

Terapikolonier

BUP-remittenters perspektiv på verksamhetens syfte och funktion

Zacharias von Dardel & Camilla Löfqvist

Psykologiska institutionen/Department of Psychology
Examensarbete 30 hp /Degree 30 HE credits
Psykologi/Psychology
Psykologprogrammet (300 hp)/Psychologist program
(300 HE credits)
Vårterminen/Spring term 2021

English title: Therapy camp – remitters' perspectives on purpose and function within Swedish child and youth psychiatry



**Stockholms
universitet**

Terapikolonier är en miljöterapeutisk behandlingsinsats i med målet att fungera som ett komplement till pågående behandlingsarbete på BUP. Syftet med denna studie är att undersöka hur behandlarna på BUP som remitterat till Terapikolonier har använt sig av insatsen och hur insatsen har påverkat det fortsatta behandlingsarbetet. Genom kvalitativ tematisk analys av semistrukturerade intervjuer med BUP-behandlare (n=12) identifierades fem teman: *Ökad förståelse, Behandling - inte bedömning, Individ och familjen i centrum, Återkopplingens betydelse för insatsens funktion* och *Påverkar behandlingsarbetet - men behöver förändras*. Temana pekade på att insatsen kunde, eller skulle kunna vara, ett betydelsefullt komplement till arbetet på BUP där ett behov av möjligheter till observation och konkreta interventioner behöver fyllas. Speciellt verkar detta behov gälla komplexa ärenden där en diagnos inte räcker för att beskriva barnets problematik utan ett helhetsperspektiv behövs.

Psykisk hälsa och riskfaktorer

Begreppet psykisk ohälsa används både för inte så allvarliga, övergående psykiska besvär, såsom oro, sömnbesvär och nedstämdhet, samt mer allvarliga symtom som tillgodoser kraven för att kallas en psykiatrisk diagnos (Brenberg & Dalman, 2015; Sveriges kommuner och regioner (SKR), 2020). Att skilja de två åt är inte helt lätt då det kan sägas vara ett kontinuum som samtidigt också influeras av dimensionen psykisk hälsa, men att göra det är nödvändigt då alla som söker medicinsk eller psykologisk hjälp inte nödvändigtvis behöver behandling. En tidig identifiering av problematik som uppfyller en psykiatrisk nivå kan också påverka prognosen positivt ifall det samtidigt ges en lämplig vård (Honeyman, 2007). Att psykisk hälsa och psykisk ohälsa är två skilda faktorer är allmänt accepterat inom dagens forskning men själva definitionen av psykisk hälsa är svårare. Galderisi et al. utvecklar Världshälsoorganisationens beskrivning av psykisk hälsa bortom positivt fungerande och realiserande av förmågor som hon menar på många sätt utesluter den varierande grad av utmaningar som individer utsätts för, inte bara strukturellt utan också utvecklingsmässigt (Galderisi et al., 2015). Deras definition värdesätter vikten av inre förmågor som att kunna empatisera med andra, reglera sina känslor, fungera i sociala roller, förstå mer universella (samhälleliga) värden och vara flexibel inför motgångar.

Barn som kan uppleva psykisk hälsa och så kallad balans har visat sig vara mer benägna att få med sig det på vägen genom livet och på så sätt bli mer motståndskraftiga mot psykisk ohälsa. Det motsatta förhållandet gäller för barn som har tidig problematik och utforskandet av psykisk hälsa är därmed alltså viktig för att förstå varför vissa utvecklar mer djupa eller mer kroniska psykiska besvär och andra inte (Membride, 2016). Associerade med mer negativa utvecklingskurvor gällande socialt fungerande och mående finns riskfaktorer som till exempel inlärningssvårigheter, fysisk ohälsa, kränkande hemförhållanden, kaotisk uppväxtmiljö och en mentalt sjuk förälder. Dessa riskfaktorer under barndomen kallas inom fältet för adverse childhood experiences (ACE) och förklarar hur barnet påverkas av sin närmaste omgivning och av sin hälsa (Wang et al., 2021). Samtidigt konstateras att många med en barndom fylld av svåra förutsättningar inte drabbas till samma grad av internaliserad eller externaliserad problematik (Collishaw et al., 2007). Att de inte gör det brukar

ackrediteras till specifika modererande skyddsfaktorer som både kan härledas såväl till personlighet som till individens olika ekologier. Exempel på beskrivna skyddsfaktorer som gynnar motståndskraft mot psykisk ohälsa är att ha ett gott stöd från föräldrar, socioekonomisk status, en förmåga att skapa vänskaper och gott självförtroende (Brown et al. 2012) av vilka flera påminner om definitionen av psykisk hälsa (Galderisi et al., 2015).

Bryta negativa utvecklingskurvor

Individuella och kontextuella skyddsfaktorer i barndomen kan med stor tillförlitlighet förutsäga hur pass adaptivt en individ tar sig igenom adolescensen och etablerandet i att vara ung vuxen. Samtidigt har beskrivits hur modererande adaptiva skyddsfaktorer (t.ex. framtidsorientering, vuxenrelationer, copingmekanismer och självständighet) verkar kunna förklara varför en del barns negativa utvecklingskurvor verkar kunna vändas (Masten et al. 2004). Tidpunkt och timing verkar också vara viktigt för att förstå hur detta sker. Barn som redan på dagis visar upp problem med självreglering har svårare att skapa positiva relationer med pedagoger och löper sedan även en klart större risk att även när de börjar skolan fortsätta utveckla negativa eller mindre betydelsefulla band till sina lärare. En förändring av kursen och skapandet av nya positiva relationer verkar speciellt möjlig inom vissa fönster, som t.ex. vid bytet från förskola till skola när barnet får en möjlighet att börja om (Portilla et al. 2014). Hur t.ex. ett sådant relationsbyggande underlättas för att barnet inte ska avvika ännu mer från ett normalt fungerande i skolmiljön är viktigt att förstå inte bara på en individuell nivå utan också mer strukturellt, på gruppnivå i klassrummet. En skolmiljö med olika förutsättningar har t.ex. yrkats förklara en stor del (40 %) av variationen i självrapporterad upplevd ohälsa mellan skolgrupper enligt en norsk studie (Thorsheim & Wold, 2001) och en god upplevelse av skolgången kan i sig vara en skyddsfaktor mot en negativ socioekonomisk status, då dessa två faktorer enligt en rapport från Världshälsoorganisationen visat sig inte korrelera (WHO, 2016, Luthar & Eisenberg, 2017).

Även om forskningen fram till idag varit bättre på att identifiera individuella riskfaktorer än sätt att utveckla adaptiva skyddsfaktorer så finns det idag belegg för olika typer av interventioner som är skraddarsydda för olika sårbarheter under olika tider i livet. Målen för dessa interventioner kan vara vårdnadshavarens välmående genom stödjande relationer (även till exempel lärares), utvecklande av specifika föräldrabeenden eller att lära ut självreglering till både förälder och barn (Luthar & Eisenberg, 2017). Interventionerna handlar ofta om att påverka barnet indirekt genom dennes nära sammanhang (skyddsfaktorer) och de flesta alternativ som finns riktar sig mot yngre barn och inte ungdomar. Att de oftast sker och studeras i ett kliniskt sammanhang har medfört att det saknas kunskap om hur utkomsten av interventioner med syftet att utveckla skyddande och adaptiva förmågor kan förstärkas av stöd från omgivande strukturer och sammanhang vilket kan vara en förutsättning för långsiktig utveckling (Luthar & Eisenberg, 2017). Masten et al. (2011) argumenterar inom detta för att det inte alltid finns tid för att vänta på att hitta lösningar på alla specifika problem utan att ett mer effektivt sätt att behandla och förebygga är att systemiskt förstå hur motståndskraft fungerar och utvecklas genom att studera den i sin naturliga kontext i samarbeten mellan forskningen multidisciplinära aktörer. Ett sådant arbetssätt menar de i sig både vara kunskapsbyggande och intervenerande i ett. En god förebyggande och behandlande psykiatrisk vård är därav inte nödvändigtvis bara psykiatrins ansvar utan flera aktörer kan eller måste samarbeta för att tillgodose behoven av interventioner. Speciellt är detta relevant i tidigare skeden av problematikens utveckling eller ens innan den utvecklats, pre-kliniskt (Collizzi et al. 2020). Collizzi et al. drar lärdomar från behandling av schizofreni där definiering av risktillstånd som ett formbart läge med flera (även positiva) utfall har visat sig vara effektiv för att förebygga eller förmildra negativa

konsekvenser av sjukdomen och därmed förändrat arbetssättet kring riskgrupper. Ett förtydligande av risktillstånd innebär samtidigt att närma sig vad som är att diagnostisera naturlig psykisk utveckling och därför kan det resoneras vara viktigt att arbeta utifrån ett *transdiagnostiskt* perspektiv där fokus ligger på att behandla det som inte kan hanteras lika väl av alla på ett sätt att patienten får vara med och säga sitt och att vården är lättillgänglig och ostigmatiserad (McGorry et al., 2018).

Bio-socio-ekologisk förklaringsmodell av en individs utveckling

Studier av skyddsfaktorer har traditionellt haft ett större fokus på individen och dess mer eller mindre medfödda drag men fältet har idag rört sig mer mot att försöka förstå utvecklingen i ett multisystemiskt scenario där person och miljö är båda interagerar i en ömsesidig process (Ungar et al. 2013). Forskning verkar t.ex. visa att ju mer en individ är utsatt för riskfaktorer desto mindre kan individen använda sig av individuella resurser som buffert och Ungar et al. definierar därför motståndskraft som funktion och kompetens inte bara hos individen men också i systemet. Ungar et al. bygger vidare på Urie Bronfenbrenners systemteoretiska idéer i vad de kallar för en *bio-socio-ekologisk modell* som förklarar att den gemensamma effekten av barnets kompetenser och omgivningens resurser medieras av kvaliteten på interaktionen dem emellan. Modellen beskriver att individen existerar i olika *mikrosystem* där interaktionella *processer* mellan personer, symboler och objekt sker. Dessa processer blir successivt allt mer komplexa och varje process kan i sig leda till inre kompetens eller dysfunktion beroende på riktningen och stabiliteten i utbytet. Processerna i varje mikrosystem påverkas simultant av funktionen av andra mikrosystem som för stunden inte är en del av den avgränsade kontexten (till exempel att familjelivet är parallellt med barnets sociala upplevelse i skolan). Tillsammans kallas de genom individen sammankopplade mikrosystemen för *mesosystem*. Hur sammankopplingen mellan mikrosystem i mesosystem kan se ut definieras i sin tur av mer samhällliga aspekter i form av samhälllig service, institutioner, traditioner och struktur. Service, institutioner och struktur definieras i sin tur av *exo- och makrosystem* som är högre organisatoriska nivåer (som inte har direkt kontakt med individen) och kan förstås som mer abstrakta kulturella strömningar. Genom dessa lager ligger en sammankopplande länk av *tid* mellan stunder (mikro), perioder (meso) och generationer (makro). Modellen poängterar just det mångfacetterade och individuella i en relevant förklaringsmodell för att t.ex. förstå hur en individ kan tillgodogöra sig av stödjande strukturer. Att samla in information i detta syfte nödvändiggör både en personlig datainsamlingsmiljö samt en självmedvetenhet om vad en representerar som observatör för att förstå den ekologiska validiteten och därmed göra materialet användbart i patientrelaterade sammanhang. (Koller et al. 2020).

Ett transdiagnostiskt och multisystemiskt perspektiv på behandling

Samordnad och personcentrerad vård

IVO (Inspektionen för vård och omsorg) fastslår i en rapport att samordning av insatser mellan olika aktörer är av stor vikt för god vård och att detta är ett angeläget förbättringsområde för att vården inte ska sakna ett helhetsperspektiv (Inspektionen för vård och omsorg, 2021). Utöver att själva vårdkvaliteten blir sämre så menas det också att föräldrar, barn, ungdomar och anhöriga behöver ta ett för stort ansvar för att få hjälp vilket i sin tur sänker förtroendet för insatser och därmed dess effektivitet. Detta är betydelsefullt då en förutsättning för att kunna arbeta med många typer av problematik är att upprätta, vidmakthålla och vid behov återskapa tillitsfulla relationer (Svenska psykiatriska föreningen, 2017). Andra risker med bristande samverkan som IVO nämner är att ingen tar ett

övergripande ansvar för patienten och att insatser blir försenade eller kommer i fel ordning.

En trend inom sjukvården idag är att vård ska bli mer *personcentrerad* vilket kortfattat betyder att arbetssättet ska betona och att patienten är kapabel i sig själv och ingående i ett partnerskap med vården (Ekman et al., 2011). En personcentrerad vård menas kunna öka kvaliteten och tillfredsställelsen genom att skapa ett arbetssätt som kan överbrygga de brister som finns när den standardiserade vården i stunden inte lyckas behandla det subjektivt upplevda vårdbehovet. Hur det görs är genom att ta patientens unika livsberättelse i beaktning för att förstå hur vården kan anpassas. Att få patienten att känna sig välkommen och inte dömd av personalen menas t.ex. kunna vara en avgörande faktor ifall patienten ska känna det lönt att söka vård över huvud taget (Harris, 2000). En personcentrerad vård kan sägas ha liknande principer med de komponenter som innehålls i motiverande samtal (MI). Båda begreppen innefattar att bekräfta den person som deltar genom att ställa öppna frågor/vara inlyssnande men också reflektera över och kommentera de delar som stärker en förändring (Rollnick & Miller, 1995). Praktiskt innebär det att förhandla fram en vård som både överensstämmer med vårdens olika perspektiv och främjar patientens egna styrkor, önskemål och beslut kring vad för vård som bör bedrivas. Att patienten visas följsamhet kan i sig skapa goda förutsättningar för att hen i sin tur ska vara följsam till vårdens rekommendationer (Ekman et al. 2011, Ekstam, 2016). Ekman et al. påtalar i deras studie att svårigheter med genomförandet av personcentrerad vård kan vara att vården lätt faller tillbaka i medicinskt centrerad vård under press och att personcentrerade aspekter av kontakten inte dokumenteras ordentligt (patientens preferenser, tankar och känslor i förhållande till sin problematik eller sjukdom). Ifall personalen inte har, eller upplever sig ha, kompetensen uppstår också lätt en irritation mot vissa patientgrupper och en känsla av att inte få tillräcklig hjälp från andra delar av vårdkedjan.

Schröder (Schröder, 2006) har i en intervju- och enkätstudie undersökt vad patienter inom den svenska psykiatrin har upplevt som de mest betydelsefulla faktorerna för vårdkvalitet. Fem kategorier framträder i resultatet vilka är “Värdighet”, “Trygghet”, “Delaktighet”, “Tillfrisknande” och “Hälsofrämjande omgivning”. En delaktighet i sin egen vård kan på sätt och vis skapas genom att själv få välja vårdgivare men ett allt för medicinskt perspektiv och avsaknaden av helhetsgrepp från psykiatrins sida kan samtidigt ge upplevelsen av vilsenhet vilket pekats på i en liten intervjustudie med patienter från psykiatrin i Sverige (Persson, 2003). Expertisen från vårdens håll är också en maktaspekt där vårdtagaren alltid är i underläge i förhållande till professionen varför det är viktigt att professionens perspektiv appliceras med varsamhet (Lundqvist, 2011). Diagnoser är exempel på en sådan generell kunskap som appliceras på patienter och dess motvikt är på sätt och vis kvaliteten på den kliniska bedömningen, kompetensen i bemötandet och hur sofistikerat vårdutbudet är. Vården kan alltså tänkas bli bättre genom att anpassas mer efter individen och dess förutsättningar, men en vård med valmöjligheter främjar detta endast så länge det finns lämpliga/förståeliga alternativ och att patienten i fråga är, eller upplevs, kapabel att ta beslut om vad denne behöver.

Miljöterapi - tre definitioner

Ett mer klassiskt begrepp för integrerad behandling i patientens kontext är *miljöterapi*. Konceptet miljöterapi är sprunget ur ett psykodynamiskt tankesätt men genomsyras idag inte nödvändigtvis en sådan teoretisk grund (Delaney, 2009). Delaney menar att miljöterapi mer kan ses som en löst övergripande ideologi än en beskrivning av en behandlingsmetod och identifierar tre olika praktiska implikationer som ofta klumpas ihop under begreppet men väsentligt skiljer sig åt: *Milieu Therapy* - personalen inom en vårdande verksamhet är

utbildad i att terapeutiskt bemöta en patient och förhålla sig till den interaktionen som ett potentiellt uttryckande av patientens inre konflikter i interpersonell form, *Therapeutic Milieu* - ett perspektiv som syftar mer till att ur ett sociologiskt perspektiv förstå hur en terapeutisk atmosfär kan underlättas genom att strukturera goda förhållningssätt mellan patienter och personal. Detta perspektiv innefattar till exempel att definiera vilka attityder hos personalen som i sig är positiva, *The Therapeutic Community* - patienten blir aktiv i behandlingen genom att vara delaktig i en gemenskap med ett kollektivt mål och blir därmed en medarbetare i en gemensam strävan mot förbättring. Detta sker genom inläring som är underlättad, uppmuntrad och pådriven av den sociala kontexten. Att det inte finns någon snävare form av konsensus gällande definitionen av begreppet har lett till att få nyare studier som övergripande utvärderar behandlingsmetoden miljöterapi existerar. Det finns nyare studier på olika typer av interventionsmodeller och arbetssätt för specifika verksamheter men få som analyserar begreppet miljöterapi på ett sätt som kan replikeras och generaliseras till andra kontext (Delaney, 2009). Ett sätt att kringgå den praktiska definitionen av miljöterapi kan vara att se det som mer öppna och universella behandlingsprinciper (Hagqvist & Widinghoff, 2000). Enligt en sådan syn kan de miljöterapeutiska verksamheterna ha olika typer av teoretisk grund (såsom exempelvis psykodynamisk eller tillämpad beteendeanalys (TBA)) men vara miljöterapi så länge som verksamheterna värderar en miljö utifrån vissa principer: *öppen kommunikation* - kommunikation av känslor och tankar i alla riktningar, *demokrati* - medbestämmande och medskötsel i den mån det går, *nya roller* - att patienten förväntas delta i sin egna såväl som andras behandling, *symtomtolerans* - att en handling accepteras men frågan varför ställs, *Ständig granskning* - att vardagssituationer används för att bearbeta problem, *frivillighet* - att in- och utskrivningar ska vara frivilliga, *gemensamt mål* - att personal och patient samarbetar aktivt mot ett gemensamt mål och *kontakt utåt* - att arbetet bedrivs i pågående kontakt med människor utanför verksamheten. Dessa principers faktiska utförande kan sedan skilja sig åt beroende på patienter och förutsättningar. Med barn och personer med funktionsvariation kan medbestämmande betonas i mindre utsträckning och frivillighet får annat svängrum i en fängelsemiljö. Det viktiga resoneras inte vara att utvärdera vilket utförande av miljöterapi som är bra utan snarare för vem och vilka en viss typ av struktur är lämplig (Hagqvist & Widinghoff, 2000).

Psykiatisering och New Public Management

Psykisk ohälsa hos unga ökar i Sverige.

Dokumenterad psykisk ohälsa inom vården har i Sverige ökat på senare år. Enligt en rapport från Socialstyrelsen har den för barn och ungdomar ökat med 100 % mellan 2006 och 2016 (Socialstyrelsen, 2017). Under denna period har de som vårdas för en psykiatrisk diagnos ökat från 2 % till strax under 6 % för flickor i åldern 10-17 år och från 2 % till 7 % för pojkar i samma ålder. Borträknat neuropsykiatriska diagnoser är ökningen strax över 0,5 procentenheter för pojkar och runt 1,5 procentenheter för flickor. Enligt rapporten kan ökningen av neuropsykiatriska diagnoser bero på en ökad kunskap om vad som eventuellt funnits även tidigare i populationen. Ökningen av andra psykiatriska tillstånd kan med större säkerhet sägas vara en verklig förändring. Störst ökning relateras, utöver neuropsykiatriska funktionshinder, till ångest och depressionsrelaterade diagnoser. Att barn och unga faktiskt mår sämre idag verkar vara tydligt men siffrorna kan ifrågasättas då det bland annat kan påstås att diskursen om psykiatriska tillstånd har lägre trösklar idag då begreppen har blivit mer allmänna och mindre stigmatiserade (Lindholm & Wickström, 2020). Vården har samtidigt fått hårdare krav på patientsäkerhet vilket i praktiken inneburit ett mer konsekvent dokumenterande av bedömningar och diagnoser. Innebörden går att diskutera men fler barn och unga finner idag sin väg till psykiatrin, fler får en diagnos och fler behandlas med

medicin. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel har fördubblats i åldersgruppen 10-19 år mellan 2006 och 2019 och var femte barn i åldern 6-17 som behandlas för ångest eller depressionsrelaterade symtom medicinerar (i samma kategori för åldersgruppen 13-17 är det 60 %) (Socialstyrelsen, 2019a). Samtidigt verkar det också finnas det som tyder på att fler vänder sig till BUP idag med "vardagliga" psykiska besvär som inte alltid är lätta att skilja från psykiatriska tillstånd. Detta ökade flöde mot BUP innefattar inte bara patienter utan också ett större tryck från skolhälsovård och remisser från vården gällande framför allt neuropsykiatriska utredningar (Uppdrag psykisk hälsa, 2017).

Psykiatisering i ljuset av New Public Management.

Uppföljning av barn och ungdomars välmående, psykiskt och fysiskt, är ett uppdrag som i praktiken delas av många institutioner. De främsta är socialtjänsten, vården (bland annat BUP, primärvården, ungdomsmottagningar, BVC) och elevhälsan. Dessa institutioner kan i grova drag sägas vara grundade på olika perspektiv och ha olika mål även om de överlappar varandra. Inom skolvärlden existerar elevhälsan som ansvarar för att barnet eller ungdomen ska få förutsättningar för att klara skolan. Socialtjänsten har ett systemteoretiskt perspektiv på välmående och specialiserar sig i att se till barnets eller ungdomens situation utifrån sociala förutsättningar. BUP och primärvården har som specialitet ett psykiatriskt perspektiv grundat i individens bio-psykologiska mikrokosmos. Detta är en förenkling i och med att alla dessa verksamheter innefattar flera professioner. Dessa institutioner fungerar ofta heller inte isolerat utan är sammanknutna med varandra dock med viss de facto skillnad i handlingsutrymme (Ek, 2018). I en avhandling påvisar och diskuterar Hans Ek en rådande trend av psykiatisering inom behandlingsparadigmet som något som får konsekvenser för balansen och samverkan institutioner emellan. Psykiatisering definierar han som "en speciell form av medikalisering i vilken problem i vardagslivet placeras i ett psykiatriskt sammanhang och talas om i sjukvårdstermer". Med detta följer också en praktik baserad på denna mer biomedicinska terminologi där psykiatrisk behandling fått en proportionerligt större roll i diskursen på bekostnad av mer psykosociala insatser och psykosocial förståelse.

Ett "nytt" förhållningssätt till att bedriva offentlig verksamhet kallat New Public Management (NPM) menas ha fått genomslag de senaste decennierna i bland annat Sverige och kan tänkas vara relaterat till psykiatiseringen (Liff & Andersson, 2009). NPM har varit, och är, ett sätt att försöka effektivisera en upplevd trög offentlig verksamhetsfär genom att skapa ett mer transaktionellt system med beställare och utförare. I princip innebär det att politiker, utifrån riktlinjer och upphandlingskrav, påverkar offentlig service som i sin tur effektiviseras ur ett marknadsliberalt perspektiv med fritt val av utförare av tjänster. Liff & Andersson redogör, med BUP som exempel, för att detta förhållningssätt fått följden av en offentlig sektor som är mindre sammankopplad mellan olika professioner. Varför menar de bland annat bero på att ett ökat ansvarsutkrävande inom mer specifika uppdrag lett till att *resursstyrning* har fått överhand över *behovsstyrning*. I och med att interaktionen med huvudmannen definieras av föreskrifter som ofta lämnar mycket tolkningsutrymme så centrerar sig verksamheterna runt sin egen kärnkompetens där de känner sig säkra att uppfylla sin del av det föreskrivna uppdraget, där de tydligaste kraven att förstå och tillfredsställa till exempel är volym och tillgänglighet. Konsekvensen av detta på BUP, menar Liff och Andersson, är att många patienters behov lätt kan hamna "mellan stolarna" då professioner i sitt yrkesutövande blir mer riktade inåt mot specifika lösningar av specifika problem snarare än att vara kapabla att hantera en komplext sammansatt situation tillsammans med andra verksamheter och fält. När utbytet kvantitativ prestation för resurser blir mer stringent så skapas allt skarpare inklusionskriterier för vem som kan ha rätt till, och tänkas kunna hjälpas av verksamheten. Exempel de nämner är hur habiliteringen definierar

tillgängligheten utifrån diagnoskrav och hur verksamheten BUP renodlas mot att behandla särskilda diagnoser som specialistenhet med en medikaliserad syn på problemet. Exemplet diagnoser är viktigt eftersom det innehåller mer bedömning och social konstruktion än andra kriterier som t.ex. ålder och geografiskt upptagningsområde. Att BUP definierar sig mer som en specialistenhet för att säkerställa kvaliteten på det egna utförandet utifrån kraven menas i sig också leda till att de även av andra verksamheter definieras som en slags slutstation där problemet en gång för alla löses inom individen.

Evidenskrav och diagnoser.

I en debattartikel uttrycker Sveriges neuropsykologers riksförening en oro för att värdet av diagnoser minskar när det inte finns tid för ordentliga observationer under utredningar. En följd av detta menar de blir att individuell återkoppling blir bristfällig och både barn och anhöriga kan få svårt att relatera till problemet. En annan risk de belyser är att diagnoser lätt kan fördröja identifikation av annan problematik om en utredning inte sker tillräckligt tvärdimensionellt (Psykologtidningen, 2017-11-13). Detta är ett problem som delvis bekräftas av tre specialister i allmänpsykiatri i ett annat debattinlägg i läkartidningen (Lugnegård, Nylander & Bejerot, Läkartidningen, 2017-04-03) som diskuterar att psykiatrin allt mer skiljer på diagnostisering och behandling vilket gör att de som sätter diagnoser saknar viktig insikt i behandlingsförloppet. Dessa båda artiklar berör diskussionen om behovet av ett transdiagnostiskt perspektiv inom psykiatrin där ett vidare perspektiv eftersöks för att få en mer korrekt och komplex bild av problematiken. Ett transdiagnostiskt perspektiv skulle enligt dess förespråkare kunna fånga upp fler patienter med mer korrekta bedömningar snarare än färre med mer specifika diagnoser (Dalglish et al., 2020).

I praktiken har NPM inneburit att ett ökat politikerstyre i beställningarna skapat ett klimat där kortare och mer konkreta lösningar på problem premierats då de är lättare att mäta och definiera vilket bl.a. lett till större vikt av att kunna erbjuda evidensbaserade behandlingar (Sörbacken, 2015). Detta har i sin tur undergrävt många typer av behandlingar som inte är lika lätta att utvärdera då de är längre, organisatoriskt mer komplexa och mer eklektiska. Sörbacken uttrycker sig så här i sin diskussion: *“Det är inte alltid av största vikt att patienternas situation förändras till det bättre, utan viktigare istället att de erbjudits en evidensstark behandling och att de träffat ”rätt professioner”...”*. På så sätt har valfrihet och patientsäkerhet framför allt fått effekt gällande val av vårdgivare och tydlighet i vårdens syfte på bekostnad av tillgängligheten till ett mer diversifierat vårdutbud och bredare utredningar. Något som kanske hänger ihop med att vården idag påverkas mer av efterfrågan är upplevelsen hos psykoterapeuterna i Sörbackens studie av att personer som uppsöker psykiatrin idag har en lägre tolerans för tuffa upplevelser i livet och söker snabbare resultat vilket då indirekt reflekteras i utbudet. En respondent beskriver också hur det medicinska perspektivet inneburit att BUP gått mer mot att se det sjuka för att behandla det, ett perspektiv som hen tänker sig vuxit sedan BUPs uppdrag hamnade under Hälso- och sjukvårdsförvaltningen år 2000/2001.

Behandling på BUP och insatsen Terapikolonier

Utredning på BUP idag

Den utredande och behandlande processen för psykisk ohälsa kan ha sin start på olika håll. Den kan starta direkt på BUP men också påbörjas i andra instanser som till exempel inom elevhälsan eller på en extern första linjen mottagning. Etablerandet av första linjen har varit tänkt att minska trycket på BUP genom att skapa en utredande och behandlande funktion för mindre allvarliga psykiska problem i t.ex. primärvården (Socialstyrelsen, 2019a). Denna

uppdelning har i många regioner avlastat BUP men samtidigt har kötider på BUP inte blivit kortare i och med att antalet patienter och besök har ökat. Mellan 2002 och 2013 ökade andelen 13-17 åringar som besökte BUP med 100% (Bremberg & Dalman, 2015). För många patienter är den typen av insatser som kan ges via första linjen tillräckliga medan andra som behöver en fördjupad utredning och bredare behandlingsrepertoar remitteras till BUP som fungerar som specialistenhet. På BUP följs en inledande kontakt vid behov av en fördjupad utredning och därefter eventuellt beslut om typ av insats eller vidare remiss för utredning inom andra delar av specialistpsykiatri (Lundqvist, 2011; BUP, 2015). Dessa utredningar består av samtal på BUP med berörda, mer utförlig anamnes samt psykiatriska instrument. Strukturerade och semistrukturerade diagnostiska intervjuer har visat sig vara något som ofta inte sker trots att de ger värdefull information till anamnes, tillgång till skyddsfaktorer, relationer, färdigheter och generell livssituation. Information som kan vara viktig för att öka chansen att upptäcka psykiatriska tillstånd som annars lätt kan passera obemärkt i det kliniska samtalet (Socialstyrelsen, 2019a).

Terapikolonier

Terapikolonier var ursprungligen en verksamhet som skapades inom BUP (dåvarande PBU) på 30-talet med intentionen att behandla "psykiskt ömtåliga barn". Det kom att fortsätta som en behandlande verksamhet i offentlig regi fram till 2001 då Terapikolonier AB, och sedermera Magelungen AB, tog över verksamheten genom vårdavtal. 2018 kom att bli den sista verksamma sommaren för Terapikolonier med uppdrag av BUP då nya juridiska riktlinjer gällande upphandlingar kom att påverka många verksamheter som inte var stora nog att upphandlas. Från BUP kan en behandlare nu längre inte remittera till Terapikolonier. Utöver de juridiska svårigheterna att vinna en upphandling för verksamheten så har mer tydliga krav på evidens för effekten av vårdinsatser tillkommit inom psykiatri och där ligger miljöterapeutiska och mer psykodynamiska insatser i lä då de historiskt har setts som svåra att utvärdera på ett vetenskapligt vis (Delaney, 2009).

Terapikolonier har haft olika typer av grupper ute på sina två gårdar på somrarna. Ungdomskollo, barnkollo, mamma-barnkollo och pappa-barnkollo (förälder-barnkollo tillkom 1998). Alla har haft som mål att med erfaren personal och utifrån uppdrag från BUP arbeta i grupp med relationer i ett *miljöterapeutiskt* sammanhang byggt på psykodynamiska och systemteoretiska grunder. Terapikolonier är enligt egen utsago en behandlande verksamhet med intentionen att vara ett komplement till pågående arbete på BUP (Terapikolonier.se, 2021-05-23). Terapikolonier själva beskriver det som att "erfarenheter och information från vistelsen förstärker och påskyndar ofta effekten av andra insatser". Utöver att ha behandlande uppdrag uppger Terapikolonier att de kan bidra med att få ett nytt perspektiv på var ett barn eller en ungdom befinner sig för att kunna göra en bedömning och för att förbättra fortsatt behandling. Med miljöterapeutiskt sammanhang menar Terapikolonier en anpassad miljö som ligger tillräckligt nära barnets vardag för att vara generaliserbar. I en tydlig och enkel struktur med utbildad personal på plats får barn, ungdomar och föräldrar en trygg miljö att försöka ta sig an nya förhållningssätt utifrån vad som är problematiskt för dem, men också möjlighet att hitta nya förmågor och bryta negativa mönster. Med hjälp från personalen som observerar, mentaliserar och intervenser får deltagarna hjälp att stanna upp och vinna självinsikt. Relationerna mellan deltagare och kollopersonal är viktiga och är en utgångspunkt för att kunna arbeta med respektfull konfrontation och reflekterande (Sternberg, 2007). Vistelsen på gårdarna är mellan 7 och 20 dagar, där föräldra-barnkollon är de kortaste. BUP-behandlingarna sänder på våren in ansökningar som behandlas av personalgruppen på respektive kollo. De barn och familjer som anses kunna tillgodogöra sig av insatsen och som anses passa i den aktuella

gruppsammansättningen enligt vissa vägledande idéer (Sternberg, 2007) väljs sedan ut varpå förberedande möten med kollopersonal, föräldrar, barn och behandlare äger rum. På dessa möten formuleras ett gemensamt överenskommet uppdrag för insatsen. Verksamheten har hög personaltäthet, 1 personal per 2 ungdomar som riktmärke, och bestämda rutiner, som till viss del kan förändras beroende på grupp. Ett viktigt element är en kontinuerlig kontakt med föräldrarna. Utöver daglig telefonkontakt anordnas det i mitten av kolloperioden en besöksdag då barnens föräldrar kommer på besök till gården. Vid detta tillfälle diskuterar barnen, föräldrarna och personalen återigen vad målen med insatsen är samt hur vistelsen varit så långt. Föräldrarna kommer också till kollogården och hämtar barnen när perioden är slut. Efter vistelsen sammanfattas det enskilda barnets och hela gruppens utveckling i en skriftlig återkoppling som skickas till BUP under hösten. Det sker också en muntlig återkoppling på BUP-mottagningen där föräldrar och barn ofta deltar. En mer ingående beskrivning av verksamheten finns att läsa i en rapport utförd av Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet som utvärderade Terapikoloniers verksamhet 2009 (Larson et al., 2009).

Tidigare forskning på Terapikolonier

Enkätundersökningar har årligen gjorts av Terapikolonier själva som en form av utvärdering av verksamheten. Sedan 2003 har vårdnadshavare och behandlare efter varje sommar fått svara på enkäter. Behandlarna har fått svara på frågor om hur samarbetet med Terapikolonier upplevts och hur de har upplevt utfallet av insatsen. Resultatet av undersökningarna har publicerats av Terapikolonier på deras hemsida. En sammanfattning av enkäterna mellan 2008 och 2017 visade bland annat att 62% av behandlarna ansåg att insatsen bidragit till barnets utveckling, 29% att det lett till bättre diagnostik och 27% att pågående processer på BUP konsoliderats. 83% av behandlarna ansåg att information från insatsen påverkat den fortsatta behandlingen positivt. Ny information som påverkat behandlingen var exempelvis barnets funktion i olika typer av situationer (96%), nya styrkor som upptäckts (69%), hur man kunnat hjälpa barnet på kollo (58%) och svårigheter som framkommit eller förtydligats (30%). Slutsatsen som Terapikolonier drar av sammanfattningen är att insatsen bidrar till behandlingsarbetet på BUP genom ett förbättrat mående hos barnen och familjen och ett breddat perspektiv på barnet/familjen.

Som redan nämnts gjordes 2009 en översikt över forskningsläget gällande Terapikolonier av Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska Institutet (Larson et al. 2009). Där redogörs för att de flesta studier som har gjorts har varit av någon som har eller haft koppling till verksamheten. Av de studier som beskrivs i översikten har merparten undersökt behandlingsutfallet eller utvärderat vad som hänt under tidsperioden av själva insatsen. T.ex. har kontexten då varit vilka barn som är lämpliga för Terapikollovistelse, vilken problematik som kan behandlas, ifall karaktären på problematiken hos de som remitterats förändrats över tid, vad negativa upplevelser inneburit i individuella fall, utfallsmått mätt i social förmåga, samt vilken typ av gruppsammansättning som verkar ge ett positivt behandlingskontext. Två studier har delvis haft intentionen att undersöka BUP-behandlares syn på insatsen. I en enkätstudie med behandlare från BUP över hur insatsen påverkat behandlingen ett år efter kollovistelsen (Söderström, 1995) kunde kort sammanfattat sägas att insatsen ofta gett en skjuts i utvecklingen genom att den ordinarie behandlingen fördjupats, barnet blivit självständigare och behandlingen påskyndats. Den andra studien undersökte de terapeutiska effekterna av insatsen för barn vars uttalade problematik var kamratsvårigheter. Fem slumpmässigt utvalda barn ur målgruppen intervjuades tillsammans med deras föräldrar och behandlare. Resultatet visade på en stärkt självbild av positiva sociala erfarenheter och att insatsen gett material för fortsatt behandling i hemmet. Exempel på positiva sociala

erfarenheter kunde vara relationer till jämnåriga, möjlighet att öva på självständighet och viktiga nya perspektiv på egna positiva kvaliteter. Terapeuterna tyckte att insatsen var betydande i den pågående behandlingen men det framkommer inte tydligt hur (Eklöf, 2000).

Forskningsöversikten (Larson et al., 2009) presenterar också en egen utvärdering av verksamheten genom att utgå från Terapikoloniers material (ansökningsformulär, dokumenterad urvalsprocess, sammanfattningar, utvärderingar och intervjuer med personal). I ansökningsformulären fann de bland annat information i motiveringarna till varför behandlarna remitterat till insatsen och såg en uppföljningspotential i kommentarer om varför behandlare på BUP som varit nöjda med insatsen sökt igen för samma barn. Den informationen fanns det dock ingen sammanställning av, och i utvärderingen förs ett resonemang om att informationen behöver ses i kontexten av varje specifikt fall för att vara förståelig. En annan observation från utvärderingen var att antagningsprocessen påverkades mycket av behandlarens förmåga att formulera patientens behov och problembild vilket menas vara en potentiell orättvisa. Slutsatsen som dras är att båda dessa processer skulle kunna bli mer standardiserade.

Syfte

Motivering för denna studie

Tidigare studier har syftat till att undersöka vad Terapikolonier har lett till utifrån enskilda fall eller översiktligt genom enkäter. Ingen tidigare undersökning till författarnas vetskap har haft intentionen att specifikt undersöka de remitterande BUP-behandlarnas syn på verksamheten utifrån perspektivet hur Terapikolonier som insats passar ihop med behandlingsarbetet på BUP. En lucka som kan sägas uppmärksammas av Larsson et al. (2009). Med utgångspunkt i vad som beskrivits om behovet av interventioner i en naturalistisk miljö psykiatisering av diskursen finns skäl att undersöka hur behandlare verksamma inom barnpsykiatri ser på funktionen av en miljöterapeutisk insats som Terapikolonier där en helhetsbild av barnets problematik och förmågor verkar prioriterats framför diagnoser.

Frågeställningar

Frågeställningar som vi vill adressera är hur BUP-behandlarna resonerar kring:

- i) Hur uppdraget till Terapikolonier kunnat se ut och vad som varit insatsens syfte.*
- ii) Hur de upplever att deras beställda uppdrag har utförts av insatsen.*
- iii) Hur de har upplevt återkopplingen och om och på vilket sätt de har kunnat använda sig av den.*
- iv) Ifall de upplevt att insatsen gett dem ny information och i så fall vad.*
- v) Om vistelsen på Terapikolonier har påverkat, och passat ihop med, det fortsatta arbetet på BUP efter insatsen.*
- vi) Vad motsvarande insatser är på BUP idag då Terapikolonier inte längre är tillgängligt.*

Metod

Val av datainsamlingsmetod

I och med att syftet med studien främst var att explorativt förstå insatsen utifrån behandlarnas perspektiv så bedömdes semistrukturerade kvalitativa intervjuer vara lämpliga. Målet var att både förstå olika perspektiv kring hur behandlarna använt sig av insatsen och hur de resonerade kring sitt användande. Den semistrukturerade formen ger intervjuerna en struktur

för att vara nära frågeställningarna med ett konstruktivistiskt intresse samtidigt som de ger rum för att följa upp på tankebanor och resonemang. Den innehåller öppna frågor som ger rum för att försöka förstå intervjuobjektets egna förhållande till ämnet utan att endast utgå från de koncept som intervjuaren har med sig (Braun and Clarke, 2013, tabell sid. 232).

Urval och deltagare

Urvalet var beställare från BUP eller motsvarande vårdkontakter som remitterat till Terapikolonier under de senaste två aktiva åren (2017 och 2018). Inramningen av de tillfrågade kommer från en lista på 66 mailadresser som tillhandahållits av Terapikolonier på förfrågan. Att det var de senaste två aktiva åren sågs som positivt då behandlarna skulle ha insatsen färskt i minnet och för att det var en lagom avgränsning sett till studiens kapacitet. I listan fanns ingen information om vilken typ av kollo (barn-, ungdoms-, mamma-barn- eller pappa-barngrupp) som behandlaren hade remitterat till. E-post skickades ut med förfrågan om att delta i studien (se Bilaga 1). Av de 66 utsända e-postmeddelanden gick endast 45 fram till sina mottagare på grund av inaktiverade adresser. Av de 45 som gick fram var det sedan 14 som svarade att de kunde delta. Av de 14 svaren var det 12 deltagare som faktiskt hade erfarenhet av att ha fått minst en patient remitterad till insatsen, $n = 12$. De som svarade men endast hade remitterat patienter som inte blivit antagna sållades bort. Av de 12 som svarade var nio i grunden utbildade psykologer, två socionomer och en sjuksköterska.

Datainsamling

Intervjuerna var semistrukturerade och försökte följa upp på det som respondenterna tog upp samtidigt som de bockade av innehållet i intervjuguiden. Därav ställdes inte frågorna i en fixerad ordning. Mot slutet av intervjun kontrollerade intervjuaren att alla punkter av intresse från intervjuguiden hade inkluderats. Intervjuerna spelades in med inspelningsprogram på datorn och sparades anonymt fast numrerat, de transkriberades sedan manuellt. Alla intervjuer utfördes av en av författarna.

Dataanalys

Tematisk analys (TA) användes för att analysera de transkriberade intervjuerna. Tematisk analys som kvalitativ analysmetod valdes eftersom allt material var insamlat vid analysens start samt för att ett fokus i studien låg på att ta till vara på variationen i deltagarnas subjektiva erfarenheter av insatsen (Braun and Clarke, 2013). Hur metoden förändras beroende på epistemologi förklaras av Braun and Clarke (2006). Metoden i denna studie skulle närmast ses som *codebook coding* vilket beskrivs som ett mellanting mellan den mest interpretivistiska hållningen (*reflexive coding*) och en mer deduktiv där teman reflekterar manifest innehåll (*coding reliability*). Utifrån *codebook coding* byggs teman på en typ av strukturering av datan genom koder och initiala teman som finns *a priori* eller genereras tidigt i processen. Dessa ursprungliga koder och teman utgör ett slags ramverk byggt på tidigare kunskap och teori som guidar kodning och analys samtidigt som rum finns för att beskriva det material som inte passar in. Teman är i ett initialt skede indexerande sammanfattningar och rubriker vars innehåll successivt kodas och konceptualiseras allt mer.

Procedur enligt The Framework Approach/Thematic Networks

Efter att intervjuerna transkriberats kodades alla intervjuer i flera steg enligt vad som kallas för *Tematiska nätverk*. Tematiska nätverk är en beskriven variant av *codebook coding* (Ritchie et al., 2003). Den utgår ifrån att stegvis indexera, organisera och tematisera data från sammanfattande kategorier till mer globala och metaforiska teman. Processen beskrivs av Attride-Sterling i tre sammanfattande steg: “(a) *the reduction or breakdown of the text*; (b) *the exploration of the text*; and (c) *the integration of the exploration*” (Attride-Sterling,

2011). Alla steg innehåller tolkning men på en successivt mer abstrakt nivå. Analysen delas in i två steg där det första steget innebär skapandet av ett tematiskt nätverk som verktyg för att få överblick och del två att analysera nätverket med tolkningar av underliggande mönster. Dessa två steg sker egentligen parallellt precis som Figur 1 ovan illustrerar. Smith och Firth beskriver metoden som att analysen sker genom att förenkla för att systematiskt röra sig fram och tillbaka mellan kodningens olika steg tills dess att ett sammanhängande konceptuellt ramverk framträder. Detta underlättar för abstraherandet och gör resonerandet mer transparent än ett reflexivt tillvägagångssätt (Smith & Firth, 2011). Kodningen för denna undersökning har inte strukturerats i matriser - som är vanligt för denna metod - men har grupperats, nummerats och kategoriserats stegvis i Word-dokument. Följande beskriver hur denna studie tog sig an steg *a*, *b* och *c*:

i) I det första steget kategoriserades innehållet i intervjuerna separat av båda författare/kodare utifrån de sex olika frågeställningarna som återspeglades i intervjuguiden (à priori). Varje frågeställning fick en specifik färg. Samma innehåll kunde placeras i flera olika kategorier. Det innehåll som en kodare inte kunde definiera placerades inom kategorin övrigt. Kategoriseringen sparades separat för varje intervju. Kodarna läste exempel på varandras arbete och meningsskiljaktigheter diskuterades.

ii) I det andra steget fick alla färgkodade passager en data-reducerande kod i form av en kort sammanfattning eller ett ord. Detta för att göra materialet mer överblickbart och mer lätthanterligt inför arbetet att skapa teman. Materialet var fortfarande separerat intervju för intervju.

iii) Av dessa koder (ord och små sammanfattningar) skapade båda kodare initiala, preliminära teman genom att forma kluster och ge dem sammanfattande rubriker under de ursprungliga kategorierna. Under processens gång flyttades koder runt i och med att ny förståelse skapades och flera stycken ur texten dubbel-kodades dessutom till olika kategorier. Dessa preliminära teman (med tillhörande koder) klistrades sedan in under tillhörande à-priori-kategori i ett gemensamt dokument för alla intervjuer. I det gemensamma dokumentet markerades varje preliminärt tema med intervjunummer och färg-kodades för vilken kodare som det var skapat av. De preliminära temana behöll därmed sin identitet för att informationen skulle förlora så lite av sin kontext som möjligt då den fördes vidare i datareduceringsprocessen.

iv) Ur detta sammansatta material sållades dubbla koder bort ifall båda kodare hittat liknande i samma intervju. Koder som bara en kodare registrerat bevarades och sågs som kompletterande information. Det som togs till vara på i nästa steg var inte de preliminära temana från de enskilda intervjuerna (rubrikerna på klustren) utan de koder som de innehöll.

v) Nya kluster skapades av koderna som var samlade från alla intervjuer. Dessa kluster gavs nya rubriker utifrån vilken typ av perspektiv eller information de innehöll. En del av dessa rubriker kom att bli färdiga teman. Vissa koder behövde i detta skede åter igen förflyttas mellan, eller kopieras till olika frågeställningskategorier då sammanhanget i den organiserande strukturen hade förändrats.

vi) I nästa steg sammanfattades alla teman genom att bortse från frekvens (antal respondenter/intervjuer) och endast välja ut stödmeningar för varje unika poäng och mening som koderna innehöll. Detta för att enklare få en översikt över potentiella teman som fortfarande kunde ligga gömda och behövde benas ut. Ibland överensstämde rubriken tillfredsställande med hela innehållet rakt av och ibland blev de återigen uppdelade i nya kluster som separata teman.

vii) När alla organiserande teman var klara var materialet väl genomarbetat och de teman som verkade hänga ihop utifrån vad som ansågs som viktiga poänger/resultat sattes ihop i ett ramverk under vad som definierades som huvudteman och subteman.

Etiska överväganden

Alla som deltog i studien deltog frivilligt och blev informerade om studiens syfte och sammanhang. De blev också informerade om att det som de sade var konfidentiellt och att de kunde avbryta intervjun när som helst ifall de inte ville fortsätta. Vissa ärenden och exempel som behandlarna beskriver i intervjuerna är möjligtvis igenkänningsbara för patienter vilket med aktsamhet tagits hänsyn till i resultatet. Alla intervjuer och transkriberingar har förvarats på ett säkert sätt och raderas efter uppsatsens färdigställande.

Förförståelse och bias

Båda underskrivna författare har arbetat inom företaget Magelungen AB under en tid då de också ägde Terapikolonier. På så sätt fanns det en koppling till företaget och en bekantskap med flera av medarbetarna på Terapikolonier men det innebar inga yrkesmässiga eller sociala obligationer som ställde krav på undersökningen. Eftersom studien genomförts med tematisk analys som använder sig av forskarens tolkningar och förförståelse är författarnas bakgrund viktig att ta i beaktning för metoden. Det kan sägas gagna analysen av materialet att ha en förförståelse och god insikt i verksamheten, samtidigt som den neutrala utgångspunkten lättare kan ifrågasättas när en personlig koppling finns till verksamheten. För att inte påverka neutraliteten har det varit en stående diskussionspunkt författarna emellan från studiens initierande till slut. Detta har skett genom regelbundna självkritiska genomlysningar av arbetet i olika stadier. Utifrån denna aspekt har det varit en fördel att vara två författare.

Resultat

Den tematiska analysen av intervjuerna resulterade i fem huvudteman som vardera bestod av två till fyra subteman (Figur 2). De fem huvudteman var: Ökad förståelse, Behandling, inte bedömning, Individen och familjen i centrum, Återkopplingens betydelse för insatsens funktion och Påverkar behandlingsarbetet, men behöver förändras. Dessa teman representerar hur de remitterande behandlarna resonerat kring insatsens funktion och hur insatsen har påverkat det fortsatta behandlingsarbetet. Nedan presenteras och beskrivs dessa huvudteman med tillhörande subteman, och illustreras med valda citat.



Figur 2. Sammanställning av huvudteman och subteman.

Tema 1 – Ökad förståelse

Värdet av observationerna och återkopplingen från Terapikollo lyftes av många behandlare som ett viktigt syfte med själva insatsen. För en del behandlare var det just observationer i syfte att få en inblick i hur något utspelade sig, medan det för andra mer var en kartläggning av barnets eller föräldrarnas förmågor, för en del var det både och.

Subtema 1.1 – Behov av observationer

De som betonade vikten av observationer nämnde syftet att förstå varför och hur. Vikten av att se hur samspelet såg ut mellan förälder och barn betonades och även att få se hur barnet relaterade till andra barn. Observationer menades kunna vara viktiga för att få ihop bilden från mottagningen med barnets eller föräldrarnas/föräldrarnas beskrivna situation.

“...det som kan vara svårt att få information om är ju hur ett barn relaterar till andra barn... Även om jag skulle åka ut till skolan och göra en observation är jag med där i två timmar, en timme kanske”

Terapikollos perspektiv kunde också vara en pusselbit i lägen då till exempel information från föräldrar och skola var motsägelsefull, då utredningar visat olika resultat eller då barnet inte ville komma till BUP. Tanken kunde vara att det i en ny kontext och under en längre observation skulle framträda sådant som tidigare inte varit tydligt och som skulle kunna komma att bli viktiga bitar i en behandling eller bedömning. Att Terapikollo gav observationer dygnet runt var något som sågs som speciellt värdefullt. Det var också betydelsefullt att få andra professionellas perspektiv på barnet och familjen, speciellt då det fanns motstånd hos familjen att delta i arbetet på mottagningen.

“vi ville få in mer underlag att jobba med... flera ögon som såg vad som hände... inte bara föräldrarnas rapporter om vad som hände utan också kring vad som föregick det... att få liksom en miljöterapeutisk beskrivning av hur det ser ut, som en del i ett bedömnings syfte...”

Eftersom det var vanligt att remittera till Terapikollo när en behandlingskontakt redan hade pågått en längre tid uppgav vissa av behandlarna att behovet av observationer var lägre men ibland var syftet observationer även i det skedet. Terapikollo kunde även vara ett sätt att hålla kontakten och behålla en inblick i vad som pågick i familjernas liv då kontakten på BUP var pausad under sommaren. Eller ett sätt att få mer information om hur samspelet barn-förälder faktiskt såg ut i vardagen. Skillnaden mellan observation och kartläggning var inte alltid tydlig men de som talade mer om syftet med Terapikollo som kartläggande sökte att förstå vad ett barn eller förälder kunde. En del såg samspelet med andra barn som mest intressant medan andra betonade att samspelet mellan barn och föräldrarna var av högre intresse. En frågeställning kunde till exempel vara hur barnet lyckades att leka med andra barn, när den informationen inte fanns tillgänglig på annat sätt. Kartläggning kunde också innebära frågeställningar om vad som var föräldrarnas svårigheter och vad som var barnets svårigheter.

“Så det handlade både om att få en bredare bild av barnets agerande och svårigheter... för det var en pågående bedömning kring... ”vad är problematiken?” Som en slags diagnostisering... och också att vi undrade kring föräldrarnas förmåga och hur samspelet såg ut... vad är vad liksom... vad är pojkens egna svårigheter och vad är föräldrarnas tillkortakommanden...”

En relaterad frågeställning var vad som skulle hända ifall barnet eller föräldern fick tillgång till stöd, och hur detta skulle påverka funktionsnivån, för att se om problematiken kunde avhjälpas med rätt stöd och hållande. Och när utredningar visat olika resultat kunde observationerna från kollo vara viktigt för en bakomliggande differentialdiagnostisk. Terapikollo menades också ge information om hur funktionen var utanför hemmet.

“Adaptiv förmåga är verkligen något som föräldrar kanske inte alltid kan ange korrekt... de tycker allt går jättebra medan man själv kanske är tveksam... här [på kollo] blir det verkligen att hålla reda på sina saker, sköta sin hygien... alla de bitarna... det är massor med information...”

Alla dessa frågeställningar kunde hänga ihop med att försöka skapa en bedömning av lämplig fortsatt insats. Till exempel ifall BUP skulle fortsätta med samspelsbehandling, ifall barnet behövde anpassad skolgång, ifall det behövde institution eller ifall det var fruktsamt att arbeta med föräldern via interventioner i stunden.

Tillgången till observationer på BUP upplevdes som bristfällig av många behandlare. De nämnde att det på BUP i dagsläget saknas möjligheter att göra observationer i ett för barnet naturligt sammanhang, där man kan få en mer systemisk bild av barnet och en förståelse för fungerandet i vardagen. Flera möjligheter till observationer har försvunnit och som behandlare träffar man främst barnet på mottagningen där frekvensen av möten där kan vara låg. När det handlade om barn med svår problematik kunde det upplevas som svårt att få fatt i helhetsbilden då man bara träffade dem en timme i veckan. Skolobservationer nämndes som en möjlighet, men svåra att hinna med och genomföra. Förutom bristen på observationstillfällen nämndes även att vissa typer av observationer av barnet blir möjliga först i ett sammanhang där barnet är tryggt och litar på de vuxna runt omkring sig.

“... barnen måste ju känna ett förtroende och det var det som de fick tänker jag för de trivdes ju väldigt ofta på kollo... och kände att de kunde lita på de vuxna som var där... de hade ju lovat att de skulle vara tillgängliga och det var dom ju också... så det är ju såna saker som spelar roll...”

Att enbart förlita sig på föräldrars återgivning av situationer ansågs inte heller helt tillförlitligt eller rättvisande, då de beskrev situationer ur sitt perspektiv, men kanske hade svårare att återge sin del i dynamiken. Beroende på vilken patient det gällde, vilken mottagning och vilken typ av utredning kunde det finnas olika behov av ytterligare information. I långa ärenden fanns ofta väldigt mycket information från kartläggningar att tillgå, men även då kunde det behövas mer observationer, framför allt när svårigheterna var komplexa.

“för barn som vi utreder i neuropsykiatriska utredningar så saknas inte det [observationer]... inte för att det inte är värdefullt men det är inte så det ser ut idag och där finns inte den tiden... där ska det vara väldigt snabbt... men för barn där svårigheterna är mer komplexa... där det kanske funnits trauma... och det har varit belastade sociala familjerelationer... att de inte har nätverk... för det tror jag att det saknas, där finns det inte just nu... och det skulle vara värdefullt att få sånt... de barnen har vi fortfarande här på BUP och det tycker jag vi ska ha men det tar ju över väldigt mycket, neuropsykiatriska utredningar...”

Några av de intervjuade behandlarna var nöjda med de möjligheter till observation och bedömning som fanns tillgängliga såsom egna bedömningar av barnen på mottagningen, observationer gjorda av mellanvården eller kliniska verktyg såsom MIM (Marschak Interaction Method). Men enligt flera behandlare motsvaras den informationsinsamlade delen av Terapikollo inte av ett existerande alternativ. De ansåg att det var svårt att få liknande information på ett annat sätt, även om mellanvården ansågs ha en liknande och till viss del kompletterande funktion.

“...det finns ingenting annat, det finns ingen motsvarighet på något sätt som kan ge den informationen som Terapikolonier kan ge... det går inte att inhämta den informationen på något annat sätt... om inte socialtjänsten då möjligtvis har varit inne i familjen och varit hemma hos familjen mycket... vilket inte socialtjänsten gör särskilt ofta... Även mellanvården på BUP åker ju hem till familjer... men de åker heller inte hem till familjer särskilt länge och där är det också samtal ofta”

Terapikollo kunde ses som en för stor insats bara för att användas till bedömning, sett utifrån perspektivet att omfattningen på insatsen bör motsvaras av dess nytta. Samtidigt jämfördes den typen av information som Terapikollo kunde ge med information som förr kunde fås från en planerad inläggning av hela familjen på behandlingshem. En stor insats i sig som ej längre verkade tillgänglig enligt de intervjuade behandlarna. Inläggning av barnet på klinik togs upp som ett alternativ för observation och informationsinhämtning, men bedömdes ha svagheten att inte ge insyn i samspelet i familjen och att det endast användes i synnerligen allvarliga ärenden. Insatser av mellanvården beskrevs ha fördelen att hela familjen var närvarande och observerades hemma i vardagen, men nackdelen att observationerna inte skedde under hela dygnet eller under en längre sammanhängande tid som på Terapikollo.

“på mellanvården görs sådana bedömningar i hemmet när man inte kan förstå vad som händer i öppenvården, eller då barnet inte vill komma... men det är klart att det skulle vara väldigt användbart att kunna göra det över dygnet... och helst med syskon och hela familjen...”

Subtema 1.2 - Ett brett perspektiv kring helhet och normalutveckling

Något som kollo menades tillföra var ett helhetsperspektiv. En del i detta var att insatsen pågick i flera dagar i sträck och att man på så vis fick se barnet i en större kontext. Föräldrabarnkollo ansågs av flera av behandlarna som mest relevant av den anledningen, och vissa behandlare hade enbart remitterat dit och aldrig till barn- och ungdomsgrupperna. Det lyftes fram som viktigt att kollo kunde få syn både styrkor och svagheter och koppla samman det till en helhet, exempelvis kunde observationer av ett barns rädslor på kvällstid bidra till en större förståelse för varför andra situationer på dagtid blev problematiska. Att vara inriktad på att utveckla det friska och normala i barnet jämfördes med ett mer diagnosinriktat och manualiserat arbetssätt baserat på processkartor. Ingen behandlare uttryckte sig negativt om diagnostisering och manualiserade arbetssätt i sig, men flera menade att det behövde kompletteras med ytterligare perspektiv.

“Det här är ju att man ser det normala i barnet och får hjälp att utveckla det... och det är unikt och passar ganska dåligt in i det som är BUP idag... där det går mycket mot processkartor, manualbaserade metoder för olika diagnosgrupper...att man tappar helhetsbilden... att ett manualiserat arbetssätt kan vara begränsande och bland annat missa viktiga perspektiv på familjedynamiken.”

Förståelse från observationer jämfördes med information från mer formaliserade arbetssätt som föräldrars skattningar, självskattningar och test. Alla menades vara olika bitar av en bra bedömning men ofta bristfälliga om de användes fristående utan komplement. Processkartor och manualiserade test kunde peka på rätt diagnosgrupp men för att förstå hur man sedan skulle gå tillväga krävdes en klinisk bedömning av en professionell behandlare som vägde samman olika bitar. En behandlare beskrev arbetet på BUP som individinriktat, och att det var viktigt att även väga in hur familjen påverkar. Att personalen på Terapikollo såg bortom barnets diagnos och istället fokuserade på hela den sammantagna problematiken ur ett normalutvecklingsperspektiv beskrevs som något viktigt.

“jag har inte svårt att tänka att barn är mer än sina diagnoser... det tycker inte jag är så komplicerat... [...] men jag tycker att kollo har varit bra för barn som vill ha kompisar och som behöver mycket vuxenhjälp med det... och som behöver klara att vara ifrån sina föräldrar kanske... det finns liksom mer normalutvecklingsspår i det... vad man behöver för att må bättre... och det är sunt tycker jag... ja, det tycker jag är bra med kollo...”

Subtema 1.3 - Förtydligande av problematik

De som hade haft en positiv erfarenhet av återkopplingen beskrev den som av hög kvalitet och att den tillförde något till behandlingen. Barnens problematik kunde få ett förtydligande av konkreta beteendexempel. Informationen var inte nödvändigtvis helt ny men kunde ändå

ge en illustration eller kunde kanske stärka den bild behandlarna hade sedan innan. Genom att ha frågat och visat nyfikenhet kunde kollobehandlarna också återkoppla en mer ingående och detaljerad förståelse för situationer och beteenden. Kollo kunde också ge information om missförhållanden i hemmiljön som annars hade varit svårt att sätta fingret på.

“saker som jag inte haft en tanke på, eller aning om... som att ibland att man visste att något inte stämmer med en ungdom men man kan inte sätta fingret på det eller hur man än gör få fram det... och så helt plötsligt efter vistelsen på kollo så kommer det fram som att ”hen betar sig väldigt konstigt i de här situationerna, vad kan det här vara för någonting?” ... då kunde man ju gå vidare därifrån och reda ut...”

Ett barns eller en ungdoms kompetens kunde träda fram på kollo på ett överraskande vis. Det kunde bli tydligt att patienten kunde klara mer utanför sitt vardagliga sammanhang och insatsen kunde belysa positiva aspekter som annars sällan fick tillfälle att uttryckas. Detta kunde ge tecken på vad som var möjligt att uppnå ifall barnet eller ungdomen fick vistas i rätt sammanhang och med rätt sorts stöd.

Föräldrarnas svårigheter kunde komma att framträda tydligare. Behandlarna beskrev hur föräldrarnas beteende och reaktioner i förhållande till insatsen gav viktiga signaler om deras känslotillstånd och förmåga. Insatsen kunde berika behandlarnas bild av föräldern genom att till exempel visa vilka situationer som föräldern kämpade med. Det kunde vara vilka känslor som föräldern kunde ha svårt med i sitt barn, hur pass utmattad föräldern var eller ifall det ens var möjligt att arbeta med föräldern utifrån hjälp på plats eller genom att testa en överenskommen strategi. För många föräldrar var kollo en utmanande insats och de svårigheter som visade sig inför insatsen kunde vara viktiga för att förstå mer om familjen. Att det var svårt att komma iväg var till exempel betydelsefull information likväl som varför någon hoppade av strax innan insatsen.

Tema 2 - Behandling, inte bedömning

Av en del behandlare sågs kollo mer som behandling med fokus på interventioner och positiva erfarenheter under vistelsen snarare än en insats för observationer och kartläggning. Flera såg ändå den bedömande potentialen i kollo men hade inte använt insatsen på det sättet eller sett observation och kartläggning som mer sekundära syften.

“... man skickar ju inte iväg en familj på Terapikollo med syftet att ”nu ska vi se hur era svårigheter ser ut”... utan i första hand handlar det ju om, för min del i alla fall, att det ska bidra med en bra erfarenhet”

Subtema 2.1 - Interventioner i stunden

Vissa behandlare såg Terapikollo som en behandlingsinsats med fokus på interventioner. Ibland fanns inte ett behov av att förstå mer eftersom behandlarna remitterade till Terapikollo efter det att familjens behov hade förståtts. Flera beskriver hur de har skickat till kollo då patienterna varit mitt uppe i insatser eller då många insatser redan var klara, att kollo var ett naturligt nästa steg. Insatsen kunde också komma i en tid då det kändes som att behandlingen stod i stå eller då många testade insatser inte upplevdes ha hjälpt.

“...det kräver att man tänker till kring vilka av ens patienter det skulle gagna... för de där behandlingen kanske är låst... så Terapikollo kanske kan vara väldigt användbart på det sättet för att få till en rörelse...”

Den konkreta möjligheten att intervensera och coacha i stunden när något händer ansågs saknas på BUP men att Terapikollo kunde erbjuda det. Att kollo erbjöd denna möjlighet gjorde insatsen till ett bra komplement till andra behandlingar. Att öva och implementera ansågs vara svårt att få tid till på BUP. Interventioner i hemmiljö genom mellanvården sågs

som en annan möjlighet och några intervjuade behandlare var nöjda med mellanvården som alternativ.

“det är ju korta besök... man sitter och pratar en stund... och även om vi försöker prata med ungdomarna själva så är det ju ofta så att föräldrarna är med eller sitter i väntrummet... så har man dubbel timme att prata men inte så mycket möjlighet att öva på saker till exempel... men på kollo så hade de ju möjligheten...”

“...jag har jobbat på behandlingshem tidigare och har som BUP:are saknat möjligheten att intervensera i.... att istället för att prata om när man äter så äter man tillsammans med familjen liksom och så jobbar man med det... så att det kan jag ju tänka att det [Terapikollo] överlag är ett väldigt bra ställe för interventioner...”

Subtema 2.2 - Förbättrade relationer

Att förbättra relationer var ett vanligt förekommande uppdrag för insatsen. Många gånger var en tanke med föräldra-barn-kollo att perioden skulle ge förutsättningar för att skapa goda relationella erfarenheter tillsammans och därmed i förlängningen en bättre relation och mindre konflikter. Samspelet med föräldrarna var viktigt för de yngre barnen medan det för de äldre barnen och ungdomarna handlade mer om att träffa andra barn, känna sig kompetent och lära sig skapa relationer med andra.

“... och jag tänkte just att det ytterligare skulle förbättra deras relation... att få ha såna erfarenheter tillsammans... att vara med andra familjer... för det var ju andra ensamstående mammor till exempel... att kunna få dela erfarenheter med dem ute i en fin miljö och också få stöd och hjälp av behandlarna där...”

“Läkande är just det, tänker jag, att ungdomen får uppleva att ”jag har haft det bra, andra gillar mig... jag har känt mig glad, vi har haft roligt”... och det kanske just är motsatsen från det som man har med sig sen tidigare”

En aspekt av det relationsbyggande syftet var att föräldrar skulle få kontakt med andra föräldrar med liknande livssituation. Men också att ge möjlighet för isolerade familjer att bygga nätverk med andra familjer, bli mer integrerade i samhället och bli mindre ensamma.

“hon fick semester för första gången på många år... och tillsammans med sitt barn den här erfarenheten av att få vara ute i skärgården, slappna av och känna sig trygg, och att få träffa andra vuxna, vuxensamtal, vuxenprat...”

Subtema 2.3 - Anpassad miljö som ger nya positiva erfarenheter

Ospecifikt uppdrag men i syfte att främja normalutveckling

Ett perspektiv angående uppdraget till kollo var att förstärka “normalutvecklingen”. Detta verkade på många sätt inkludera relationella uppdrag men var mer övergripande, fritt och betonande av att främja den egna viljan att utvecklas. Det kunde bland annat betyda att skapa förutsättningar för barnen att få uppleva det som är mer allmängiltigt viktigt under barndomen och att därigenom bygga självförtroende och självkänsla, exempelvis genom att få uppleva att man klarade mer än man trodde. Istället för att fokusera på vad som var problematiskt, se vad som fungerade och vad de kunde.

“...jag tycker att kollo har varit för barn som vill ha kompisar och som behöver mycket vuxenhjälp med det... och som behöver klara att vara ifrån sina föräldrar kanske... det finns liksom mer normalutvecklingsspår i det”

Terapikollo sågs på det sättet mer syftande till att ta sig an problem ur ett salutogent perspektiv med mål som skapats tillsammans med barn och föräldrar än som en del av en diagnoscentrerad vård. Ur detta perspektiv var vistelsen på sätt och vis mer sommarkollo än behandling.

“det var ju mer möjligheten till ett roligt läger för de här barnen som har så svårt att fungera... så det var ju mer kolonibetoningen, vara på en sommarkoloni, och inte betoning på behandling...”

Den strukturerade miljön sågs också som ett tillfälle att slippa behöva prestera lika mycket som i andra krävande situationer, och i denna kontext fanns också en möjlighet att eventuellt testa att lära känna sig själv och sitt barn utan att medicinering, och uppleva att det också kunde gå bra utan medicinen.

“... det är ju inga skolsituationer... de ska inte sitta stilla och koncentrera sig utan de ska liksom leka och de får gärna vara impulsiva och lite småstökiga... det gör inte lika mycket då om man är hyperaktiv... så det är också viktigt att lära känna sitt barn omedicinerat och att uppleva att det kan gå bra...”

I denna “uppdragslöshet” fanns samtidigt ofta en förväntan på att insatsen skulle utmana barnen, även om vissa samtidigt betonade att hur väl barnet lyckades med att ta till sig från Terapikollo också berodde på barnets förutsättningar.

“det ska ju inte vara så att barnet bara ska åka dit och leka... utan det ska ju vara en behandlingsinsats [...] jag formulerade som jag minns det ganska specifika uppdrag där jag kunde skriva att jag önskade att barnet får ökad självkänedom, hjälp att benämna känslor, hjälp att få upp självförtroende i relation till jämnåriga barn”

En trygg och vacker miljö med hög vuxentäthet

Behandlarnas uppfattning om vad som var det specifika med just denna insats var bland annat att Terapikolonier karaktäriserades av det terapeutiska i en trygg och anpassad miljö med hög vuxentäthet. Insatsen sågs som en bra plats för att få konkret hjälp i stunden. Flera behandlare beskrev det verkningsfulla i hur kompetent personal kunde observera och kommentera beteenden och interaktioner.

“...det är ju ofta där problem uppstår... hur man säger nej till barnet, hur man lägger barnet... det är svårt att arbeta med bara i samtal utan man måste göra det på plats med rollmodeller... så det är en väldigt bra behandlande insats...”

Att gården var vacker och bjöd på spännande aktiviteter och omgivningar var också något som flera behandlare nämnde som en viktig komponent för behandlingen, att miljön fick barnen och familjerna att känna sig trygga, välkomna och omhändertagna, vilket kunde ge en god grund för att kunna jobba med och prata om sådant som är svårt.

“kollo kommer med så mycket gratis jämfört med skola och andra aktiviteter därför att det är huset, naturen, maten.... Man har väldigt mycket som man kan bjuda på... som gör att barnen känner sig välkomna och omhändertagna vilket jag tror är grunden för att man ska kunna jobba med det som är svårt...”

Positiva erfarenheter och anpassade sociala sammanhang för barnen

I den trygga miljön fanns rum och kontext att få uppleva positiva sociala interaktioner. Dels genom att erbjudas en mer individuellt anpassad nivå och struktur på umgänge, men också genom att barnen fick träffa andra barn som också gick på BUP med liknande erfarenheter och kunde hitta samhörighet och normaliserande i det, och känna att ”det är inte bara jag som har dessa svårigheter”. Tillsammans kunde de sätta ord på vilka problem deras diagnoser innebar och de kunde få känna igen sig i andra barns upplevelser och andra barns relation till sina föräldrar.

“Att det här blir ett sätt där det blir lite mer normalt, lite mer... inte bara att ADHD innebär att man behöver scheman, medicin utan snarare ”hur blir det med kompisar då? Vad kan bli svårt där? Jag är lite snabb...” att man kan få hjälp med översättning in i vardagen...”

Relationerna mellan barnen menades fungera så bra delvis eftersom barnen fick umgås intensivt i lagom stora grupper i en ny kontext. I skolan med stora grupper och med de krav som finns där kunde vissa barn inte klara av kamratrelationerna men i den anpassade miljön på kollo fick de erfarenhet av att lyckas. De fick också chansen att träffa trygga vuxna som fanns där för dem vilket hjälpte dem att bygga vuxentillit. Personalen hjälpte inte bara till med att lyckas interpersonellt utan också med att sätta ord på det som kändes svårt på insidan.

“och så hade de ju möjligheten att [...] ha en vuxen att prata med ifall de behövde det [...] så då blir det kanske lättare att lita på andra vuxna tänker jag...”

Positiva upplevelser kunde öppna upp och skapa hopp

Att insatsens behandlande funktion i sig gjorde gott för ungdomarnas mående påverkade sedan ofta möjligheterna för arbetet på BUP positivt. De positiva upplevelserna kunde öppna upp och skapa hopp hos ungdomen.

“Ja, det gör det... då kan det verkligen vara en skjuts liksom... kanske hos deprimerade eller väldigt isolerade personer... att det liksom öppnas lite mer... de vågar lite mer, hoppas lite mer och försöker lite mer...”

Behandlarna beskrev barn och ungdomar som upptäckt glädjande och stärkande sidor av livet och inuti sig själva, barn som kunde vara stolta över vad de hade klarat av. Positiva upplevelser och sociala erfarenheter som skilde sig åt från en mer kämpig vardag kunde leda till nya öppningar både i livet utanför BUP och i behandlingen.

“...ökat självförtroende skulle jag säga, hos barnen... det tycker jag var tydligt... det kanske var en bättre förståelse men att de också fick testa sina fysiska resurser gjorde att de fick känna att de kunde... och det påverkade absolut...”

Ökat socialt självförtroende påverkade livet utanför BUP

Behandlarna beskrev att den förändring som insatsen var delaktig i också gick att iaktta i barnens och ungdomarnas liv utanför mottagningen. Till exempel att ett ökat socialt självförtroende ledde till ett rikare socialt liv. Att barnen fick upplevelsen av att kunna klara sig själva kunde leda till stora förändringar i vardagen. Förändringar som annars kanske skulle ha tagit lång tid att ta sig fram till på BUP.

“det som jag nyss beskrev hade säkert tagit två år att jobba till på mottagningen när man kommer dit en gång i månaden, eller varannan... att lära dem, på vilket sätt man nu skulle göra det, lära sig åka själva i kollektivtrafiken... det är svårt att behandla på en mottagning...”

En utmanande eller negativ upplevelse kunde ändå i slutändan upplevas positiv

Alla som kom hem från kollo hade inte en positiv upplevelse längst fram i minnet men många av dem kunde ändå se det som en givande insats. En behandlare menade att de flesta av de barn som hade tyckt det varit jobbigt på kollo ändå ville åka dit igen nästa år. Ibland innebar kollo stora utmaningar för barnen, som kunde bli utmattade men också stolta över vad de hade lärt sig och vad de hade klarat av.

“jag tycker att alla har fått något positivt med sig... jag vet ingen som sagt till mig efteråt ”varför skickade du mig dit?” eller ”det var ingenting för mig...” de har ändå efteråt kunnat säga att ”även fast jag inte tyckte att det var så bra just då så var det lite bra i alla fall” ... och föräldrarna har nog också alltid varit positiva, och även de barnen som fått avbryta... efteråt...”

En av behandlarna beskrev det som att det i värsta fall kunde bli en meningslös intervention, när barnet inte hade en lyckad upplevelse av kollo, men att det inte gjorde någon större skada.

Men för vissa ungdomar blev det dock ytterligare ett misslyckande när det inte fungerade på kollo och de kanske var tvungna att avbryta och åka hem, då blev det mest negativa upplevelser som de kom hem med.

“Ja... det kan ju bli hur som helst... det var inte mitt ärende men jag minns ett där de inte kunde hantera situationen och ungdomen fick åka hem... där blev det ju precis tvärtom... det blev ytterligare ett misslyckande... så väldigt varierande... jag kan ju säga att det inte är något säkert kort så...”

Avlastning och miljöombyte

Kollo kunde ha ett avlastande syfte med intentionen att lugna ner familjesystemet och minska konflikter. Avlastningen kunde också tänkas bestå av att familjer från en påfrestad psykosocial tillvaro (psykiatrisk problematik, tillvaro utan medel) fick möjligheten att göra en meningsfull aktivitet tillsammans under sommaren, en tid då många saknar tillgång till lämpliga insatser.

“När man säger adjö inför sommaren så vet man ju att vissa familjer kommer att ha det förjävligt... de kan inte åka någonstans, ungen kommer inte kunna klara av några vanliga läger... och familjen har problematisk dynamik, de kan inte komma iväg på några resor... så att det är ju jättebelastade situationer... och det känns ju väldigt fint att kunna erbjuda någonting som kanske kan vara vackert och bra under den här perioden...”

Några såg insatsen som habiliterande snarare än psykologiskt behandlande, även om den riktade sig till ungdomar med mer psykiatrisk problematik. Det kunde ses som en LSS-insats för de som inte var berättigade stöd enligt praxis av LSS, exempelvis då det rörde sig om självskadande, suicidalitet, utagerande, men inte någon av diagnoserna som berättigar till insatser via LSS.

Subtema 2.4 - Föräldrarna fick hjälp att få nya perspektiv

Trots att insatsen var till för barnen i första hand beskrev flera av behandlarna också vad insatsen gjorde för föräldrarna. Föräldrarna fick hjälp att interagera med barnet genom att kollobehandlarna tolkade och stöttade. Att personalen var med och såg händelseförloppet ansågs också göra det lättare för föräldrarna att ta till sig av hjälpen. Föräldern kunde med hjälp av kollobehandlarna och strukturen få lättare att visa sig själva i en positiv kontext inför sina barn.

“föräldrarna kan bli bekräftade... att barnen känner att trots att min mamma eller pappa har de här svårigheterna tycker ändå personalen om dem... det kan också vara något värdefullt... att man plockar fram mammas eller pappas goda sidor...”

Stödet som gavs var ibland inte bara lösningsfokuserad hjälp utan också att personalens olika perspektiv på barnet gav djupare insikter i problematiken som i sig var förändrande för föräldrarnas förhållningssätt.

“och de blir inte bara förstådda utan de får insikt själva... i olika nyanser av problematiken i stunden och så... att någon annan håller i deras barn och beskriver dem med både resurser och svårigheter, att de länkar helheten i ett barn [...] de ser liksom inte bara resurser utan också svårigheterna... det länkas liksom ihop... så... det är väl det som jag tänker är verksamt...”

På föräldra-barnkollo kunde föräldrarna, precis som barnen, använda sig av varandra. Både genom att dela erfarenheter och genom att få perspektiv på sina egen situation till följd av att se andra föräldrar med liknande problem. En behandlare påpekade dock att relationer inom föräldragruppen också kunde bli problematiska och att det inte fanns lika mycket tid att ta sig igenom gruppprocesser hos de vuxna då dessa kolloperioder är kortare, och att det även varit svårare för kollopersonalen att hantera det som hände emellan föräldrarna.

Att föräldrarna fick se nya sidor av sitt barn kunde förbättra samspelet i familjen och påverkade behandlingen positivt. En effekt av insatsen som flera av behandlarna tog upp var att insatsen gav nya insikter och mer förståelse hos föräldrarna. Konkreta exempel och insikter från Terapikollo kunde göra det lättare för föräldrar att förstå sina barns problematik vilket sedan påverkade det fortsatta behandlingsarbetet efteråt. Förändringar hos föräldrarna som nämndes av behandlarna var bland annat ökad mentaliseringsförmåga, nya föräldrastrategier och ökad förståelse för barnet, men också en känsla av att bli stärkta och känna sig mer kompetenta som föräldrar.

”insikten som föräldrarna fick var det som ledde till en förändring i arbetet här på BUP...”

”framför allt den här känslan av kompetens... utrymme att känna sig mer kompetent som förälder...”

Att se positiva sidor av sina barn och dela positiva erfarenheter var viktigt för föräldrarna i många fall. För vissa kunde det vara en ny upplevelse att se sitt barn i ett fungerande sammanhang, vilket kunde ge en känsla av att förändring är möjlig.

“Jag tänker att om man tänker på det här med föräldrar som ser sina barn på ett nytt sätt så tänker jag att det påverkar behandlingen, att det öppnar det upp [...] alla erfarenheter av att se och förstå sitt barn, att också se sitt barns positiva sidor och inte bara konflikter, av goda i behandlingen... så är det ju... för man behöver ju väcka föräldrarnas... den känslan hos föräldern för att de ska orka...”

Tema 3 - Individen och familjen i centrum

För att insatsen skulle vara aktuell var det viktigt att ta hänsyn till både hur behandlingen och behandlingsrelationen på BUP fortgick.

Subtema 3.1 - Det individuella perspektivet viktigare än diagnos

Barn som behövde stöd för att hitta kamrater var den vanligaste beskrivningen för de som remitterades till barn- eller ungdomskollo. För föräldra-barn-kollo nämndes främst konflikter kring vardagssituationer i hemmet. Diagnostiskt specifika kriterier för vilka barn och familjer som kollo ansågs som lämpligt för diskuterades knappt, snarare tvärtom.

“Kollo är ju ett komplement för barn som har de här svårigheterna, men som också har det här andra som blir svårt... det är ju inte alla barn med ADHD som behöver åka på Terapikollo utan det är ju vissa...”

Vissa behandlare var specifika i sin beskrivning av barnen, att insatsen var lämplig för barn som ansetts trotsiga, barn med många negativa spiraler runt sig, eller barn som inte varit så villiga att komma till BUP. Andra behandlare hade en mer ospecificerad inställning till urvalet för kollo.

“...jag tycker egentligen att alla barn skulle ha behov av den typen av verksamhet, i alla fall de som har diagnoser... det är ju både att föräldrarna behöver lite fritid på sommaren och barnet behöver lära sig att klara sig själv utan att mamma och pappa är där hela tiden och hjälper till...”

Om barnet hade för stora svårigheter ansågs inte Terapikollo som en lämplig insats då en stor del av insatsens inverkan avgjordes av hur barnet och föräldern kunde ta till sig hjälpen. En övre funktionell gräns för insatsens lämplighet kunde tänkas finnas ifall barnet kunde arbeta i samtal.

“...det är ju främst nya erfarenheter... och så kopplar man förståelsen och insikten till dom... men jag tänker att det är via erfarenheterna... det är det som gör kollo unikt... Jag tänker att ifall man kan jobba med samtal så behöver man inte åka på kollo...”

Subtema 3.2 – Förbereda och förankra syftet hos familjen

För att känna sig trygga inför insatsen behövde många föräldrar konkreta och tydliga förberedelser. Det kunde krävas mycket jobb med familjerna för att de skulle fixa att åka iväg, och av denna anledning efterfrågades och uppskattades att informationen om sommarens kollon kom tidigt på våren. Vissa barn behövde motiveras inför att åka iväg, och föräldrar som kände att deras barn inte skulle klara av att vara borta så länge på egen hand behövde också stöd kring detta. Ibland krävdes flexibla och individuella lösningar för att familjerna skulle klara av insatsen. Att remittera till Terapikollo tidigt i behandlingskontakten var något som många såg som en dålig idé då det krävdes mycket jobb innan. De som tyckte att det skulle kunna ha varit användbart att skicka tidigt påtalade samtidigt också svårigheter med att göra så vilka kanske vägde tyngre. Förarbetet i en trygg arbetsallians där föräldrar och barn känner sig trygga var en faktor som betonades för att det ska bli en lyckad och genomförbar insats. Inkluderat i vikten av förarbete fanns skäl som att det behövdes tid för att etablera ett gemensamt uppdrag.

” någon gång kanske jag föreslagit det ganska tidigt och då har inte föräldrarna riktigt nappat... [...] man behöver känna sig trygg med att ”det här kommer bli bra för mitt barn...” Så min tanke är att ifall det är för tidigt i kontakten så kanske det inte funkar...”

Många nämnde vikten av ett noggrant förarbete inför insatsen, präglad av struktur och tydlighet. Det kunde bland annat betyda en god kommunikation med familjen där de fått information om vad syftet med insatsen var, vad som förväntades av dem och att de känt att de fått tillfredsställande svar på eventuella frågor. I många ärenden var upplevelsen att syfte och mål tagits fram tillsammans med familjerna och att man haft givande möten med familj och kollopersonal. Förberedelsen tog en hel del tid i anspråk vilket kunde vara svårt att hinna med för BUP-behandlarna, men det upplevdes som väl investerad tid i efterhand.

“man skriver, berättar och formaliserar mål, uppdrag och syfte... det här hade vi ju formulerat tillsammans med föräldern och också haft de här mötena med personal från Terapikollo... så det tyckte jag var väldigt väl förankrat”

En del av förarbetet syftade till att kollopersonalen skulle få en god förståelse för barnens och familjernas bakgrund så att de skulle kunna relatera till det i arbetet på kollo. Det kunde vara barnens förmågor och förväntningar på perioden så väl som sådant att vara uppmärksam på i observerande syfte, exempelvis bakomliggande traumaerfarenheter eller annat som ansågs som viktigt för kollopersonalen att känna till. De flesta behandlarna upplevde att samstämmigheten och kommunikationen mellan kollo och BUP gällande syftet med insatsen var god. Dock var inte syftet alltid lika väl förankrat hos familjen. Flera av behandlarna återgav ärenden där det blivit så att syftet med vistelsen inte hade förankrats hos familjen på ett tillräckligt tydligt sätt, där de inte hade förstått vad som skulle hända eller varför. Detta kunde leda till att insatsen inte blev användbar för behandlingen eller att det blev en negativ upplevelse för familjen eller barnet. Speciellt gällde detta för vissa familjer där BUP och föräldrarna inte hade en helt överensstämmande bild av familjens problematik.

”... men när det är så då blir det inte så användbart... det kan ju vara värdefullt för barnen att ha det bra på kollo, det är ju något annat... men det blir inte så användbart för behandlingen...”

Subtema 3.3 – Insatsen påverkade allians och behandlingsrelation

En lyckad insats kunde leda till en stärkt arbetsallians med BUP-behandlaren. Det kunde beskrivas som att familjen kände att det var en satsning på dem att de fick chansen att åka iväg på kollo. Eller att de kopplade den positiva upplevelsen som de haft på kollo till

behandlaren som skickat dit dem. En förälder beskrev det för sin behandlare som att BUP genom att skicka dem till Terapikollo visste mer om vad familjen behövde än vad de själva visste, vilket efteråt stärkte deras tilltro till behandlingen på BUP och stärkte alliansen med behandlaren. Ifall insatsen hade varit en positiv upplevelse så kunde det också leda till att familjens öppenhet inför nya behandlingsförslag kunde öka. En annan effekt av insatsen kunde ibland vara en ökad motivation för förändringsarbete och att komma till BUP på sina bokade tider.

“Ja, men det tycker jag... att motivationen till att göra ett förändringsarbete ökar... att man ser att ”det här kan faktiskt hjälpa”... att man då blir mer beredd att satsa lite mer eller komma på tiderna...”

I de fall när familjerna inte hade haft en positiv upplevelse på kollo, eller inte förstått syftet med insatsen, kunde det ge en känsla av att behandlaren skickat iväg dem på något som inte var bra för dem, vilket kunde leda till ett alliansbrott. Eller när återkopplingen efter kollo inte landat på ett bra sätt hos familjen kunde det krävas arbete för att reparera alliansen.

“jag fick försöka rädda vår allians lite grand genom att försöka omformulera och tolka vad de egentligen hade varit med om... för att få henne att förstå det terapeutiska innehållet... och det blev inte så bra...”

Tema 4 - Återkopplingens betydelse för insatsens funktion

Efter insatsen gavs i regel en muntlig och en skriftlig återkoppling, som tycks ha fyllt lite olika funktioner. Den muntliga upplevdes som mer personlig och av vissa behandlare beskrevs den som väldigt betydelsefull för familjerna. Den blev som ett avslut med kollopersonalen och kunde innehålla mycket feedback där barnets eller familjens styrkor lyftes fram. Den skriftliga återkopplingen gav en tydligare beskrivning av vad som skett under insatsen. Det varierade hur föräldrarna tog till sig av återkopplingen, för de flesta blev det en positiv upplevelse men för andra var det svårare att ta till sig återkopplingen.

”har man återkoppling med familjen så blir det mer personligt... de har ju haft en kontakt med behandlarna [...] det skriftliga är ju mer en beskrivning... där blir det mer en beskrivning av situationer och kanske framför allt utvecklingen... hur processen har sett ut... som att ”här är det vi har tänkt på”... så att de har ju olika syften på det sättet, att det muntliga blir ett bra avslut med personalen och pappren blir mer utifrån processen och vad man sett hos barnet och familjen... tankar om de utmaningar som finns kvar...”

Subtema 4.1 - Kollopersonalens förmåga att göra bedömningar

En viktig del i uppdragets utväxling ansågs vara kollopersonalens kompetens och inställning, bland annat att de skulle kunna ta sig an den problematik som låg i uppdraget, men också som en betydande faktor som påverkade kvalitén på återkopplingarna. Personalen beskrevs ofta som professionell, duktig på att få bra kontakt med svåra familjer och bra på att möta barn med komplex problematik. En behandlare gjorde en jämförelse med LSS-kollo och ansåg att personalen på Terapikollo var mer kvalificerade.

“Terapikolonier var ju psykologer och psykiatrisk personal så de hade väl mycket högre kompetens än ett LSS-kollo där det kan vara skolungdomar och studenter... det är mitt intryck...”

Upplevelsen fanns att personalen på föräldra-barnkollo hade högre kompetens och mer erfarenhet än personalen i de renodlade barn- och ungdomsgrupperna. Ännu mer barnpsykiatrisk kompetens hos personalen kunde dock efterfrågas även inom föräldra-barnkollo. En intervjuad behandlare hade uppfattat det som att kollopersonalens kompetens framför allt var inom familjeterapi, miljöterapi och samtalsterapi med vuxna, men saknat det barnpsykiatriska perspektivet som hade krävts för att uttala sig om barnets problematik.

“... på båda föräldrakollona har det varit hög kompetens på behandlarna... alla behandlarna på pappa-barnkollo var ju psykoterapeuter... psykologer men också vidareutbildade... medan på barnkollo att det kanske är någon lärare som jobbar, yngre personal eller så... det är kanske en skillnad...”

Kollopersalens varierande grundprofessioner och utbildningsbakgrund togs upp som en faktor som kunde påverka återkopplingarnas kvalitet. Vissa upplevde att återkopplingarna från föräldra-barnkollo var bättre än de från barn-/ungdomskollo. En av behandlarna trodde att i de fall när kollopersalen själva arbetade på BUP eller var psykologer så skrev de bättre återkopplingar. En annan aspekt som framfördes var att de behandlare som själv hade erfarenhet av att arbeta på kollo kunde få ut mer av återkopplingarna.

“I och med att jag också har jobbat på Terapikollo och är ganska väl insatt i vad det är så har jag också på återgivningarna kunnat fråga: ”jag vet ju att ni ofta är nere vid badet och vad har hänt då när hen har gjort det här liksom?” Jag har liksom kunnat ställa de frågorna och pressat ur personalen på svar...”

Subtema 4.2 - Återkoppling med bedömning och problemfokus saknades

Vissa av de intervjuade behandlarna ansåg att återkopplingen var bristfällig eller intetsägande, de hade önskat använda sig av återkopplingen som underlag till den fortsatta behandlingen men upplevde att den inte höll måttet. Detta upplevdes ibland som frustrerande då man sett att familjen varit nöjd med insatsen och att mycket hade skett som man gärna hade använt sig av i det följande arbetet med familjen om det hade blivit uttalat i återkopplingen.

“Ingenting, det har inte använts på något sätt... det har inte ens benämnts i de ärendena... För jag på BUP kan ju då inte prata med föräldern om något som inte har sagts... och det är en frustration eftersom jag vet hur mycket man ser, tänker och förstår när man är på kollo...”

Några behandlare beskrev mer specifikt att återkopplingen inte alltid höll en tillräckligt hög barnpsykiatrisk nivå och att de saknade bedömningsaspekten i de skriftliga redogörelserna. Den kunde vara för kortfattad och för generell, och man efterfrågade mer beskrivningar av interaktioner och mer analys. Någon beskrev återkopplingen som en rapport över incidenter, men utan analys av incidenterna. De frågeställningar som behandlarna hade önskat få besvarade blev inte alltid det. Ibland upplevdes återkopplingen mer som berättelser om vad som hänt under kolloperioden och matchade inte behandlarnas förväntningar på dygnet-runt-observationer.

“... alltså vi hade ju barnpsykiatriska frågeställningar... så vad man gjorde för aktiviteter och vad man lagade för mat var inte det vi var intresserade av... vi ville veta... vi ville ha ett barnpsykiatriskt öga på det... och det perspektivet vet jag att vi tyckte inte var tillräckligt mycket av...”

Att de skriftliga sammanfattningarna faktiskt innehöll något slags svar på frågeställningen som getts inför insatsen menades vara viktigt för dess användbarhet i det fortsatta behandlingsarbetet. Dock nämndes också att man ibland inte hade formulerat uppdraget med önskan om svar på tydliga frågeställningar, och då blev återkopplingen också en reflektion av detta.

“Terapikollo vill att jag har en frågeställning, de vill att det ska vara en del av min behandling på BUP... men sen besvarar de inget av frågeställningen eller det som de har sett av behandlingen i den skriftliga sammanfattningen... då är det ganska värdelöst [...] jag har haft många dåliga återkopplingar efteråt men merparten av de skriftliga sammanfattningarna har varit värdelösa... för de beskriver vad barnet har gjort, inte någon bedömning...”

“man hade kanske kunnat tänka sig något ännu tydligare uppdrag, ifall jag hade någon fråga så hade återkopplingen varit annorlunda... som de hade återkommit till mig med... men så hade jag inte formulerat det och det var inte så det blev”

Flera av behandlarna efterfrågade ett större problemfokus i återkopplingen, att det var för mycket fokus på vad som hade fungerat bra och att det var viktigt att våga återge även det problematiska.

“Ibland har det varit lite för mycket fokus på det som funkar... både inför och efter... som att ”ja det har varit kul, vi har spelat fotboll”... det är ju viktigt för barnen att få de erfarenheterna men jag tänker också att det är en behandlande insats... att kunna motivera varför just Terapikollo och varför inte vanligt kollo... så det har väl varit ett par gånger som jag känt att jag eftersökt lite mer problemfokus... att de inte ska vara så rädda att närma sig det som är svårt...”

Någon hade upplevt det som att kollopersonalen hade en passiv hållning under den muntliga återkopplingen och låtit barnet få berätta vad som varit roligt på bekostnad av att diskutera förbättringsområden.

“jag har varit med på flera återgivningar där Terapikollo liksom haft hållningen att ”det här är barnets vecka”, ”vi ska göra det så bra som möjligt för barnet”, ”vi ska underlätta”, ”vi ska inte ställa några krav” [...] så att då har jag varit på återgivningar som hållits av personalen där det varit väldigt passivt”

En av behandlarna formulerade det som så att utan ett tydligt problemfokus gynnar det inte behandlingen, men att insatsen fortfarande kan gynna barnet. Ett annat perspektiv på samma fråga som också kom upp var att det var positivt för barnet och familjen att man under återkopplingen lyfte fram barnets positiva sidor då man på BUP mest pratar om svårigheter.

Subtema 4.3 - Svårt att använda sen återkoppling

Många av de intervjuade behandlarna påtalade hur viktigt det var att få återkopplingen i tid. Vissa hade upplevt att återkopplingen kom i tid och att den var till god användning, men andra hade erfarenheter av att den skriftliga återkopplingen kom så sent att den knappt var till användning. Det kunde röra sig om att informationen var så gammal att den blivit inaktuell då återkopplingens relevans för behandlingen kan vara en färskvara. Om man ville använda insatsen som en del i en pågående behandling så behövde återkopplingen komma ganska snart efter insatsen för att behandlingen skulle kunna ta vid där.

“Den ena rapporten tog väldigt lång tid, kanske lite för länge för att man skulle ha användning av den på ett bra sätt men den andra kom snabbt och bra... det beror väl på behandlare helt enkelt...”

I andra fall var det att man hade önskat använda den skriftliga rapporten från insatsen som en del i ett underlag, men inte kunde göra det då återkopplingen inte kom i tid. Och när den muntliga återkopplingen skedde långt efter insatsen kunde det också leda till att barnet inte hade allt så färskt i minnet och gav ytliga svar på frågor och hunnit glömma vad som hänt. En sen återkoppling kunde också leda till att det behandlingsarbete som skett på BUP efter insatsen, men innan återkopplingen, kom i vägen för att kunna arbeta med återkopplingen på ett smidigt sätt inom arbetsalliansen.

Tema 5 - Påverkar behandlingsarbetet - men behöver förändras

Insatsen kunde påverka både arbetet på BUP och möjligheter för samverkan med andra aktörer. Samtidigt fanns flera åsikter om vad som skulle behöva förändras för att insatsen skulle vara aktuell idag.

Subtema 5.1 - Ny information kunde föra behandlingen framåt

Information från insatsen kunde komma att påverka vårdplanen och behandlingen. Flera av behandlarna nämnde att det var hjälpsamt att få beskrivet konkreta exempel som man sedan kunde arbeta vidare med. Observationer från kollopersonalen som blivit beskrivna i återkopplingen kunde sedan diskuteras i den fortsatta behandlingen och det som hänt under kolloet kom upp på bordet och gick därmed att prata om. Insikter från återkopplingen kunde också hjälpa behandlarna att vässa sina interventioner. Information från insatsen kunde också påverka det fortsatta upplägget på behandlingen på ett mer övergripande sätt och leda till att man bytte fokus för behandlingen.

“Det kunde användas för att göra en uppdaterad vårdplan tänker jag... att man justerade vårdplanen... det kunde ju vara så att något visat sig på Terapikollo som får en att tänka att ”aha, då ska vi jobba med den här behandlingsmetoden” eller i ena fallet var det ju så att ”nej, vi kommer inte göra den här utredningen”.”

Alla behandlare tyckte inte att information från Terapikollo nödvändigtvis förändrat karaktären på behandlingen, men att det kanske påverkade genom att stärka ett redan existerande spår. Några av behandlarna beskrev det som att insatsen inte ändrat inriktning på deras fortsatta behandlingsarbete, men gett material att arbeta vidare med. Det kunde också leda till att behandlarna kunde sträcka sig till att utmana föräldrarna ännu lite mer när de sett vad barnet var kapabelt till i ett annat sammanhang.

“det har gått att jobba vidare med det främst i föräldra- och familjesamtal... Jag vet inte om det har ändrat inriktning men det tillför material till fortsatt behandling...”

Ibland ledde insatsen till att behandlaren fick information som gjorde att man satte in andra interna insatser, så som exempelvis att barnet fick börja i social grupp på BUP eller att man breddade behandlingen från bara en ångestbehandling till att försöka anpassa hela miljön för barnet. Informationen från Terapikollo kunde vara en viktig del i att förstå och motivera vad det behövdes för typ av vidare insats. Ibland kunde återkopplingen från kollo användas för att föräldrarna skulle förstå behovet av utökade insatser. För vissa barn och familjer påverkade kolloinsatsen det fortsatta stödet som familjen fick av andra aktörer utanför BUP så som socialtjänst och skola. Kollovistelsen kunde ge ny eller utökad information om barnets behov och svårigheter, vilket kunde leda till att man efter kolloet satte in insatser via socialtjänsten så som kontaktfamilj, familjebehandling, stödkontakt eller annat stöd i vardagen. Det kunde också ge viktig information till skolan som ledde till anpassningar i skolmiljön. I vissa fall hade behandlarna på BUP tidigare inte fått gehör för när de tyckte att barnet var i behov av mer stöd, men kunde använda sig av återkopplingen från kolloet som underlag och ytterligare förstärkning i kontakten med skolan eller socialtjänsten.

“så då hade vi ett möte med socialtjänsten och vi beskrev vad vi hade sett... och då sa socialtjänsten lite grand så här: ”jaja”... men då kunde vi också säga att även Terapikollo sagt det här”

När insatsen inte påverkade det fortsatta behandlingsarbetet kunde förklaringar ges såsom att återkopplingen var bristfällig, att insatsen inte var tillräcklig i förhållande till den behandling som behövdes, eller att den inte var på den nivå av behandling som redan pågick på BUP.

“så hoppet var väl att det kunde få en skjuts... men det blev ju inte lika mycket så som jag hade hoppats på... men å andra sidan var väl det lite naivt med tanke på hur komplext ärendet var... att en veckas kollo skulle kunna göra så skillnad...”

Subtema 5.2 - Att passa in med BUP som det ser ut idag

Strukturen på BUP ser annorlunda ut idag vilket menas påverka hur pass väl Terapikollo är kompatibelt med organisationen. Ifall Terapikollo åter skulle upphandlas av BUP så skulle verksamheten kunna komma att behöva förändras. I relation till det nya BUP kunde Terapikollo framstå som att sakna en passande struktur och metodik.

“BUPs uppdrag och verksamhet har förändrats... det har förändrats i alla fall sen jag remitterade senast vilket nog är några år sedan... och då tänker jag att man idag skulle behöva, strukturellt och organisatoriskt, kanske införliva Terapikollo i BUPs verksamhet... ifall man skulle ha det som en insats... Vi har ju mellanvård, heldygnsvård och dagvård... på så sätt skulle det kanske kunna införlivas i BUP...”

“jag tycker att idén med Terapikolonier var väldigt bra... den var kanske lite gammaldags på det sättet att den inte så tydligt var byggt på en struktur eller metodik... det hade nog gått och vässa till det på något sätt för att mer göra det till en del av behandlingsarbetet på BUP...”

En del av den här förändringen är att behandlingarna på BUP ser annorlunda ut idag jämfört med hur det var förr, då det var vanligare med barnterapi. Fler behandlares syn på insatsen var att den förr fungerade som en länk i en längre behandlingskontakt som innefattade terapi, men att insatsen, när verksamheten på BUP förändrats, haft svårt att passa in på samma sätt.

“det är nästan inga barn som har terapi på BUP så som man tänkt att terapi var då... att man kommer och går en gång i veckan... det är en ganska liten andel... ofta har man kanske mer någon... det är lite annorlunda idag... idag tänker man behandlingsinsats utifrån olika tillstånd och diagnoser...”

“Det är ofta väldigt många insatser som pågår samtidigt... I mina fall i alla fall så har det varit komplext... och då är det ju inte så att barnet går hos mig i terapi... utan jag träffar föräldrarna, jag träffar skolan, jag träffar socialtjänsten och så har vi lite samspel... och lite psykoedukation och så tre stycken mer terapeutiska lekträffar och sen är det kartläggning... och jag utredde jättemycket neuropsykiatriskt...”

Den förändrade strukturen på BUP leder till att behandlarna upplever sig få fler och mer diversifierade arbetsuppgifter. En följd av att detta är tidsbrist som också påverkar möjligheten till att nyttja vissa insatser som tar förberedelsetid i anspråk.

“Men det är klart att ibland då man är helt uppbokad så hinner man inte skriva ansökan till Terapikollo så då låter man det passera... så tror jag det kan bli på BUP ofta... i öppenvården kan det nog vara lätt att bortse från det där mailet... men så är det ju alltid, det finns oändliga behov och begränsad tid...”

En annan förändring som menades påverkat utbytet var att mängden personal som möter patienten är större. Ett barn kan ha flera olika behandlare vilket kan göra det svårare att använda sig av vad som hänt på Terapikollo som en del i den efterföljande behandlingen.

“Alltså jag kan plocka fram det... Men så här, ”kommer ni ihåg? Vi går och läser vad som står i Terapikollos sammanfattning”. Den traditionen och erfarenheten finns ju inte på BUP... idag är det väldigt få behandlare på BUP som vet vad det är i och med att det är en så hög personalomsättning... så jag tror att det används väldigt lite...”

Uppdraget och upplägget skulle kunna behöva se annorlunda ut ifall Terapikollo skulle vara en bedömande insats, bland annat i och med att BUP har förändrats.

“det skulle vara fantastiskt ifall man kunde ”lägga in” en familj för utredning i Terapikollomiljö... det skulle vara jättebra... då skulle ju uppdraget vara annorlunda... ”nu ska ni diagnosticera och analysera dynamiken i den här familjen och sedan återkomma till oss med vad det är som händer”...”

Sammanfattning av resultatet

Ökad förståelse.

Insatsen användes av behandlare både för att förstå mer om detaljer i individens eller familjens fungerande samt för att få en bild av funktionsnivån i sammanhanget. Generellt upplevdes tillgången till observationer som bristfällig och Terapikollo sågs ha goda möjligheter för att se sådant som skulle vara väldigt svårt att fånga med andra existerande insatser där barnet/föräldern inte befann sig lika länge eller kände sig lika trygg. Något som ansågs svårt att fånga på BUP, och som jämfördes med mer standardiserade metoder, var det breda perspektivet på ett barn när något pågick flera dagar i sträck och dygnet runt. Observationerna kunde ge ett förtydligande till hur problematik och kompetenser såg ut (inte bara hos barnen utan också hos familjen) med illustrerande exempel och återgivningar både före, under och efter interventionen. Ibland var informationen något som inte förväntats och ibland var den som svar på en specifik frågeställning. Då informationen redan var känd var den ändå vara användbar genom att stärka den redan existerande bilden.

Behandling, inte bedömning.

För många behandlare var insatsens främsta syfte just behandling och inte observationer. Kollo var då en möjlighet för interventioner och positiva erfarenheter. De kunde förklara varför syftet inte var observationer med att insatsen kom så sent i behandlingen att det i det läget inte behövdes förstås mer utan snarare ges tillfälle att öva. Just möjligheten att öva och att få hjälp av behandlare i naturalistiska situationer sågs som begränsad på BUP och flera uppskattade insatsen av det skälet. Att få hjälp av någon som var med då det hände sågs som viktigt och effektivt för att innehållet i interventionen skulle gå att smälta och ta till sig. Kopplat med en syn på kollo som behandlande fanns oftast ett uppdrag eller mål. Dessa kunde röra att t.ex. förbättra relationer, förbättra samspel, skapa kontaktnät eller att öka självförtroendet. De intervjuade behandlarna hade olika erfarenheter av hur specifikt uppdraget till kollo var formulerat. Vissa behandlare hade inte formulerat så särskilda mål och syftet med vistelsen var då mer fokuserat på att vistelsen i sig erbjöd goda chanser att få givande upplevelser i grupp eller fin/strukturerad miljö. Just möjligheten till positiva erfarenheter i en anpassad miljö betonades i sammanhanget som det som Terapikollo framför allt bidrog med. Barn, men även föräldrar, kunde få hjälp att lyckas, finna gemenskap och se nya sidor av sig själva och varandra vilket i sig skapade positivitet och hopp både på och utanför BUP efteråt. Även de som hade det kämpigare menades ofta också vara nöjda i efterhand med vad de hade klarat av. För vissa verkade insatsen också delvis stå för en habiliterande och avlastande insats då många barn inom psykiatrin inte har rätt till anpassade LSS-läger men har för stora problem för vanligt kollo.

Individen och familjen i centrum.

Vilka som remitterades till Terapikollo diskuterades inte i termer om diagnos utan mer i vilka som skulle klara av att åka eller vilka som var i behov av en annan typ av behandlingssituation utifrån hur behandlingen på BUP gick. Insatsen ansågs till exempel lämplig både för de som hade förmåga att ta till sig av ett sådant sammanhang men också för de där behandlingen på BUP kanske gick trögt - att barnet inte ville komma till mottagningen eller att det var svårt att arbeta i en samtalsbehandling. Att klara av att åka sågs som en betydelsefull faktor som ofta innebar att ett gediget utfört förberedande krävdes. Både föräldrar och barn menades ofta behöva god förberedelse samt en tydlig rational, inte bara för att insatsen skulle bli lyckad ur patientens och vårdnadshavares ögon utan också för att inte vara en negativ upplevelse som blev i vägen för det behandlande syftet eller alliansen. Den muntliga delen av återkopplingen sågs i det sammanhanget som ett bra avslut där personal och deltagare gemensamt kunde komma överens och diskutera vad som hade hänt under perioden även om det ibland blev känslösamt. Insatsen beskrevs kunna leda till en stärkt allians då familjer eller barn upplevde att insatsen varit rätt för dem vilket i sin tur kunde öka

motivationen för andra delar av behandlingen på BUP.

Återkopplingen har betydelse för insatsens funktion.

Återkopplingens innehåll och leverans var viktig för insatsens funktion som samverkande insats men många behandlare uttryckte att kvaliteten varierade och ofta lämnade mer att önska. En viktig faktor menades vara personalens kompetens som sågs som grundläggande för att kunna uttala sig om barnens och familjernas problematik. Behandlarna hade en bild av att personalen på kollo ofta var väldigt kunnig och välutbildad men att utbildningsnivån kunde skifta mellan de olika typerna av kollo. Föräldra-barn-kollo sågs överlag som mer kvalificerat. En del behandlare påpekade att återkopplingarna ibland vittnade om ett oförstående för "den andra änden" och att kollopersonalens egen yrkeserfarenhet på BUP kunde vara viktig för kvaliteten. Något som menades ofta saknas i återkopplingarna var problemfokus och en del behandlare upplevde att de inte alltid fick svar på frågeställningarna. I de fallen kunde de beskriva att återkopplingen var för deskriptiv, saknade analys eller att den inte vågade närma sig det som var svårt eller det som hade fungerat dåligt. Att den skriftliga återkopplingen skulle innehålla mer analys sågs som betydelsefullt bland annat i ljuset av att dokumentation är viktigt då en patient/familj ofta kan ha flera behandlare. Även om insatsen i sig hade varit positiv för barnet så kunde en bristfällig återkoppling därmed ge känslan av att insatsen inte gett något till behandlingen på BUP. Den skriftliga återkopplingen kom också ofta sent vilket kunde anses problematiskt då informationen inte var aktuell när den väl kom. Ibland fanns behovet av att det behövdes mer uppföljande möten för att diskutera vad som hänt under perioden men sådana kunde upplevas vara svåra att få till.

Användbar för samverkan - men behöver förändras.

Det som beskrevs i återkopplingen från Terapikollo kunde leda till att konkret nytt material i form av upplevelser och situationer kunde tas upp i samtalen på BUP. Behandlarna kunde också använda informationen för att få en djupare förståelse för hur de skulle bemöta sina patienter - t.ex. mer empatiskt eller mer utmanande. Ibland kunde det framkomma något som fick behandlarna att byta fokus mellan olika mikrosystem eller att insatser sattes in då t.ex. nya intressen visat sig eller svårigheter blivit tydligare. Materialet som gavs från insatsen var inte alltid förändrande men kunde ändå ha tillfört något genom stärka ett redan existerande spår. Ifall insatsen inte ansågs ha påverkat behandlingen kunde upplevda skäl vara att innehållet inte berörde det som behandlades på mottagningen, att det som hände under perioden inte var tillräckligt för att göra en skillnad eller att behandlaren själv inte deltog. Insatsen kunde leda till en förändring av den övergripande vårdplanen, även utanför BUP. Ibland blev det tydligt att en större förändring krävdes i patientens miljö och då kunde insatsen vara viktiga argument i kontakten med t.ex. skola och socialtjänst och därmed leda till förstärkande insatser i dessa miljöer. Exempel från insatsen kunde också vara bra för att förklara för föräldrar att deras barn behövde ett visst stöd. På många sätt verkade insatsen passa bra ihop med BUP:s arbete men flera behandlare påtalade förbättringsområden för att samverkan skulle bli bättre och att insatsen skulle behöva förändras i och med att BUP har det. Strukturen på insatsen menades t.ex. inte rimma självklart med insatserna och behandlarnas arbete på BUP som blivit mer metodinriktade och tidsbegränsade. Ett exempel var att insatsen tar lika mycket tid i anspråk för förberedelse samtidigt som behandlare på BUP har fått mer diversifierade arbetsuppgifter. Att använda sig av informationen från kollo ansågs också svårare idag i och med och att barn och familjer ofta har flera behandlare då personalomsättningen är hög samt att barn inte lika ofta går i barnterapi.

Diskussion

Syftet med den här studien var att undersöka hur BUP-behandlare som remitterat patienter till insatsen Terapikolonier resonerar kring insatsens funktion och hur insatsen har påverkat det fortsatta behandlingsarbetet. Begreppen miljöterapi, personcentrerad vård, multisystemiskt perspektiv på utveckling, psykiatisering och behovet av samordnad vård i Sverige kommer nedan att diskuteras i relation till de teman som framkom under den tematiska analysen. Därefter följer en metoddiskussion och sammanfattande slutsatser.

I bakgrunden tydliggjordes att vården i Sverige och internationellt av många olika anledningar har att tjäna på ett personaliserat arbetssätt som uppmärksammar positiva utvecklingssteg och skyddsfaktorer. Ett viktigt, behövt och fördelaktigt sätt att göra detta på påvisades vara i mesosystemet i form av samarbeten mellan olika aktörer. Inte minst för att utförandet av interventionerna ska bli effektivt utan också för att förstå hur en intervention är bäst lämpad att genomföras, både i idiosynkratiska och mer generella fall. Utifrån de tre definitionerna av miljöterapi (*Milieu therapy, Therapeutic milieu, och Therapeutic community*) så kan förståelse för implementeringen ha olika infallsvinklar. Den första innebär att försöka förstå individens inre genom interaktioner, den andra att bygga upp ett konstruktivt bemötande och förhållningssätt och den tredje att involvera patienten i vården genom att skapa sociala incitament. Alla tre perspektiv innehåller en riktning mot ett tillåtande, samarbetande och demokratiserande förhållningssätt fast på olika nivåer. Även om forskningen på miljöterapi har stagnerat så har på senare år ett begrepp som *personcentrerad vård* kommit att bli allt mer aktuellt som aspirerar på att vara en mer demokratisk vårdform. På många sätt påminner begreppen (miljöterapi och personcentrering) om varandra och här blir de tre beskrivna delarna av miljöterapi kanske viktiga då de hjälper oss att förstå att personcentrerad vård oftast kanske handlar om *Therapeutic milieu*. Med det menas att vården satsar på att förstärka sin egen kompetens i att underlätta för individen att ta till sig av stödjande insatser och strukturer genom att på ett mer sociologiskt plan skapa tillgänglighet, tydlighet och valfrihet. I princip innebär det kanske att stärka det relationella bandet mellan vården och patienterna/vårdnadshavarna med hjälp av bemötande i hur den existerande vården erbjuds. För många, och på det stora hela, är detta en sund inriktning men när patienten inte kan tillgodogöra sig av den behandling som föreslås och de val som finns så skapas friktion. Ett sätt att minska den friktionen är att öka den ekologiska validiteten genom att göra vårdens perspektiv mer individualiserat och multisystemiskt via ökad medvetenhet och följsamhet till individens omgivning, önskemål och livshistoria. Detta på bekostnad av styrning från vårdens expertis (*Milieu Therapy*). Denna expertis har samtidigt som personcentrering i vården vuxit fram fått allt mer vikt i form av ett mer dominerande psykiatriskt perspektiv på problematik. Inte bara inom psykiatrin utan också i samarbetet med andra aktörer som möter barnet och hos allmänheten i stort. Att det blivit så kan delvis ha att göra med en ny form av samhällskontrakt för offentliga verksamheter som sammanfattat kan kallas "*New public management*". Detta nya sätt att bedriva offentliga verksamheter kan tänkas påverkat *psykiatiseringen* genom att driva organisationer mot en mer specialiserad och strömlinjeformad verksamhet. Det samarbete som ändå finns riskerar i det sammanhanget att bli stelbent och dirigerat av ett dominerande perspektiv snarare än en uppskattning för att lära av varandra. Detta gäller mellan organisationer men är kanske likväl en risk i samarbetet med patienten. Det psykiatriserade perspektivet inom vården står till viss del i kontrast till ett förebyggande perspektiv på samverkande, som yrkats vara mest effektivt både ekonomiskt och hälsomässigt, då det lätt missar att betona de salutogena och formbara aspekterna utan fokuserar på "det sjuka". En förlängning av det är till exempel att då en diagnos blir ett rekvisit för att få stöd också påverkar möjligheten att hålla en bred bild av individen med det samlade fältets kunskap då det inte finns tid och resurser för breda diagnoser som kräver breda utredningar. En föreslagen motvikt till detta är det *transdiagnostiska* förhållningssättet i

form av en mer responsiv omgivning på generella tecken för negativ utveckling och bristande anpassning. Inte minst för att upptäcka problem som annars lätt kan gå obemärkta förbi. Vad en sådan "vakenhet" ska vara uppmärksam på är i sig inte definierbart utan beror, som förslagen på applikation av den bio-eko-sociala modellen illustrerar, också på hur pass väl vården kan anpassa sig efter individen och därmed skapa fruktsamma sammanhang för diskursen om utveckling. Att studien visade att det var viktigt med transparens och gemensamma mål för att insatsen skulle vara både verksam och en positiv upplevelse sätter fingret på det och förtydligar kanske hur detta perspektiv är viktigt för den personcentrerade vården och att insatsen Terapikollo många gånger har fyllt en sådan funktion. Detta i kontrast till en insats vars inklusionskriterium vore en diagnos. Patientens upplevelse av att bli sedd och bli remitterad till en insats som hen tyckte var positiv och förståelig verkade vara en subtilt sammanlänkande faktor mellan Terapikolonier och behandlingen på BUP. Något som också verkade framstå i resultatet är att det med en sådan här typ av insats är svårt att från behandlarnas berättelser skilja mellan vad som faktiskt är det behandlande och vad som är att bygga en positiv allians genom att få patienten att känna sig förstådd, trygg och hållen.

Angående behovet av samordning och samverkan betonade flera att insatsen påverkat andra insatser utanför BUP men också att barn vågat sig ut och med framgång sökt andra mikrosystem på egen hand. Det som i sig var fördjupande och användbart för BUP genom återkopplingen från Terapikollo kan kanske ses som delar av samverkan medan individens egna steg kan kallas resultatet av en behandling. Vad som är behandlande är en fråga som är relevant för förståelsen av det personcentrerade perspektivet för vård. Kanske kan den ovanstående uppdelningen mellan samverkan och behandling fungera för att förstå det som att behandling är att skapa rätt förutsättningar för att lyckas och att personcentrerad vård är vägen dit, även om de sker samtidigt. Att hela vården och vårdkedjan också är en terapeutisk miljö för att hjälpas åt att bygga dessa förutsättningar kanske är en del av det som den personcentrerade vården kan fånga snarare än att "bara" underlätta för interventionen av andra mer "reella" insatser riktade mot symtom. Även om det generella värdet av diagnoser lyfts så talar resultatet för upplevelsen att en universell bild av vad en viss diagnos innebär kan skylla att olika barn har olika behov utifrån ett normalutvecklingsperspektiv. Huruvida behandlarna uttryckligen föreställer sig ha användning av insatsen som observationer för att förstå interaktioner, för att få en bild av problem/kompetenser eller för att testa en typ av intervention faller alla inom vad som kanske kan kallas för ett användande av *Milieu Therapy* men gradskillnaden i öppenheten för var problemen ligger sätter olika gränser för uppdraget, återkopplingen och samverkan.

Återkopplingen sågs som en viktig faktor för ifall det skulle bli ett synergistiskt utfall. Detta gällde främst för de som ville använda sig av kollo som underlag för att påverka riktningen på och innehållet av den fortsatta behandlingen. Flera behandlare tar upp vikten av att personalen på kollo kan uttala sig om barnpsykiatrisk problematik som ett rekvisit för att behandlingen ska bli användbar på ett behandlingsmässigt plan på BUP. Ifall detta betyder att tala om barnens problematik i form av diagnoser eller att ha ett ögon för barnets svårigheter blev inte tydliggjort men det finns av sammanhanget skäl att tro det senare. Om så är fallet betyder det inte nödvändigtvis att samarbete mellan BUP och Terapikolonier måste ske inom en psykiatrisk diskurs. Ett transdiagnostiskt förhållningssätt kräver kanske inte kunskap om specifika diagnoser men mer en förmåga att ha ett öga för vad det är som utmärker barn med problem och hur det tar sig uttryck. Den psykiatisering som beskrivits i bakgrunden är eventuellt då inte det som efterfrågas utan snarare tvärtom. Många behandlare var i alla fall överens om att problemfokus behövde få mer plats i återkopplingen samtidigt som många ändå betonade hur viktigt det var med informationen om kompetens. För alla patienter

behövdes inte mer förståelse för vad de hade för problematik men återkoppling från andra behandlare i ett annat sammanhang kunde ge viktig information om vad de vill och vad de kunde.

Metoddiskussion

I analysen av materialet har det framkommit att behandlarna har haft något skilda upplevelser av, framför allt, föräldra-barnkollo och de renodlade barn- och ungdomsgrupperna. Skillnaderna kan ha gällt vilken typ av information behandlaren har kunnat få ut av insatsen, personalens kompetens, återkopplingens kvalitet och syftet. Det hade varit intressant att mer systematiskt undersöka skillnaderna mellan de olika formerna av kollo, men i urvalet till den här studien har ingen sådan uppdelning gjorts i och med att antalet respondenter inte tillät det. Sådana isolerande studier vore intressanta uppföljningsområden.

En del behandlare har remitterat många barn och familjer och en del färre vilket gör att olika intervjuobjekts erfarenheter skulle kunna tänkas väga olika. I analysen som har gjorts av materialet har ingen skillnad gjorts mellan en behandlare som remitterat till Terapikolonier en gång eller någon som har större erfarenhet utav verksamheten. Att studien är kvalitativ och analysen tematisk väger samtidigt upp för detta. Det är också möjligt att de exempel som ges i intervjuerna inte nödvändigtvis är representativa för varje behandlares samlade erfarenhet, utan kanske har råkat bli de ärenden som av olika anledningar är mest lättillgängliga i minnet.

Att studien endast intervjuade de som av eget val deltog i undersökningen påverkade förmodligen resultatet. De behandlare som har tackat ja till att bli intervjuade och avsätta tid till detta kan eventuellt tänkas vara behandlare som har haft en positiv upplevelse av verksamheten och som saknat insatsen när den nu inte finns tillgänglig på samma sätt som tidigare. Att några av de intervjuade behandlarna själva har en bakgrund där de arbetat på kollo skulle kunna vara en indikator på att det är personer som har en positiv bild av verksamheten. Dock har de intervjuade behandlarna lyft fram både positiva och negativa aspekter, och i analysen av materialet framkommer både kritik mot verksamheten och belysning av dess förtjänster.

De flesta studier som har gjorts på Terapikolonier har gjorts av verksamheten själv eller någon som har eller haft koppling till verksamheten vilket även är fallet med denna studie. Som nämnts ovan har båda författarna arbetat inom företaget Magelungen under en tid då de också ägde Terapikolonier.. På så vis finns en koppling till verksamheten, vilket skulle kunna göra att den neutrala utgångspunkten lättare kan ifrågasättas. Denna koppling och hur den skulle kunna komma att påverka resultatet av studien har därför varit något som diskuterats kontinuerligt under arbetets gång med syftet att kritiskt granska hur vi tar oss an studien i dess olika faser. Detta har skett genom att dra nytta av att vi är två författare vilket har gett oss möjligheten att kritiskt granska varandras arbete för se till att den neutrala utgångspunkten inte frångås. Att författarna haft god kännedom om Terapikoloniers verksamhet sedan tidigare kan även vara något som varit studien till gagn på så vis att intervjuerna har kunnat gå in mer på djupet och relevanta följdfrågor har kunnat ställts utifrån intervjuarens förståelse. En brist på förkunskap om arbetssättet på BUP och hur arbetet på BUP har förändrats över tid kan tänkas inverkat på motsvarande sätt.

Slutsats

I och med att specialiseringen på BUP ökar är det relevant att ställa frågan om det finns behov av insatser med ett bredare förhållningssätt till barnens problematik. Kan dessa typ av

insatser vara samverkande eller är denna typ av insats i dagsläget svår att integrera med den fortsatta behandlingen på BUP? En slutsats som kan dras utifrån resultatet av denna undersökning är att behandlarna på BUP saknar möjligheten att observera barn och familjer med komplexa problem över tid och att de saknar en arena med möjligheten att intervensera i stunden, framför allt för de barn och familjer där samtalsbehandling inte fallit väl ut. Mellanvården är ett tillgängligt alternativ men många behandlare anser att det saknar en tillräcklig helhetssyn. Insatsen Terapikolonier som den varit utformad till idag har för flera behandlare fyllt dessa funktioner även om det också framgår att verksamheten skulle behöva utvecklas för att bättre kunna sammanfogas med en pågående behandling på BUP. Med ett tydligare formulerat uppdrag, personal med barnpsykiatrisk kompetens samt en snabbare återkoppling med mer problemfokus och uppföljning av uppdraget, skulle insatsen kunna bli, och fortsätta vara, ett betydelsefullt komplement till en utredande och behandlande kontakt på BUP. Utöver att eventuellt kunna fungera som en del i en bedömningsprocess eller del i en behandling på BUP, har insatsen även haft en behandlande funktion i sig själv genom att erbjuda barn och unga med komplex problematik ett sammanhang där de fått uppleva att fungerande relationer och vistas i en trygg och inspirerande miljö vilket gett nya positiva upplevelser att bära med sig i livet och till den fortsatta behandlingen på BUP.

Referenser

- Attride-Stirling, J. (2001). Thematic networks: an analytic tool for qualitative research. *Qualitative research*, 1(3), 385-405.
- Barn-och ungdomspsykiatri Stockholm läns landsting. (2015). Riktlinjer till stöd för bedömning och behandling 2015. *Karlskrona: Printfabriken*.
<https://registercentrum.blob.core.windows.net/qbup/r/Riktlinjer-till-st-d-f-r-bed-mning-och-behandling-2015-Bks8u9ciZ.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. sage.
- Brown ER, Khan L, Parsonage M (2012) A chance to change: Delivering effective parenting programmes to transform lives. Centre for mental health, London
- Bremberg, S., & Dalman, C. (2015). Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt. Forte.
<https://www.vinnova.se/contentassets/277b191675db4eb493aa5b362fde6fb0/begreppmatmetoderforekomstpsykhalsaohalsa.pdf>
- Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care?. *International journal of mental health systems*, 14(1), 1-14.
- Collishaw, S., Pickles, A., Messer, J., Rutter, M., Shearer, C., & Maughan, B. (2007). Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child abuse & neglect*, 31(3), 211-229.
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179-195.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Delaney, K. R. (1997). Milieu therapy: A therapeutic loophole. *Perspectives in Psychiatric care*, 33(2), 19-28.

- Eklöf, M. (2000). *Fyra bilder av samma sommar?* Psykologexamensarbete. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251.
- Ekstam, B. (2016). Familjecentrerad omvårdnad till familjer med barn som har funktionsnedsättning. Högskolan Dalarna. Examensarbete.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231.
- Hagqvist, A., & Widinghoff Björn. (2000). *Miljöterapi Igår, idag och imorgon*. Studentlitteratur.
- Harris, J. (2000). Self-Harm: Cutting the Bad out of Me. *Qualitative health research*, Vol. 10 No. 2, 164-173.
- Honeyman C (2007) Recognising mental health problems in children and young people. *Paediatr Nurs* 19(8): 38-44
- Inspektionen för vård och omsorg (2021): De tar inte hand om hela mig. Hämtad 2021-08-15: <https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publicerat/rapporter/rapporter-2021/dom-tar-inte-hand-om-hela-mig-210524.pdf>
- Koller, S. H., Raffaelli, M., & de Moraes, N. A. (2020). From Theory to Methodology: Using Ecological Engagement to Study Development in Context. *Child Development Perspectives*, 14(3), 157-163.
- Larsson, N. Karlsson, J., & Lindberg, L. (2009). Utvärdering av terapikolonier. Rapport 2009:14 Karolinska Institutets folkhälsoakademi, Institutionen för folkhälsovetenskap.
- Lindholm, S. K., & Wickström, A. (2020). 'Looping effects' related to young people's mental health: How young people transform the meaning of psychiatric concepts. *Global studies of childhood*, 10(1), 26-38.
- Lugnegård, Nylander & Bejerot (2017-04-03): *Lakartidningen.se Hämtad 2021-08-15:* <https://www.lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2017/04/Debatten-om-diagnostiken-bor-foras-bland-professionella>
- Lundqvist, S. (2011). Grunder i barn-och ungdomspsykiatriskt arbete Om värderingar, möten, förhållningssätt och bedömningar. *BUP rapport, 1*. Hämtad 2021-08-15: https://www.bup.se/globalassets/dokument/om-bup/publicerat/aktuella_rapporter/bup-grunder-i-arbetet-2011.pdf
- Luthar, S. S., & Eisenberg, N. (2017). Resilient adaptation among at-risk children: Harnessing science toward maximizing salutary environments. *Child development*, 88(2), 337-349.
- Masten, A. S., Burt, K. B., Roisman, G. I., Obradović, J., Long, J. D., & Tellegen, A. (2004). Resources and resilience in the transition to adulthood: Continuity and change. *Development and psychopathology*, 16(4), 1071-1094.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and psychopathology*, 23(2), 493-506.
- McGorry, P. D., Hartmann, J. A., Spooner, R., & Nelson, B. (2018). Beyond the "at risk mental state" concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry*, 17(2), 133-142.
- Membride, H. (2016). Mental health: early intervention and prevention in children and young people. *British Journal of Nursing*, 25(10), 552-557.
- Persson, A. (2003). Upplevelser av den psykiatriska vården – en patientcentrerad kvalitativ intervjuundersökning. Påbyggnadskurs i psykologi. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.

- Ritchie, J., Spencer, L., & O'Connor, W. (2003). Carrying out qualitative analysis. *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers*, 2003, 219-62.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing?. *Behavioural and cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325-334.
- Roy Liff & Thomas Andersson (2009): *Offentlig sektor och komplexitet – om hantering av mål, strategier och professioner (pp.251-269)*
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:305833/FULLTEXT01.pdf>
- Schröder, A. (2006). *Quality of care in the psychiatric setting: perspectives of the patient, next of kin and care staff* (Doctoral dissertation, Institutionen för medicin och vårdm Linköpings universitet).
- Smith, J., & Firth, J. (2011). Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse researcher*, 18(2), 52-62.
- Socialstyrelsen (2017). Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna. Till och med 2016. Stockholm. Hämtad 2021-08-13 från:
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20785/2017-12-29.pdf>.
- Socialstyrelsen (2019a). Nationella riktlinjer Utvärdering av vård vid depression och ångestsyndrom. Huvudrapport med förbättringsområde. Hämtad 2021-08-13 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2019-5-12.pdf>
- Sternberg, J. (2007) . Jag tycker jag är. Barn med kamratsvårigheter - en uppföljning av barns vistelse på Terapikollo. Psykologexamensarbete. Stockholms Universitet, Psykologiska Institutionen.
- Svenska psykiatriska föreningen (2017). Personlighetssyndrom: kliniska riktlinjer för utredning och behandling. Hämtad 2021-08-23: <http://www.svenskpsykiatri.se/wp-content/uploads/2020/05/SPF-kliniska-riktlinjer-Personlighetssyndrom.pdf>
- Sveriges neuropsykologers förening styrelse, *Psykologtidningen*, 2017-11-13; *Hur ska vi utreda ADHD?*
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR); 2020. Begrepp inom området psykisk hälsa. Stockholm Hämtad 2021-09-16 från:
https://skr.se/download/18.4d3d64e3177db55b1663b360/1615533855867/PM_Begrepp-inom-området-psykisk-halsa.pdf
- Söderström, B. (1995). *En skjuts i utvecklingen. Att mäta hur ett kort inslag av miljöterapi påverkar ordinarie behandling*. Fördjupningsarbete på Psykologlinjen. Stockholms universitet, Psykologiska institutionen.
<http://psykologtidningen.se/2017/11/13/hur-ska-vi-utreda-adhd/>
- Ungar, M., Ghazinoor, M., & Richter, J. (2013). Annual research review: What is resilience within the social ecology of human development?. *Journal of child psychology and psychiatry*, 54(4), 348-366.
- Ungar, M., Theron, L., Murphy, K., & Jefferies, P. (2021). Researching multisystemic resilience: A sample methodology. *Frontiers in Psychology*, 11, 3808.
- Uppdrag Psykisk Hälsa (2017). Hur mår BUP? En nulägesbeskrivning av barn- och ungdomspsykiatri i Sverige. Hämtad från Sveriges kommuner och landsting 2021-08-13:
<https://www.uppdragpsykiskhalsa.se/wp-content/uploads/2017/11/Hur-mar-bup.pdf>
- Wang, D., Jiang, Q., Yang, Z., & Choi, J. K. (2021). The longitudinal influences of adverse childhood experiences and positive childhood experiences at family, school, and neighborhood on adolescent depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 292, 542-551.
- World Health Organization (2011) *Mental Health: a state of wellbeing*. WHO, Geneva.
<http://tinyurl.com/kmc523c> (accessed 17 May 2016)

Bilaga I

E-post som skickades till BUP-behandlare som remitterat till Terapikolonier mellan år 2017-2018.

Hej!

Vi är två psykologstudenter från Stockholms universitet som planerar att skriva vår examinationsuppsats relaterat till verksamheten Terapikolonier. Vi har blivit givna en lista över remitterter under de senaste två aktiva åren och skriver nu till alla er. Din nuvarande mail var inte med på listan men vi tog oss friheten att genom ditt namn i adressen söka efter den som gäller nu. Hoppas det känns ok.

Vår studie intresserar sig för era tankar och erfarenheter kring hur Terapikolonier (eller liknande verksamhet) passar in som en del i den större behandlings- och bedömningsprocessen för barn/ungdomar. Ifall det stämmer att du har remitterat någon till terapikolonier så skulle vi vara tacksamma ifall du skulle vilja ställa upp på en intervju via Skype, Zoom eller telefon vid något tillfälle som passar dig. Vi är såklart intresserade av alla perspektiv kring ämnet. En intervju bör inte ta mer än 35 minuter och allt material sammanställs anonymt.

Bilaga II

Intervjuguide

1. När har Terapikollo ansetts lämpligt och varför?

- Hur har du använt Terapikolonier?
- Under vilket skede i behandlingen har du remitterat till Terapikolonier?
- Varför har du ansett att Terapikollo har varit en lämplig insats?
- För vilka är Terapikollo en lämplig insats?
- Har behandlingen fortsatt efter kollo?
- Är Terapikollo lämpligt som en del i en initial bedömning?
- Hur har överföringen av uppdraget fungerat?

2. Hur används materialet och återkopplingen från Terapikolonier?

- Vad tycker du om kvaliteten på återkopplingen? Vad var bra? Vad var inte bra?
- Hade du önskat återkoppling på ett annat vis?
- Hur väl sammanföll dina perspektiv på patienten med Terapikoloniers? Talade ni om patienten utifrån liknande perspektiv?
- Hur väl stämde återkopplingen överens med de ni arbetade med innan insatsen?
- Hade du en frågeställning som du ville ha svar på?
- Väckte insatsen nya frågeställningar?
- Vad gav insatsen för svar eller information?
- Saknade du återkoppling kring något du sökte svar på?
- Hur ser du på Terapikolonier som ett verktyg för bedömning?
- Har återkopplingen haft olika innebörd beroende på typ av kollo? (föräldra-barn, barn, ungdom)

3. Hur påverkar en period det fortsatta arbetet inom psykiatrin?

- Har insatsen förtydligat ert arbete?
- Var insatsen relevant för de teman ni arbetat med innan?
- Påverkar insatsen behandlingsmotivationen? Har barn eller vuxna blivit mer eller mindre engagerade i behandlingsprocessen?
- Påverkar insatsen alliansen?
- Har ni pratat om upplevelser på kollo i efterhand? Hur har insatsen levt vidare?
- Hur har du sett att Terapikollo påverkat patienten utanför psykiatrin och hur har det påverkat inriktningen på ditt arbete?
- Har Terapikollos verkan på det fortsatta behandlingsarbetet dokumenterats?

4. Behovet av observationer

- Vad karakteriserar observationer från Terapikolonier eller liknande insats?
- Hur pass användbara är observationerna från Terapikolonier i ett bedömande syfte?
- Hur skiljer sig de från andra observationer som finns tillgängliga? (Mellanvård, skola, familj)
- Kan andra metoder ge likvärdiga observationer?
- Hur ser du på tillgången till observationer i ditt arbete att bedöma? Jmf. med informationsinhämtning.
- Hur passar dessa typer av observationer in i resten av behandlingsarbetet?