



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Psykoterapeutprogrammet med

Inriktning på familjeterapi

90 högskolepoäng

Vt 2012

Familjeterapeut på BUP

- ***Familjeterapeuters erfarenheter av organisationens påverkan på deras arbete***

Ann-Catrine Andersson

Handledare Robert Holmberg

Sammanfattning

Syftet med denna studie är att undersöka familjeterapeuters erfarenheter av hur kontextuella faktorer (styrning, tillsyn, marknad och kunskapsproduktion/forskning) påverkar tillit och autonomi i behandlingsarbetet på BUP. Studien baseras på kvalitativa intervjuer med 10 familjeterapeuter. Intervjuerna har bearbetats med hjälp av tematisk analys. Informanterna är legitimerade familjeterapeuter och arbetar på BUP-mottagningar. Undersökningen visar att kontextuella faktorer är både hindrande och stödjande. När styrningsmodeller från näringslivet sprider sig till offentlig verksamhet blir det problem för anställda i verksamheten. Det är olika normer och värderingar som kolliderar och det påverkar autonomin och tilliten. Denna uppsats visar att den ekonomiska styrningen även har påverkan på kunskapsproduktion/forskning, marknad och administration i form av olika mätinstrument. Studien visar att det finns önskemål hos terapeuterna att få vara med i att utveckla både den organisatoriska verksamheten och arbetet med patienterna.

Sökord: Autonomi, Tillit, NPM

Abstract

The purpose of this study is to investigate the family therapists experience of how contextual factors (governance, regulatory, market and knowledge production /research) influence trust and autonomy in the therapeutic relationship in child psychiatry. The study is based on qualitative interviews with 10 family therapists. The interviews have been processed using thematic analysis. The informants are licensed family therapists, working in child psychiatry clinics. The study shows that contextual factors are both retardant and supportive. When a management theory from the business sector applies on the public sector it causes problems for the employees. Different norms and values collide and it affects the autonomy and trust. This study shows that economic governance also has an impact on the production of knowledge / research, marketing and administration in the form of various measuring instruments. The study shows that there is a demand from therapists to be involved in developing both the organizational activities and the work with patients.

Innehållsförteckning

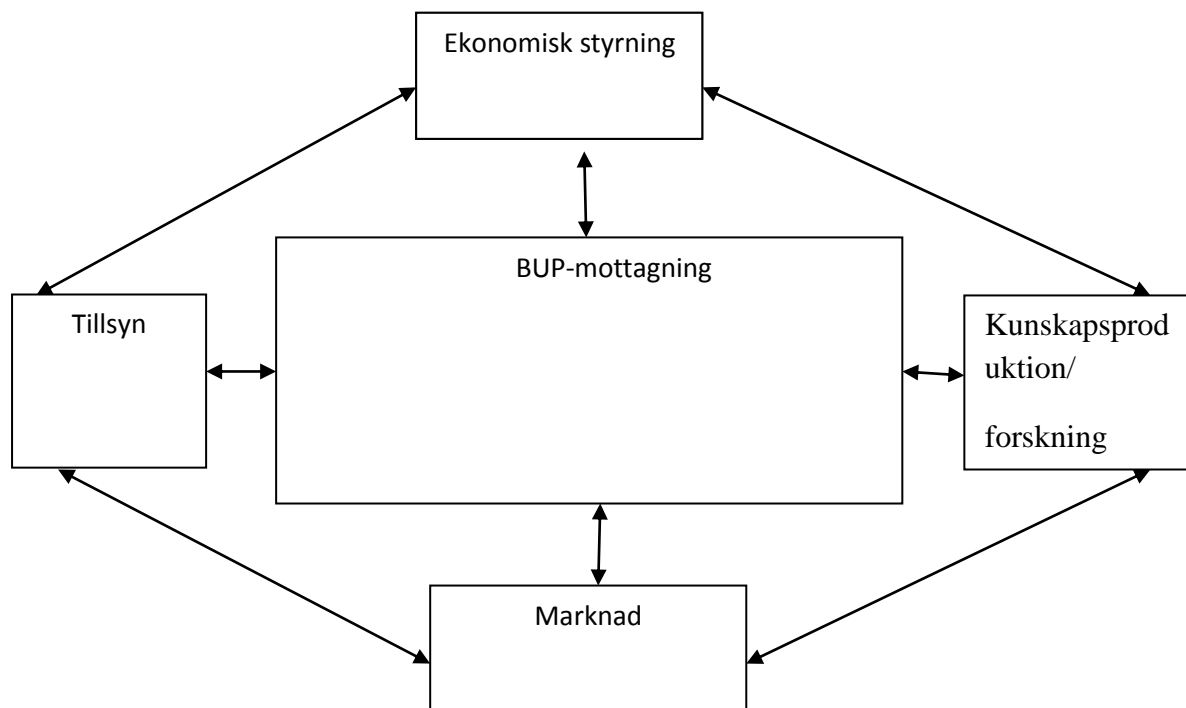
Sammanfattning, Abstract	2
Introduktion	5
Inledning	5
Frågeställning	6
Teori och tidigare forskning	6
Behandlingskultur	6
Tillit	7
Autonomi	7
Ekonomisk styrning	8
Kunskapsproduktion/Forskning	9
Marknad	10
Tillsyn	11
Lagar	11
Syfte	11
Uppsatsens disposition	12
Metod	12
Urval	13
Avgränsningar	13
Intervjuernas genomförande	13
Analys av intervjuerna	14
Realibilitet och validitet	14
Resultat	15
Stödjande	15
Samarbete	15
Förkovra sig på arbetstid	17

Stödjande och förstående chef	18
Vårdgaranti	19
Behandlingsrummet	20
Hindrande	20
Samarbete	20
Förkovra sig är viktigt	22
Oförstående chef på grund av okunskap	22
Första linjen	24
Neuropsykiatriska utredningar	24
Vårdgarantin	25
Det administrativa arbetet	25
Sammanfattning	26
Diskussion	26
Tillit och Autonomi	26
Ekonomiskstyrning	28
Kunskapsproduktion/forskning	28
Marknad	29
Vårdgarantin	30
Tillsyn genom byråkrati	30
Lagar	30
Metodologiska begränsningar	30
Framtida forskning	31
Referenser	32
Bil. 1 Brevet	34
Bil. 2 Intervjufrågor	35

Introduktion

Inledning

Den här studien handlar om hur behandlingsarbetet inom Barn- och ungdomspsykiatri påverkas av olika kontextuella faktorer. Inom barnpsykiatri har personalen en stor kunskapsbank av erfarenheter och teoretiska kunskaper. De har genom sina utbildningar, stor expertkunskap i hur människor reagerar vid förändringar som till exempel omorganisationer eller ökade arbetsbelastning och de är experter inom förändringsarbete vilket borde underlätta kommunikationen mellan verksamhetsledningen och personalen. Samarbetet borde gå att tillämpa i ett gemensamt arbete mot den "goda mottagningen" som tillfredställer allas behov. Nu verkar det inte alltid vara så. Studiens teoretiska utgångspunkter är den modell (figur 1) som Ekeland (2004) använder för att visa relationen mellan styrning-forskning-marknad och tillsyn och dess påverkan på arbetet på en psykiatrisk mottagning.



Figur 1. Modell över relationen mellan styrning-forskning-marknad och tillsyn, hämtad från Ekeland (2004, s.9) Figuren är översatt och anpassad av författaren.

Styrningen av den offentliga sektorn har under de senaste decennierna påverkats av modeller och idéer från näringslivet. Inom forskningen talar man om New Public Management (NPM) som, är ett samlande begrepp för att beskriva detta kluster av idéer som är lånade från näringslivet (Agevall,2005; Ekeland,2004). Autonomi kan definieras som, det

handlingsutrymme som en yrkesgrupp har i en organisation och över sina arbetsuppgifter (Jonnergård, 2008) och detta är en viktig grund för utövandet av professionellt arbete som t ex familjeterapeutisk behandling. Det är viktigt att terapeuten har autonomi för att etablera en tillitsfull relation med patienten men Ekeland (2004) menar att när det finns en tillitsbrist mellan professioner och samhälle, så kan tillitsbristen leda till begränsningar av autonomi. Bristande patientsäkerhet inom vården och patienter som rapporterar att de bemötts dåligt av sina läkare kan till exempel leda till initiativ att minska professioners autonomi. Tidigare forskning har huvudsakligen varit kvantitativt inriktad och visar hur olika klimatfaktorer har samband med hur personalen mår och presterar enligt Glisson (2007). Det är ovanligt med studier där dessa frågor belyses med konkreta exempel och med utgångspunkt i terapeuternas egna ord och erfarenheter. Denna studie syftar därför till att komplettera och förhoppningsvis även problematisera denna huvudsakligen kvantitativt orienterade forskning. Tidigare studier identifierar till exempel betydelsen av autonomi men den säger lite om hur autonomi ser ut och hur den är kopplad till organisationen, vilken roll autonomi spelar i konkreta fall, hur den etableras och kan upprätthållas osv. För att kunna belysa den här typen av frågor kommer intervjuer med legitimerade familjeterapeuter att genomföras.

Frågeställning: Vilka faktorer i familjeterapeuternas kontext uppfattar de som stödjande respektive hindrande för behandlingsarbetet på BUP?

Teori och tidigare forskning

Behandlingskultur: Glisson (2007) menar att det är tre delar som har betydelse för utfallet av behandlingen. Det är patienten själv, det "tekniska" som innefattat behandling och verktyg för bedömning, samt organisationens kultur och klimat. Detta förklarar varför det inte är tillräckligt med "rätt metod" man behöver också som behandlare befinna sig i "rätt kultur". Den sociala processen är enligt detta synsätt lika viktig som den tekniska processen. Det är viktigt för utfallet av behandlingen att behandlaren trivs med sitt jobb. Glisson (2007) beskrev tre olika behandlingskulturer där en kultur kännetecknades av att personalen hade begränsad handlingsfrihet och flexibilitet, begränsad insyn i viktiga ledningsfrågor och kontrollerades av många byråkratiska regler och förordningar. Här har det administrativa arbetet hög prioritet. En annan kultur såg bara hinder och blev stillastående och ingen förändring skedde. Man fann inga lösningar på de problem som uppstod, trots många och långa möten. De avvisade alla

förslag på förändring. Den tredje kulturen hade som viktigaste prioritet att möta patientens behov. Det fanns en regel, att om en klient behövde deras hjälp avbröt de direkt möten med mera. De fortsatte även att serva patienten även om de inte fick betalt för det. Här fanns en förväntan på behandlarna, att vara uppdaterade och kompetenta (Glisson, 2007). I kulturen där ledningen har stor tilltro till sina medarbetare ser man att personalen mår bättre och att det gör ett bättre arbete. På samma sätt är det om organisationen misstror, kontrollerar och styr, då mår personalen sämre och arbetet bli sämre. Kulturen och klimatet på mottagningen har en betydelse för utfallet av behandlingarna (Glisson, 2007).

Tillit: För att ett samarbete överhuvudtaget skall fungera krävs att man har tillit till varandra (Lindfelt, 1999; Liff, 2011; Sundelin, 1999). Tidigare hade man en stor tilltro till den professionelles kunskap som de fått genom sina utbildningar och ifrågasatte inte detta. Samhället litade på att den som hade kunskapen använde den på rätt sätt. För att patienten skall ha tillit till terapeuten, behöver terapeuten ha lojaliteten hos patienten. Finns inte tilliten till terapeuten från organisationen, har terapeuten svårt att skapa tilliten i relationen till patienten. Terapeuten blir då mer fokuserad på att göra "rätt" än att möta patienten på ett bra sätt (Ekeland, 2004).

Autonomi: Att en yrkesgrupp tillerkänns autonomi kan uppfattas som ett samhälleligt accepterande av den professionella kompetensen och den kunskapsbas som kompetensen vilar på. Genom accepterandet har samhället uttryckt att professionens medlemmar är specialister inom kunskapsområden. Det är i de autonoma bedömningarna och problemlösningarna som den professionella kunskapen kommer till uttryck och vidareutvecklas. Professioner är bundna av vetenskapliga sätt att resonera men också etiska föreskrifter (Jonnergård, 2008). Det utgår ifrån att den professionella har autonomi men Jonnergård (2008) ifrågasätter om tilltron till den professionella finns, då hon menar att det då skulle vara professionerna själva som skulle göra bedömningarna om arbetet är bra utfört. Lundsbye (2000) redogör för vad som kännetecknar en bra psykoterapeut. Han/hon skall ha ett empatiskt förhållningssätt, en icke-krävande värme, ett ärligt engagemang och intresse, vara självreflekterande, vara skicklig och behärska teorier. De behöver ha timing för att veta när, i vilket sammanhang, och i förhållande till vem de skall använda sina kunskaper. Philips och Holmqvist (2008) redovisar forskning om vad som är verksamt i psykoterapeutisk behandling. När man arbetar med familjeterapi får man fler berättelser, en från var och en i familjen. Det är fler som hjälps åt att hålla igång förändringsarbetet i familjen. Det kan finnas andra i familjen som är mer oroade än patienten. Familjerna uppskattar när de ses som experter på sitt eget liv. Relationen mellan

terapeut och patienten/familjen är det viktigaste. Metoden brukar i olika forskningar stå för 10-15% av utfallet. Stora förändring har skett på BUP mottagningarna de senaste 10 åren (Johansson, Korman, Serin, & Östlund, 2010; Westerström, 2010). Personalstyrkan är lika stor eller har minskat, medan nya ärenden fördubblats. Dygnsvården har blivit ett minimum, det har blivit mer biologiskt inriktat, vilket resulterat i diagnoser och utredningar. Det har gått från ett fokus på den miljö patienten befinner sig i till ett fokus på att det är fel på individen (Johansson et al., 2010). Bedömningen av vad som är bästa behandlingen har flyttats ut till andra (Ekeland, 2004).

I ett försök att beskriva de olika områden arbetet inom barn- och ungdomspsykiatrien berör har Westerström, Petit, Hårtveit och Jensen använt Maturanas domänbegrepp (Hårtveit & Jensen, 2005; Petitt & Olsson, 1992; Westerström, 2010). Det är enligt Westerström viktigt för arbetet på BUP att titta på i vilken av Maturanas domäner vi befinner oss i vid olika tillfällen och hur det påverkar vårt agerande (Westerström, 2010). Ibland väljer vi i vilken domän vi vill vara i och ibland tvingas vi in i till exempel produktionsdomänen vid barnmisshandel. Produktionsdomän är allt som de som anställda är skyldiga att göra, här ligger det lagen säger att vi skall göra. Man arbetar linjärt. Förklaringsdomän/reflexionsdomän, här utforskar man tillsammans med patienten hur det är för patienten. Man tänker och handlar cirkulärt. I etiska/estetiska domänen är allt vårt handlande som psykoterapeuter, det styrs ytterst av vår professionella etik, personliga värderingar etc. Med etik menar man strävan efter att göra sitt arbete kompetent och skickligt (Westerström, 2010).

Ekonomisk styrning: Efter en snabb utbyggnad av den offentliga sektorn under efterkrigstiden där idéer om välfärdsstaten var styrande har man i västvärlden sedan 1980-talet i växande utsträckning strävat efter att rationalisera och hushålla med resurserna. En mycket inflytelserik uppsättning av idéer har hämtats från företagsvärlden och brukar benämnas NPM, dessa idéer påverkar naturligtvis även arbetet på BUP mottagningar. NPM krockar dock med andra mål inom offentlig verksamhet (Agevall, 2005; Liff, 2011; Wolmesjö, 2005). Agevall (2005) menar att NPM innehåller många olika och även motstridiga koncept, men ändå kan sägas ha en gemensam kärna. Förebilden för organisering hämtas från det privata företaget. "New Public Management har på så sätt en apolitisk eller antipolitisk prägel och dess fokus riktas mot ekonomivärden, det vill säga den är endimensionell" (Agevall, 2005,s.9). "Det tycks som om ekonomivärden och demokrativärden

kunnat särkopplas" (Agevall, 2005,s.9). Fristående och självständiga enheter som exempelvis särskilda boenden har blivit resultatenheter och cheferna har fått ett resultatinkänt budgetansvar. Kommunala vårdbolag har byggts upp istället för vanlig kommunal verksamhet. Därmed har insynen minskat för kommunmedborgarna. Ledningsstil hämtad från den privata sektorn har gjort att man externrekryterar chefer. Detta är några exempel på grundkoncept från NPM som översatts till kommunal verksamhet (Agevall, 2005).

Från och med den 1/7 2010 blev det lag (SFS 2010:349) (vårdgarantin) på att patienten inte skall behöva vänta mer än 90 dagar på ett första besök på specialistmottagning (BUP räknas dit), samma tidsgräns gäller för att påbörja en behandling. (Socialstyrelsen). För att hålla vårdgarantin kan man manipulera väntelistor. Man avskriver ärenden när de inte kan komma på en gång och återupptar ärendet genom att skriva en ny ankomstdag när de kan komma. Verkligheten går inte alltid att få in i mätverktyget vilket gör att man manipulerar resultatet för att passa administrationen (Hoggett, 2010).

Kunskapsproduktion/Forskning: Carr (2009) är en av många forskare som numera genom metaanalyser visat på familjeterapins effektivitet. Viktiga områden är barnmisshandel och vanvård, uppförandeproblem, emotionella problem, ätstörningar och somatiska problem. För sömnproblem hos barn tyder forskningen på att både familje- och farmakologiska interventioner är effektiva. Vid matningsproblem är familjeterapi effektivt. Man har med gott resultat provat Multisystemisk terapi (MST) på barn som varit utsatt för fysiska övergrepp och vanvård. För sexuellt utsatta barn är det viktigt med familjeterapi med den icke förövande föräldern. Resultatet är minskade symtom. Förövaren kan inte delta innan denna genomgått en behandling för egen del (Carr, 2009). Familjebaserade systemiska åtgärder är effektiva för många med ADHD (Carr, 2009). Vid beteendeproblem är familjeterapi långt effektivare än individualterapi. Vid ADHD är medicin och systemiska åtgärder lika effektiva men i det långa loppet är systemiska åtgärder effektivare (Carr, 2009).

Det finns mer stöd inom behandlingsforskning för Kognitiv beteendeterapi (KBT) än för psykodynamisk eller familjeterapi. Detta beroende på att det forskats relativt lite om familjeterapi och psykodynamisk terapi tidigare (Lundh, 2009). Men det innebär inte att det finns stöd för att dra slutsatsen att KBT är effektivare än familjeterapi (Lundh, 2009). En del terapiformer är rent tekniskt lättare att forska på. Där det finns pengar forskas det mer, eftersom pengar avlönar forskaren med mera. Ett exempel är läkemedelsindustrin där förutsättningen för att ha något att sälja är att man forskar fram nya preparat att sälja

(Ekeland, 2004). Etiken behöver vara överordnad evidensen och evidens var tänkt att underlätta arbetet på mottagningarna menar Ekeland (2004).

Marknad: Ett av syftena med NPM är att konkurrensutsätta verksamheten (Agevall, 2005) vilket man gjort. Stockholm till exempel har några privata BUP-mottagningar (<http://www.bup.nu/2008/index.php/bupmottagningar>). Tanken är att man som konsument skall ha rätten att välja behandlare. Hartman (2011) har i en förstudie tittat på om effektiviteten och kvalitén ökar när man utsätter den offentliga sektorn för konkurrens genom att tillåta privata aktörer. Man kan fundera kring vem som är kund, är det föräldrarna när det gäller barn och är det socialförvaltningen när det gäller omhändertagande. Eftersom det är tjänstemän som oftast gör urvalen av vad som skall erbjudas, är det inte en helt fri marknad. Det satsas nu mer på mindre personalkrävande vård, detta för att hålla nere kostnaderna och visa på effektivitet (Hartman, 2011). När verksamheten privatiseras, hur påverkar det de anställdas arbetsmiljö? När det gäller lärare på friskolor så upplever de att beslutsvägarna har blivit kortare, lärarna trivs bättre och känner att de kan påverka mer.

Privata aktörer har på senare tid ökat inom hälsovården genom "vårdvalet". Det har visat sig att lojaliteten mellan utföraren och patient gör att få väljer annan behandlare, när man en gång valt behandlare. Tillgängligheten inom primärvården kan man se har ökat efter privatiseringen. Det finns så olika typer av vårdgivare, allt från enskilda egenföretagare till stora koncerner. Praktikertjänst är en stor aktör, men är ett kooperativ av privata yrkesutövare. När man gör besparingar i vården tillfaller detta oftast ägarna. Det är ofta stora vinstdrivande företag som Carema och Caphio som ägs av riskkapitalbolag som bedriver den privata vården (Hartman, 2011). Man kan se att privat vård är billigare vid dålig vård och dyrare än offentlig vid bra vård. Endera sätter de privata fokus på effektiviteten och då blir det dålig vård eller så sätter de fokus på kvalitet och då blir vården dyrare än den offentliga (Hartman, 2011). Man väljer att mäta det som går att mäta istället för det som borde mätas. Man mäter personaltäthet istället för förändring hos individen. Man tittar på bra betyg istället för bra kunskap. Det är svårt att skriva kontrakt med utförare som innefattar alla beteenden. Då det är individer man skall tjäna kan behoven se så olika ut. Inom individ- och familjeomsorgen på socialtjänsten arbetar man till exempel med marginaliserade grupper, vilket ställer stora krav på beställarna. Där ser man att öppenvården ökar och slutenvården minskar. Man arbetar med grupper istället för individuella kontakter, detta för att spara pengar (Hartman, 2011).

Även om man tidigare från centralt håll kunnat lägga ned sämre presterande offentliga verksamheter har man ytterst sällan gjort det. Dessa problem kan förstås ligga till grund för beslut om konkurrensutsättning (Hartman, 2011, s.275). Man kan inte i denna studie se några vinster med privatiseringen. Man ser ingen skillnad i effektivitet och produktivitet heller. Det man kan se är att det kan uppstå målkonflikter mellan vinstintresse och patienternas behov (Hartman, 2011).

Tillsyn: har blivit viktig, den behövs när inte tilltro finns (Ekeland, 2004). Det finns en tanke att kvalitén skulle bli bättre om man dokumenterade bättre, det är därför administrationen ökar och att en förskjutning har skett mellan olika professioner och administratörer (Jonnergård, 2008). Kvalitetproceduren tenderar att vara gjord så att det skall gå att kontrollera det som är gjort utan att kontrollanten behöver ha kunskaper i det som görs. Man gör om så att dokumentationen blir en teknisk beskrivning av företeelsen så att "vem som helst" skall kunna läsa det. Man skall inte behöva ha någon faktakunskap för att förstå. Lite tillspetsat kan man hävda att kravet på ekonomisk effektivisering har gjort att man gått från, att tjäna patienten (lojaliteten hos patienten) till att tjäna på patienten (lojaliteten hos den ekonomiska enheten). Den som vill ha en karriär får vara lojal med maktspråk (Ekeland, 2004). En paradoxal konsekvens är att det kan förefalla som att det idag är viktigare att administrera arbetet än att utföra själva arbetet (Glisson, 2007; Hogget, 2010). En brittisk studie fann till exempel att polisen använder 43% av tiden till administration och bara 17% till att finnas ute på stan (Hogget, 2010). Det behövs också ett säkerhetssystem för att inte övergrepp skall ske, men det kan ske genom internkontroll inom professionen. Det har hänt att terapeuter haft relationer med patienter vilket inte är etiskt försvarbart (Ekeland, 2004). Vårdgivaren ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Socialstyrelsen. Denna regel heter lex Maria (Patientsäkerhetslagen (2010:659)).

Lagar: Verksamheten på BUP mottagningen styrs av Hälso och sjukvårdslagen (1982:7), Patient säkerhetslagen (2010:659), Patientdatalagen (2008:355), Offentlighets- och sekretesslagen(2009:400), Socialstyrelsens föreskrifter –Informationshantering och journalföring i Hälso- och sjukvården(SOSFS 2008:14). -Om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. (SOSFS 2005:29) . I Patient säkerhetslagen (2010:659) står det i 6 kap 1§ att arbetet skall utföras enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Syftet: När man tidigare tittat på hur organisationerna påverkat den professionella, har man ofta gjort det ur ett kvantitativt perspektiv till exempel Glisson (2007). Denna studie vill

förstå vad det är som påverkar arbetet och hur det påverkar känslan hos psykoterapeuterna. Avsikten är att personal på BUP skall känna igen sig. Studien kommer att studera hur kontextuella faktorer påverkar psykoterapeuternas upplevelse av tillfredsställelse av sitt jobb. Studien kommer även att studera vilka faktorer i familjeterapeuternas kontext som de uppfattar som stödjande respektive hindrande för behandlingsarbetet på BUP.

Uppsatsens disposition: Målgrupp för uppsatsen är, förutom examinator och studenterna på psykoterapeut-utbildningarna, verksamma psykoterapeuter och deras chefer. Studien kommer att tillämpa begreppen: autonomi/tillit, ekonomisk styrning, kunskapsproduktion/forskning, marknad och tillsyn. Studien kommer att gå igenom område för område och se hur de olika delarna påverkar arbetet på BUP mottagning.

Metod

Studien använder sig av kvalitativ metod för att förstå familjeterapeuternas erfarenheter, inte hur frekvent vissa företeelser är. Det handlar inte om att komma fram till en kontext oberoende universell metod utan om att åstadkomma fylliga beskrivningar av situerad kunskap utifrån intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2009). En fördel med att intervjua legitimerade psykoterapeuter, är att psykoterapeuterna har kunskap inom forskningsteori, vilket underlättar vårt samtalande. De är medvetna om att de ibland måste förtydliga så att den som inte är bekant med företeelsen lättare kan förstå.

Urval: Författaren har valt barnpsykiatri (för att författaren har bäst kunskap om den) för denna uppsats, även om det även kan gälla andra organisationer där personalen är terapeututbildade och vet vad som händer med människor som utsätts för förändringar. Studien kommer att innehålla 10 intervjuer för att det är hanterbart och inte för stort. Avsikten är att det skall ge en bra bild över hur man som familjeterapeut upplever organisationen och dess inflytande på arbetet och terapeutrollen. Då informanterna hämtas från hela landet är avsikten att studien kan få en bredd på erfarenheter. Etiska överväganden, gör att informanterna kommer att få vara anonyma.

Avgränsningar: Det kommer bara att vara legitimerade familjeterapeuter (ibland i texten kallade terapeuterna) som intervjuas. De intervjuade kommer att vara psykoterapeuter från olika delar av landet, för att det inte skall gå att känna igen terapeuten. Man kan utgå ifrån att miljön på BUP mottagningar ser liknande ut över hela landet, eftersom det är samma

lagstiftning som gäller och Socialstyrelsen är tillsynsmyndighet. Författaren har sedan tidigare inblick i hur det fungerar i Norrbotten och Stockholm. Under utbildningen har det hörts berättelser från ytterligare orter. Studien avgränsar sig till BUP och väljer bort kommun och privata terapeuter då de har så varierande arbetsförhållanden. Studien kommer att studera psykoterapeuternas upplevelse, då det är deras upplevelser som styr hur de trivs på arbetet och i psykoterapeutrollen.

Intervjuernas genomförande: Författaren har fått kontakt med de flesta informanterna genom kurskamrater som hjälpt till att hitta informanter på deras mottagning eller någon legitimerad familjeterapeut som de känner, författaren har sedan skickat e-post eller skickat brevet (se bil.1). Någon av informanterna har författaren haft kännedom om sedan tidigare (till exempel mött dem på konferenser), dessa har författaren tagit kontakt med och frågat om intervju, sedan har brevet skickats med e-post. Fyra tillfrågade ville inte delta. Författaren har sedan bokat tid med dem som haft möjlighet att delta och genomfört intervjun enligt intervjuguiden (se bil.2). Intervjuerna har skett på informanters arbetsplats, i lånade lokaler och hemma hos informanten. Intervjuerna har spelats in på MP3 spelare och skrivits ut. Efter utskriften av intervjuerna har de skickats med e-post för genomläsning och godkännande av informanterna. Den kvalitativa forskningsintervjun försöker förstå världen utifrån undersökningspersonernas synvinkel. Intervjun söker erhålla nyanserade beskrivningar av olika aspekter av informantens livsvärld. Informanten får läsa igenom utskrift och lämna synpunkter och godkänna det skrivna. Ur ett diskursanalytiskt intervjuande skall man se informanten som medforskare (Kvale & Brinkmann, 2009). Tre informanter har gjort ändringar, det har varit förtydliganden, ett rent sakfel hade smugit sig in i en intervju och sedan har det varit rättstavning av begrepp och förkortningar.

De intervjuade är sex kvinnor och fyra män. En läkare, fyra socionomer, tre psykologer, en skötare och en sjuksköterska. Tre har tidigare jobbat som enhetschefer, en på nuvarande mottagning och två på annan mottagning. Två avslutar snart sina tjänster och övergår till enbart egen verksamhet, båda har tidigare jobbat lite på sidan om i egen verksamhet. En går snart i pension, en skall påbörja en tjänst som enhetschef. Tre är handledar utbildade. Informanterna har två till trettio års erfarenhet som familjeterapeuter. Åldern på informanterna är mellan fyrtio och sextiofem. Fler äldre än yngre som det även är bland psykoterapeuter. Könsfördelningen är mer jämn bland dessa informanter än det är ute bland psykoterapeuter i stort, där är det fler kvinnor än män, cirka 75% är kvinnor (Socialstyrelsens statistik över legitimerade psykoterapeuter).

Analys av intervjuerna. Studien kommer att använda sig av tematisk analys enligt (Braun & Clark, 2006). Detta för att identifiera och analysera teman i intervjuerna. Författaren började med att läsa igenom intervjuerna flera gånger för att hitta teman som till exempel allians med familjen. Utifrån dessa teman färgkodades materialet. För att sedan hitta mer övergripande teman som till exempel samarbeten med olika aktörer. Författaren tittade sedan på hur vanliga temana var och rangordnade dem efter hur vanliga de var. Ny genomläsning för att se om författaren fått med det informanterna berättat om. Vissa teman var så ovanliga att de blev lämnade till exempel utökande av verksamhet. Författaren kopplade sedan de olika temana till om de var stärkande eller hindrande för att kunna koppla till frågeställningen. Avslutningsvis sammanfattades resultatdelen.

Realibilitet och validitet. När författaren började uppsatsskrivandet och innan intervjuerna gjordes arbetade författaren utanför BUP, men under analyserandet och slutet av arbetet har författaren själv arbetat på en BUP- mottagning. Utifrånperspektiv har alltså bytts till ett inifrånperspektiv. Risken skulle kunna finnas att författaren övertolkar det som sagts, vilket författaren varit väl medveten om och varit extra noga med att kontrollera. Författaren tror att det varit svårare att vara objektiv om författaren arbetet inom BUP under hela processen. Nu fanns ett färdigt råmaterial, som författaren inte kunde påverka på något sätt. Studien har genom att ge tillbaka tolkningen till intervjupersonen som fått kommentera tolkningen av intervjun haft en form av deltagarvalidering. (Kvale & Brinkmann, 2009). I studien hade man kunnat låta dem skriva berättelser om sin syn på organisationen och psykoterapeutrollen enligt Silverman (2010). Man hade kanske fått fram andra saker. Någon hade säkert klarat det men andra hade inte själv reflekterat tidigare i hur det ser ut. Det är först när de blivit tillfrågade om saker som det blivit tydligt hur saker är betydande eller obetydliga. Säkert hade någon annan kunnat göra denna undersökning då det verkar som om många tänker kring dessa frågor. Om det blivit någon snedrekrytering är svårt att säga även om inte författaren känner informanterna känner författaren kurskamraterna och de känner informanterna, det är inte helt otänkbart att det skulle kunna bli en viss typ av terapeuter samt att de är familjeterapeuter. Författaren tror att det är av betydelse att intervjupersonerna är familjeterapeuter då de även ser organisationen utifrån ett systemiskt tänkande. Hade man valt KBT-terapeuter eller psykodynamiska terapeuter hade svaren kanske sett annorlunda ut. Författaren valde inte ut psykoterapeuterna vilket gjorde att man fick fler män än genomsnittet författaren tror inte detta har haft betydelse då man inte sett någon könsbundenhet i svaren. Grundutbildningarna blev inte heller procentuella efter hur fördelningen bland

psykoterapeuter ser ut. Studien såg ingen skillnad i vad de hade för grundutbildningar i svaren. Det verkar som om de är mer präglade av att vara systemiska psykoterapeuter än vad de är präglade av grundprofessionerna. Man skulle kanske ha frågat dem vad de identifierar sig som, som psykoterapeut eller i grundprofessionen. Nu är södra Norrland och Västkusten inte representerad av någon mottagning. Man hade vid en större undersökning kunnat välja mottagningar mer jämt fördelade nu är de fördelade så att författaren skulle kunna göra några intervjuer per dag, med flyg och tåg, men ändå inte för nära varandra.

Resultat

Trots att informanterna kommer från hela landet och från små och stora mottagningar har det funnits en stor samstämmighet i upplevelsen av arbetet på BUP. Informanterna har varit engagerade och en del har haft många idéer om förbättringar. De trivs med arbetet och framförallt mötena med familjerna. Resultatdelen är uppdelad i det som är stödjande och det som är hindrande. Informanterna kommer benämnas som IP.

Stödjande

Samarbete: Det som informanterna mest tar upp som förutsättning för att göra ett bra jobb, är samarbete i olika former. Samarbete med chef, kollegor och andra aktörer (som skola eller socialtjänsten), där handlar det om att ha tilltro till varandra medan samarbete med familjen/patienten innebär att familjen skall ha tilltro till terapeuten och samarbetet i familjen bygger på tilltro till varandra i familjen. När det gäller samarbetet mellan kollegor är teamarbetet viktigast.

Att man inte har förstått att barnpsykiatrin bygger på teamarbete. Det betyder att helheten blir större än summan av medarbetarnas kunnande, teamarbetet bidrar med ytterligare en del. Där pratar man för döva öron nu!(IP 9).

För mig är det självklart att är man flera runt en patient så måste man träffas. Det går inte att sitta bakom stängda dörrar och tro att man gör sin grej. Vi är beroende av varandra. Man måste sätta patienten i centrum på det sättet. Kan inte vi prata med varandra går det åt skogen (IP 4).

När behandlingen lyckas finns oftast bra samarbete med, som en avgörande ingrediens. Tillit till varandra är en förutsättning för samarbete. Att man kan använda sig av varandra, t.ex.

När man kan plocka in läkaren, för patienten kan ha hakat upp sig på något somatiskt och då kan läkaren säga att det är under kontroll och att det är andra saker man behöver jobba med. Läkaren kan styra om lite (IP 4).

Det finns väl forskning, kanske mer från avdelningar. Att beroende på hur bra klimatet på avdelningen är ju bättre blir resultatet med patienterna. Det är både spännande men också läskigt att tänka på. När man forskar att inte bara titta på metoder utan även på vad befinner sig terapeuten i för organisation (IP 2).

Många hade ett bra kontaktnät med socialtjänsten och skolan tack vare att de tidigare arbetat inom dessa områden. Mycket av möjligheterna ligger på individen själv.

Jag känner ju de flesta på socialtjänsten och alla skolkuratorerna. Detta gjorde att vi kunde lösa det mesta så att ingen hamnade mellan stolarna, det var mycket nätverksarbete där alla inblandade var med. Vi kände ju också varandra så man kunde jobba mer samstämt. Det fanns ärenden som alla sa var omöjliga men som tack vare att vi var så samstämda verkligen blev bra. Ett plus ett blev verkligen tre eller till och med kanske fyra (IP 3).

Det är viktigt att jobba med samarbetet med samarbetsparterna och dela kunskap med dem. Man prioriterar bort denna för nybesöken. Då kan de inte ta stöd av oss på samma sätt som de skulle behöva. Då skulle de klara mycket mera hos sig och det skulle inte behöva komma till oss (IP 8).

Det viktigaste redskapet för att kunna hjälpa familjen/patienten är alliansen med dem. Man märker vid intervjuerna att detta är viktiga frågor för terapeuterna. Här följer några beskrivningar:

När det känns bra, är det ofta att man fått bra kontakt med familjen. Man ser att det sätter igång något hos den andre. De kommer tillbaka och har reflektera över förra samtalet (IP 2).

Att familjerna trivs med en, jag använder en del humor (IP 4).

Vi pratar med patienten inte om patienten. Det är min förväntan och det är mitt mål. Jag blir illa berörd om jag hör generaliseringar på grund av bakgrunden eller släktdrag eller diverse saker. Att varje blad är oskrivet, jag läser sällan remisser och då bara namnet, familjen får berätta sin berättelse. Varje familj är expert på sin familj (IP 6).

Även om man träffar dem för tionde, tjugonde gången låta detta möte bli ett nytt. Det finns ny kunskap hela tiden (IP 8).

Ett steg i det är att man hjälper patienten att upptäcka något själv. Lyckas man bra har de själva gjort jobbet och man själv har gjort mycket lite. Om de gör en förändring som de själva nästan kommit på är sannolikheten mycket större att förändringen blir bestående (IP 8).

En period skrev jag journaler tillsammans med patienterna (IP 9).

Om samarbetet i familjen fungerar så är det också mycket lättare för terapeuten att vara behjälplig, då det finns en enighet i att lösa svårigheterna.

Att man benämner problemet på ett speciellt sätt som gör att problemen inte blir egenskaper hos människan, utan något alla kämpar mot i familjen. Att problemet inte är fokuserat på en person utan det är alltid en grupp människor kanske en familj som är inblandade, kanske även socialtjänsten eller skolan, släktingar eller andra som är viktiga. För att hitta lösningar och komma vidare (IP 8).

Man tänker ibland att 6 åringar skulle ha behov att prata enskilt med någon terapeut, men det viktigaste för dem är ju att de kan prata med mamma eller pappa (IP 1).

Förkovra sig på arbetstid. Det finns en vilja hos informanterna att hålla sig uppdaterad på ny forskning. Man vill göra ett så bra arbete som möjligt.

Ett knep är väl att vidareutbilda sig hela tiden (IP 2).

På två mottagningar, en stor enhet och en som har en lång historia av familjeterapi kan man på arbetstid prata om ny forskning. Här har man en del egen forskning.

På en stor mottagning så finns det ju så många andra psykoterapeuter som man kan prata med (IP 10).

På ytterligare två mottagningar kan man få åka på familjeterapiföreningens konferens. Det finns en önskan om att arbeta mer med vidareutveckling av verksamheten.

Det vore bra om terapeuter som jobbar inom landstinget kunde ha psykoterapeutträffar, andra yrkesgrupper har sina träffar men inte psykoterapeuterna (IP 6).

Vi jobbar med två saker samtidigt att utveckla och att jobba med behandling (IP 7).

Stödjande och förstående chef. Att ha en chef som har kunskap om verksamheten även om de inte har makt att påverka i organisationen är viktigt. Det finns oftast en tilltro till den närmaste chefen (enhetschefen) åtta av tio informanter var nöjda med sin närmaste chef. Här är några exempel på hur detta kan se ut:

Man kan som chef förhålla sig olika till det här som man inte kan påverka. Man kan förmedla det på olika sätt till sin personal. Jag har olika erfarenheter av hur bra chefer är på att förmedla det som inte är påverkningbart. Det är skillnad på att lägga kraven neråt och att säga att detta är inget jag kan påverka. Jag kan hålla med er, men detta är något vi, tillsammans måste lösa. Vi har inte mandat att ändra detta beslut. Hur gör vi på bästa sätt? Jag tror att även verksamhetschefen har svårt att påverka (IP 2).

Han är ett styrinstrument och sedan försöker han handskas med det så gott det går. Vi känner att han vill oss väl (IP 1).

Han ställde själv upp som medbehandlare i ett komplicerat vårdnadsärende, där många varit involverad. Det blev ett kanonbra jobb vi gjorde. Jag visste ju att advokaterna skulle begära ut alla journaler (IP 1).

Det finns hos familjeterapeuterna en önskan att man tillsammans på mottagningen skall arbeta fram något, som för verksamheten framåt för att möta nya utmaningar.

Man har en struktur som man inte alltid funderar på om den är till hjälp. Och det var där vi började, och det var då vi bestämde oss för att tänka tvärt om. Vi

byggde själv upp det, det var bra för patienter och det var bra för oss. Det fanns inte en färdig organisation där vi skulle in och försöka få till det. Vi behövde inte gnälla, vi behövde inte bli trötta. Det var att tänka att här har vi tänkt tokigt, här behöver vi förändra för att få det funktionellt. Det var det här att få kartan och verkligheten att stämma. Det tar så mycket tid att stå och se, har jag rätt karta eller vad skall jag göra med den här knäppa verkligheten som inte stämmer med kartan? (IP 7).

Fem tar upp att de kunskaper som man har som familjeterapeut, är viktiga kunskaper att ha som chef. Ytterligare tre tar upp systemiska kunskaper, sju hade enhetschefer som endera var familjeterapeuter eller systemiskt intresserade.

Det är bra att ha en bra grund, jag tänker att psykoterapeut är en bra grund för att även ha ett bra ledarskap. Min enhetschef är både chef och behandlingsansvarig. Jag tänker att det finns en fördel när behandlingsansvaret finns nära verksamheten (IP 7).

Men det är bra att ha familjeterapiutbildning om man skall jobba som konsult. Den familjeterapin som bygger på systemisk grund tycker jag är en bra ledarskapsutbildning (IP 9).

Det är viktigt att ha hög kompetens inom BUP, fem har erfarenhet av att deras mottagningar förr har varit kända för att ha hög kompetens. De skulle gärna ha tillbaka den tiden.

Vi informerade politikerna en gång om året om vad vi höll på med. De var intresserade av vad vi höll på med. Vi var en av sju psykiatriska sektorer som förhöll oss på detta sätt och vi hade gott renommé (IP 9).

Vi har haft en period där vi kanske var den mottagning som var mest utbildad i hela landet. Man skickade folk på kurser hit och dit. Alla som jobbade på mottagningen hade steg 2 (IP 4).

Vårdgarantin. För att patienter skall få snabb vård har man infört vårdgaranti.

Det är bra att familjen/patienten får komma fort, medan de fortfarande är i kris, det är då lättare att arbeta med. De är då mer motiverade för förändring.

Vi har i princip inte haft några väntetider. Man har ringt och sedan har man kommit till väldigt snabbt. Man har därmed undvikit långa kontakter. Man har haft en jämn ström av in och utflöde (IP 9).

Det goda är att man träffar familjer i kris vilket kan underlätta arbetet. Men det som hamnar på minus är att vi tappar något i uppföljningar (IP 6).

Vi försöker att inte ha en väntelista, försöker flytta på oss dit de finns jobb. Nu organiserar vi det lite lösare med patienten i fokus. Behöver de mig mer i D-stad, har jag mer jobb i D-stad (IP 7).

Behandlingsrummet. I behandlingsrummet känner terapeuterna att de kan bestämma. Det har från SKL rekommenderats KBT som första alternativ vilket gjort att familjeterapin kommit i skymundan men nu har situationen på flera mottagningar gjort att efterfrågan på familjeterapi har ökat igen, vilket glädjer terapeuterna.

Nu har man så många med KBT så det var familjeinriktning man behövde. Man ser vad som fattas på mottagningen (IP 10).

Jag tror att det kommer att komma en vändning familjeterapin måste snart komma tillbaka mer. Läkarna börjar efterfråga mer och mer familjeterapeuterna (IP 1).

Hindrande

Samarbete. Fungerar inte samarbetet, att man har tilltro till den andre blir resultatet inte bra. Kontroll av varandra ger osämja, som ger dåligt placeringsutfall. Ibland kan det vara hierarki som är problemet.

Samverkan inom och mellan organisationer är A och O (IP 4).

En läkare jobbade inte ihop med behandlaren som varit inblandad vilket gjorde att tjejen gjorde ett självmordsförsök (IP 1).

På den lilla mottagningen kunde vi bestämma mer, och var närmare varandra. Nu är alla sina egna öar, samarbetet finns inte på samma sätt. På denna mottagning är psykologerna viktigare än socionomerna, läkarna ser vi knappt men ser vi dem är de ännu viktigare än alla andra yrkeskategorier. På den lilla mottagningen var vi ett team på riktigt (IP 3).

Om du är anställd som socionom med psykoterapeutkunskap så är du inte mer än någon annan socionom. Definitivt står du under läkaren, de är doktorer det skall vi inte glömma (IP 7).

På många mottagningar försöker man vara två i ärendena för att lära upp ny personal och för att ge en säkrare vård. Är man två ser man mer och kan se fler lösningar men det fungerar inte alltid.

När det varit överbelastning av remisser och det varit underbemanning har det blivit ensamarbete och det har inte varit bra (IP 6).

Samarbete med andra aktörer för att ge så bra vård som möjligt och för att inte människor faller mellan stolar.

Får vi det inte att fungera med slutenvården är det meningslöst att lägga in dem. Man har i forskning sett att fungerar inte samarbetet så blir det inte bra för patienten. Vi har haft bekymmer med hyrläkare som kört egna race och då blir det skit (IP 4).

Vi har en skolläkare som anmäler oss för att vi inte utreder hennes barn nog snabbt. Hon vill att alla skall ha diagnos, men det är trots allt föräldrarna som bestämmer (IP 1).

Jag tänker ibland på domstolar, om det är sexuella övergrepp på barn, så sitter det politiskt tillsatta människor där, som inte vet någonting om detta. Det borde finnas fackfolk med som vet hur barn reagerar och fungerar. Jag tänker att det finns paralleller till stora organisationer (IP 4).

Samarbete med familjen och här behövs tydliga ramar för att det skall fungera, så att man inte både skall behandla och vara anmälare.

Rätt nyligen hade vi en familj som vi blev tvungna att anmäla till socialtjänsten för att vi var oroliga för barnet. Föräldraförmågan var inte så bra som den behövde vara. Det gick helt fel att prata med familjen om det. Där skulle vi ha gjort på ett helt annat sätt. Det var en familj som vi redan innan de kom hit visste var på gränsen. Där skulle remmitenten fått göra anmälan. Även om vi försökte ha familjen med, blev det inte bra (IP 2).

Samarbetet i familjen behövs för att man skall få med sig patienten på det som behöver åtgärdas.

Då man ibland kan känna att man stångar sig blodig är i neuropsykiatriska ärenden där föräldrarna inte får med sig tonåringen på en utredning, samtidigt som det är en mycket ansträngd situation. Både familjemässigt, skola och socialt. Där kan man känna att man kommer till korta. Man kan inte nå det man kan önska (IP 5).

Förkovra sig är viktigt. För att hålla sig uppdaterad om nya behandlingsmetoder använder sig informanterna av fritiden eller att hela tiden läsa någon utbildning.

Det är ett allmänt bekymmer att man under utbildningen får mycket men sedan suggs man upp av det vanliga, som handlar mycket om att hinna ta hand om alla de som söker. Ser till att det inte blir köer och att vårdgarantin hålls. Tiden att förkovra sig och att hålla kompetensen vid liv kräver en ansträngning för att klara (IP 2).

Jag skulle vilja att det utvärderades mer det vi gör, om det hjälper (IP 2).

Hon(enhetschefen) skulle säkert säga att vi skulle utveckla metoder men det ges varken mandat eller tid för det (IP 2).

De flesta träffar andra intresserade på fritiden. Två hade gett upp det var för jobbigt att skaffa sig ny kunskap.

Det finns ju familjeterapi föreningen här i Z-stad, där har jag varit aktiv men är det inte längre. Förr åkte jag ganska regelmässigt på deras Nordiska konferenser men det har avtagit med tiden (IP 5).

Oförstående chef på grund av okunskap. Där missnöje fanns, kom inte chefen ursprungligen från BUP utan kom från annan verksamhet och kunde inte verksamheten. Detta gjorde att man pratade olika språk, man menade olika saker men kunde använda samma ord.

Kommer man från somatiken och kommer in på barnpsyk där man har svåra patienter blir det svårt. Att inte ha en kunskap om vad det sätter igång i grupperna då går det inte. Hon som är chef på H jobbar fortfarande som

kliniker även om hon är chef. Det är en fördel att vara i jobbet då vet man hur personalen har det. Frågeställningarna blir inte främmande. Vet du inte vad det handlar om blir det svårt. Vi har haft tre chefer på avdelningen de sista sex åren. Man behöver titta på vad för typ av chef denna enhet behöver. Man behöver titta på vad chefen skall bidra med, man måste vara mera noga när man väljer chef (IP 4).

Numera sitter det ju chefer som är skrivbordsmänniskor och som ofta inte har erfarenhet av verksamheten. Vi har en chef nu i barnpsykiatri som aldrig träffat en patient i barnpsykiatri. Jag tycker det är en tragedi (IP 9).

Två av informanterna tror inte att chefen vet vilka kunskaper de har som psykoterapeut, flera upplever att det är tråkigt att inte organisationen efterfrågar deras kunskaper/erfarenheter i större utsträckning. Informanterna önskar att cheferna lyssnar på deras kunskaper i större utsträckning. Informanterna upplever att, man inte vet vem det är som bestämmer och utifrån vilka underlag. Numera känner terapeuterna att de inte har någon påverkansmöjlighet på utvecklandet av verksamheten.

Nu pratar man mer om SKL, om vårdgarantin, om medicinska indikatorer, det ordet har nog figurerat något år. Det är där som skillnaden har blivit. Man försöker göra en matematisk formel av barnpsykiatri och då behöver man vissa komponenter, så att det kan falla ut någon efter likhetstecknet. Vi är inte med i diskussionen, det är man ju inte när man sitter i behandlingsrummet (IP 7).

Jag tycker att man allmänt är dålig att ta tillvara människors kunnande (IP 3).

Men man skulle inte stanna upp och tänka måntro om psykoterapeuterna skulle kunna bidra med något. Eller måntro hur någon annan tänker. Man tänker inte att skillnad i kompetensen skulle ge olika bilder (IP 7).

Men då tyckte jag vi hade en verksamhet som verkligen hade en organisation där man i hög grad hade en delaktighet i organisationen, man fattade beslut som förankrades i hela organisationen, man har en skyldighet att delta i arbetsplatsmöten. Min idé var att man hade skyldighet att arbeta även när man satt på en arbetsplatsträff, man hade skyldighet att yttra sig, man kunde inte bara sitta och vänta ut tiden. För mig var organisationens uppgift att skapa

möjligheter för dem som arbetade i organisationen att göra sin röst hörd. Man hade också en skyldighet att göra sin röst hörd (IP 9).

Tanken att man gör ett lika bra arbete oavsett om du är legitimerad terapeut eller inte tror jag kan finnas. Jag slutade min förra tjänst för att jag visste att ingen skulle efterfråga min kunskap som legitimerad familjeterapeut (IP 2).

Möjligen att uppskattningen inte har varit vad den borde, men jag tror att det är på grund av okunskap. Vi är två terapeuter, det kan ha hållit statusen uppe. Utifrån kan man få den uppskattningen, man kan sakna inne i huset (IP 6).

Det allvarligaste som informanterna tar upp är att det finns kollegor som inte har någon kunskap om familjer.

Jag blir lite livrädd när jag tänker på unga psykologer som sitter och skall ta emot familjer och inte vet ett skvatt om familjearbete. De upptäcker de själva också efter ett tag. De ordnas ju inte utbildning för dem. Det är inte lätt att sitta med familjer om man inte har någon utbildning i det (IP 1).

Första linjen. Oron för att inte "första linjen" finns. Första linjen skall nu ta de lättaste ärendena, men man ifrågasätter om det finns någon första linje (Vårdcentraler och skolhälsovården) som är uppbyggd.

Det diskuteras jättemycket om psykiatrins första linje. Vi är första linjens psykiatri och det har vi alltid varit, det finns inget annat, sedan man började nedmontera skolhälsovården. För vuxna människor kan vårdcentralerna fungera men inte för barnen. Jag tror på familjecentralerna, utveckla det mer (IP 4).

Neuropsykiatriska utredningar. Det som sex av informanterna tar upp som en ökande svårighet är att de neuropsykiatriska utredningarna ökar så mycket, att de prioriteras så högt och att de inte får några extra resurser för att klara detta.

Utredningsapparaten har ju vuxit något enormt, den fanns ju inte förr. Då gjorde man psykologutredningar, nu är det nästan bara neuroutredningar (IP 1).

Vi godkänner inte en frågeställning är detta en ADHD problematik? Då får man problematisera det. Vad är det för bekymmer? Vad har man provat? Hur har det fallit ut? Utifrån det konstruerar man frågeställningarna, tillsammans med föräldrarna och skolan i ett nätverksmöte. Vi börjar utredningen genom ett nätverksmöte (IP 7).

Neuropsykiatriska utredningar är ett bra exempel på när inte terapeuterna känner att de har autonomi, det är andra som bestämmer att de skall utreda något man kallar neuropsykiatrisk problematik medan terapeuten kan bedöma det som "dålig skolsituation" eller "kaosartad hemsituation".

Vårdgarantin. Hälften av informanterna upplever att de tidigare gav bättre och snabbare hjälp än nu efter vårdgarantins införande. Man har också en oro för att de som behöver längre kontakter missgynnas av vårdgarantin. Man upplever att kravet på genomströmning är större än kravet på innehåll. Att stänga ner journalerna som följande citat visar, är ett sätt att handskas med vardagen, men samtidigt ett sätt att lura systemet.

Man börjar mixtra och stänger ned en journal för att de inte kunde komma och så öppnar man den när de kan komma. De kan ju ibland åka på semester. För oss kan det bli problem när familjen ringer innan de fått barn och sedan föder barnet. De kan ju inte komma när de ligger på KK och de vill inte komma direkt de kommit från KK, de kan vilja vänta någon vecka. Men vårdgarantin tar ju inte hänsyn till detta, den ser bara tiden som tickar. Man får fixa till papperen så att det ser fint ut. Ringer de under sommaren uppmanar man dem att ringa till hösten om de inte kan komma på en gång (IP 2).

Det administrativa arbetet. Att administrationen ökar tar sex av de intervjuade upp. Samtidigt som de datasystem som finns inte är möjliga att samköra.

Vi har tre system där vi skall register patienter och oss själva plus journalsystemet. Det borde gå att samköra mera i datasystemen. Nu får vi själva lösa mycket, och det är vi inte utbildade för. Alla våra konferenser går åt till att prata om detta (IP 2).

Allt det som pratas om på jobbet är hur man klarar sin statistik. Hur fyller man i olika saker? Ingen hinner fylla i perfekt alla slirar på något ställe. Förr var det om behandling man pratade (IP 1).

Två tar upp att de skulle vilja ha en administration som passade deras verksamhet så att det gick att avläsa vad de gjorde och inte som nu, något som inte är till någon nytta för dem.

Jag är tvingad att ställa diagnos i alla ärenden enligt diagnossystem som jag inte har någon nytta av i mitt arbete. Jag skulle behöva ha ett system som jag kan koppla till det jag gör (IP 2).

Lönesättning och pengar till mottagningen styrs numera av prestationskrav.

Sammanfattning

Informanterna upplever den ekonomiska styrningen som hindrande, kunskapsproduktionen/forskningen som både stödjande och hindrande, marknaden är varken stödjande eller hindrande förutom den höga frekvensen av ADHD- utredningar som de upplever som hindrande, tillsynen kan vara stödjande om den sker på rätt sätt. Det som framkommer är hur den ekonomiska styrningen har påverkan även på kunskapsproduktion/forskning, marknad och tillsyn. Terapeuterna vill ha en fri marknad, de vill ha tillsyn och kunskapsproduktion/forskning, men man vill inte bli påtvingad något. De vill ha delaktighet i arbetet mot den goda mottagningen och men det samarbetet saknar man. När styrningsmodeller från ett område (NPM) sprider sig till ett område med andra förutsättningar, blir det problem för de som arbetar där. Det är olika normer och värderingar som kolliderar (Agevall, 2005; Liff, 2011; Wolmesjö, 2005). Det påverkar autonomi och tilliten. Informanterna lägger problemet på olika nivåer, en del lägger det på chefen andra på politiker. Man kan uppleva ett stödjande framför allt från enhetschefen, men de flesta av informanterna beskriver samtidigt att enhetschefen inte har så mycket att säga till om.

Diskussion

Denna undersökning hade som syfte att belysa på vilka faktorer i familjeterapeuternas kontext som de uppfattade som stödjande respektive hindrande för behandlingsarbetet på BUP. Studien har utifrån Ekelands (2004) modell gått igenom olika delar av kontexten och diskutera hur de uppfattas av terapeuterna.

Tillit och Autonomi

För att ett bra arbete skall kunna utföras måste det finnas tillit till terapeuten och en autonomi för terapeuten. Finns inte tilliten och autonomin går det inte att utföra ett bra arbete (Lindfelt, 1999; Liff, 2011; Sundelin, 1999). Enhetschefen måste klara av att hålla gränsen mot yttre faktorer så att terapeuten kan få utrymme att utföra terapier. I terapirummet verkar terapeuten ha en viss grad av autonomi (innersta rektangeln i figur 1) medan nästa rektangel som representerar mottagningen i större utsträckning påverkas av olika kontextfaktorer som i viss mån motverkar terapeutens autonomi (Ekeland, 2004). Kvalitetssystem som bygger på checklistor och rutiner snarare än professionell kompetens kan bidra till öka avståndet mellan behandlingspersonal och ledning. Eftersom det nu inte ställs krav på att den som skall utvärdera kvalitén på arbetet behöver ha kunskaper inom det specifika området utan bara tittar på mallar som beskriver arbetet (Jonnergård, 2008). Det går att läsa journalen och få en beskrivning istället för diagnosen som bara är en kort sammanfattning av vilka uppsatta kriterier som patienten uppfyller. Därför kan den som inte har kunskaper inte förstå det verkliga arbetet och kan därför inte få tillit till terapeuten. Kollegor emellan har nu till uppgift att se till att ingen annan gör fel och då infinner sig också tillitsbrist, vilket är skadligt i behandlingsarbetet (Glisson, 2007). Söker man fel kommer man att hitta fel, söker man bra saker kommer man att hitta bra saker. Det är viktigt att terapeuten har lojaliteten hos patienten, men informanterna börjar känna att denna lojalitet ifrågasätts. Om inte terapeuten har autonomi kan de inte skapa allianser med patienterna. Informanterna verkar befinna sig i en kultur där de har en begränsad handlingsfrihet, de verkar ha begränsad insyn i viktiga ledningsfrågor och de verkar kontrollerade av byråkratiska regler. Som Manturanas domänteori visar på så måste terapeuten befinna sig i olika domäner. De kan inte bara arbeta linjärt (Hårtveit & Jensen, 2005; Petitt & Olsson, 1992; Westerström, 2010). För en del av terapauterna verkar det ha blivit svårare att växla mellan domäner och finna kreativa lösningar på problem. Den som jobbar som terapeut vet att det inte finns en metod som passar alla, utan man behöver ha flera olika, detta verkar inte vara förenligt med den linje som företräds av SKL och Socialstyrelsen, de tycks valt en annan väg där man alltid rekommenderar en specifik metod. Och eftersom de tänker att det finns ett svar och terapeuten tänker att det finns flera svar så kan både myndigheter och organisationer som SKL bidra till att minska den autonomi som terapeuterna tidigare haft.

Ekonomisk styrning

NPM:s mål stämmer inte med målen inom offentligvård som Agevall (2005), Ekeland (2004), Liff (2011), Wolmesjö (2005) visat på. Här visar denna uppsats att NPM på flera sätt har betydelse för hur arbetet på BUP-mottagningarna bedrivs. Den ekonomiska styrningen påverkar även den kunskapsproduktion/forskning som styrs av SKL och Socialstyrelsen och förs in på mottagningarna. Det finns även som vi sett forskning som terapeuterna på mottagningarna efterfrågar. Den ekonomiska styrningen styr även en del av marknaden och tillsynen, även de påverkar arbetet på mottagningarna, ibland utan att vara efterfrågade. Ett annorlunda effektivitetskrav har kommit in på BUP, tidigare var det inte bestämt hur många patienter terapeuterna skulle träffa, som det är på vissa mottagningar idag. Det går lättare idag att via statistiken följa upp hur många patienter varje terapeut har. Återbudet var tidigare en möjlighet för terapeuterna att få undan administration som blivit liggande, nu skall många terapeuter ersätta återbud med en ny patient. För att minska kostnaderna har man inte ökat personalstyrkan även om ärendena har ökat. På flera mottagningar var lönen kopplad till prestationen (hur många patienter man träffar eller hur många patienter med x-diagnos). NPM påverkar men bestämmer inte hur yrkesverksamma handlar, vilket gör att terapeuterna kan påverka om de lyckas få med sig cheferna. När man arbetar med människor är det svårt med resultatstyrning, vi ser hur svårt åldringsvården har att få gamlingarna att sova, äta och utträta sina behov vid vad man uppfattar som rätt tillfälle. Man skulle önska att Bror Rexeds citat från Höglund 2000:191: skulle få gälla "Det är givetvis människan och patienten som skall vara i centrum för uppmärksamheten och som skall vårdas både kroppsligt och psykiskt. Ibland kan god vård inte förenas med bästa ekonomiska lösning, och i så fall får ekonomin ge vika" (Agevall, 2005, s.178).

Kunskapsproduktion/forskning

Här finns olika typer av forskning dels det som erbjuds mottagningen genom olika riktlinjer, dels den forskningsbaserade kunskap som de själva söker. Här skulle någon av terapeuterna vilja ha mer forskning på vad man själv gör och om det är verksamt. Man har nu sagt att BUP är en specialistmottagning samtidigt som informanterna menar att kompetensen minskat på mottagningarna. När forskningen ökar blir kunskapsfältet så stort att gemene man inte kan hantera forskningen vilket gör att SKL och Socialstyrelsen bli så stora maktfaktorer. De knyter upp vissa forskare till sig och de får en stor makt att bestämma vad som är bra vård. SKL och Socialstyrelsen får allt större betydelse. Det har en period betytt att det bara varit

RCT-studier av KBT som förknippats med evidens. Lundsby (2000) samt Philips och Holmqvist (2008) har istället tittat på vad som kännetecknar en bra terapeut oavsett inriktning respektive vad som är verksamt i psykoterapeutisk behandling. Som det nu visat sig på de mottagningar som tidigt började med KBT, börjar upptäckten komma att alla inte blir botade av KBT och nu börjar mottagningar efterfråga familjeterapi då det blivit en brist på den kompetensen. Samtidigt kommer det mer och mer forskning om familjeterapi och dess effekter (Carr, 2009). Mottagningarna behöver som man kan se satsa mer på att terapeuterna kan hålla sig uppdaterade på nya behandlingsmetoder, och sätta sig in i dem. Nu är det bara på två mottagningar som informanterna säger att man pratar behandling utifrån ett "på golvet" perspektiv på arbetstid. På ytterligare två mottagningar får man åka på familjeterapiföreningens konferenser. Informanterna berättade inte om man sedan i vardagen på mottagningen reflekterar över det man fått veta på konferensen. Risken finns att det bli en enstaka "grej" som inte gör så stora förändringar i vardagen. Det finns hos informanterna en stor längtan efter att få titta på nya behandlingsmetoder och se hur dessa skulle gå att inlemma i deras verksamhet. Behöver man organisera om? Är behandlingsprogrammet för stort? (vanligt om man tittar på program från USA). Vad kostar det? Informanterna vill vara med i processen. Möjligheten att från mottagningen få finnas med när det bestäms vad som skall införas på mottagningen. Det har nu spridit sig en tanke på en del mottagningar att alla kan vara utbytbara, du behöver inte ha vidareutbildningar som till exempel psykoterapeutkunskap, det går lika bra utan. Det är inte bra om det är som det kom fram i en intervju att terapeuterna drar sig mer och mer in i det egna rummet och inte använder sig av den expertkunskap som de har om förändringsprocesser som skulle kunna medverka till den goda mottagningen.

Marknad

I dagsläget kommer det fria vårdvalet att göra att fler privata BUP mottagningar kommer att öppnas men ingen av terapeuterna har tagit upp frågan. På vissa privata mottagningar har man valt att inte ha socionomer, skulle detta bli mer känt skulle säkert reaktionerna vara annorlunda bland de intervjuade terapeuterna. Hartman (2011) visar på att de privata alternativen inte behöver vara mer effektiva än de offentliga mottagningarna. Tre av informanterna hade egen verksamhet, men ingen av dem är på orter där det finns privata BUP. Det finns en svårighet att bestämma sig för vad marknad är. Är det vad patienten vill ha eller är det vad socialstyrelsen bestämt? Det är svårt att göra val om du inte har nog med kunskaper och vet du inte vad det finns för utbud kan du därför inte efterfråga den. Neuropsykiatriska utredningar är något som efterfrågas mycket nu.

Vårdgarantin. När det på vissa ställen varit köer till vården så bestämmer man genom lagstiftning att alla skall få vård snabbt. På vissa platser har detta fungerat bra men enligt terapeuterna har det kunnat märka en försämring där det tidigare inte funnits problem. Detta visar att det inte finns en lösning till allt, det hade varit bra med flera lösningar, en där det fungerar och en annan där det inte fungerar. Som vi sett i både resultatdelen och i teoridelen manipulerar man med systemet, så skillnaden kanske inte blir så stor som det ser ut på papperet. Två av informanterna berättar om hur man "manipulerar" väntelistorna för att systemet inte kan läsa av verkligheten, att familjen kan åka in för att föda barn eller att sommarssemestrarna kommer mellan i tidsräkning, då uppmanas familjen att vänta med att anmäla sig till hösten för att man skall hålla vårdgarantin.

Tillsyn genom byråkrati

Problemet med tillsynen enligt terapeuterna är att den gett så mycket administration som tar av behandlingstiderna. De nya administratörstjänsterna, tas av behandlartjänster. Detta innebär att behandlartjänsterna minskar, samtidigt minskar tiden terapeuten har till patientarbete, genom att de skall administrera mer. Olika datasystem passar inte ihop, för även här gäller den fria marknaden. Detta gör för behandlarna att de får arbeta i flera system. För att administrativt få ett lätt system skall man klassa individer så att de passar i någon fast beskrivning. Det är lätt när det gäller kön eller ålder men svårare när det gäller att klassa "problem". En svår fråga är, är det terapeutens eller patientens upplevelse som skall anges? Alla som fyllt i en enkät vet hur svårt det kan vara att veta vilket kryss som beskriver verkligheten bäst.

Lagar

Lagstiftningen upplevs som stöttande för informanterna.

Metodologiska begränsningar

Studien har visat att det är liknande utmaningar man står inför på de olika mottagningarna även om de har varit i olika skeenden av omvandlingen till speciallistmottagning. Metoden med att intervjua gav den fördjupade kunskap som söktes. Det framkom många detaljerade berättelser om familjeterapeuternas upplevelser. Det var förvånansvärt likartade berättelser oavsett var i landet man arbetade och storleken på mottagningen. Med fler informanter hade generaliseringsunderlaget varit större men författaren tror dock att utfallet hade blivit likartat. Hade man valt ett mer statistiskt underlag

när man valt orter utifrån storlek, jämn fördelning över landet också vidare kan det hända att det blivit mer utslag vad gäller specifika områden som inte denna studie visat. Valet av familjeterapeuter kan ha påverkat intresset för att delta i förändringar av systemen, då de flesta familjeterapeuter är systemiskt skolade. Att göra tio intervjuer visade sig vara bra, det blev en mättnad av teman som togs upp. Att några informanter av olika orsaker skulle avsluta sina anställningar kan ha minskat deras engagemang för att vidareutveckla mottagningarna. Författaren har vid analysen varit noga med att inte låta sina nya kunskaper som författaren fått genom att nu arbeta på BUP påverka sig.

Framtida forskning

Vid en mer omfattande studie hade man kunnat täcka upp hela Sverige, denna studie inkluderar endast enstaka mottagningar. I denna undersökning är det endast psykoterapeuternas upplevelse som studerats, man hade i en annan undersökning kunnat studera hur familjerna/patienterna upplever det. Finns det skillnader i vilken inriktning psykoterapeuterna har? Hur upplever enhetscheferna situationen? Kan de bättre se och förstå beslutsgången? Man kunde studera hur kopplingen mellan lönesättandet och ersättningarna till mottagningarna påverkar bredden på utbudet av behandlingar. Hur blir det för familjerna om det är viktigare med genomströmning än kvalitet? Blir verkligen behandlingen bättre för patienterna genom att man kontrollerar terapeuterna på det sätt som kontrollsystemen är menat för? Kan den ökade administrationen vara bidragande till de ökade köerna till BUP? Studien har tittat på vilka kontext som påverkar men man kunde göra en kvantitativ studie och se på hur vanligt det är eller rangordna dem i grad av hur betydelsefulla de är. Finns det skillnader mellan olika verksamhetsområden?

Referenser

- Agevall, L. (2005) *Välfärdens organisering och demokratin: en analys av New Public Management*. Växjö university Press: Växjö.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Carr, A. (2009) The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 32(4) 409-451.
- Ekeland, T-J. (2004) *Autonomi og evidensbasert praksis*. (Arbetsnotat nr 6/2004) Høgskolen i Oslo, senter for profesjonsstudier.
- Glisson, C. (2007). Assessing and Changing Organizational Culture and Climate for Effective Services. *Research on Social Work Practice*, 17, 736-747
- Hartman, L. (red.) (2011). *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* SNS Förlag. Stockholm.
- Hoggett, P. (2010). Government and the perverse social defence. *British Journal of Psychotherapy*, 26(2) 202-212
- Hårtveit, H. & Jensen, P. (2005). *Familjen plus en*. Stockholm: Mareld.
- Johansson, K., Korman, U., Serin, U. & Östlund, B. (2010). BUP-kliniken i Ystad och ett multifamiljeprojekt. *SFT Svensk Familjeterapi*, 2, 19-23.
- Jonnergård, K. (2008). *När den professionella autonomin blir ett problem*. Växjö University press: Växjö.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Liff, R. (2011). *Professionals and the New Public Management*. Handelshögskolan vid Göteborgs universitet. Företagsekonomiska institutionen Göteborg.
- Lindfelt, M. (1999.) *Autonomi, tradition och självförverkligande* Åbo: Åbo Akademin.
- Lundh, L.G. (2009). *Vetenskapsteori för psykoterapeuter*. Institutionen för psykologi, Lunds universitet. Kompendium.

Lundsbye, M. (2000) *Familjeterapins grunder: ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. Stockholm: Natur och Kultur.

Petitt, B. & Olsson, H. (1992). *Om svar anhålles. En bok om interaktionistiskt förändringsarbete*. Stockholm: Mareld.

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

Silverman, D. (2010). *Kvalitativ forskning*. Lund: Studentlitteratur .

Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se).

Sundelin, J. (1999). *Intensive family therapy – a context for hope*. Doktorsavhandling, Lunds Universitet, Institutionen för barn- och ungdomspsykiatri.

Westerström, L. (2010). Hur kan en BUP-anställd använda systemteori för att hjälpa sina patienter/klienter? *Fokus på familjen*, 3, 190-211.

Wolmesjö, M. (2005). Ledningsfunktion i omvandling: om förändringar av yrkesrollen för första linjens chefer inom den kommunala äldre- och handikappomsorgen. Socialhögskolan, Lunds universitet.

Jag heter Ann-Catrine Andersson och läser psykoterapeutprogrammet i Lund med inriktning familjeterapi.

Jag tänker skriva min terapeutuppsats om hur organisationsfaktorer påverkar psykoterapeuters arbete och skulle därför vilja intervjua dig om din upplevelse av hur du påverkas av organisationen. Ditt namn har jag fått av någon kurskamrat eller annan som vet vad jag skall skriva om och tror att du skulle kunna vara en lämplig person att intervjua.

Skulle du inte vilja vara med vore jag tacksam om du så fort du kan meddelade mig på anki_andersson@telia.com. Så kan jag hitta annan. Du får naturligtvis gärna lämna förslag på annan lämplig kandidat.

Jag tänker intervjua 10 legitimerade familjeterapeuter fördelade över hela landet. Du kommer naturligtvis vara anonym. Jag kommer att använda mig av halvstrukturerade frågor. Du kommer att ges möjlighet att läsa igenom utskriften av intervjun och göra ändringar. Intervjuerna är inplanerade i slutet av sommaren eller i början på hösten 2011.

Jag kommer att behöva synkronisera så att jag kan göra flera intervjuer på samma resa då de flesta intervjuer inte kommer att göras där jag har dagpendlingsavstånd.

Jag hoppas att uppsatsen skall kunna visa på hur organisationerna kan bli bättre på att ta hand om sin personal i detta fall familjeterapeuterna. Ni kanske kommer att kunna bidra med något som någon annan har nytta av. Jag tänker också att psykoterapeututbildningarna kan anpassas så att de stämmer överens med vad som förväntas av psykoterapeuterna ute på fältet.

Tack på förhand för att du ställer upp.

Ann-Catrine Andersson

070-5735542

anki_andersson@telia.com

Intervjufrågor

Bil.2

(Introducera)

Vad har du för grundprofession?

Hur länge har du jobbat som psykoterapeut?

Hur länge har du jobbat på denna arbetsplats?

Kan du beskriva hur er arbetsplats är organiserad?

Handledning? vilken typ?

Föreningar, nätverk, utbyte med andra terapeuter? professionsorganisationer?

Beskriv dina närmaste chefer. Vilken utbildningsbakgrund har dina närmaste chefer?

Har din arbetssituation förändrats det senaste året/åren?

Hur har du användning av dina psykoterapeutiska kunskaper?

Kan du ge exempel på när ni gjort vad du ser som ett bra terapeutiskt arbete? Exempel (gärna 2-3, följ upp) vad gjorde du eller andra som bidrog?

Kan du ge exempel på när ni gjort vad du ser som ett dåligt/mindre bra terapeutiskt arbete? Exempel (gärna 2-3, följ upp) vad gjorde du eller andra som bidrog?

Har du möjlighet att påverka ditt arbete? På vilket sätt? Några hinder?

Händer det att organisationen bli stärkande/hindrande i det terapeutiska arbetet? Exempel

Hur påverkar det vem som har behandlingsansvar? Exempel

Påverkas ditt arbete av vårdgarantin?

Vilka förväntningar har dina chefer på ditt arbete?

-- du --

Vad är det bästa med ditt arbete? Vad är det sämsta med ditt arbete?

Vad är viktigaste för dig i psykoterapeutrollen?

När man söker nya psykoterapeuter till din arbetsplats vad söker man då?

Har du någon gång känt att organisationen inte litar på dig som psykoterapeut?

Hur ser dialogen mellan ledningen och dig ut?

Har du några förslag på förbättringar som skulle kunna vidtas för att arbetet skulle bli ännu bättre?