



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

Som en ropar får en svar-

En kvalitativ studie om salutogenes vid bedömningar inom BUP

Åsa Liljegren & Annika Sannerstedt

Psykoterapeutexamensuppsats 2024

Handledare: Kajsa Järholm
Examinator: Lars- Gunnar Lundh

Abstract

In a time where a lot of focus is on diagnosis and increased psychiatric unhealthiness it is interesting to investigate the place of salutogenesis in BUP, the communal Swedish child psychiatry. The aim of this study was to explore how therapists within BUP perceive salutogenesis. The study is a qualitative interview study, containing six interviews. The data was analyzed with reflexive thematic analysis. In the analysis four themes were identified; Salutogenesis is important for families and therapists, Balance and the importance of being seen as a whole human being, How the organization affects what therapists look for in assessments, and Changes over time. The result indicates that when a therapist investigates salutogenic factors it contributes to the feeling of hope for individuals, families, and therapists. Several of the therapists told us that it helps them to cope. Furthermore, the therapists described the importance of balance between pathogenic and salutogenic perspectives for families, hence that the whole story can be heard. How the assessment is made in respect of the salutogenic perspective affects treatment. The results can be understood from Antonovsky's concepts, meaningfulness (hope) comprehensibility (the whole story) and manageability (helps them cope)

Keywords: salutogenesis, resilience, protective factors, family therapy, diagnosis, child psychiatry.

Sammanfattning

I en tid av fokus på diagnoser och ökande psykisk ohälsa är det intressant att se vilken plats salutogenesen har inom BUP. Syftet med studien var att undersöka hur behandlare verksamma inom BUP ser på det salutogena perspektivets plats på BUP vid bedömningar. Studien är en kvalitativ intervjustudie, där sex yrkesverksamma behandlare inom BUP har intervjuats. Data analyserades med reflexiv tematisk analys. I analysen av materialet identifierades fyra teman. Vi har gett våra teman följande namn: Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare, Balans och vikten att bli sedd som hel människa, Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen samt Förändring över tid.

Studiens resultat visade att när behandlare undersökte salutogenes bidrog det till känslan av hopp för såväl individ, familj och behandlaren. Flera behandlare berättade att det hjälpte dem att orka. Behandlarna beskrev också behovet av balans för att hela familjens berättelse skulle få synas. Hur bedömningen görs påverkar enligt våra intervjupersoner det fortsatta arbetet. Resultaten diskuterades utifrån Antonovskys salutogena begrepp, meningsfullhet (hopp), begriplighet (hela berättelsen) och hanterbarhet (det hjälper dem att orka).

Nyckelord: salutogenes, resiliens, skyddsfaktorer, familjeterapi, diagnos, patogenes, barn- och ungdomspsykiatri.

Tack!

Vi vill börja med att tacka våra intervjupersoner som så generöst delat med sig av sina erfarenheter och bjudit in oss i sina behandlingsrum. Tack också till våra tålmodiga nära och kära.

Det här arbetet hade inte gått att genomföra utan vår handledare, Kajsa Järholm. Tack för hur du har hjälpt oss att förstå vad det är vi behöver och vart vi är på väg. Detta är en uppsats där begreppet *känsla av sammanhang* (Antonovsky, 2005) är viktigt och det har Kajsa hjälpt oss med. Tack för att du varit vår guide och hjälpt oss att göra vår resa begriplig, meningsfull och hanterbar.

Innehållsförteckning

Som en ropar får en svar- En kvalitativ studie om salutogenes vid bedömningar inom BUP....	1
Definitioner.....	1
Salutogenes.....	2
Resiliens.....	2
Resilienta och salutogena faktorer enligt forskning.....	3
BUP.....	4
Bedömningar på BUP.....	5
Diagnoser.....	6
Syfte och frågeställningar.....	8
Metod.....	8
Deltagare och rekrytering.....	8
Dataanalys.....	9
Forskningsetisk diskussion.....	10
Resultat.....	10
1. Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare.....	11
1.1. Vilka motiv har behandlare för att undersöka salutogena faktorer?.....	12
1.2. Hur gör behandlare för att hitta salutogena faktorer?.....	13
1.3. Vad är det man ropar efter?.....	14
1.4. Hur påverkas behandlingen av salutogena faktorer i bedömningen?.....	14
2. Balans och vikten av att bli sedd som en hel människa.....	15
2.1. Balans mellan salutogenes och patogenes.....	16
2.2. Familj och balans.....	17
2.3. Personal och balans.....	18
3. Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen.....	18
3.1. Att arbeta med bedömning inom BUP.....	19
3.2. Makt och salutogena faktorer.....	20
3.3. Dokumentation.....	21
4. Förändring över tid.....	22
4.1. Hur har salutogenesens plats inom BUP förändrats över tid.....	22
4.2. Vart är vi på väg?.....	23
Diskussion.....	23
Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare.....	24
Balans och vikten av att bli sedd som en hel människa.....	26

Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen.....	27
Förändring över tid.....	28
Metoddiskussion.....	30
Slutsater.....	31
Referenser.....	32
Bilaga 1. Informationsbrev till intervjupersoner.....	37
Bilaga 2. Samtyckesblankett.....	38
Bilaga 3. Intervjuguide.....	39
Bilaga 3. Intervjuguide forts.....	40

Som en ropar får en svar - En kvalitativ studie om salutogenes vid bedömningar inom BUP

I varje berättelse om psykisk ohälsa och diagnoser finns en berättelse om styrkor och hälsa. Den berättelsen kan vara tyst och dold för den som bedömer vilken hjälp en familj eller ett barn/ungdom ska få. Den berättelsen och den plats den får ta redan från start i kontakterna med enheter inom Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) intresserar oss. För snart trettio år sedan publicerades artikeln *Salutogen familjeterapi* där författarna kopplade forskning om salutogenes och resiliens till vilka familjeterapeutiska interventioner som skulle kunna användas för att stärka familjers känsla av sammanhang (Hansson & Cederblad, 1995). Senare forskning har visat på värdet av att undersöka salutogenes (Eriksson, 2015). Evidensbaserade metoder som till exempel Anknätningsbaserad familjeterapi (ABFT) och funktionell familjeterapi (FFT) undersöker salutogena faktorer i bedömningsfasen i samband med att riskfaktorerna utforskas (Alexander, et al., 2016, Diamond et al., 2015).

Psykiatrins uppdrag i Region Skåne är att bedriva vård som: ”... ska vara hälsoinriktad, tillgänglig, personcentrerad, jämlik, säker, kunskapsbaserad och effektiv” (Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, 2024. s. 6). Det ligger således i uppdragets kärna att vara hälsoinriktad och det är därför intressant att undersöka det utrymme som hälsofaktorer får ta vid bedömningar.

På Region Skånes digitala plattform med information till barn och ungdomar informeras besökare om hur första besöket på BUP går till. Där beskrivs att man kommer att få frågor om hur man mår och om vilka problem man har i sin vardag. Målet som beskrivs med behandling är att symtomen ska minska och att den hjälpsökande ska må bättre i vardagen (<https://vard.skane.se/psykiatri-skane/for-barn-och-unga/forsta-besok-pa-bup/>). Här beskrivs inget av frågor kring det som fungerar och de styrkor den hjälpsökande och familjen har. Så ska anställda hos BUP undersöka styrkor, skyddsfaktorer, salutogena faktorer hos de hjälpsökande och deras familjer eller inte? Hur tänker de själva kring det? Hur gör de? Den här uppsatsen undersöker hur erfaren personal på BUP ser på dessa frågor.

Definitioner

Salutogenes och resiliens är två närbesläktade begrepp som kan vara svåra att skilja från varandra. Eriksson (2015) menar att salutogenes är ett överordnat paraplybegrepp för hälsofaktorer där resiliens ingår som ett underbegrepp. Samma författare tydliggör också att

salutogenes handlar om god hälsoutveckling oavsett stress medan resiliens utgår från risken att utveckla ohälsa. Här har vi använt både resiliens och salutogenes för att inte begränsa intervjupersonerna eller missa relevanta studier. De är båda, tillsammans med begreppet patogenes, viktiga för vårt uppsatsämne.

Salutogenes

Salutogenes betyder “hälsans ursprung” (Antonovsky, 2005). Det är ett begrepp som belyser hälsa, upplevelsen av hälsa och tillfredsställelse med livet (Selimbasic & Hasanovic, 2021). Det salutogena perspektivets värdegrund är att människan är kapabel och resursstark. För kliniker handlar det om att betrakta och relatera till medmänniskor som personer med styrkor och resurser, istället för som i det patogena där man söker efter brister och begränsningar. Upplevelsen av hälsa ses som en föränderlig process över tid och inte ett statiskt tillstånd som man har eller inte har. Antonovsky menade att upplevelsen av hälsa är tätt förknippad med att en person upplever sig själv och sitt sammanhang som begripligt, hanterbart och meningsfullt även kallat “Känsla av sammanhang” (KASAM). Antonovsky menade att människan alltid har en upplevelse av hälsa men att den upplevelsen är rörlig och föränderlig över tid vilket skiljer sig från de mer statiska uttrycken att vara frisk eller sjuk (Eriksson, 2015; Antonovsky, 2005).

Patogenes är motsatsen till salutogenes och handlar om hur sjukdom uppkommit och utvecklats över tid. För att kliniker ska identifiera salutogena faktorer så behöver de ställa de rätta frågorna och leta efter dem, precis som när patogena faktorer utforskas och kartläggs. De salutogena faktorerna kan precis som de patogena vara intrapsykiska eller finnas i personens yttre sammanhang (Eriksson, 2015). Ordet patogenes härstammar från latin, *patior*, som betyder att lida eller tåla. Även begreppet patient kan härledas till samma latinska ord. Tätt förknippat med ordet patogenes är ordet *diagnos*, som kommer från grekiskan och betyder ungefär undersökning eller bedömning.

Resiliens

Resiliens betyder motståndskraft och förmågan att återhämta sig efter kriser och långvariga motgångar (Walsh, 2016). Begreppet innehåller både psykologiska och biologiska komponenter, vilket gör att det definieras olika beroende på i vilken kontext det används. Det kan användas som en beskrivning av personliga egenskaper eller den process som en person genomgår då den, trots svåra omständigheter, inte bara visar styrka, utan också anpassar sig till den nya situationen och fortsätter växa (Selimbasic & Hasanovic, 2021; Zolli & Healy, 2013).

Väl så viktiga som de personliga egenskaperna är faktorer i omgivningen, som hjälper en person att återhämta sig (Ungar, 2015). Resiliens kan också ses som en bro mellan begreppen patogener och salutogener (Jakovljevic, 2018). Resiliens visar att det spelar roll att individer och familjer hanterar svårigheter på olika sätt. I den kliniska vardagen hjälper resiliens till att fördjupa och utveckla den terapeutiska relationen, ändra en persons berättelse om livet, sig själv eller den ohälsa som behöver hanteras (Jakovljevic, 2018).

Resilienta och salutogena faktorer enligt forskning.

Redan Rutter (1954) fann att intrapsykiskt är det av vikt med en god social kapacitet, ett positivt självförtroende, självständighet, framgångsrik coping, intelligens och kreativitet, utveckling av speciella intressen och hobbies, impuls kontroll samt hög aktivitet och energi. Bland de här faktorerna så tar man också upp begreppet inre "locus of control" (Rutter, 1954; Antonovsky, 2005) som innebär att personen har en övertygelse om att själv kunna styra utvecklingen av sitt liv.

Då det gäller omgivningsrelaterade resilienta/salutogena faktorer så har man funnit att det är av vikt att kunna ge och ta emot hjälp, att ha tillitsfulla och intima relationer, att man har betydelsefulla relationer även utanför familjen, att det finns klara definierade gränser mellan olika delar av familjesystemet (exempelvis mellan barn och föräldrar), klara regler i hemmet, positiv föräldra-barn relation samt delade värderingar mellan generationerna (Hansson & Cederblad, 1995). Detta stämmer väl överens med senare forskning (Walsh, 2016; Ungar, 2015). Skyddsfaktorer kring att inte utveckla PTSD, eller få lindrigare symptom när man upplever svåra händelser är att ha tillgång till trygg anknytningsperson, tillgång till stöd inom familjen, en välfungerande skola med bra relationer till lärare och kompisar. Individuella egenskaper, som humor, tro och att hjälpa andra är också skyddande mot allvarigare symptom (Werner, 2012). När det gäller sorg är även ritualer som begravning och information om sorg hjälpsamt (Walsh, 2016). Att lyckas i skolan trots svårigheter är en stark skyddsfaktor inför framtiden (Ungar, 2015). Det finns forskningsstöd för att resiliens är viktigt att förstå för att minska psykiska hälsoproblem hos unga. Forskningen indikerar att individuella egenskaper hos barnet inte har lika stor inverkan på barnets positiva utveckling som miljöfaktorer (Ungar, 2013; 2015). Detta tyder på vikten av att kartlägga barnets sammanhang. När vi undersöker resiliens behöver vi i hög grad undersöka familjeförhållanden, kulturella förhållanden och de sammanhang som familjen lever i, ett multisystemiskt förhållningssätt (Mesman et al., 2021). Ett exempel på vilka faktorer som är viktiga vid bedömning av familjens resiliens är Walshs

modell som vi beskriver överskådligt nedan (Walsh, 2016; 2021). Författaren har identifierat tre områden, familjens trossystem, hur familjen organiserar och omorganiserar sig vid kriser och familjens kommunikationsprocesser. Trossystem handlar om hur familjen hittar mening i motgångar, behåller hoppet och om andlighet. Hur familjen organiserar sig handlar om flexibilitet, om de söker sig till och tar hjälp av varandra och hur familjen kan ta hjälp av samhället och omgivningen. Kommunikation handlar här om hur tydlig kommunikationen är, hur mycket familjemedlemmarna delar med varandra och om de löser problem tillsammans. Värdefulla verktyg i bedömningen av familjens resiliens är styrkebetonade genogram, en familjekarta över minst tre generationer, och familjens livslinje (McGoldrick, M. et al., 2015; Brown, 2021).

BUP

I det här avsnittet kommer vi att göra en kort beskrivning av BUP och några av de utmaningar som organisationen behövt förhålla sig till under de senaste åren. Här lyfter vi fram det ökade söktrycket, integreringen av den stora utvecklingen gällande evidensbaserad kunskap om utredning och diagnostik, standardisering av vårdprocesserna och den stora personalomsättningen. Bedömningar beskrivs sedan kort. Då vissa bedömningar leder fram till diagnoser följer sedan en kortfattad beskrivning av de diagnossystem som används på BUP i dag. Ställs diagnos leder det sedan vidare till behandling via den standardiserade vårdprocess (SVP) som är kopplad till respektive diagnos.

BUP bedömer och behandlar barn och ungas psykiska ohälsa. De senaste årtiondena har metoder för bedömning och behandling av barn och ungas psykiska ohälsa utvecklats. Kunskapsutvecklingen gällande diagnostisering, inom framförallt det neuropsykiatriska området, är omfattande och fokuset på screening, utredning och diagnostik inom BUP har vuxit (Sundelin, 2016). Vidareutvecklingen har skett dels utifrån den evidensbaserade forskningen, dels för att möta upp de olika sätt som barn och ungas psykiska ohälsa gestaltar sig på i samhället för tillfället. Antalet barn och unga som söker hjälp inom BUPs specialistvård i Skåne har fördubblats under de senaste åren enligt *Psykiatrin i siffror* (Sveriges Kommuner och Regioner [SKR] 2022). Antalet barn och unga som diagnostiseras med psykisk sjukdom har ökat enligt Socialstyrelsens rapport *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016* (Socialstyrelsen, 2017).

Köerna till BUP har vuxit, arbetsbelastningen inom verksamheten har ökat och det har blivit allt svårare att rekrytera och behålla kompetent och erfaren personal. Anledningen till det

ökade söktrycket är komplext. I en intervjubaserad undersökning *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige* (SKR, 2017) reflekterar personal på BUP över att det skett en förskjutning i samhället där normala livskriser som tidigare betraktades som en del av en mognadsprocess och tagits omhand av familj och vänner nu i större utsträckning psykiatriserats.

Av de 300 000 barn och ungdomar mellan 0–17 år som bor i Region Skåne så har idag cirka 24 000 kontakt med specialist BUP. BUP strävar efter att möta upp det ökade söktrycket och har definierat flera utvecklingsområden som exempelvis att erbjuda likvärdiga bedömningar för nya ärenden och att effektivisera vårdprocesserna. Ytterligare utvecklingsområden är att rekrytera ny personal och ge redan anställd personal möjligheter att utvecklas så de stannar kvar i verksamheten *Psykiatri i siffror* (SKR 2022). Region Skånes Hälso- och sjukvårdsnämnd tog 2017 fram styrdokumentet, *Strategisk Plan för Psykisk Hälsa 2017–2023* (Region Skåne, 2017) som beslutats att gälla även 2024. Enligt styrdokumentet ska personal på BUP följa de standardiserade vårdprocesserna, SVP (Waldo & Nilsson, 2023) som arbetats fram regionalt för att behandla 18 olika diagnosgrupper. SVP ger riktlinjer kring hur bedömning och behandling av olika diagnostiska tillstånd ska gå till. SVP ska också vara ett stöd för personalen i den kliniska vardagen för att uppnå ett av BUPs utvecklingsområden, en mer likvärdig vård. I inledningen på varje SVP står det formulerat att barns psykiska ohälsa ska bedömas i sitt sammanhang. Det öppnar upp för att undersöka salutogena faktorer. Dock är det inte förtydligt hur bedömningen av barns psykiska ohälsa i sitt sammanhang ska gå till.

Bedömningar på BUP

Beroende på vilken typ av bedömning som görs kan den sedan leda fram till diagnoser, vårdnivå, ställningstaganden till vårdutbud eller terapeutiska överväganden. Den första bedömningen som görs är om ett barn/ungdom ska ha kontakt med BUP. Den bedömningen görs ofta via en standardiserad telefonintervju, Brief child and family phone interview, BCFPI (Boyle et al., 2009) med vårdnadshavare och ibland även med ungdomar. Är bedömningen att familjen ska ha kontakt med BUP så görs ännu en bedömning vilken vårdnivå inom BUP som är adekvat. Vårdbehov som bedöms som enklare och där det räcker med en kortare kontakt tas om hand av Första Linjens barn- och ungdomspsykiatri. Då vårdbehovet bedöms vara mer komplext kommer ärendet till den delen av BUP som har mer omfattande och längre vårdkontakter, specialist-BUP. Där finns sedan team som är mer specialiserade på olika sorters psykiatrisk problematik. Bedömer personal på specialist-BUP att mer omfattande vårdbehov

finns än vad som kan erbjudas i öppenvård så kan ärenden också remitteras vidare till BUPs mellanvård med mer omfattande insatser. Bedöms vårdbehovet akut så finns BUPs slutenvård att tillgå.

Förutom vilken vårdnivå som är lämpligast så sker flera andra typer av bedömningar. Bedömningar som i slutändan leder fram till diagnos/icke diagnos. Löpande bedömningar gällande psykiskt status, ställningstagande till eller utvärdering av olika interventioner/behandlingsinsatser samt bedömningar gällande kompletterande insatser från annan enhet på BUP. Även bedömningar gällande kompletterande insatser från vårdgrannar som exempelvis primärvård, barn- och ungdomshabiliteringen och socialtjänst är vanliga. I de allra flesta fall så sker vården på frivillig väg enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) men ibland behöver även bedömning göras om behov finns av vård under tvång enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Bedömningarna av barnets symtom och eventuella diagnos gör att behandlingsinsatser erbjuds utifrån den SVP som tagits fram för just den diagnosgruppen. I Verksamhetsplan 2024 beskrivs hur insatserna ska gå till och vad de ska leda till; "Insatserna ska utgå från individens behov och syfta till att göra livet mera möjligt och därmed skapa förutsättningar för en god hälsa, framtidstro och livskvalitet". (Psykiatri, habilitering, hjälpmedel, 2024. s.6)

För att säkerställa så professionella, evidensbaserade bedömningar som möjligt använder personalen sin kliniska professionalitet samt flera beprövade skattningsformulär som föräldrar, ungdomar och ibland även skolan ombeds fylla i via det digitala verktyget Blå Appen (Hansson et al., 2018). De allra flesta formulär är konstruerade för att tydliggöra tecken på psykisk ohälsa. Ett av alla de formulär som används vid den första bedömningen, Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) , innehåller även styrkor (Goodman, 1997).

Diagnos

Vissa bedömningar görs för att kunna ställa en diagnos med hjälp av klassificeringssystemen International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD; World Health Organization, 2016) och Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association, 2022). Klassificeringssystemen överlappar varandra. Kortfattat kan det beskrivas som att DSM är utarbetat för att omfatta just psykiatrisk diagnostik och ICD täcker både somatisk och psykiatrisk diagnostik. Vid diagnostisering används båda systemen då DSM är mer fördjupad än ICD. De båda

diagnossystemen närmar sig dock varandra för varje gång som manualerna uppdateras (Forte, 2021).

I de ovanstående klassificeringssystemen saknas beskrivningar av de späda och små barnens symtom på ohälsa och utvecklingsförseningar så därför finns nu även diagnossystemet Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC 0-5:11; Zero To Three, 2016; 2022) framtaget. När det handlar om små barns hälsa och utveckling så är forskning tydlig gällande vikten av anknytning mellan barn och omsorgsperson (Bowlby, 2010; Broberg, 2000). Det gör att det i detta diagnossystem även finns en bedömningsdel som utgår från observation av barnet i relation till sina föräldrar.

Diagnossystemen är uppbyggda för att definiera och sätta ord på människors hjälpbehov, underlätta samtalet mellan professionella, underlätta vid ställningstagande till behandling, utvärdering av behandling samt underlätta vid insamlande av statistik.

I förordet till DSM 5 manualen och i fallexempel som ingår så har det tydliggjorts att det är av vikt att göra en bred professionell bedömning där även salutogena/resilienta faktorer ingår. Trots detta har DSM utsatts för kritik som säger att det diagnostiska systemet missar viktig information framförallt gällande kulturella skillnader och resilienta/salutogena faktorer. Det är viktigt att behandlare har den kompetensen då det spelar roll för både bedömning av psykiskt status, diagnostik och ställningstagande till behandlingsinsatser. För både bedömning och val av behandling så är det av vikt att identifiera både interna och externa källor till resiliens/salutogenes som stödjer patientens personliga narrativ och kulturella värden (Petrovich & Garcia, 2016). När ett barn får en diagnos, som exempelvis autism, så skakar det om familjen och förändrar hur föräldrarna ser på barnet. Här är det viktigt med samhället och omgivningens stöd, och fokus på styrkor i familjen (Losada-Puente, et al., 2021). Även barnets syn på sig själv påverkas av en diagnos, det kan öka förståelsen, men också få stor inverkan på självbilden (Isobel, 2024).

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka hur behandlare verksamma inom BUP ser på det salutogena perspektivets plats vid bedömningar på BUP i dag.

Våra frågeställningar handlar om vilken plats behandlare upplever att salutogenes får i bedömningar inom BUP, vilka risker och möjligheter de ser med att fråga efter salutogenes om det i sin tur påverkar behandlingen. Vi vill också undersöka om salutogenesens plats i bedömningar har förändrats över tid och i så fall på vilket sätt.

Metod

Studien är en kvalitativ intervjustudie. Vi valde den "halvstrukturerade livsvärldsintervjun" som metod för datainsamling. Denna intervju kan definieras som "en intervju med målet att erhålla beskrivningar av intervjupersonens livsvärld i syfte att tolka innebörden av de beskrivna fenomenen" (Kvale & Brinkman, 2014, s.19). Intervjuerna har skett via länk och spelats in. Vi har intervjuat behandlarna en och en. Varje intervju har tagit mellan 40–65 minuter.

Deltagare och rekrytering

Vi har intervjuat sex behandlare inom BUPs öppenvård. Dessa har vi valt ut genom att fråga behandlare med flerårig erfarenhet, som dagligen gör bedömningar om intresse för att medverka. Hur vi frågade varierade. På en arbetsplats ställde vi frågan till hela personalgruppen om någon ville delta i studien. Detta kompletterades med muntliga frågor riktade till personal på andra mottagningar som arbetar mycket med bedömningar. Därefter skickade vi ut informationsbrev (Bilaga 1) och samtyckesblankett (Bilaga 2). Vi har eftersträvat ett urval av behandlare med olika yrkesbakgrund och olika kön. Eftersom vi är intresserade av om, och i så fall hur, salutogenesens plats på BUP har förändrats över tid, så har vi valt medarbetare som har arbetat minst fem år inom ramen för BUPs öppenvård. I vårt urval har vi två män och fyra kvinnor, varav tre är psykologer och tre är kuratorer. Av de sex behandlarna så är tre familjeterapeuter och tre psykodynamiska psykoterapeuter. Vi har inte intervjuat behandlare på vår egen arbetsplats. Detta för att minska risken för att relationerna till våra kollegor ska påverka de svar vi får.

Dataanalys

Resultaten har analyserats med reflexiv tematisk analys, som är en systematisk metod för att utveckla och analysera kvalitativa data. Vi har följt de sex steg som Braun & Clarke (2022) har beskrivit.

Steg ett innebär att bekanta sig med materialet. Vi gjorde det genom att transkribera och läsa igenom materialet. Vi tittade också på filmerna med intervjuerna flera gånger, både tillsammans och var för sig.

Steg två innebär att koda materialet, vilket vi gjorde genom att, var för sig, anteckna ord och meningar från intervjuerna som vi funnit intressanta, återkommande eller överraskande och benämna dem med en kod. Vi skrev sedan upp alla våra koder på en whiteboard och letade efter likheter och skillnader för att hitta teman.

Steg tre handlar om att generera teman. Först identifierade vi åtta olika teman, sedan när vi gick igenom materialet igen såg vi hur de teman vi identifierat hängde ihop vilket resulterade i fyra teman med tillhörande underteman.

Steg fyra innebär att granska de teman som hittats. Vi kontrollerade då att koder och teman överensstämde.

Steg fem innebär att fördjupa temana och ge dem namn vilket vi gjorde genom att fördjupa analysen av temana och ge dem namn. Vi hittade också den övergripande berättelsen i analysen.

Steg sex handlar om att presentera och redovisa materialet. Vi gjorde det genom att fördjupa relationen mellan våra frågeställningar, litteraturen och analysen (Braun & Clarke, 2022).

Studien får ses som ett nutida fotografi av den kliniska verksamheten på BUP. Här belyser vi komplexiteten i ämnet och lyfter fram de intervjuade klinikernas upplevelser och erfarenheter. Som kvalitativ forskare är man oundvikligen medskapande i forskningsprocessen. Vår förförståelse kring ämnet kan ha färgat intervjuerna och analysen av vårt material och det är därför viktigt att reflektera över att våra perspektiv och erfarenheter kan ha påverkat processen. Vi som gör studien var båda anställda inom BUPs öppenvård när materialet samlades in. Åsa har 24 års BUP erfarenhet och Annika har 1 ½ års erfarenhet från BUP och mångårig erfarenhet från skola och socialtjänst. Som ny behandlare på BUP upplevde Annika att salutogenesen fick mindre plats inom BUP än inom socialtjänsten. Det är en personlig upplevelse men väckte ett intresse för att undersöka vilken plats friskfaktorer och styrkor får i

en verksamhet som BUP. Vi studerar båda på psykoterapeutprogrammet inriktning familj där värdet av salutogenes betonas vilket gjort att även Åsa reflekterat över salutogenesens plats i BUPs bedömningar.

Det finns en risk att deltagarna uppfattat salutogenes som det eftersträvansvärda och därför försökt anpassa sina svar utifrån det. Det skulle kunna innebära att även våra intervjupersoner har svarat "som vi ropar". Vid några tillfällen i intervjuerna kan vi konstatera att vi blev ledande i vårt frågande.

Forskningsetisk diskussion

Forskningsetiska rådet har ställt upp fyra grundläggande krav för forskning som innefattar information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2002). Vi har skickat ut informationsbrev om studien (bilaga 1) och samtyckesblankett (bilaga 2) minst en vecka innan intervjutillfällena. Deltagarna har informerats om att de när som helst har kunnat avbryta sin medverkan utan några konsekvenser. Den intervjumall (Bilaga 3) som vi använde oss av kompletterades med följdfrågor. En fråga som vi ställde till flera av våra intervjupersoner var om det var någon fråga som vi borde ha ställt och inte gjorde och vad som i så fall var svaret på den.

Vi reflekterade över om våra intervjupersoner riskerade någon negativ reaktion från organisationen genom att delta i studien. Även om våra konfidenter inte namnges så vill vi säkerställa att deras citat inte går att koppla till person. I vårt urval av citat som på något sätt kan uppfattas som kritiska mot organisationen har vi inte valt citat där det framgår i vilken verksamhet personen arbetar. I vårt informationsbrev där mottagningen framgår har vi här anonymiserat det. Vid intervjutillfällena har inga känsliga personuppgifter insamlats, utan fokuset har varit på professionella överväganden hos yrkesverksamma och därför bedömde vi i samråd med vår handledare att studien inte behövde etikprövas.

Resultat

I analysen av materialet återfanns fyra större teman: 1. Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare, 2. Balans och vikten att bli sedd som hel människa, 3. Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen och 4. Förändring över tid. Dessa teman, med tillhörande underteman, beskrivs i tabell 1, s 11.

Tabell 1.

Våra teman innehåller flera underrubriker, vilka redovisas nedan. Vi illustrerar varje tema med ett citat.

Tema	Undertema	Exempel på citat
1. Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare.	1.1. Vilka motiv har behandlare för att undersöka salutogena faktorer? 1.2. Hur gör behandlare för att hitta salutogena faktorer? 1.3. Vad är det man ropar efter? 1.4. Hur påverkas behandlingen av salutogena faktorer i bedömningen?	<i>..försöka lyssna efter ord som ger liksom hopp, som ger kraft framåt, För det är väl där vi har lite nycklarna till förändring tänker jag nog</i>
2. Balans och vikten att bli sedd som hel människa.	2.1. Balans mellan salutogenes och patogenes. 2.2. Familj och balans. 2.3. Personal och balans.	<i>"Ja, man har de här två vågskålarna, hur mycket är det, vad behöver vi fylla på och vad behöver vi försöka minska, för att komma rätt".</i>
3. Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen.	3.1. Att arbeta med bedömning inom BUP 3.2. Makt och salutogena faktorer. 3.3. Dokumentation.	<i>På något sätt hade jag hela tiden en inre bedömning med mig. Vem ska bort för att jag ska kunna ta in någon ny?</i>
4. Förändring över tid.	4.1. Hur har salutogenesens plats inom BUP förändrats över tid? 4.2. Vart är på väg?	<i>"Det finns en förskjutning i samhället mellan vad som är normalt och vad som är psykiatri"</i>

I de teman som följer nedan är citaten skrivna med kursiv stil. Längre citat har flyttats ned till egen rad medan kortare citat är invävda i den löpande texten. Detta för att göra texten tillgänglig.

1. Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare.

Detta avsnitt börjar med undertema 1.1. Vilka motiv har behandlare för att undersöka salutogena faktorer? Här framkommer till exempel att det väcker hopp, är bra för alliansen och

hjälper behandlare och familj att orka. I undertema 1.2., Hur gör behandlare för att hitta salutogena faktorer?, så framkommer att alla använder lyssnande och att observera samspel. Därefter följer undertema 1.3., Vad är det man ropar efter?, där behandlarna beskriver vilka styrkor de undersöker, som exempelvis god problemlösningsförmåga. I det sista undertemat 1.4. Hur påverkas behandlingen av salutogena faktorer i bedömningen?, framkommer att styrkorna som framkommit i bedömningen hjälper behandlaren att hitta rätt i den fortsatta behandlingen.

1.1. Vilka motiv har behandlare för att undersöka salutogena faktorer?

Behandlarna har flera olika motiv för att undersöka salutogena faktorer. Samtliga behandlare berättar om att salutogenes väcker hopp. Hopp för barn/ungdom, familj och behandlare. Flera berättar att det är viktigt för alliansen med familjen eller barn/ungdom. Två behandlare berättar om att det hjälper dem själva att orka. Salutogena faktorer kan trösta såväl behandlare som familj när livet är svårt. Ytterligare ett motiv är att hela människan eller familjen ska få synas, inte bara det som är svårt. Flera nämner hur värdefullt det är i behandlingen att när salutogena faktorer undersöks i bedömningen. Några av behandlarna lyfter värdet av att öka familjens känsla av kompetens och handlingskraft, som i följande exempel;

Man kan förstärka det som redan fungerar. Det som finns. Så att man kan göra mer av det. Det är ju ofta det som ger människor känsla av kompetens, att vi bemästrar det här. Att kunna hjälpa dem att hitta dom sakerna som är resurser.

Att öka känslan av kompetens kan förändra maktbalansen mellan behandlare och familj vilket tydliggörs i nästa citat av en annan intervjuperson;

Jag tycker att det finns en ganska, ja den är väl relativt outtalad för många. Men det finns ju en maktobalans i terapirummet och den tycker jag att man bara jämnar ut för patienten när man lyfter fram att dom är personer som självklart har många resurser.

Detta svar kom på frågan kring vad som är fördelar med att undersöka styrkor och skyddsfaktorer. Merparten av behandlarna berör hur alliansen mellan behandlare och familj/barn/ungdom förstärks då salutogenes undersöks.

Det finns även anledningar till att inte undersöka det salutogena. Tre personer lyfter risken för att för mycket fokus på skyddsfaktorer kan leda till att barnen/ungdomarna framstår som för friska och därmed inte bli berättigade till hjälp.

Men jag tror också lite att när jag bedömer patienter här, det påverkar nog ganska mycket om jag tänker att den här patienten skulle nog vara behjälpt av att få behandling

hos oss. Då vill jag ju hellre dra åt det patogena. Asså då är det ju det jag på något sätt behöver betona för att få in dem här.

Intervjupersonen reflekterar här kring sammanhangets betydelse för om salutogena faktorer ska undersökas och lyftas fram eller inte. Om sammanhanget handlar om att det bästa för barnet/ungdomen att få hjälp på mottagningen så vill behandlaren betona det patogena.

1.2. Hur gör behandlare för att hitta salutogena faktorer?

Det som nästan samtliga av behandlarna på olika sätt berättar är att det saknas systematik när de letar efter skyddsfaktorer. De har inte någon mall som de följer och de berättar att det bara är någon enstaka skattning som har med något om styrkor. Ändå framkommer många sätt att undersöka salutogenesen och mycket systematik i beskrivningarna.

...jag letar styrkor i både kontakten, alltså hur är patienten, hur medverkar patienten, är det här en patient som vill, som försöker hjälpa sig själv? Är familjen duktig på problemlösning? Verkar det som de har en hyfsad stämning fastän de är här för ganska svåra problem? Jag försöker nog ändå, omedvetet skulle jag nog vilja påstå, nu blir jag ju mer medveten om det när jag pratar med dig, men ändå hitta saker som är någonting att bygga på och som gör att man ändå kan skapa hopp, för det är ju fullständigt centralt tänker jag.

Behandlaren letar här styrkor på flera sätt, i kontakten, genom att observera och läsa av stämningen i rummet, och genom att aktivt leta efter hoppet. Det visar på att behandlare har flera tillvägagångssätt för att hitta styrkor och det framkommer i våra intervjuer. Samtliga ställer frågor om det som fungerar och det som är familjen eller individens styrkor. Samtliga av våra intervjupersoner berättar om hur de undersöker salutogena faktorer genom observation av samspelet i rummet mellan barn och förälder;

Att titta på barnets signaler, hur barnet kommunicerar, och hur barnets kroppsspråk är. Och ja, ha lite extra fokus på vad visar det här lilla barnet? Hur ser det ut i samspelet med föräldrarna?

Annat som behandlarna fångar i samspelet är omsorg mellan familjemedlemmarna, leenden och skratt. Ett par behandlare lyfter värdet av att se det goda också när samspelet blir mindre bra. Här nämns sökandet efter den goda intentionen och kraften i omformuleringen. Att omvandla det som kan vara en risk till något som mer handlar om skydd och hälsa.

...Jag är nog ganska noga med att försöka lyssna efter det när jag lyssnar på samtal med föräldrar. Försöka lyssna efter ord som ger liksom hopp, som ger kraft framåt, För det är väl där vi har lite nycklarna till förändring tänker jag nog”.

Det här tillvägagångssättet, att lyssna efter hopp, eller efter det som ger hopp kommer igen hos flera av intervjupersonerna. Lyssnandet används som en metod, inte bara lyssnande som svar på frågor utan lyssnandet efter styrkor i familjemedlemmarnas berättelser. Ytterligare sätt som några av behandlarna använder i bedömningen är att undersöka nätverket runt familjen mer systematiskt, till exempel med verktyg som genogram och nätverksskarta.

1.3. Vad är det man ropar efter?

Flera av behandlarna berättar att det är ett stort fokus på symtom och diagnos vid bedömningen; *“Vi tittar ju mycket på symtomen, det gör vi”*. Ändå så beskriver alla behandlare hur de undersöker friskfaktorer i bedömningen och vad de då får för gensvar från familjerna. Det varierar vilka skyddsfaktorer som framkommer hos familjerna då behandlarna aktivt söker efter dem. De exempel som lyfts av behandlarna är; hos individen; intelligens, fritidsintressen, kreativitet, mod, problemlösningsförmåga, skapande. I omgivningen; goda familjerelationer, goda relationer till andra vuxna, kompisrelationer, husdjur, nätverk runt familjen, bra skolor. Det som väcker hopp, glädje och humor är skyddsfaktorer som flera av våra intervjupersoner letar efter i det som händer i terapirummet. Ett exempel på en individuell salutogen faktor, att hitta en trygg inre plats, är extra relevant för de som arbetar med traumatiserade barn och ungdomar; *“det är viktigt att fånga den här trygghetskänslan och var den sitter i kroppen hur stark är den, om den inte är så stark så kan man förstärka den”*.

Där framkommer även letandet efter andra sätt att lugna sig själv, antingen den egna hanteringen eller hur omgivningen kan hjälpa. Några behandlare är mer inriktade på att se hur skyddsfaktorerna ser ut i hela systemet runt barnet och familjen;

Vi måste se hela systemet. Så det är det lilla, nära systemet med de viktiga relationerna och sen är det ju hela nätverket runt med släkt och vänskapsnätverk, men också arbete och samhälle. Hur ser det ut? Hur har föräldrarna det?

1.4. Hur påverkas behandlingen av salutogena faktorer i bedömningen?

Behandlarna är överens om att sökandet efter skyddsfaktorer i bedömningen kan påverka den fortsatta behandlingen. En behandlare säger; *“För att ha en ingång in i behandlingen är det viktigt för mig som behandlare att lyssna efter resurserna”*.

Sökandet efter styrkor genererar hopp, hos individ, familj och behandlare. De beskriver att det är det som fungerar som de bygger vidare på i den fortsatta behandlingen. Ibland handlar det istället om att fylla på det som saknas;

...har du kompisar..ju mindre kompisar då blir det desto svårare..då är isoleringen större..föräldrar, .många har inte föräldrar,..ok hur går det med familjehemmet..berättar du för dem om du har en mardröm på natten..det är de friskfaktorer som..vi frågar och sen..hmm.. den som mår dåligt orkar inte gå ut och promenera och gympa eller spela fotboll..ok kan du försöka..göra det eller.. kan du försöka bygga upp det..gå ut och simma eller promenera..

De salutogena faktorerna i bedömningen påverkar inte bara vad behandlaren bygger på i behandlingen utan kan på ett mer övergripande plan även ha betydelse för att bedöma vilken vård som behövs. De kan därigenom komma att påverka vårdutbudet;

Är detta rätt vårdutbud i förhållande till var den här familjen befinner sig. Då kan det ju handla lite om också när man tar ställning till hur stort är vårdbehovet. Så är det ju viktigt att ha tänkt lite, vad finns det för skyddsfaktorer runt familjen, vilken nivå är vi på. Man ska ju inte föreslå något på en nivå som inte alls är tillräcklig.

Medan en annan familj kan man kanske känna att visserligen finns det svårigheter, men det finns väldigt mycket skyddsfaktorer och resurser. Vi kanske mer ska rikta in några samtal på att förstärka dom och inte behöva gå in i så omfattande vårdutbud som vi kanske skulle behöva annars. Och då kan man ju komma in på det lite med att inte laga det som fungerar.

Behandlarna uttrycker att behandlingen i stor utsträckning handlar om att förstärka de salutogena faktorerna, att behandla symtomen och att öka upplevelsen av hälsa.

Det är viktigt att redan i bedömningen hitta styrkor för att hitta rätt i behandlingen.

2. Balans och vikten av att bli sedd som en hel människa.

Det första undertemat 2.1. Balans mellan salutogenes och patogenes., beskriver vikten av att dessa två perspektiv samexisterar. Det behöver vara balans mellan perspektiven annars uppstår biverkningar i form av invalidering som då drabbar familjen/barnet/ ungdomen och relationen till behandlaren. Vidare beskrivs vad som kan vara en optimal balans och att balansen ser olika ut beroende på vilken bedömning som ska göras. Undertema 2.2. Familj och balans., beskriver

komplexiteten mellan individfokus och familjefokus. Slutligen i undertema 2.3. Personal och balans., avhandlas hur för mycket fokus på patogenes påverkar personal och organisation.

2.1. Balans mellan salutogenes och patogenes.

Samtliga intervjupersoner talar om vikten av att familjer som söker vård behöver få hjälp med att få syn på, bygga upp och stärka det friska *samtidigt* som det sjuka och patogena behandlas/botas/ lindras. Det är alltså viktigt med nyansering och balans. Två av intervjupersonerna använder sig av en metafor med vågskålar för att tydliggöra detta.

"Ja, man har de här två vågskålarna, hur mycket är det, vad behöver vi fylla på och vad behöver vi försöka minska, för att komma rätt". Samtliga är överens om att båda "vågskålarna" är viktiga för att en positiv förändring ska kunna komma till stånd. Samtliga är också överens om att personalen behöver hålla kunskapen om värdet av balans mellan salutogenes och patogenes levande för att kunna göra en bra bedömning och att det handlar om professionalitet och erfarenhet.

Sen är det ju egentligen lika mycket åt båda hållen som man behöver vara öppen och lyssna på djupet..på vad folk säger..så att man liksom undersöker de olika skrymslena.. både när det gäller svårigheterna och när det gäller det som är skyddande och positivt..så även om man har liksom ett grundbatteri av frågor så måste man utvidga dem och där får man ju använda sin erfarenhet och allmänna kunskap.

I detta citat framgår vikten av att vara noggrann och gå på djupet i bedömningen. En annan intervjuperson uttrycker detta på följande vis; *"För jag tänker på min gamla handledare som sa till mig; "NN var inte lat nu, utan gör en ordentlig bedömning"*.

Alla intervjupersoner är överens om att obalans leder till invalidering, antingen av hjälpbehovet eller av den vårdsökandes egen kompetens. Uppstår invalidering på något håll så får det alltid konsekvenser. För mycket patogenes riskerar att minska familjens tillgång till den egna kompetensen. För mycket i den salutogena vågskålen riskerar att uppfattas som att behandlaren inte förstår familjens svårigheter.

Vissa patienter som verkligen har väntat länge på vård och som aldrig riktigt blivit hörda eller tagna på allvar. Där har det blivit en väldigt positiv session när man har kunnat verkligen fördjupa sig i de olika psykiatriska tillstånden, försöka förstå dom, bekräfta dom, formulera dom på ett sätt som patienten känner igen sig i, emm, då har det blivit väldigt validerande och det som har avgjort hur det har gått för patienten.

Alla intervjupersonerna har tankar om vad som är en optimal balans mellan salutogenes och patogenes i en organisation vars uppdrag är att möta familjer som söker hjälp med psykisk ohälsa med målet att öka den psykiska hälsan. En intervjuperson använde sig av procentsatser för att försöka söka sig fram till vad som skulle vara optimalt.

Em då får man nästan ha en bild av vad balans innebär. Om det är femti - femti så vet jag inte. Och det hade nog varit ganska orimligt med tanke på att det är vi som ändå ska bedöma psykiatriska tillstånd.

Flera intervjupersoner exemplifierar att graden av balans beror på vilken sorts bedömning som görs. Flera intervjupersoner lyfter fram exempel på en jämnare balans mellan patogenes och salutogenes i suicidriskbedömningarna. *"Faktiskt tänkte jag på suicidbedömningar och att där tittar man ju mycket på både risk och skyddsfaktorer."*

Flera lyfter också risk med obalans åt att dra för mycket åt det salutogena hållet då det gäller bedömning av neuropsykiatri.

Om man hamnar för mycket på den sidan, så tror jag att det kan täcka över problem som vi inte får bukt med genom att fokusera på skyddsfaktorer, till exempel neuropsykiatriska diagnoser eller liknande.

2.2 Familj och balans.

Flera intervjupersoner reflekterar över hur fokuset på symtom och diagnos hos barnet/ungdomen påverkar balansen i familjen. Här beskriver en behandlare komplexiteten mellan individfokus och familjefokus; *"De är en enhet som hänger ihop och det tänker vi väl mycket att det går inte att plocka ut någon del ur det här systemet utan de hänger ihop. Vi måste se hela systemet"*. En annan intervjuperson reflekterar över de processer som startar i en familj då det är kris och att det kan leda till att en person i familjen får bära en problematik individuellt.

När en familj är i kris då är det ofta problem.. då är det det patogena som..som..då är det det som föräldrarna säger..och ungdomarna också försöker skydda sig..det blir väldigt individcentrerat och centrerat på det du gjorde fel. då är det viktigt att omformulera och säga att..i det här beteendet som föräldern har men även ungdomen så att det finns en omsorg också.

Här reflekterar intervjupersonen över vikten att röra sig från ett skuldbeläggande av individen mot ett familjeperspektiv.

De familjer som söker hjälp på BUP har ofta en inbyggd obalans då de själva identifierat svårigheter enligt några av intervjupersonerna. Obalansen har ofta lett till att de styrkor som finns har hamnat i bakgrunden och är dolda resurser.

Många av dem, vad ska man säga, de har kanske inte blivit så speglade. Nämen de har liksom inte. Det här med att bli validerad av sin omgivning tänker jag många liksom det har nog funnits en brist hos många..

2.3 Personal och balans.

Ett par av intervjupersonerna reflekterar över hur personal påverkas om det blir för mycket fokus på det patogena. Nedan följer ett citat på detta tema.

En klinik.. en sjukvårdsinrättning.. bygger på de patogena faktorerna å frågorna vi ställer.. och för att få in de salutogena faktorerna då måste man höja sig upp eller komma utanför dem. Jag kan tänka mig att många kollegor slutar på grund av det. Det blir för mycket patogenes och för lite friskfaktorer..

En behandlare reflekterar kring ett annat sätt att påverka balansen mellan salutogenes och patogenes.

...annars kanske man får vänta på en vidare utredning och så liksom. Och då blir det inte så mycket balans. Jag tror att man egentligen genom rätt så få enkla medel skulle kunna göra bättre balans genom att kanske göra mindre bedömningar. Mindre omfattande bedömningar. Fokusera på det som patienterna söker för. Emm jamen anstränga sig helt enkelt med att leta efter styrkor.

Här handlar det om balans mellan bedömning och behandling. Genom att se familjens kompetens och minska hur mycket patogenes som efterforskas vid bedömningen kan behandling komma till stånd tidigare.

3. Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen.

Undertema 3.1. Att arbeta med bedömning inom BUP., beskriver hur behandlarna ser på konsekvenser av hur vården är organiserad på BUP och hur de hanterar det. I undertema 3.2. Makt och salutogena faktorer., beskrivs både hur salutogena faktorer påverkar maktbalansen i terapirummet men även hierarkiska förhållanden mellan olika yrkesgrupper och olika perspektiv. Slutligen i undertema 3.3. Dokumentation., beskrivs den plats salutogena faktorer får i barn och ungdomars journal.

3.1. Att arbeta med bedömning inom BUP.

Behandlarnas erfarenheter av den organisation som de arbetar inom varierar. De blir påverkade i olika grad och på olika sätt. Några lyfter svårigheter med att arbeta inom BUP och att göra bedömningar i BUPs regi. Ett par behandlare lyfter hur arbetsbelastningen kan påverka;

På något sätt hade jag hela tiden en inre bedömning med mig. Vem ska bort för att jag ska kunna ta in någon ny? Alltså jag tänker att när det är ett sånt enormt tryck och det är hela tiden nya patienter som ska in. Vem är minst sjuk på något sätt? Eller vem har mest skyddsfaktorer.?

Ett annat exempel på organisationens påverkan är berättelsen kring hur en del familjer får kämpa för att få hjälp. Här funderar en intervjuperson över hur det kan påverka hur familjen svarar i bedömningen, vilken bild de vill ge i kontakten med behandlarna;

Så tror jag att patienter har upplevt det mycket att de har fått överdriva eller överskatta men alltså att de har skattat högre, framförallt kanske föräldrar för att de ska få in sina barn på BUP”. Och också att man har fått kämpa mer för att hålla kvar sin plats. Liksom att man inte är fri att våga visa hela spektrat eller så. Vilket ju är lite sorgligt.

Andra lyfter fram sorterandet av barn i diagnoser, stuprör är ett ord som används. Där vissa diagnoser har en tillhörande SVP med tillhörande behandling. Det beskrivs som att man delar upp människor i olika diagnoser och kommer ifrån helheten. Våra intervjupersoner reflekterar på olika sätt över hur det är att arbeta med bedömningar inom BUP.

Jag tycker att vi sysslar med rent för mycket bedömning. Det kan jag väl säga att generellt i barnpsykiatrin det är ett oerhört fokus på bedömningar. Och så bra är inte våra bedömningar. Och så exakta är dom inte. Man skjuter sig själv i foten om man tror att, att bedömningar ska leda till en väldigt bra vårdplan och en automatisk behandling som ska hjälpa. Det tror jag inte riktigt på. Man får börja i någon ände och då är det bättre att börja snabbt tycker jag.

Fler behandlare berättar om hur det är att verka inom BUP och inte vara helt överens med hur uppdraget ska utföras. Det som nämns är diagnoser, och även av någon medicineringens roll inom BUP. En behandlare resonerar;

Jag har ju haft svårt för detta. Det ligger inte för mig som person att sätta diagnoser. Jag kan tänka att det kan vara svårt för människor att bära diagnoser. Jag vet inte vad nyttan är med det ibland. Sen vet jag att det finns, att man behöver det ibland. Men

ibland tycker jag att det blir för mycket diagnoser. Men det är ju den verksamheten. Och det finns ju något värde i att få namn på det som man kämpar med.

Behandlarna hittar sätt att navigera inom systemet, ofta för patientens bästa, och då kan det ingå att inte presentera salutogena faktorer, till exempel vid behandlingskonferenser där beslut ska tas kring om och var patienten ska få hjälp;

Men jag tror också lite att när jag bedömer patienter här det påverkar nog ganska mycket om jag tänker att den här patienten skulle nog vara behjälpt av att få behandling hos oss. Då vill jag ju hellre dra åt det patogena. Asså då är det ju det jag på något sätt behöver betona för att få in dem här.

3.2. Makt och salutogena faktorer.

Några av behandlarna pratar om makt. De frågar efter och observerar och delger styrkor för att förändra maktbalansen i behandlingsrummet. Det de vill åstadkomma är en känsla av kompetens hos dem de möter. Att redan i bedömningen undersöka och benämna styrkorna ökar familjens känsla av kompetens.

Familjen får ju, föräldrarna får ju, om man kan hitta det, att; jaja, men vi har ju en del, vi kan ju en del. Det ger någon kraft och det är väl lite det här med empowerment eller vad man ska säga.

Vi kan, vi har en del att komma med, vi har egen kraft i detta. Vi klarar det. Vi är inte helt beroende av någon vårdapparat...

I detta citat belyses hur behandlaren beskriver hur familjer resonerar. Här framkommer att vårdapparaten är förknippad med beroende. Makt har även med behandlarnas position inom organisationen att göra, illustrerat av exemplet nedan;

...ja det är barnpsykiatri.. även om det är sjukvård..så det är väldigt..medicinskt..det är läkarstyrtd.. det är dom som har sista ordet..det är medicin och det är deras bedömning som gäller..vi är bara socionomer och psykologer och kuratorer och psykologer..vi har mindre makt..det kan påverka ju..det kan påverka behandling och det gör att vi hela tiden måste kämpa emot..och där kommer de här friskfaktorer, resurser eller salutogena faktorer...

I detta citat belyses hierarkier inom organisationen och hur det medicinska perspektivet kan vara överordnat. Detta lyfter ett par av våra intervjupersoner. Så hur hanterar behandlare att vara en del av en organisation som man inte alltid håller med? Det finns flera sätt, några

exempel syns i citaten ovan. Genom att kämpa emot, eller genom att framhäva patogena faktorer för att få igenom en behandling. Här är ett exempel till;

Så här är det man jobbar i en organisation som ger sig tusan på att vi ska leta upp vad det är som är fel (Visar citationstecken och kommenterar att det är det hen gör)...Så fort man kliver in i behandlingsrummet så brukar jag försöka inte jobba för att ta bort diagnosen men du får ju liksom lämna den lite därhän och tänka att den inte förklarar en massa. Utan man får ju lyfta blicken från diagnostik...Jag har rätt så lätt att navigera i detta. Många nya kollegor tycker jag inte har det. De får ju lite illa och får etisk stress och så.

Detta citat belyser att behandlaren själv hanterar det, men ser att en del kollegor kämpar med att hantera det.

3.3. Dokumentation.

Det varierar hur mycket behandlarna dokumenterar skyddsfaktorer. Några beskriver att de verkligen gör det, andra att de inte gör det i så stor utsträckning. Här reflekterar en behandlare;

Vi har ju kanske inte..jag skriver det ju..jag beskriver kanske ofta föräldrarnas.. att de är angelägna att ta till sig av hjälp och stöd och så där och det är ju en skyddsfaktor för barnet absolut..men jag kanske inte är så noga med att dokumentera hela vidden av styrkor som kan finnas för att jag är så fokuserad på att styrka mina slutsatser och där är det ju inte i första hand styrkorna som är i fokus för då handlar det ju om en diagnos där svårigheterna beskrivs sen naturligtvis om jag ser någon specifik alltså..om det kommer fram en specifik styrka hos barnet till exempel att de har en väldigt god logiskt tänkande..väldigt bra.. jamen.. bra icke verbal problemlösning... eller språkligt hos endel då skriver jag ju ner det så den typen av styrkor som är individuella för barnet de skriver jag ju alltid ner ..men jag tror att jag är sämre på de här runtomkring faktorerna som kan vara positiva för barnet.

En bedömning som flera refererar till och som ska ingå i andra bedömningar är suicidriskbedömningar. Där finns skyddsfaktorer med på ett annat sätt;

”Sen naturligtvis i suicidbedömningen behöver man ju skriva skyddsfaktorer och så”.

Flera av behandlarna är inne på värdet av att beskriva skyddsfaktorer i journalen. De funderar över för vems skull man journalför. En behandlare säger att det är viktigt att få med skyddsfaktorer i det skrivna för att den behandlare som sedan ska ta vid ska känna att det finns

hopp, att det kan bli bättre. Flera lyfter också att ungdomen eller familjen ska kunna läsa det som står;

För jag ju tänker ju att det är ju ändå patientens journal. Du ska kunna läsa det vad och du kanske läser det när du är lite äldre liksom hur jag tänker lite som ett livsnarrativ. Vad nu ska det ju vara sanningen man skriver men man kan ju man kan ju skriva på så många olika sätt liksom att det inte bara blir uppraddat alla bekymmer man hade.

4. Förändring över tid.

Undertema 4.1. Hur har salutogenesens plats inom BUP förändrats över tid?,

beskriver hur behandlarna ser på förändringen och varför den har uppstått. Här beskrivs hur synen på psykisk ohälsa har förändrats i samhället. Undertema 4.2. Vart är vi på väg?, innehåller en reflektion om hur salutogenesens plats och synen på psykisk ohälsa håller på att förändras.

4.1. Hur har salutogenesens plats inom BUP förändrats över tid?

Alla intervjupersoner har arbetat länge inom BUP och kan se förändringar över tid. Fem av sex intervjupersoner reflekterade över att sättet som BUPs organisation förändrat sig på lett fram till att den patogena vågskålen väger mer nu än tidigare. Det har blivit ett tydligare fokus på diagnosstyrd behandling, mer biologi och ett tydligare individperspektiv.

Vi har fått väldigt mycket mer ett biologiskt perspektiv. Och vi tittar mer på individen eller vad vi skulle födas med och hur vi nu kan medicinera. Vi ser det mer biologiskt och att man hade mer tid för samtalet och att identifiera skyddsfaktorer och allt det här som vi har pratat om idag. Att det fanns ett annat utrymme för det och en annan tro på det.

Flera reflekterar över att bedömningsfasen tidigare inte var så omfattande vilket gjorde att behandlingen kunde starta tidigare. Detta hade för- och nackdelar;

Berättade de om nedstämdhet så frågade vi om nedstämdhet. Det finns en risk att vi missade saker. Men vi började också väldigt snabbt med behandlingen, vi började leta efter vad de kunde göra för att få det bättre.

Flera behandlare reflekterar kring vad det är som lett fram till den utvecklingen. En intervjuperson sätter utvecklingen på BUP i samband med att det finns en tendens i hela samhället att psykiatisera. "Det finns en förskjutning i samhället mellan vad som är normalt

och vad som är psykiatri". En annan intervjuperson sätter ord på vad det eventuellt skulle kunna bero på att en sådan utveckling skett i samhället.

Och jag vet egentligen inte om det är kunskap som har försvunnit eller om det är mer bara styrs av ekonomi och att man tror att det här blir billigare eller att man har ändrat synen på människan, på människans psykiska hälsa eller vad människan behöver.

4.2. Vart är vi på väg?

I det här undertemat väljer vi att lyfta fram vad en av intervjupersonerna ser för tendens. Hen ser en försiktig utveckling som pekar på att det kan vara på gång med förändringar. Hen tänker att det kan leda till mer elastiska diskussioner kring salutogens och patogenes.

Men över tid här. Jaa, alltså det finns ju vissa förändringar som har gjorts i DSM 5 och i ICD 11 som kommer snart på svenska. Jag tänker att det också styr vårt arbete ganska mycket. Där man ju tänker mer spektrum, en ökad tolerans för olikheter. Signalerar ju det i stället för att psykiatisera för mycket. Så det kanske senaste åren, kanske de två tre åren börjar sippra igenom lite grann tänker jag. Att man liksom funderar lite mer kring variation i funktion snarare än att det här är psykiatri, det här är inte psykiatri. Det kan nog komma att påverka.

Samma intervjuperson exemplifierar hur förändringen ter sig i praktiken.

Jamen alltså om vi tar ADHD som exempel att i stället för att stigmatisera att man pratar mer också om styrkor med ADHD, att det liksom också är ett sätt att fungera som kan ha vissa fördelar.

Ovan beskriver hen sin upplevelse av en pågående förändringsprocess på sin arbetsplats utifrån förväntade förändringar i den nya diagnosmanualen. Hen beskriver förändringar på organisationsnivå, personnivå och i mötet med familjerna.

Diskussion

Syftet med studien är att undersöka hur behandlare verksamma inom BUP ser på det salutogena perspektivets plats vid bedömningar på BUP i dag. Vi intervjuade sex kliniker med lång erfarenhet av att arbeta med bedömningar på BUP och dataanalysen genererade fyra teman; Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare, Balans och vikten av att bli sedd som en hel människa, Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen, samt, Förändring över tid. Vi konstaterar att behandlarna undersöker relevanta skyddsfaktorer, men att det varierar dem emellan vilka skyddsfaktorer de letar efter. De efterlyser ett mer

systematiserat sätt att undersöka salutogenes vilket vi reflekterar över i vår diskussion. Behandlarnas motiv för att undersöka salutogena faktorer matchar Antonovskys begrepp, meningsfullhet (hopp), begriplighet (hela berättelsen), hanterbarhet (att orka). Merparten av intervjupersonerna beskriver att det är mycket fokus på det patogena inom BUP, men vi ser exempel på hur de skapar sig ett handlingsutrymme inom organisationen. Även om vårt tema kring förändring över tid belyser en utveckling mot det mer patogena så framkommer också hopp om en mer salutogen utveckling framöver.

Salutogenes är viktigt för familjer och behandlare.

Detta tema börjar med motiv för att undersöka salutogenes. Behandlarna beskriver att det väcker hopp för individ, familj och behandlare att ha fokus på skyddsfaktorer vid bedömningen. En reflektion är att "hopp" passar väl in på Antonovskys begrepp, *meningsfullhet*. Ett annat motiv är att bedömningen bör handla om hela människan eller hela familjen, hela berättelsen. Det går att knyta till Antonovskys nästa begrepp, *begriplighet*. Att salutogena faktorer kan verka tröstande när livet är svårt kan både passa in på begreppet, *meningsfullhet*, men också som ett sätt att öka *hanterbarheten*. Andra motiv som behandlarna har, som att öka familjens kompetens, att öka handlingskraften, att hjälpa dem att orka, passar väl in på *hanterbarheten*.

De skyddsfaktorer som behandlarna tillsammans tar upp finns det fog för att undersöka utifrån forskning, generellt. Deras gemensamma bild täcker många av de viktigaste skyddsfaktorerna, som intelligens, kreativitet och god problemlösningsförmåga hos individen, goda familjerelationer, att ta hjälp och försöka lösa problem och bra skolgång (Ungar, 2015; Walsh, 2016.). Behandlarna får inte frågan av oss att berätta om alla skyddsfaktorer de undersöker. Troligen hade vi fått fram ännu fler om vi frågat mer utförligt. När behandlare undersöker skyddsfaktorer är det viktigt med ett multisystemiskt förhållningssätt, med hänsyn till relationerna inom familjen, såväl som det sammanhang familjen lever i och påverkas av (Mesman et al., 2021). Det varierar hur mycket behandlarna beskriver att de gör det. Några behandlare beskriver detta ingående, medan andra lägger mer tyngdpunkt på individuella faktorer. En reflektion från behandlarna är att de inte har ett systematiserat sätt att undersöka salutogenes, skyddsfaktorer och resiliens. De menar att undersökandet av salutogena faktorer borde vara mer systematiserat och att det inte är mycket skattningar som mäter styrkor som används. Två exempel på mer salutogena bedömningar är Walsh (2016), med fokus på att bedöma familjens resiliens, och Ungar (2015) som även inkluderar individuella faktorer. Deras

exempel på hur vi på ett evidensbaserat sätt kan kartlägga resiliens visar på hur viktig kontexten är. Det som är en skyddsfaktor för ett barn och en familj är inte nödvändigtvis det för en annan. Resiliens beskrivs som en process, inte som något statiskt, och det är i hur risk- och skyddsfaktorer samverkar med varandra som resiliens uppstår (Ungar, 2015). Ett systematiserat sätt att undersöka skyddsfaktorer behöver dock ta hänsyn till att det som är en skyddsfaktor för den ena individen eller familjen kan vara en riskfaktor för den andra (Ungar, 2015). Att göra en manual för hur vi bedömer resiliens eller salutogena faktorer är därför komplicerat. Det räcker inte med att räkna skyddsfaktorer. Behandlare behöver ha kunskap om skyddsfaktorer och se om de är tillämpbara för varje individ och familj som de möter. Detta skulle kunna tala emot ett alltför systematiserat sätt att undersöka skyddsfaktorer, som att göra det med hjälp av skattningar. Så, det finns fördelar och nackdelar med att göra det mer systematiserat som våra intervjupersoner föreslår. En annan nackdel med att systematisera, diagnosticera salutogenesen är det som några av våra intervjupersoner lyfter; att det är för mycket och för omfattande bedömningar inom BUP. Så att lägga till en ordentlig, systematiserad bedömning av salutogena faktorer till de redan omfattande bedömningarna riskerar att leda till att bedömningar tar mer tid i anspråk på bekostnad av tid för behandling.

Å andra sidan tyder vår studie på en variation i hur mycket, och vilka skyddsfaktorer behandlarna undersöker. Till viss del kan det förstås av att de är i olika verksamheter, men det tyder också på att vilka skyddsfaktorer behandlare letar efter och hur de gör det, skiljer sig åt. Det skulle kunna vara ett argument för ett mer systematiserat sätt att undersöka salutogena faktorer.

Att vilja öka individens och familjens makt i terapirummet och i livet stämmer väl överens med den salutogena teoretiska basen (Eriksson, 2015). Behandlarna försöker redan i bedömningsfasen att öka meningsfullheten hos individen och familjen genom att leta hopp och öka hanterbarheten genom att undersöka när det fungerar. Några använder livslinje och genogram med fokus på både styrkor och svårigheter (Walsh, 2021, 2016) redan i bedömningen vilket kan ses som sätt att försöka öka begripligheten.

En strukturerad bedömning där risk- och skyddsfaktorer tas med är bedömningen av suicidrisk. Här är psykiatrin tydlig med att vi behöver förstå hälsfaktorer för att bedöma allvaret och ta ställning till vilka åtgärder som behövs inom ramen för BUP och i barnet/ungdomens familj och nätverk. En reflektion kring detta är att när det är skarpt läge blir

det viktigt att undersöka skyddsfaktorer. I dessa bedömningar, som ingår i andra bedömningar, syns också skyddsfaktorerna i den skrivna bedömningen.

Balans och vikten att bli sedd som hel människa.

Temat balans är komplext och innefattar flera olika nivåer som våra underteman visar. En intervjuperson delade sin tanke om att balans mellan det patogena och salutogena perspektivet på BUP inte innebär hälften av varje *“Om det är femti - femti så vet jag inte. Och det hade nog varit ganska orimligt med tanke på att det är vi som ändå ska bedöma psykiatriska tillstånd”*. Intervjupersonens beskrivning är alltså att det patogena perspektivet behöver ha ett större fokus än det salutogena för att det ska vara balans i bedömningar på BUP. Även om vikten av hälsoperspektivet ofta lyfts fram i styrdokument (Psykiatri, habilitering och hjälpmedel, 2024) så är tyngden av det patogena perspektivet mycket tydligt. Då kunskapen om patogena faktorer ökat finns behov av att komplettera och balansera de framstegen med ett tydliggörande av salutogena faktorer för att inte obalans ska uppstå (Eriksson, 2015; Sundelin, 2016). Samtliga intervjupersoner tydliggör att obalans kan leda till upplevelsen av att vara icke bekräftad eller känsla av inkompetens, beroende och/eller hjälplöshet. Upplevelser som skulle kunna betraktas som biverkningar av patogent fokus i bedömningen.

Balans mellan det patogena och salutogena perspektivet är aktuellt på såväl individnivå som på familjenivå. På familjenivå identifierar flera intervjupersoner dessutom en obalans mellan det individuella perspektivet och familjeperspektivet. Där är det avgörande hur mycket fokus som ska riktas mot barnets egna svårigheter och hur mycket fokus som ska läggas på att omformulera dem till relationistiska utmaningar och läkande i nära relationer (Sundelin, 2016).

I undertema 2.3 upprätthåller sig flera intervjupersoner kring vad obalans mellan patogenes och salutogenes innebär för personal. En av intervjupersonerna uttrycker oro för att för mycket patogenes kan leda till att kollegor slutar. Att rekrytera personal och behålla kompetent personal är ett av BUPs definierade utvecklingsområden *Psykiatri i siffror* (SKR 2022). Förskjutningen mot det patogena perspektivet som flera intervjupersoner beskriver påverkar också balansen i BUPs långvariga tradition av tvärprofessionell kompetens. Sundelin (2016) menar att ju mer medicinskt inriktad vården blir, desto större är risken att personal med psykoterapeutisk kompetens tenderar att lämna BUP.

Flera intervjupersoner beskriver att då fokus på patogena utredningar ökar så tenderar de att ta mycket plats i organisationen. Det leder till att familjer/barn /ungdomar köar för att få hjälp på BUP, vilket i sin tur påverkar utvecklingen av deras psykiska hälsa, *Hur mår BUP? En*

nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa (SKR 2017). Intervjupersonerna tydliggjorde behovet av att både det patogena och det salutogena perspektivet får plats och det genomsyrar hela organisationen på flera plan. Båda behövs i en bedömning vilket stämmer väl överens med bedömningen som görs av familjens sätt att fungera i uppstarten av metoder som ABFT (Diamond et al., 2015) och FFT (Alexander, et al., 2016). Där undersöks både risk och skyddsfaktorer. I ABFT beskrivs hur det kommer direkt efter presentationen vid uppstarten.

Hur organisationen påverkar vad behandlare undersöker vid bedömningen.

En reflektion över temat om organisationens påverkan är att det nästan uteslutande tar upp bekymmer. Här fördjupar vi hur organisationen påverkar behandlare och hur de i sin tur skapar och använder sitt handlingsutrymme.

Behandlarna tycks vara ganska, men inte helt, överens om att organisationen de arbetar i främst uppmanar dem till att förstå de symptom som individerna (inte familjerna) har. Den bilden stämmer väl överens med Sundelin (2016), som beskriver hur BUPs svar på en ökad efterfrågan blir ett huvudfokus på utredningar. Författaren beskriver hur familjen och familjeterapins roll alltmer har marginaliserats. Här lyfter han värdet med familjeterapin som motkraft, där det handlar om att stärka de relationella friskfaktorerna som sätt att påverka de individuella symtomen. De behandlare som tycker att det är för mycket fokus på diagnos och bedömningar hittar sätt att hantera det.

Både Antonovsky (2005) och Walsh (2016) refererar till Bronfenbrenners ekologiska modell (Bronfenbrenner & Cole, 1981) för att tydliggöra hur en person påverkas på olika plan. Vi finner den hjälpsam för att förstå vad som påverkar den enskilde behandlaren i hur hen använder sitt handlingsutrymme. Här reflekterar vi kring några av de olika system som terapeuterna ingår i och hur de samverkar med varandra.

Det organisatoriska systemet, som anställda, i systemet med kollegorna på arbetsplatsen, som terapeuter i systemet med familjerna, och individerna. Intervjupersonerna ingår även i andra professionella system, utifrån vilken yrkesbakgrund de har. För behandlarna finns lagar och regler, som styr verksamheten, som HSL (Hälso- och sjukvårdslagen). De anställda ska använda sig av diagnosmanualer som DSM 5, ICD 10 och DC 0-5. De har Region Skånes rutiner för hur bedömningar ska gå till att förhålla sig till, men också kulturen på just den arbetsplats de arbetar på. I det organisatoriska systemet framkommer också SVP:erna som är tänkta för att underlätta och stödja men som också begränsar det personliga

handlingsutrymmet. Dessutom beskriver några intervjupersoner upplevelsen av hur individer delas upp i olika symptom och diagnoser, och därmed förväntas behandlas enligt olika SVP:er.

I systemet med kollegor framkommer att yngre kollegor kan ha etisk stress. Det finns också en oro för att kollegor ska sluta om det blir för tungt med för mycket patogent fokus. I systemet med familjer framkommer hur en del familjer berättar om allt som inte fungerar. Det skulle kunna uppfattas som att våra behandlare har tryck från två håll att förhålla sig till, från familj och organisation. De har förväntningar på sig att ställa diagnos, snarare än att undersöka vad som fungerar, från såväl organisationen som från familjen. Alla våra intervjupersoner uttrycker värdet av att också ha ett fokus på salutogena faktorer. De beskriver att det finns ett handlingsutrymme, eller hur de skapar sig ett handlingsutrymme, för att göra det de ser som värdefullt för familjerna de möter. En modell för hur man kan förstå handlingsutrymmet för personal beskrivs i Jönsson (2021). Artikeln undersöker handlingsutrymmet för handläggare av ekonomiskt bistånd inom socialtjänsten och, väldigt förenklat, beskriver tre delar som påverkar handlingsutrymmet; lagar, organisatorisk kontext och professionella och kollegiala faktorer. Det stämmer in på personal inom andra arbetsplatser med, som anställda på BUP. Inom ramen för dessa faktorer finns det givna handlingsutrymmet, utanför ramen finns ett visst mått av stridbart handlingsutrymme. Flera av våra intervjupersoner beskriver hur de använder sig av sitt handlingsutrymme, till exempel genom att framhäva de patogena faktorerna mer och inte benämna de salutogena, för att öka familjens möjligheter att få hjälp. Eller genom att förbehålla sig rätten att göra självständiga bedömningar där salutogena faktorer ingår mer tydligt. Journalföring är något som våra intervjupersoner inte kan välja bort. Men hur man skriver i journalen, hur balansen ser ut mellan det salutogena och patogena, det kan den enskilda behandlaren påverka själv, så länge diagnoserna och bedömningen av symptom finns med. Flera behandlare lyfter att de skriver med tanken om att barnet ska kunna läsa sin journal.

Förändring över tid.

I metoddiskussionen beskrevs studien som ett nutida fotografi och i sista temat, förändring över tid reflekterar intervjupersonerna över hur den plats salutogenes får har förändrats och fortsätter att förändras. År 1995 skrev Hansson och Cederblad artikeln *Salutogen Familjeterapi*, vilken kom att på ett omfattande sätt påverka behandlingen inom såväl BUP som socialtjänst. Författarna konstaterade att familjeterapeutiska inriktningar har olikheter men att många har gemensamma delar där den salutogena modellen kan ses som en metamodell (Hansson & Cederblad, 1995). Efter det har stora förändringar skett inom BUP. I förändringen spelar både

organisation och samhällsutveckling in. Den ökade psykiatiseringen av normalutvecklingen, som några av intervjupersonerna beskriver och som också återfinns i SKR (2017), är en del av förändringen. Snäva ekonomiska förutsättningar är en annan, liksom ökad kunskap om framförallt neuropsykiatri. De här faktorerna gör att frågeställningar och remisser som kommer till BUP redan har individuella och patogena beskrivningar med förslag på diagnos. Detta gör det utmanande att ge plats för salutogenesen (Sundelin, 2016). Några av intervjupersonerna reflekterar över att familjeperspektivet hade en annan plats inom BUP tidigare, vilket är i linje med Sundelins (2016) beskrivning.

En intervjuperson beskriver sin upplevelse av en försiktig positiv trend i hur diskussioner kring styrkor ökat de senaste åren. Vissa diagnosers styrkor, som fördelar med ADHD, belyses tydligare nu än tidigare. Samma intervjuperson tänker också att det i det nya klassificeringssystemet ICD-11 som är under konstruktion finns en försiktig trend mot en uppluckring av patogenes och salutogenes. Det är endast en intervjuperson som uttryckt detta. Vi väljer att ta med det i ett undertema eftersom det är en intressant reflektion om salutogenesens eventuella framtida utveckling på BUP.

Allt behöver förstås i sin historiska kontext. Antonovskys forskning om salutogenes baserades på överlevare från andra världskrigets koncentrationsläger. Även mer nutida författare, Selimbasic och Hasanovic (2021) hänvisar i sin artikel till resiliens och salutogena faktorer hos barn och ungdomar efter kriget i Bosnien Hercegovina 1992–1995. Författarna menar att behovet av att ytterligare lyfta fram det salutogena perspektivet ökar då samhället går igenom utmaningar som ekonomiska kriser, krig eller miljöförstöring. När vi har det som svårast behöver vi vara som mest kreativa med våra resurser. Även Ringholm (2012) reflekterar över tidsandans påverkan i sin återblick på Hansson & Cederblads (1995, 2012) artikel om salutogen familjeterapi. Här gör han kopplingar till hur lösningsfokuserat arbetssätt, som är vanligt inom familjeterapi, och positiv psykologi växte under samma tid. BUP har utvecklats mycket i att utforska och bedöma patogenes och det är bra. En patogen diagnos kan vara en salutogen faktor, om den innebär att livet blir mer begripligt, hanterbart och meningsfullt, för den som får den. I alla förändringar finns det dock en risk att pendeln har slagit för långt. Att våra informanter pratar om att de måste undanhålla friskfaktorer eller hitta egna vägar att få prata om dem kan vara exempel på detta. Familjeterapin har här sin givna plats med salutogenesen som en väl inarbetad kärna oavsett inriktning. Ett sätt att göra detta är att möta

upp det patogena perspektivets evidens och manualisering med de familjeterapeutiska manualbaserade metoderna som exempelvis ABFT och FFT som ingång (Sundelin, 2015).

Metoddiskussion

I vårt sökande efter relevanta artiklar har utbudet varit begränsat. Forskning av risk- och skyddsfaktorer försvåras av att de begrepp som används är svårdefinierade och dessutom överlappar varandra. Vi valde att använda både salutogenes, resiliens och skyddsfaktorer som begrepp för att få tillgång till så mycket forskning som möjligt, och för att inte begränsa våra intervjupersoner. Det kan finnas teoretiska nackdelar med att inkludera alla begreppen, till exempel kan bidra till viss otydlighet.

Här intervjuas personal som har arbetat länge inom BUP, det är möjligt att svaren blivit annorlunda med mer nyanställd personal. En annan begränsning i vårt urval är att vilka yrkeskategorier som är representerade, där exempelvis läkare och sjuksköterskor saknas. Vi har inte haft ett enhetligt sätt att rekrytera våra intervjupersoner, det kan vara en nackdel.

I diskussion av temat kring organisation reflekterar vi kring att svaren från våra intervjupersoner i hög utsträckning kan uppfattas som organisationskritiska. Vi reflekterar över om resultatet blivit annorlunda om vi frågat om hur organisationen hjälper behandlare att efterforska salutogena faktorer. Det hade varit värdefullt att undersöka våra intervjupersoners sammanhang mer.

Vårt undertema 4.2 Vart är vi på väg, bygger på en intervjupersons svar. Intervjupersonens reflektion kring framtiden uppkom spontant. Vi har inte frågat våra andra intervjupersoner om deras tankar kring framtiden. Vi har ändå gjort avvägningen att ta med detta som ett undertema då det fyller en funktion för att belysa temat.

Som kvalitativa forskare är vi hela tiden medskapare i processen. Våra intervjupersoner påverkas av oss precis som vi påverkas av dem. Vår tanke kring att salutogenes är viktig redan under bedömningsfasen kan ha bidragit till att intervjupersonerna kan ha uppfattat salutogenesen som det eftersträvansvärda utifrån hur vi har presenterat studien för dem. Möjligen har våra informanter "svarat som vi ropat", och framhävt det salutogena i deras bedömningar mer än som varit fallet om andra författare genomfört studien.

Styrkor med vår studie är att vårt val av kvalitativ metod matchar vårt syfte. Vi har eftersträvat behandlare med olika yrkesbakgrund och kön vilket ganska väl motsvarar hur det ser ut inom organisationen. Att behandlarnas enskilda upplevelser får utrymme i vår studie ser

vi som en styrka. Vi har eftersträvat balans mellan det patogena och salutogena i vår intervjuguide (Bilaga 3).

Slutsatser

Studien är en redogörelse av vår reflexiva tematiska analys av vad sex behandlare svarade på våra intervjufrågor om salutogenesens plats inom ramen för bedömningar på BUP idag. Resultatet går att se som ett litet fotografi av något begränsat där fotografen har påverkat både inställningar och vinklar. Flera av behandlarna upplever att salutogenes får mindre plats än vad de skulle önska i de egna bedömningarna. Behandlare ser möjligheter med att utforska salutogenesen, det är bra för alliansen, ökar känslan av hopp och underlättar den fortsatta behandlingen. Risker som lyfts fram är att det kan försvåra för patienter att få hjälp om styrkorna lyfts för mycket. Vidare kan det bidra till att familjer inte känner sig bekräftade i det som är svårt om salutogenesen skulle få för mycket utrymme. Den risken, att det skulle bli för mycket salutogenes vid bedömningarna, upplever inte behandlarna så stor inom BUP idag. De faktorer som behandlarna beskriver påverkar hur mycket salutogenes de frågar efter handlar om hur mycket tid de har för bedömningen och omfattningen på vad som ska göras. Även önskan att patienten ska erbjudas hjälp på den egna mottagningen kan leda till att man inte undersöker salutogena faktorer så mycket. Behandlare beskriver att konsekvensen av mer problemorienterade behandlingar blir att man inte ser hela människan och sedan bara behandlar symtom. De beskriver att det kan riskera att göra barnen och familjerna sjukare. Någon lyfter kopplingen till medicinering, att behandling inom BUP kan komma att handla om medicinsk behandling och inte så mycket mer. Behandlare beskriver att det är viktigt med salutogena faktorer för det fortsatta behandlingsarbetet, som handlar både om att motverka och släcka ut symtom men också om att stärka det som fungerar. Fem av intervjupersonerna beskriver att salutogenes har fått mindre utrymme i relation till patogenes under den tid de har arbetat. En behandlare ser början på en förändring där det salutogena perspektivet är på väg att få mer utrymme inom BUP. Även om vår studie kan ses som ett nutida fotografi bland många av verksamheten så ger det en inblick i salutogenes plats inom BUP Region Skåne. Ett tema för framtida forskning skulle kunna vara hur familjer upplever bedömningarna inom BUP med hänsyn till balans mellan patogenes och salutogenes.

Referenser

- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Natur & Kultur Akademisk.
- Alexander, J. F., Barrett Waldron, H., Robbins, M. S., & Neeb, A. (2016). *Funktionell familjeterapi för beteendeproblem hos ungdomar* (1. uppl.). Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM 5*. Stockholm: Pilgrim Press.
- Boyle, M. H., Cunningham, C. E., Georgiades, K. (2009). The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 2. Usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50 (4):424-31.
- Braun, V., Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis- A practical guide*. SAGE Publications Ltd..
- Bowlby, J. (2010). *En trygg bas- kliniska tillämpningar av anknytningsteorin*. Natur & Kultur.
- Broberg, A (2020). Belägg för betydelsen av det tidiga samspelet mellan förälder och barn. *LÄKARTIDNINGEN • VOLYM 97 • NR 25 • 2000*
- Bronfenbrenner, U. & Cole. (1981). *The Ecology of Human Development - experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Diamond, G., Diamond, G., Levy, S. (2015). *Anknytningsbaserad familjeterapi för deprimerade ungdomar*. Studentlitteratur AB.
- Eriksson, M. (2015). *Salutogenes- Om hälsans ursprung*. Liber.
- Forte. (2021). *Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga- begrepp, mätmetoder och förekomst. En kunskapsöversikt. [Psykiskt välbefinnande, psykiska besvär och psykiatriska tillstånd hos barn och unga – begrepp, mätmetoder och förekomst \(forte.se\)](#)*
- Goldstein, S. & Brooks, R. (red.), *Handbook of resilience*, s. 87-102. Springer Science and Business Media.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38 (5), 581-586.

- Hansson, K., & Cederblad, M. (1995). Salutogen Familjeterapi. *Fokus på familjen (1)*:318
- Hansson, K., & Cederblad, M. (2012). Salutogen familjeterapi. *Fokus på familjen. Vol. 40:3*: 244-264.
- Hansson, K., Johansson, B. A., Andersson, C., Rastam, M., Eberhard, S. (2018). Issues in Child and Adolescent Inpatient Assessment and Evaluation After Discharge: Protocol for App Development and a Randomized Controlled Trial. *JMIR Res Protoc*, 7(11), e 10121.
- Isobel, S. (2024) Considering the moral implications of psychiatric diagnosis for children. *Children & Society - The International Journal of Childhood & Children's service. Vol 38 (1)*, p 197-213. <https://doi.org/10.1111/chso.12694>
- Jakovljevic, M. (2018). Empathy, sense of coherence, and resilience: Bridging personal, public and global mental health and conceptual synthesis. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 380–384. [Hrcak], [Google Scholar]. <https://doi.org/10.24869/psyd.2018.380>
- Jönsson, A. (2021). *Handlingsutrymme i en professionell kontext*. Linde & K, Svensson (Red.), Välfärdens aktörer: utmaningar för människor, professioner och organisationer, 181-211.
- Kvale, S., Brinkman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Studentlitteratur
- Losada-Puente, L., Baña, M., & Asorey, M. (2021). Family quality of life and autism spectrum disorder: Comparative diagnosis of needs and impact on family life. *Research in Developmental Disabilities. Vol 124*, May 2022.
- McGoldrick, M., Garcia-Preto, N., & Carter, B. (Eds.). (2015). *The expanding family life cycle: Individual, family, and social perspectives (5th ed.)*. Boston, MA: Pearson.
- Mesman, E., Vreeker, A., & Hillegers. M. *Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions*. *Curr Opin Psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):586-592. doi: 10.1097.
- Perec, G. (2018). *Försvinna*. Modernista.

- Psykiatri i siffror. Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri.* (2022) Sveriges kommuner och regioner. [Psykiatri i siffror - Kartläggning av barn- och ungdomspsykiatri 2022 \(uppdragpsykiatri.se\)](https://www.psykiatri.se/psykiatri-i-siffror-kartlaggning-av-barn-och-ungdomspsykiatri-2022)
- Petrovic, A. & Garcia, B. (2016) *Strengthening the DSM - Incorporating Resilience and Cultural Competence*. Springer Publishing Company.
- Psykiatri, habilitering och hjälpmedel. (2023). *Verksamhetsplan*.
<https://www.skane.se/namndshandlingar/8813426/>
- Psykiatri, habilitering, hjälpmedel. (2024). *Verksamhetsplan*.
<https://www.skane.se/namndshandlingar/19706926/>
- Psykiatri Skåne. (2021). <https://vard.skane.se/psykiatri-skane/for-barn-och-unga/forsta-besok-pa-bup/> [20/1 2024].
- Region Skåne. (2017). *Strategisk Plan för Psykisk Hälsa 2017–2023*. [strategisk-plan.pdf \(skane.se\)](https://www.skane.se/region-skane/strategisk-plan-for-psykisk-halsa-2017-2023) [20/1 2024].
- Ringholm, M. (2012) *Nittioåret i Fokus – Kjell Hansson, Marianne Cederblad (1995)*. Salutogen familjeterapi. Fokus på familjen (1): 318, *Fokus på familjen*. Vol. 40:23:238-243.
- Selimbasic, Z. & Hasanovic, M. (2021). Resilience between salutogenesis and pathogenesis: an important concept in creative personalized psychopharmacotherapy. *Psychiatria Danubina*, vol 33, suppl. 4 (part 3) pp 1032–1037.
- Socialstyrelsen. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016*. Stockholm. [Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/utvecklingen-av-psykisk-ohalsa-bland-barn-och-unga-vuxna)
- Sundelin, J. (2016). Familjeterapi och BUP – ett förhållande i kris. *Fokus på Familien*, 3, 180-200.
- Svenska Akademien. (2015). *Svenska akademiens ordlista över svenska språket*. (14.uppl).
- Sveriges Kommuner och Regioner. (2017). *Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016*. Stockholm. [Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/utvecklingen-av-psykisk-ohalsa-bland-barn-och-unga-vuxna)

- Sveriges Kommuner och Regioner. (2017). *Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige inhämtad av Uppdrag Psykisk Hälsa. [Hur mår BUP? \(uppdragpsykiskhalsa.se\)](http://uppdragpsykiskhalsa.se)*
- Ungar, M. (2013). *Resilience, trauma, context, and culture. Trauma, violence & abuse, 14(3), 255–266.* <https://doi.org/10.1177/1524838013487805>iebenberg, & M. Ungar (Eds.), *Youth resilience and culture: Commonalities and complexities (pp. 37–48)*
- Ungar M. (2015). Practitioner Review: Diagnosing childhood resilience--a systemic approach to the diagnosis of adaptation in adverse social and physical ecologies. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines, 56(1), 4–17.* <https://doi.org/10.1111/jcpp.12306>
- Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer.* Elanders Gotab.
- Waldo, Å., & Nilsson, A. (2023). *Standardiserade vårdprocesser (SVP) inom Bup 2023. Utvärdering av implementering ur behandlares och chefers perspektiv. FoUU-enheten. FoU PM 5/2023*
- Walsh, F. (2016). *Strengthening Family Resilience (3:d edition).* The Guilford Press.
- Walsh, F.(2021) 'Family Resilience: A Dynamic Systemic Framework', i Michael Ungar (ed.), *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change* (New York, 2021; online edn, Oxford Academic, 18 Mar. 2021), <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0015>, accessed 4 May 2024.
- Werner, E. (2012). Children and war: Risk, resilience and recovery. *Development and Psychopathology. 24(2), 553-558.*
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (2nd ed., pp. 87–102). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_6
- World Health Organization, (WHO). (2016). *International statistical classification of diseases and related health problems, 10th revision (ICD-10).* World Health Organisation

Zero to Three. (2022). *DC 0–5- Diagnostisk klassificering av psykisk hälsa och utvecklingsavvikelser under spädbarnsåldern och tidig barndom*. Gyldendal Norsk Forlag.

Zolli, A. & Healy, A. M. (2013). *Resilience: Why things bounce back*. London; Headline Publishing Group.

Bilaga 1. Informationsbrev

Examensarbete, tema salutogenes i bedömningar inom BUP, intervju

Vill du medverka i en kvalitativ intervjustudie?

Vi vill undersöka värdet av att se hela människan i sitt sammanhang i samband med bedömning och behandling inom BUP. Det vi undersöker främst är värdet av styrkor, skyddsfaktorer, friskfaktorer och hur de påverkar såväl bedömning som behandling. Detta gör vi genom att intervjuar behandlare. Vi vill intervjuar sex behandlare som gör bedömningar inom ramen för BUP. Vi har valt att vända oss till BUP i Lund och BUP Malmö. Detta beror på att vi har ingångar till dessa arbetsplatser som vi tror ska förenkla deltagandet. Du är utvald utifrån att du är kliniskt verksam på antingen BUP i XXXXX eller BUP i XXXXX. Intervjun beräknas ta max en timme och sker digitalt via Teams.

Intervjun beräknas inte innebära något obehag för dig, det kanske till och med blir trevligt. Om du ändå skulle reagera på något är du välkommen att vända dig till någon av oss eller vår handledare. Ditt deltagande i intervjun är helt frivilligt och du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Som deltagare får du ett exemplar av den färdiga uppsatsen och vi kommer gärna till din arbetsplats och berättar om resultatet.

Intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt och materialet kommer att förstöras när uppsatsen är klar. Det är vi och vår handledare Kajsa Järholm, psykologiska institutionen i Lund, som kommer att ha tillgång till materialet.

Undersökningen presenteras i form av ett examensarbete på psykoterapeutprogrammet vid Lunds universitet.

Vi som genomför intervjuerna heter Åsa Liljegren och Annika Sannerstedt. Till vardags arbetar vi båda inom BUP. Vill du veta mer hör av dig till oss.

Lund den 24 januari 2024

Åsa Liljegren

Annika Sannerstedt

Kajsa Järholm, handledare

kajsa.jarvholm@psy.lu.se

Bilaga 2. Samtyckesformulär

Samtyckesformulär

Samtycke till att delta i studien

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla den skriftliga informationen.



Jag samtycker till att:

- delta i studien om Salutogenes på BUP.
- att uppgiften om mig behandlas med respekt för min integritet
- följande personuppgifter samlas in; år inom BUP.
- informationen kring år inom BUP kan ha betydelse för uppsatsens analys.
- de insamlade uppgifterna kommer att bevaras tills uppsatsen är godkänd.

Plats och datum	Underskrift

Ansvarig för studien

Ort och datum:

Namnsteckning:

Bilaga 3. Intervjuguide

Intervjufrågor om salutogenes i bedömningar

Inledning: När vi talar om salutogenes så menar vi friskfaktorer/styrkor/skydd/resurser/. När vi säger patogenes så menar vi riskfaktorer/ problemfokus och diagnos.

När vi säger bedömning så är vi främst intresserade av bedömningar som görs i samband med nybesök eller ställningstagande till insatser inom BUP.

1. Berätta lite om din arbetsplats. Hur länge har du arbetat där? Hur många år har du arbetat inom BUP?
2. Vilka slags bedömningar gör du på din arbetsplats? Hur gör du dem?
3. Vad ingår i bedömningarna?
4. Om du undersöker skyddsfaktor/styrkor/resurser hur gör du då?
5. Om nej – Vad är det som gör att du inte frågar om skyddsfaktor/styrkor/resurser?
6. Berätta om den senaste gången (eller senaste gången du kommer ihåg) du undersökte skyddsfaktor/styrkor/resurser. Hur gjorde du? Vilka frågor ställde du? Vilken respons fick du?
7. Finns skyddsfaktor/styrkor/resurser med i din skrivna bedömning?
8. Ser du några fördelar med att undersöka skyddsfaktor/styrkor/resurser för ungdomen, familjen, behandlare och vårdutbud?
9. Ser du några nackdelar med att undersöka skyddsfaktor/styrkor/resurser vid bedömningar för ungdomen, familjen, behandlare och vårdutbud?
10. Ser du några fördelar med problemorienterad/symtomorienterad bedömning har för ungdomen, familjen, behandlare och vårdutbud? Ser du några nackdelar?

Bilaga 3. Intervjuguide forts.

11. Hur ser du på den plats skyddsfaktor/styrkor/resurser respektive symtom/ diagnos/risk faktorer får i bedömningar hos er?

12. I hur stor utsträckning uppfattar du att BUPs olika slags bedömningar är problemorienterade/symtomorienterade?

13. Tror du att det gör någon skillnad i behandlingarna hur mycket salutogenes/patogenes som finns med i våra bedömningar? I så fall på vilket sätt?

14. Har det förändrats över tid vilken plats salutogenes får vid bedömningar?