). De behandlingsmässiga kvaliteterna finns bl a. i att föräldrar utvecklar en större förståelse för sina barn, ibland en mer realistisk bild av barnet och dess svårigheter och resurser, vilket därmed kan ha empatiska effekter (Finn & Tonsager, 1997). ”*Along with this shift came a flood of different emotions: relief over finally understanding their child’s problems, guilt about having blamed their child for difficulties out of his control (---) hope about the future and grief about having a child with significant difficulties (as opposed to an attitudinal problem.*” (Tharinger et al, 2008, s 603).

Vad bör patienten/familjen få ta del av och få med sig från det första samtalet?

Det första samtalet är inledningen på en kommande behandling (eller i några fall hela insatsen). Det är av fundamental betydelse att såväl barnet/tonåringen som föräldrarna kan känna att de ”får något med sig” från det första mötet med BUP.

Familjen behöver känna större hopp, känna att de svårigheter man sökt för är mer hanterliga och att man på sikt av egen kraft, och vid behov med bistånd av BUP, kan ta makten över problemen.

Familjen måste känna att man åtminstone har fått med sig så mycket från samtalet, att man är motiverad för att komma tillbaka, alternativt ha fått så mycket hjälp att man inte tycker sig behöva komma igen. I några fall kan man ha fått tillräcklig bedömning och information för att veta vart man ska vända sig i stället.

Vägen till detta goda utfall av det första samtalet går bl.a. via att de olika familjemedlemmarna känner sig lyssnade på, känner sig förstådda och upplever att de har fått tala om sådant som är relevant i förhållande till det problem man kommit med. En fråga är: Har man fått möjlighet att berätta det viktiga? Ett moment i avslutningen av samtalet bör därför vara kontrollfrågor med utgångspunkt från detta, t.ex. ”Har vi talat om rätt saker?” ”Finns det något annat som vi inte talat om och som ni tror är viktigt för oss att veta för att kunna förstå och hjälpa er?” Om barnet/tonåringen eller föräldrarna har så många eller så omfattande frågor

att ta upp, att de inte kan hinnas med under samma samtal, är det väsentligt att behandlaren tar ansvar för att frågorna tas med till nästföljande möte. ”Jag skriver upp era frågor och så börjar vi med dem nästa gång...” Det här sättet att möta familjen ger inte bara praktisk och viktig information till behandlaren utan är också ett led i skapandet och bibehållandet av en samarbetsallians med familjen.

Ibland har behandlaren fått tillräcklig information, kunnat göra en tillräckligt säker preliminär bedömning för att kunna ge råd till familjen, förslag till lösningsförsök för /en del av/ problematiken. ”Pröva det här...” I bästa fall kan sådana förslag sätta igång en process i riktning mot förändring. Hur familjen/patienten förhåller sig till förslaget, i vilken utsträckning och på vilket sätt man kan använda sig av råden under tiden fram till nästa samtal, kan också få diagnostiskt värde och vara underlag för vidare samtal. Har man försökt följa råden? Hur föll det ut? Har man kunnat pröva något av ett annat förhållningssätt? Och om det inte föll väl ut – hur kan det förstås? Fel bedömning, fel råd, för svåra förslag eller kanske bristande motivation eller förändringspotential?

Enligt svar på patientenkäter (Indikator 2009–10) är BUP:s patienter missnöjda med att man fått bristande information om hur behandlarna ser på problemen och vilka insatser som planeras. Innan samtalet avslutas måste patienten/familjen ha fått en tydligt kommunicerad bedömning, som i bästa fall ökar den egna förståelsen för problemen och situationen. Det är också väsentligt att undersöka om familjemedlemmarna förstått vad behandlaren sagt och menat liksom att undersöka om man delar behandlaren bedömning. Kanske är inte alla familjemedlemmarna överens, varken med varandra eller med behandlaren, och då måste detta undersökas och hanteras ytterligare. Kanske är detta inte nödvändigt eller praktiskt möjligt att göra under det första samtalet, men det bör då ingå i planeringen för den fortsatta kontakten. När man delger familjen sin /preliminära/ bedömning är det också viktigt att be om återkoppling. ”Tycker du att det verkar som jag har förstått er på rätt sätt...”

12

Fortsättning på BUP-kontakten – exempel på frågor att diskutera:

- Vad tänker behandlaren om nästa steg i kontakten...
- ...och vad tänker familjen?
- Behandlaren tankar om planeringen på längre sikt?
- Och familjens?
- Vilka frågor kvarstår för familjen, vilka har besvarats idag?
- Om man beslutar att ses i olika konstellationer: Viktigt att bestämma hur kommunikationen sker mellan dessa samtal och vilken sekretess som eventuellt gäller.
- Hur länge dröjer det till nästa samtal?
- Vart kan man vända sig för att få kontakt med BUP vid eventuella akuta behov före nästa samtal?

Kommunikation/information om nästa steg i BUP-kontakten generellt ingår också som en central del i avslutningen av det första samtalet.

Ibland är situationen/problembilden av en sådan karaktär att behandlaren finner det svårt eller omöjligt att göra en särskilt tydlig och sammanfattande bedömning av barnet/problemet. Bedömningen är då att det man hittills fått veta inte är tillräckligt. ”Jag behöver få veta mer...” Väsentligt är då att förmedla till familjen att man behöver träffas igen och att det inte är något anmärkningsvärt. Detta kommunicerande är ett led i den pedagogiska delen av samtalet. ”Det brukar gå till så här...” Ibland tar det lite mer tid...”

13

Vad bör familjen/patienten få ta del av och få med sig från det första samtalet (den inledande kontakten) – sammanfattning:

- Känna sig lyssnad på och förstådd.
- Få möjlighet att berätta det viktigaste.
- Känna större hopp och om möjligt mer makt över problemen.
- Känna tillräcklig motivation för att vilja återkomma (alternativt fått tillräcklig hjälp).
- Få en tydligt beskriven första kliniska bedömning som ökar den egna förståelsen för problemen.
- Få uppgifter inför kommande samtal (t.ex. informationsinsamling från skolan eller om möjligt ”prova det här”).
- Få information och möjlighet till samtal om nästa steg i BUP-kontakten.

Referenser

Antonovsky, A., (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* London: Jossey-Bass Publishers.

Assarsson, N. & Hofsten, G. (1997). *Familjeterapi för barn med neuropsykiatriska handikapp. En utvärdering.* Stockholms läns landsting, Omsorgsnämndens rapportserie, nr 8. 1997.

Barn och ungdomar med psykisk ohälsa. Vem tar hand om dem? Socialstyrelsen, 2010.

Barn- och ungdomspsykiatrins metoder. En nationell inventering. Socialstyrelsen, 2009.

Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård. Meddelandeblad 7/2010, Socialstyrelsen.

Binder, P-E., Holgersen, H. & Hostmark Nielsen, G. (2008). Establishing a bond that works: a qualitative study of how psychotherapists make contact with adolescent patients. *European Journal of Psychotherapy and counselling*, 10(1): 55-69.

Björvell, H., (1999). "Patient empowerment" – målet är bättre hälsa och stärkt beslutanderätt.

Borgengren, M & Wahlström, M. (2008). Vad i det familjeterapeutiska arbetet ger förändringar? Ur

Philips, B. & Holmqvist, R. (red.) *Vad är verksamt i psykoterapi?* Liber, Stockholm.

BRIS-rapporten 2005

BRIS-rapporten 2007

Broberg m.fl. (2003). *Klinisk barnpsykologi.* Stockholm: Natur & Kultur.

Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Almqvist, K., Cater, Å. K. & Eriksson, M.(2010). Stöd till barn som upplevt våld mot mamma. *Preliminära resultat från en nationell utvärdering.* Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet.

Carlberg, M., Danielson, M., Larsson, J-O & Lindevall, O. (2010). *Initial bedömning på öppenvårdsmottagningar inom barn- och ungdomspsykiatri i Stockholms län.* Barn- och ungdomspsykiatri, Stockholms läns landsting, FoU-rapport 2010-3.

Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T.E., Mill, J., Martin, J. & Craig, I.W. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297, 851-854.

Diagnostic Classification: 0-3 (DC 0-3), (2002) *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.* National Center for Infants, Toddlers and Families, Washington.

- Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig (2010), Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal, Socialstyrelsen .
- DSM-IV-TR, (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington.
- d'Elia, G., (2000). *Kognitiv Psykoterapi. Ett samarbetsprojekt med patienten*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.
- Eltz, M.J., Shirk, S.R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 419-431.
- Eresund, P. & Wrangsjö, B. (2008). *Att förstå, bemöta och behandla bråkiga barn*. Studentlitteratur, Stockholm.
- Finn, S.E. & Tonsager, M.E. (1997). Information gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4) 374-385.
- Finn, S. (2007). *In Your Client's Shoes*. New York: Earlbaum.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B. & Benjamin, L.S. (1999). *Handbok SCID-I och SCID-II*. (Svensk bearbetning av Herlofsson, J.). Danderyd: Pilgrim Press.
- Förenta Nationernas konvention om barnets rättigheter, "Barnkonventionen", 1989.
- Fonagy, P. & Higgitt, A. (1999). An attachment theory perspective on early influences on development and social inequalities. Ur Osofsky, J. & Fitzgerald, H. (eds.) *Waimh Handbook of infant mental health*.
- Fonagy, P. (2007). Aligning Evidence and Practise: A Key Challenge for 21st Century Child Psychiatry. Föreläsning vid ESCAP Congress, Florens, Italien 28/8, 2007.
- Gass, K.R., Jenkins, J.M. & Dunn, J., (2007). Are sibling relationships protective? A longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 167-175.
- Garmezy, N. & Rutter, M. (1983). *Stress coping and development in children*. New York: McGraw-Hill.
- Glimtar från forskningsfronten nr 21 (2008). BUP-divisionen, Stockholms läns landsting,.
- Goldin, S., (2008). *Living in the present with the past – Mental health of Bosnian refugee children in Sweden*. Doktorsavhandling, Umeå universitet.
- Green, J. (2006). The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Vol 47, (5), 426-435.
- Groopman, J.(2009). *Hur läkare tänker*. Göteborg: Daidalus.
- Handläggningsrutiner för patienter inom BUP-divisionen (2009). SLSO. BUP-divisionen, Stockholms läns landsting,.
- Hansson, K & Cederblad, M. (1995). Salutogen familjeterapi. *Fokus på familjen*, 23, 3-18.
- Harris, J.R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102, 452-489.

- Hartzell, M. (2010). *The First Meeting at Child and Adolescent Psychiatry*, Doktorsavhandling, Uppsala universitet, medicinska fakulteten.
- Hayes, R.B., Devreux, P.J. & Guyatt, G.H. (2002). Physicians' and patients' choices in evidence based practice. Evidence does not make decisions, people do. *British Medical Journal*, vol 324, 1350.
- Hedtjärn, G., Hultmann, O. & Broberg, A.G. (2009). Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen nr 48/2009, volym 106, s 3242-324.7*
- Hodges, K. (1993). Structured Interviews for Assessing Children. *J Child Psychol Psychiatr.* 34(1), 49-68.
- House, A.E., (2002). *The First Session with Children and Adolescents*, Guilford Press, New York & London.
- Hälso- och sjukvårdslag, 1982:763.
- Jenkins, J.M. & Smith, M.A., (1990). Factors protecting children living in disharmonious homes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 60-69.
- Johansson, H., (2006). *Therapeutic alliance in General Psychiatric Care*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, psykologiska institutionen.
- Katz, M. (1997). *On playing a poor hand well. Insights from the lives of those who have overcome childhood risks and adversities*. New York: Norton & Company.
- Kazdin, E. & Whitley, M. (2006). Child-therapist and parent-therapist alliance and therapeutic change in the treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, Vol 47, (6) 436-445*.
- Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem (1997). Svensk version av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), Socialstyrelsen,
- Klefbeck, J. & Ogden, T (1996)., *Barn och nätverk*. Stockholm: Liber.
- Kåver, A. (2006) *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Lennéer-Axelsson, B. & Thylefors, I. (1991). Psykosocialt behandlingsarbete. Stockholm: Natur & Kultur.
- Levant, R. F. (2006). Evidence-based practise in psychology. *American Psychologist* 61 (4): 271-285.
- Lindblad, P., Mjones, K. & Risholm Mothander, P (2001). *Sårbara barn*. Stockholms läns landsting, Barn- och ungdomspsykiatri, *FoU-rapport 01-05*.
- Masten, A. & Garmezy, N. Risk, (1985). Vulnerability and Protective Factors in Developmental Psychopathology. Ur Lahey, B.B. & Kazdin, A.E. (Eds.) *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press.
- Masten, A.S. & Coatsworth, J.D., (1995). Competence, resilience and psychopathology. Ur Cicchetti, D. & Cohen, D. (Eds.) *Developmental psychopathology, Vol. 2 Risk, disorder and adaptation*. New York,: Wiley.
- Meddelandeblad nr 7/2010. Barn under 18 år som söker hälso- och sjukvård. Socialstyrelsen.

Mini-D-IV-TR, Diagnostiska kriterier enligt DSM IV. 2002.

Murphy, L.B. & Moriarty, A.E., (1976). *Vulnerability, coping and growth: From infancy to adolescence*. New Haven: Yale University Press.

O'Donnell, M., Creamer, M., Elliott, P., Bryant, R., McFarlane, A., & Silove, D. (2009). Prior trauma and psychiatric history as risk factors for intentional and unintentional injury in Australia. *Journal of Trauma*, 66, 470-476.

Omerovic, E. (2010). Att fatta rätt beslut i den kliniska vardagen, *Läkartidningen* nr 35/2010, s 1999.

Preisler, G. (1998). Vad kan vi lära av barn med annorlunda förutsättningar? Ur Wrangsjö, B. (red.) *Barn som märks. Utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter*. Stockholm: Natur & Kultur.

Rapport BUP Öppenvård målsman 2009-10, Indikator. www.indikator.org

Riktlinje beträffande sekretess för uppgifter om barn och ungdomar i förhållande till vårdnadshavare (2010). BUP-divisionen, Stockholms läns landsting.

Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling (2010). Skrifter från Barn och Ungdomspsykiatri i Stockholm, nr 5, 2010.

Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, Blackwell Publishing.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Muir Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, vol 312, nr 7023.

SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2011). www.sbu.se

Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A. & Tommeras, E. (2004). Buiding an alliance: Early process and client-therapist connection. *Psychotherapy Research*, 15, 103-116.

Shirk, S.H., & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 71, No 3, 452-464.

Smedler, A-C. (1994). Barnneuropsykologi: Utveckling i ett interaktionistiskt perspektiv. Ur Törestad, B. & Nystedt, L. (red.) *Människa – omvärld i samspel*. Stockholm: Natur & Kultur.

Socialtjänstlagen, 2010.

Sommerschild, H., (1998). Bemästrande som ett vägledande begrepp. Ur Gjaerum, B., Grøholt, B. & Sommerschild, H., *Att bemästra. Motståndskraft, skyddsfaktorer och kreativitet bland utsatta barn, ungdomar och deras föräldrar*. Stockholm: Svenska föreningen för psykisk hälsa.

Sonuga-Barke, E.J.S., (1998). Categorical models of childhood disorder: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 115-133.

Sroufe, A.S., Duggal, S., Weinfield, N. & Carlson, E. (2000). Relationships, Development and Psychopathology. Ur Sameroff, A.J., Lewis, M. & Miller, S. M. (Eds.) *Handbook of Developmental Psychopathology*. Plenum Publishers, New York.

Sroufe, L.A., Egeland, B., Carlson, E.A. & Collins, W.A. (2005.) *The development of the person. The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford Press.

Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E., Coleman, J.U. & Herman, S.A. (1996). The voices of Children: Preadolescent Children's Experiences in Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 22, No 1, 69-86.

Talman, K. & Bohart, A.C. (1999). Exploring Therapy Common Factors in Detail. Ur Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. *The Heart & Soul of Change: What Works in Therapy*. American Psychological Association, Washington.

Tharinger, D.J., Finn, S.E., Hersh, B., Wilkinson, A.D., Christopher, G. & Tran, A. (2008). Assessment feedback with parents and pre-adolescent children: A collaborative approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 600-609.

Tharinger, D.J., Finn, S.E., Gentry, L., Hamilton, A., Fowler, J., Matson, M., Krumholz, L., & Walkowiak, J. (2009). Therapeutic Assessment with children: A pilot study of treatment acceptability and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 91 (3), 238-244.

Thelander, S., (2002). Evidensbaserad psykiatri är inte synonymt med god vård. *Läkartidningen nr 46/2002, s 4669-4670*.

Udwin, O., Boyle, S., Yule, W., Bolton, D. & O'Ryan, D. (2000). Risk factors for long term psychological effects of a disaster experience in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 969-979.

Wahlqvist, C., Herolf, V., Jarstad, H. & Berglund-Fries, K. (2001). *EU-programmet Växtkraft mål 4, steg 2*. Stockholms läns landsting, Rapport från BUP Österåker.

Wahlqvist, C. & Herolf, V., (2004). *Steg för steg. Bedömning, utredning, dokumentation*. Presentation vid Metodutvecklings- och forskningsdag (MoF-dagen), BUP i Stockholm, 11 november 2004.

Weisz, J.R., Janssen-Doss, A. & Hawley, K.M (2006). Evidence-Based Youth Psychotherapies Versus Usual Clinical Care. *American Psychologist*, vol 61, No 7, 671-689, 2006.

Werner, E.E., (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 1: 72-81.

Viktigt att tänka på – suicidala barn och ungdomar på en akutmottagning (2009). Checklista utarbetad av American Foundation for Suicide Prevention, översatt och bearbetad av överläkare Anna Lundh, BUP-divisionen, Stockholms läns landsting.

Wrangsjö, B., (1998) Det utsatta barnet i sin familj. Ur Wrangsjö, B., (red.) *Barn som märks. Utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wrangsjö, B., (1998) Diagnosens psykologi. Ur Wrangsjö, B., (red.) *Barn som märks. Utvecklingspsykologiska möjligheter och svårigheter*. Stockholm: Natur & Kultur.

Vårdöverenskommelse för 2010. Uppdragsbeskrivning för barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet .BUP-divisionen, Stockholms läns landsting. 2010.

Åkerman, S. (2010). Terapeutisk allians som motivationsfaktor i DBT. *Suicidologi*, 2010, årg. 15, nr 1.

Bilaga 1

Journalmall Take Care

Denna bilaga är aktuell mall i maj 2011.

Mallen revideras kontinuerligt.

Journalmall BESÖK

Används vid alla besök då föräldrar/patient är närvarande; nybesök, återbesök, hembesök, skolbesök, nätverksmöten mm

Närvarande

Obligatoriskt sökord. Alla närvarande med för- och efternamn, titel samt vilken organisation man företräder

Plats

Obligatoriskt sökord.

Initierad kontakt:

Den som har tagit initiativ till kontakten, ex. läkare som skrivit remiss, föräldrar på uppmaning av skola, pat själv.

Kontaktorsak:

Frågeställning i remiss och/eller familjens/patientens problembeskrivning.

Aktuellt

Aktuell problem- eller symtombeskrivning

Familj / Vårdnad

Den/de juridiska vårdnadshavaren/vårdnadshavarna samt omfattningen och utformningen av boendet och umgänget i de fall då föräldrarna är separerade, ex. växelvis boende, umgänge med/utan kontaktperson. Dessa uppgifter är av särskilt intresse då det finns uppgifter om våld och/eller övergrepp i familjen.

Socialt nätverk

Förskola

Skola

Fritidsanarnes

Föräldrars/patients beskrivning av tidigare och nuvarande fritidsaktiviteter

Alkohol

Narkotika

Tobak

Myndighetskontakter

Ärftlighet

Grav/nyföddhetsperiod

Tidig utveckling

Tidigare utveckling gällande kontakt, kommunikation och motorik.
Signifikanta livshändelser

Trauma

Våld, Skada; 1. Somatiskt (kroppsligt) trauma, yttre skada, sår våldsåverkan; 2. Psykiskt (själsligt) trauma, psykisk skada, chockartad, smärtsam upplevelse. ex våld i familj, sexuella övergrepp, krigsupplevelse.

Somatisk anamnes

Tidigare och aktuella somatiska symtom/sjukdomar samt kontakter med somatisk sjukvård.

Överkänslighet**Sömn****Nutrition****Tidigare psykiska symtom**

Även framväxt av aktuella psykiska symtom.

Tidigare vårdkontakter

Inkluderar tidigare kontakter med BUP, skolhälsovård etc.

Observation i rummet

lakttagelse av beteende och interaktioner av eller mellan patient och/eller närvarande närstående i samband med vårdkontakt

Psykiskt status

Vakenhetsgrad
Orientering
Yttre observationer
Psykomotorik
Kommunikativt samspel
Stämningsläge
Affekter
Tankeinhåll
Hallucinationer
Vanföreställningar
Suicidalitet

Somatiskt status

Tillstånd som beskriver patientens nuvarande kroppsliga tillstånd

Endast för läkare och sjuksköterskor:

Allmäntillstånd

beskriv specifika drag ex huvudform, kroppsbyggnad mm.
(beteende, ögonkontakt mm förs in under sökord psykiskt status)

Längd**Vikt****BMI****Huvudomfång****Pulsfrekvens****Blodtryck – systoliskt övre****Blodtryck – diastoliskt nedre****Hud****Munhåla och svalg**

Ytliga lymfkörtlar
Sköldkörtel
Hjärta
Lungor
Buk
Neurologiskt status
Motorik
Lokalstatus

Läkemedel

Sökordet Läkemedel innehåller huvud- och underrubriker i syfte att öka tydligheten och möjligheten att följa beslut som rör läkemedelsbehandling av barn och tonåringar. Använd underrubrikerna i journalmallen för att öka överskådligheten och sökbarheten.

Endast för läkare och sjuksköterskor:

Aktuella läkemedel

Avser samtliga läkemedel patienten el föräldrar uppger och som även kan ha förskrivits av vårdgivare utanför TakeCare (ska enligt lokala riktlinjer föras in i läkemedelsmodulen). Även receptfria läkemedel och naturläkemedel som patienten tar kan nämnas under denna rubrik

Bedömning läkemedelsbehov

Dokumentation av de överväganden som, utifrån patientens symtom och/eller diagnos samt effekt av pågående läkemedelsbehandling, leder till att läkemedelsbehandling avvaktas, inleds, får fortgå, eller avslutas.

Biverkning

Sedvanlig dokumentation rörande icke önskvärda eller oväntade effekter av läkemedelsbehandling såsom de definieras i Läkemedelsverkets författningssamling (ref 1996:17 s 2 och 4)

Ordinerade läkemedel

Dokumentation rörande de överväganden som ligger till grund för en läkemedelsordination (val av preparat, dos, beredningsform, titrering, höjning/sänkning/utsättning, planerad behandlingstid). OBS Själva läkemedelsordinationen ska göras i TakeCares läkemedelsmodul.

Läkemedelshantering

Dokumentation som rör den praktiska hanteringen och säkerheten kring läkemedel t ex att recept lämnats/ringts in och vem som tar hand om recept/utlämnad permissionsmedicin mm.

Skattningsskalor

Psykologiska test

Riskbedömning psyk

Suicidbedömning

Bedömning

Diagnos enl DSM-IV (Både DSM-IV och ICD-10 diagnos ska dokumenteras)

Diagnos enl ICD-10

Diagnos enl DC 0-3 (Används för barn 0-3 år)

Funktionsbedömn enl C-GAS

Åtgärd/planering

Endast för Kliniken:

Permission

Observation/Övervakning

Tvångsåtgärder

Vårdform

ISBN 978-91-86981-00-6

Kan beställas från:

Utvärderingsenheten

Barn- och ungdomspsykiatri

Box 175 64, 118 91 Stockholm

Tel: 08-514 520 00

www.bup.se