

INTEGRATIVE SYSTEMIC THERAPY (IST) – en alternativ metamodell för styrning av Barn- och Ungdomspsykiatrins upplägg och för utredande och behandlande insatser

INTEGRATIVE SYSTEMIC THERAPY (IST): An Alternative Meta-Model for Managing the Organisation of Child and Adolescent Psychiatry and for Investigative and Therapeutic Interventions.

Johan Sundelin

Dr. Med. Sc., leg psykolog, spec. klin. Psykologi, leg psykoterapeut, psykoterapihandledare
johan.sundelin@telia.com

Sammanfattning

Artikeln tar sin utgångspunkt i en lägesbeskrivning av situationen avseende samhällets aktuella möjlighet till bemötande av barns- och ungas psykiska ohälsa genom BUP. Kritik framförs mot hur den pressade situationen med långa vårdköer och stora otillfredsställda behov hanteras. Därefter presenteras Integrative Systemic Therapy (IST) kortfattat. Artikeln presenterar slutligen tankar kring hur IST som metamodell skulle kunna bidra till en mer kunskapsbaserad struktur inom BUP. Med en samlad kunskap inom detta fält skulle bemötandet av patienter stärkas och genomförandet av olika vårdinsatser vara i bättre balans och även skapa en bättre arbetsmiljö för de anställda.

Abstract

The article describes the current situation within Swedish child psychiatry. An overload of referrals is leading to desperate measures in order to manage a long waiting list of patients at the expense of quality. Integrative Systemic Therapy is briefly introduced, followed by thoughts about how this metamodel could be used for revitalizing of the work within BUP more in line with current evidence in the field, with systemic thinking, and for the benefit of staff members.

Keywords

Integrative Systemic Therapy, Swedish child and adolescent psychiatry, New Public Management

Inledning

För några år sedan skrev jag en artikel med titeln ”Familjeterapi och BUP – ett förhållande i kris” (2016). Den tog upp en utvecklingstendens inom Barn- och Ungdomspsykiatri som innebar ett ökat medicinskt och individualiserat, icke-kontextuellt, fokus på barn och ungas psykiska ohälsa. Ett systemiskt, kontextuellt, bio-, psyko-, socialt- och familjeorienterat perspektiv i förhållningssätt och insatser i utredning och behandling var på väg att trängas ut ur verksamheten. I denna artikel presenterades ett sammanhållet alternativ, utifrån ett mer kontextuellt familjeorienterat perspektiv, för hur insatser skulle kunna organiseras och struktureras.

Utvecklingen inom BUP mot ett medicinskt och individualiserat, icke-kontextuellt perspektiv har av olika skäl fortsatt; detta även med hänvisning till familjeterapins bristande forskningsunderlag i jämförelse med andra behandlingsmodeller avseende ångest och depression i barn- ungdomsåren (Socialstyrelsen, 2021). Utvecklingen sker på bekostnad av mångsidighet i de insatser som erbjuds och är vårdpolitiskt begränsad enligt mångas mening. Av den anledningen gjordes en sammanställning om familjeterapins forskningsunderlag benämnd ”Familjeterapi fungerar!” (Wirtberg, Petitt, Cederblad, 2015). I detta sammanhang vill jag också passa på att hänvisa till en ny svensk doktorsavhandling av Lina Wirehag (2023) som visar starkt stöd för vikten av familjens stöd vid insatser för psykisk ohälsa hos unga.

Denna artikel skrivs som ett fortsatt inlägg i en väsentlig, vårdpolitisk debatt om BUP:s tillkortakommanden när det gäller att möta det aktuella vårdbehovet (Isberg & Kejerhag, 2023, Landström, 2023). Denna gång skriver jag med ny inspiration från en metamodell för psykoterapi som benämns Integrative Systemic Therapy (IST). IST är framtagen i en klinisk forskningsmiljö och har sitt ursprung från 1990-talet. Modellen har tydligt vetenskapligt stöd för många olika kliniska tillstånd avseende såväl barn som vuxna.

Det är en metamodell som är användbar inom BUP både för det direkta behandlingsarbetet i det enskilda fallet och som övergripande struktur för ”patientens väg” i vårdprocessen (Pinsof et al., 2018, Russel et al., 2023).

BUP – en kontext i kris

Historik och nuläge

Barn- och Ungdomspsykiatri i Sverige har sina rötter ända tillbaka till 1930-talet (Brofalk, 2004). Den har genomgående varit präglad av samverkan i en tvärvetenskaplig arbetsform mellan läkare, sjuksköterskor, psykologer, pedagoger och socionomer. I slutet av 1970-talet utarbetade Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri en programförklaring för verksamheten. I denna konstaterar man att barn- och ungdomspsykiatri har en tvärvetenskaplig inriktning med medicinska, psykologiska, pedagogiska och sociala inslag. Man betonar vidare vikten av ”att utveckla formerna för samverkan med andra vårdformer och samhällsorgan samt klargöra ansvarsgränserna gentemot dessa” (Karlén, 1983).

Författaren av denna artikel började arbeta inom BUP Dalarna på tidigt 1970-tal. Jag har därför varit med på en resa som över tid speglar de arbetsformer där familjeterapeutiska perspektiv under 1980-talet introducerades och var den dominerande och primära arbetsformen i möte med klientfamiljerna. Då gjordes en första insats oftast i en familjekontext där problemsituationen för barnet/ungdomen försökte kartläggas, allvaret i problematiken bedömdes, och behandlingsinsats (ofta temabaserad) sattes in med såväl individuella samtal, gemensamma samtal som föräldrasamtal. Samråd med barnets skola skedde tidigt i processen, dels som ett led i bedömningen av situationen men också för att eventuellt skapa anpassningar där, som skulle kunna underlätta rehabiliteringen. Medicinsk behandling förekom men sattes in först i ett senare skede om framsteg och positiva resultat inte nåddes.

Under 1990-talet utvecklades neuropsykiatri som ett viktigt kunskapsområde. BUP kom att ta över ansvaret för utredning av och stödinsatser till barn med frågeställningen NPF-problematik. Denna del av verksamheten växte snart till det dominerande arbetsområdet. Utmaningarna för BUP var inte bara att utveckla former för god diagnostik. Framför allt ställdes även multifaktoriella krav på stöd kring dessa barn, som BUP-enheterna blev delansvariga i. BUP blev på ett tydligare sätt en instans av vända sig till inte bara för barn och föräldrar. BUP blev även en remissinstans framför allt för skolan allteftersom elevvårdande insatser drogs ner för specialinsatser till dessa barn. Utredning och medicinsk diagnos kom att i praktiken krävas för att hjälp skulle kunna sättas in.

På senare tid förs debatten också livligt om eventuell överdiagnosticering av NPF-diagnoser bland barn och unga i vissa regioner i Sverige. Frågan ställs vad det kan bero på och om det är en trend (Boychev, 2023).

Människor upplever ökad psykisk ohälsa och tröskeln för att söka hjälp minskar med tiden. Anledningen till detta beskrivs utifrån flera olika perspektiv (Asen & Fonagy, 2021, Folkhälsoguiden, 2022, Almqvist Simonsson, 2023).

För att hantera en situation som framstår som ohållbar med befintliga resurser har omorganisation på omorganisation följt.

New Public Management

I sina effektiviseringsinsatser har omorganisation och utvecklingsarbete inspirerats av New Public Management, som innebär försök att öka effektiviteten genom verksamhetsplaner, kartläggning av organisationsprocessen och programbudgetering (Lynn, 2006). För Barn- och Ungdomspsykiatrins del har detta inneburit en utveckling mot kategorisering via screeningformulär för olika tillstånd och tidigt diagnosstättande i individualdiagnostiska system som DSM och ICD (som ju båda är kriteriebaserade ”språk” för cluster av symptom hos individen). Vidare har generella självhjälpsprogram och kurser för klient och anhöriga, relaterade till dessa symptomcluster, tagits fram. Klienterna erbjuds t.ex. manualbaserade behandlingsprogram individuellt för hjälp till bättre dygnsstruktur eller i grupp som föräldrar till ett barn med autismspektrumtillstånd (AST). Den i vårdförloppet tidigt satta diagnosen styr beslut om insatsens omfattning genom utarbetade vårdprogram, där det anges hur många behandlingstimmar som ekonomiskt avsätts för en speciell diagnos. I vårdprogrammet för region Dalarna kan man t.ex. läsa följande kring insatser avseende psykiatrisk behandling: ”Utagerande beteende , impuls kontroll och uppförandestörning (bot eller fungerande vardag): Enligt nationella riktlinjer anpassat utifrån individens behov. Läkemedelsuppföljning enligt läkemedelsverkets rekommendationer. Vårdepisod: I timme vid 10 tillfällen under 3 månader. Kostnad 8 760 kronor” (Avtal Vårdval BUP Dalarna, 2023). Det är uppenbart för alla att det är andra styrfaktorer än evidens från det tvärvetenskapliga kunskapsområde som kallas BUP som vägleder hur insatser planeras och genomförs.

Den medicinska delen av BUP har ökat som en konsekvens av det ökade söktrycket, inte alltid utifrån evidens utan snarare som en möjlig insats i ett pressat läge i väntan på annan hjälp. Barn- och ungdomspsykiatrin försöker framstå som den exakta medicinska vetenskap som den inte är, genom att beskriva områdets problem i endimensionella diagnoser som utgår från yttre observerbara symptom. Man försöker kvalitetssäkra insatserna genom principen ”one size fits all” men rationaliserar bort värdet i det mänskliga mötet – en väsentlig faktor i kvalitativ vård (Wampold & Zac, 2015).

Ett alternativt perspektiv är att barns och ungdomars psykiska hälsotillstånd mer kan ses som en allmän dysreglering som beror på otillfredsställande förutsättningar för åldersadekvat känslomässig och kognitiv utveckling. I ett sådant perspektiv blir samsjuklighet mer regel än undantag och inte något oprecist och ovetenskapligt (Asen & Fonagy, 2021).

Stuprörsperspektivet¹ passar i detta perspektiv därför illa eftersom underlaget för god förståelse i så hög grad handlar om barns och ungdomars livssituation med beroendeställning till anhöriga och nätverk.

Den diagnostiska nomenklaturen måste definitivt utvecklas för att spegla arbetsfältets behov. Den måste vidgas till att på allvar inkludera risk- och skyddsfaktorer i barnets sammanhang, speciellt för olika typer av utagerande problematik. Dessa faktorer måste ges större plats som signifikanta faktorer för stödjande och behandlande insatser till barn och unga med psykisk ohälsa, helt i linje med etablerad forskning på området (Blueprints, 2000).

En uppbyggnad av en fungerande vårdkedja i samhället måste också till för hanterande av psykisk ohälsa bland barn och unga. Upprustningen måste ske i de miljöer som barnen möter i vardagen (kommunala insatser) men också på olika regionala nivåer från primärvård till specialistvård. Ett mer självklart bemötande från den sammanlagda vårdkedjan till barnet/ungdomen i sitt nära sammanhang med insatser riktade till de nära relationerna till barnet i lika hög grad som till barnet som egen entitet skulle göra stor skillnad. Ett systemiskt perspektiv skulle vägleda aktörer att i första hand beskriva problemet i sin kontext och sätta in stödsinsatser utifrån detta perspektiv snarare än att i första hand börja en process för att få barnet diagnosticerat i en individuell nomenklatur. Från psykopedagogiska insatser till alla viktiga personer runt ett barn/en ungdom med upplevd mental ohälsa på kommunal nivå skulle sedan en fungerande vårdkedja vid behov kunna erbjuda mer avancerade insatser som tog sin utgångspunkt i fördjupade och breddade systemiska analyser kring hur hindren för en positiv utveckling för barnet/ungdomen skulle kunna undanröjas.

Organisation och evidens

BUP-organisationen är idag mycket hårt trängd med en kompetensflykt bland personalen, som har svårt att följa sina yrkesetiska regler. För nordiska psykologer handlar dessa exempelvis om att bemöta klienternas grundläggande rättigheter samt att respektera klienternas kunskap och kulturella och sociala särdrag, autonomi och självbestämmande. Vidare följer ett ansvar att använda psykologiska metoder på ett sätt som motsvarar

¹ ett individuellt, icke-kontextuellt perspektiv

standardkraven för dessa metoder (Sveriges psykologförbund, 2023). Tidsnöd och tidspress skapar små möjligheter att genomföra uppdraget evidensinformerat (Mik-Meyer, 2022a).

Den systemiskt orienterade terapeuten vill betona hur problem i livets olika skeden alltid är invävda i andra problem och måste ses i sin kontext för att tillfullo förstås.

I ett systemiskt perspektiv på människans mentala hälsoutveckling ingår det psykologiska utvecklingsperspektivet, anknytningsperspektivet, den goda kommunikationens perspektiv och traumaperspektivet. Vidare måste viktig hänsyn tas till sociala faktorer såsom familjens anpassning efter förändrade levnadsomständigheter, socioekonomiska och kulturella aspekter i livsmiljön. Ett systemiskt perspektiv ser de nära relationerna runt barnet/ungdomen som de viktigaste garantierna för god mental hälsoutveckling. Därför vägleder detta perspektiv tanken bort från individuellt patologiskt tänkande. I första hand riktas fokus mot en djupare förståelse för sammanhanget där problematiken upplevs av både klient och anhöriga. Både förebyggande, tidiga stödjande och mer avancerade terapeutiska insatser kan då sättas in successivt på olika vårdnivåer.

[Integrative Systemic Therapy](#)

Redan i slutet av 90-talet kom jag i kontakt med William Pinsof från Chicago. Han bjöds in som gästföreläsare till våra psykoterapeutiska steg-2-utbildningar vid Lunds universitet. Han hade då publicerat sin bok *Integrative Problem-Centered Therapy* (1995). Boken beskriver ett brett integrerat psykoterapeutiskt perspektiv på systemisk grund. Jag, och många med mig, upplevde det väldigt befriande att ta del av bokens innehåll i den tidens polariserade debatt om vilka vårdinsatser och vilken psykoterapi som var "den rätta". Familjeterapi hade, tillsammans med andra psykoterapeutiska inriktningar, 1985 blivit accepterad av Socialstyrelsen som kunskapsbas för utbildning till legitimerad psykoterapeut. Detta hade skett efter ett intensivt arbete av företrädare för det familjeterapeutiska arbetssättet (samradsforum.se).

Pinsof och hans medarbetare arbetade vidare med sitt integrativa perspektiv och 2018 presenterade man *Integrative Systemic Therapy* (Pinsof et al., 2018). Undertecknad recenserade boken i *Fokus på Familien*, (2021). Modellen utgår epistemologiskt från "kritisk realism", det vill säga ett antagande som utgår ifrån att det finns en verklighet därute, men att vi alla upplever den bara i delar och i olika aspekter utifrån våra olika livserfarenheter (Russell et al., 2023). Kritisk realism tar alltså ett steg ifrån social konstruktionism och dess betoning

på språket som verklighetsskapande. Detta perspektiv blir för begränsat för att kunna mobilisera kraftfullhet i utredande och behandlande insatser för barn och ungdomar i psykisk och social utsatthet. För kraftfulla insatser till barn och familjer i dysfunktionella miljöer präglade av psykiskt och fysiskt våld av olika slag krävs perspektiv som också accepterar ett synsätt där social orättvisa, maktmissbruk och övergrepp är fakta bortom var och ens upplevelser och som måste bemötas även utanför terapirummet (Tilden et al., 2022).

Modellen presenterar en meta-systemisk ram för hur terapeut och klienter tillsammans successivt kan fördjupa sin förståelse för i vilket sammanhang eller vilken sekvens som det beskrivna problemet ska förstås. Detta görs för att de hinder som ligger i vägen för en lösning ska kunna undanröjas. Detta kallas i modellen för att identifiera problemsekvensen. Förutom att alltid se hur system ingår i större system (individ, familj, nätverk, samhälle, kultur etc.) utgår man från ett ramverk för mänskligt liv bestående av sju faktorer (psyke, organisation, utveckling, kultur, kön, andlighet). Generell kunskap om dessa olika livsområden (figur 1) används på de olika systemiska nivåerna för att i den unika terapeutiska situationen skapa hypoteser för en lösningssekvens att försöka iscensätta i den terapeutiska processen. Från enklare systemiska analyser ”här-och-nu” arbetar man sig således inåt, utåt, bakåt, framåt etc. med hjälp av detta ramverk.

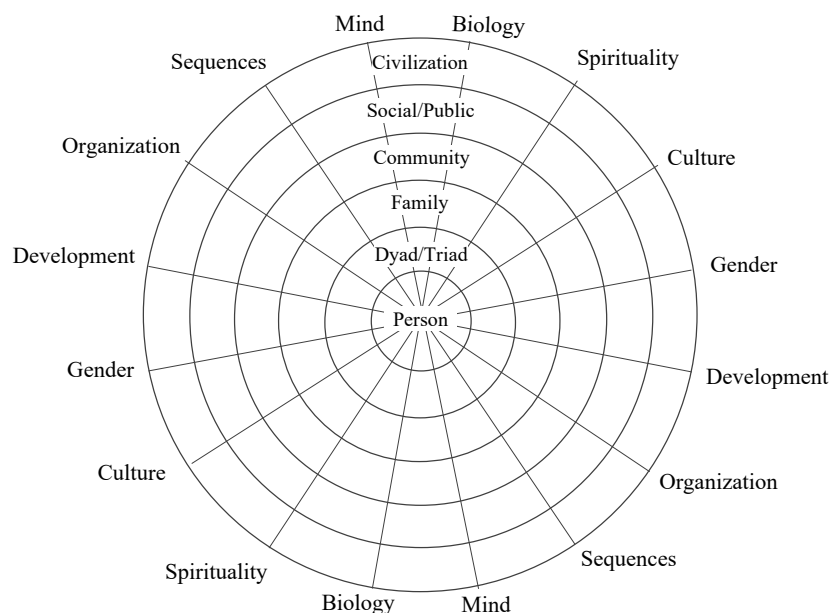


Figure 3. Web of human experience. Reprinted from “Integrative Problem-Centered Metaframeworks Therapy I: Core Concepts and Hypothesizing,” by D. C. Breunlin, W. Pinsof, W. P. Russell, and J. Lebow, 2011, *Family Process*, 50(3), p. 301. Copyright 2011 by John Wiley & Sons. Reprinted with permission.

I modellen strävar man efter att formulera och iscensätta en tillräckligt kraftfull lösningssekvens för de som ingår i det terapeutiska systemet så att problemet, som man söker

för, hanteras. I det terapeutiska arbetet utvärderas fortlöpande huruvida man lyckas övervinna de hittillsvarande hindren. Denna process pågår tills en tillfredsställande lösning ernåtts.

Detta betyder att den systemiskt orienterade terapeuten ibland behöver initiera en fas med individuella samtal, ibland en neurologisk utredning eller annan medicinsk undersökning. Ibland föreligger behov av att bjuda in fler eller andra personer till samtal, eller att föreslå och förankra en fas av individuell traumabearbetning eller parterapi etc. Det görs för att så småningom hitta hindren för lösningssekvensen i det systemiska mönstret som bäst "biter" på de hinder som hittills legat i vägen för en lösning (figur 2). Exempel på fördjupande insatser kan t.ex. vara individuellt och familjebaserat terapeutiskt stöd till ett utvecklat inre samtal genom en behandlingsfas av Internal Family Systems Therapy (Schwartz, 2019) eller mentaliseringsbaserad familjeterapi (Asen & Fonagy, 2021).

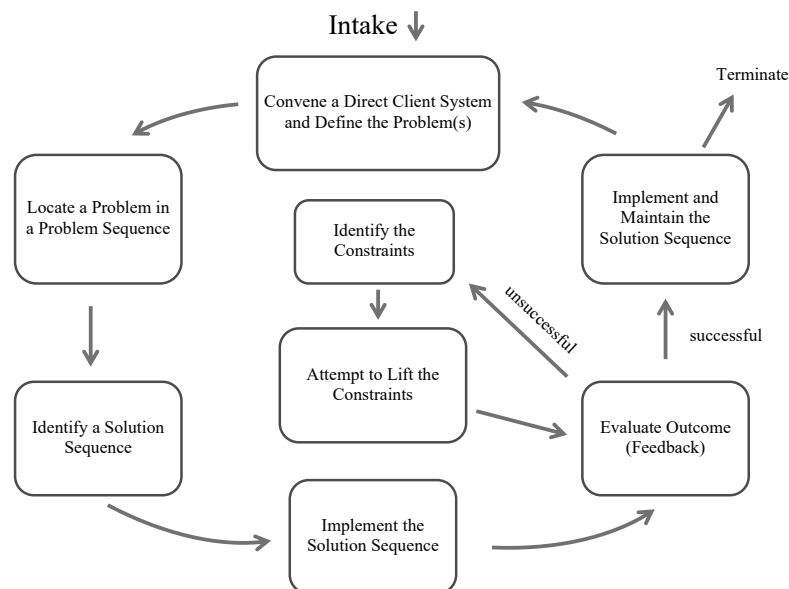


Figure 1. Essence of integrative systemic therapy. Reprinted from "Integrative Problem Centered Metaframeworks (IPCM) Therapy," by W. P. Russell, W. Pinsof, D. C. Breunlin, and J. Lebow, in T. L. Sexton and J. Lebow (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (p. 531), 2016, Routledge. Copyright 2016 by Taylor & Francis. Reprinted with permission.

Berättelsen nedan kan vara ett exempel: Tina är en 14-årig flicka som går i behandling för sin ätstörning. Hon sitter hemma vid matbordet tillsammans med sin mamma och äter middag. Behandlingsprogrammet föreskriver vad som ska finnas på tallriken och vad hon ska få i sig för att få tillräcklig näring. Tina är ångestfylld och uppriven och kämpar med sig själv och med relationen till sin mamma i situationen. Mamma försöker stötta Tina att förstå att hon måste försöka äta trots att situationen är ångestfylld och jobbig. Tina känner vrede mot mamma men också skam att belasta henne och vill att mamma lämnar henne. Mamma upplever att hon inte råder över situation, känner sig otillräcklig, hjälplös och avvisad. Hon

återkommer i sina tankar till att Tina visar drag av hennes man vilka hon alltid tyckt illa om. Mamma drar sig undan. När Tinas pappa kommer hem från jobbet försöker han närma sig Tina ”kompismässigt” och når en kompromiss med Tina kring hur mycket hon behöver äta som är alldeles för litet enligt vårdens rekommendationer. Tina känner sig lugnare i stunden men är ledsen och uppriven. Mamma känner sig diskvalificerad och utmanövrerad, distanserar sig från sin man och blir uppgiven. Denna problemsekvens tenderar att upprepa sig. Föräldrarnas förmåga att ge matstöd med gemensamma krafter kollapsar. Gamla tillitskonflikter mellan föräldrarna kommer i dagen.

För att komma ur situationen behöver problemsekvensen ersättas med en lösningssekvens. Den stora utmaningen är att identifiera de hinder som föreligger för detta. Terapeut och klient/-er arbetar sig hypotetiskt framåt med hjälp av en successivt fördjupad analys av i vilket system det som ligger i vägen för förändring får sin bästa förklaring. I fortsättningen av exempel-fallet med Tina och hennes föräldrar försöker nu terapeuten tillsammans med familjemedlemmarna detektera hur hindren ser ut dels för att Tina och mamma ska hitta vägar tillsammans utan kommunikationsbrott och dels för att mamma och pappa ska hitta en strategi där man med gemensamma krafter hjälper sin flicka i en ångestfylld måltidssituation. Man bestämmer därför tillsammans att genomföra fem föräldrasamtal/parsamtal parallellt med fortsatt individuellt stöd till Tina där hon får möjlighet att utveckla strategier för ångesthantering. Målsättningen med föräldrasamtalen ska vara att arbeta med de stressorer hos var och en av föräldrarna som triggades av den beskrivna matsituationen och hur dessa stressorer ”triggar split” mellan de vuxna. Tidigare misstro, sviktande tillit och anknytningssår mellan föräldrarna kan på så sätt bearbetas för att öka förutsättningarna för att deras sammanhållning och gemensamma ansträngningar i kritiska situationer ska bli starkare och man med förenad föräldrakraft kan stödja sin flicka genom måltiden.

Från en systemisk analys här och nu fördjupas och förfinas analysen alltså inåt, neråt, bakåt, framåt, utåt. I vårt exempel-fall fördjupas de familjeterapeutiska samtalen ytterligare så småningom till bättre förståelse och kommunikation kring händelser i de olika familjemedlemmarnas egen historia och i denna familjs gemensamma liv, historia och utveckling som har bäring på problemsituationen. Tinas mamma får tillfälle att fortsatt bearbeta en egen ätstörningsperiod i sina tonår och en depressiv period under Tinas småbarnsår fylld av känslor av skuld och otillräcklighet som mamma till henne. Föräldrarna får möjlighet att prata igenom hur svårt det var för båda att orka med föräldraskapet och

fördela arbetsuppgifter mellan sig under denna tid samtidigt som deras respektive arbetssituationer krävde var och ens fokus.

Principen att börja arbeta med enkla samband och att ”vanliga problem är vanligare än ovanliga” (Löfström, 1978), kallas att arbeta enligt parsimoniprincipen och är ett typiskt kännetecken för IST. Det betyder att insatsen bara ska vara tillräckligt avancerad för att lösa problemet. Metoden blir på så sätt ett utmärkt sätt att ekonomiskt utnyttja de resurser som står till buds. Detta gäller inte bara i den enskilda ärendegången där en problemsekvens så småningom ersätts av en framgångsrik lösningssekvens i en process som successivt tagit steg framåt mot satta mål. Modellen ger också möjlighet att på ett effektivt sätt utnyttja en vårdkedja av olika vårdande instanser från kommunala hälsovårdande preventiva resurser via regional primärvård till specialistvård (BUP öppenvård, BUP intensivvård) i olika steg beroende på hur sofistikerade, avancerade och flerdimensionella insatser som krävs för att hitta en lösning på ett aktuellt problem.

Vad som också är mycket tydligt i modellen är betoningen av terapi som ett samverkansprojekt, där klientens medansvar har stark betoning. Man betonar också den terapeutiska alliansens fundamentala betydelse och ger den prioriterad plats. Även om terapeuten tycker sig se vägar framåt måste dessa förankras hos klienten/-erna innan de sätts i verket. Det kan finnas hinder, som terapeuten saknar information om, som kan välta samverkansprojektet om terapeuten går fram för snabbt utan klargörande kommunikation med klienten/-erna.

IST som en alternativ styrningsmodell inom BUP

En fungerande vårdkedja

IST-modellen innehåller en flexibel modell för utnyttjande av resurser från enklare till mer avancerade insatser i en vårdkedja.

Den barn- och ungdomspsykiatriska diagnosen är ett trubbigt medel för att vägleda ansvariga på BUP avseende insats. En viss diagnos i dessa nomenklaturer säger väldigt lite om ett aktuellt problems svårigheter och djup. Den ger därför mycket dålig vägledning avseende kvalitet och kvantitet när det gäller behandlande insats.

Med IST som övergripande tankemodell skulle ärendets svårighetsgrad, allvar och djup klarna successivt när man med ökad systemisk komplexitet söker efter lösningssekvensen. Ett arbete som påbörjas i primärvården skulle därför kunna flyttas över till specialistvårdens öppenvård,

om fördjupning krävs. I tredje led skulle sedan BUP:s intensivare resurser (dagvård och slutenvård) kunna sättas in för att möta den komplexa härva av svårigheter och hinder på olika nivåer (neurologisk, individualpsykologisk, familjedynamisk, samverkan med skola, missbruk etc.) som så småningom blir uppenbara. Arbetets tyngd och omfång skulle på ett naturligt sätt utkristalliseras allteftersom arbetet genomförs. Detta stimulerar och ställer krav på samverkan i hela samhället på adekvat hantering av problem långt ut i vårdkedjan på primär nivå. Tyvärr överbelastas BUP idag av en ”probleminflationsproblematik”, där allvarlig psykisk störning konkurrerar om plats och tid med problem som tillhör livet men som tenderar att beskrivas som kliniska.

Samverkan med vårdgrannar

IST-modellen ger möjlighet till mer avancerad integration i samarbetet med vårdgrannar.

I ett systemiskt perspektiv är det problem man söker för på BUP med få undantag insnärjt i andra problem i närmiljön. För att man ska nå bra resultat behöver dessa samtidigt adresseras – antingen i parallella insatser som insatserna på BUP eller via gott samarbete med vårdgrannar som pediatrik klinisk, familjerådgivning, socialförvaltningens stöd, vuxenpsykiatri eller behandlingsenheter för missbruk etc. Denna modell skulle stimulera till utveckling av dessa integrerade samsarbetsformer istället för att som nu, med existerande metamodell, skapa stuprörssseende och partiella insatser i en familjs liv. Sådana insatser upplevs oftast bara som otillräckliga och halvdana därför att de definieras ur sitt systemiska ömsesidigt beroende sammanhang. Den lagstadgade samverkan mellan region och kommun i Sverige (samordnad individuell plan) skulle sålunda kunna bli något mer än ett möte, där man konkurrerar om vem som inte har huvudansvaret i ett ärende (Eklund & Halfdan, 2021).

Ett integrativt vårdperspektiv

IST-modellen skapar bättre förutsättningar till konstruktiv dialog mellan olika behandlingsperspektiv.

Modellen minskar risker för polariserande, destruktiva vårddebatter, utan stimulerar i stället till flexibelt utnyttjande av olika evidensbaserade kompetenser i samarbete och vid behov till teambaserade multiimpact-insatser. Tidigare fördes den interna vårdpolitiska debatten inom BUP oftast på ett ideologiskt plan. Vad var ett gott bemötande i utredning och behandling på BUP? På vilken nivå förklarades det verkliga problemet bäst? Var det på synapsnivå, på individualpsykologisk nivå eller var det rent av på familjenivå eller nätverksnivå? Modellen

skapar också bättre förutsättningar för ett teambaserat, respektfullt samarbete än en situation där olika behandlingsinsatser gärna utesluter andra. I ett sådant samarbete med olika ingångar till lösning av ett komplext problem utesluter inte olika kompetenser, varandra utan i stället kompletterar de varandra till en fullgod, samlad insats i enlighet med evidens för kunskapsområdet.

Betoning av den terapeutiska alliansen

IST-modellen betonar relationen mellan vårdgivare och vårdtagare.

Modellen uppmuntrar patientens medansvar och betonar den terapeutiska alliansen (Wampold & Zac, 2015). Detta ökar patienters och anhörigas tilltro till vården och tillfredsställelse med insatserna.

Ett stelt screeningförfarande, som är lika för alla sökande, kan sägas sträva efter kvalitetssäkring men går radikalt fel på flera sätt. Perspektivet stimulerar passiv vårdkonsumtion (Borgenhammar & Fallberg 1997).

Framför allt är det två faktorer som anses fundamentalt viktiga i all människovård, nämligen klientens trygghet i en förtroendefull relation till vårdgivaren och klientens aktiva medansvar och aktiva medverkan i sin egen behandlingsprocess.

Eftersom den aktiva agenten i psykisk vård alltid i mycket stor grad utgörs av en förtroendefull relation mellan BUP-medarbetare och klienter är det, som i all vård, av yttersta vikt att mötet från första stund fokuserar på etablering av det vi kallar den terapeutiska alliansen. I detta ansvar ligger också att möta klienterna ”där de är”. För de flesta klienter som söker BUP är det första gången man gör det. Osäkerheten kring vad som väntar är stor.

Känslor av obehag och skam är vanligt förekommande. Man vet ofta att man har ett problem som man försökt lösa men som blivit övermäktigt. Man vädjar om, och hoppas på, att få träffa kompetens och trygghet. I detta läge vilar det på vårdgivaren att hjälpa klienterna att känna sig sedda och mötta ”där de befinner sig” på vägen fram emot att nå en överenskommelse. Överenskommelsen gäller hur vägen framåt tillsammans ska se ut. Var befinner sig klienten längs detta kontinuum? Har alla förstått och accepterat kopplingen mellan sin problembeskrivning och föreslagen insats? Hoppas man på att experten vet även om jag inte förstår? Säger man ”ja” på grund av uppgivenhet, trots att man egentligen inte tror på insatsen?

De flesta människor söker BUP för att de har problem och inte för att gå i den eller den terapin (!). För klienter upplevs problemet de ”flaggar för” ofta mer eller mindre insnärjt i andra problem, som de vet hör hemma någon annanstans än på BUP. Medvetenhet om vikten

av dessa ömsesidiga samband är mer eller mindre klar men upplevelsen är att för att det ena problemet ska kunna få sin lösning måste också det andra problemet adresseras samtidigt. Ett exempel i en familj kan vara en tonåring som söker hjälp för depressiva symptom samtidigt som föräldrarna är starkt upptagna av missbruksproblem och en allvarlig relationskonflikt som starkt påverkar tonåringens livskvalitet. Metamodellen IST har en tydlig struktur för ett situationsanpassat, unikt samarbete för god vård. I den arbetar man sig successivt framåt i sin förståelse för de viktigaste hindren för en bättre livssituation för den enskilde och/eller för familjen. Tillsammans med terapeuten arbetar man sedan för att undanröja dessa ömsesidigt påverkande problem på olika systemiska nivåer.

En annan expertroll

IST-modellen skapar ett alternativt, uppdaterat innehåll avseende expertrollen.

Modellen ställer krav på en annan expertroll, som kan beskrivas som tillämpning av generell kunskap i den unika situationen (Alexander et al. 2013). Terapeutens professionalitet utgörs av karta och kompass och av (i större eller mindre utsträckning) empiriskt prövade teorier. Terapeutens teoretiska ramverk gäller de livsområden och de problem i allmänhet som de unika klienterna i en speciell samtalssituation berättar om och som man söker hjälp för. I dialog tar man sig tillsammans framåt för att bättre och bättre ringa in en problemsituation och sätta in den i sitt sammanhang. Terapeuten leder samtalet med sin ”karta och kompass” av tillgänglig professionalitet, men klienterna är de som känner till och definierar sin unika situation. Detta skapar en expertroll som en nyfiken, kanske frågvis men ödmjuk detektiv. Terapeuten leder och följer. Terapeuten bygger sin och klienternas fördjupade förståelse för den aktuella situationen i dialog med varandra och med sina hjälpmedel ”kartan och kompassen”. Denna situation skapar ett medansvar och ett deltagande hos vårdtagare i sin egen rehabilitering, vilket gagnar en effektiv och, (ur flera aspekter) ekonomiskt hållbar insats. Insatsen får kvalitet genom klientens engagemang och egenansvar. Vidare stödjer och stabiliserar den systemiska insatsen även det omgivande sammanhanget i en ny konstruktiv riktning visavi det presenterade problemet.

Personalens kompetensutveckling och trivsel

IST-modellen ger bättre förutsättningar för kompetensutveckling och trivsel på arbetsplatsen.

Vid den senaste Nordiska kongressen i familjeterapi, i Köpenhamn 2022, hölls en mycket intressant föreläsning av professor i sociologi vid Copenhagen Business school Nanna Mik-

Meyer under titeln "Contradictionary rationales in welfare work". I korta ordalag beskrev hon den spänning som uppstår på en arbetsplats, där den professionelle medarbetaren med sin yrkeskompetens och yrkesetik möter en ordning, som präglas av den nya tidens New Public Management. Den innebär kategorisering, förutsägbara generella insatser, resultatstyrning etc. Hon betonade vikten av en respektfull dialog mellan företrädare för organisationsutveckling och företrädare för yrkeskompetens. Dialogen utgör en grundläggande förutsättning för att en arbetsplats ska kunna behålla den seniora kompetensen och inte drabbas av kompetensflykt. En fråga ställs här till läsaren: "Upplever du en respektfull dialog mellan administratörer och byråkrater å ena sidan och den yrkesverksamma, professionella medarbetarkåren å den andra sidan på din arbetsplats" (Mik-Meyer 2022 b)?

IST-modellens position avseende fundamenta i god vård är en mycket intressant motvikt mot avarterna i NPM. I denna debatt stärker den de vårdgivande professionerna gentemot byråkrater och administratörer. En ordning i enlighet med ovan beskrivna metamodell skulle, enligt författaren, också ge större möjligheter för arbetsplatser inom BUP att hantera en kontinuerlig kompetensförsörjning i sin medarbetarstab och undvika kompetensflykt och utbränd personal (Psykologtidningen, 2021).

BUP och evidens

IST-modellen skapar förutsättningar för högre grad av evidens inom BUP.

Modellen stimulerar till integration av forsknings- och utvärderingsinsatser ute i den kliniska verkligheten och minskar gapet mellan behandlingsforskning och vardaglig klinisk verksamhet. Arbetsmodellen är i varje enskilt fall ett utmärkt exempel på en klinisk fallstudie (Russel et al., 2022, sid 2). Den enskilde medarbetarens möjligheter att utnyttja sin kompetens i "växelbruk" mellan traditionellt kliniskt arbete och klinisk forskning skulle med IST ges väldigt självklara och naturliga förutsättningar. "Växelbruk" av arbetsuppgifter skulle dessutom genom variation i arbetsuppgifterna, skapa ett bättre utgångsläge för att förebygga professionell utbrändhet.

Samhällets styrmekanismer för BUP (i Sverige Socialstyrelsen) bör "lämna sargen" Evidence Based Medicin (EBM). Här klamrar man sig fast vid kriterier för relevant forskning och accepterad evidens, vilka är för begränsade för kunskapsområdet (Randomized controlled Trials, RCT). Man behöver i stället acceptera att kunskapsområdet som berör BUP:s kompetensområde kräver ett vidgat forskningsperspektiv, Evidence Based Praxis (EBP). Här används en meny av designer där studier med olika forskningsmetodologiska principer (både kvantitativa och kvalitativa) bör användas likvärdigt i framtagandet av underlag för evidens,

beroende på vilken forskningsfråga man är ute efter att besvara (s.k. Mixed Design) (Tilden et al. 2022).

Inte minst behöver praktikbaserad evidens beskrivas och undersökas mer i så kallade ”Effectiveness-studier”. Skälet till det är att man i dessa studier bedriver sin forskning ute i den kliniska vardagen. Två andra områden är också viktiga att nämna: dels studier som belyser anpassningar till specifika omständigheter t.ex. av kulturell karaktär och dels studier med fokus på klienternas upplevelser av nytta av insatsen, så kallade Efficiency-studier. (Bohlin & Sager, 2018).

Avslutande kommentarer

Våra barn växer upp i sina sammanhang. I samspel med sina närmaste anpassar sig barnen till den värld som där presenteras. Barnet utvecklar och optimerar sina livsstrategier på de villkor som erbjuds. Familjen och närmiljön är en dominerande kraft på gott och ont. Ett systemiskt perspektiv på barnens utveckling i stort men även mer precist på mental hälsoutveckling, räknar först och främst med den potential som utgörs av de nära relationernas varierande förmåga till kommunikation och problemlösning. Styrningskrafter i samhället mot mental ohälsa borde tydligare se de nära relationerna och barnets nära omgivning som det primära fokusområdet när åtgärder ska organiseras och sättas in på olika vårdnivåer.

Denna artikel vill därför peka på ett systemiskt, kontextuellt insatsperspektiv som det självklara förstahandsvalet när barn och ungdomar upplever mental ohälsa eller beskrivs av andra som problembarn. Artikeln beskriver hur ett systemiskt metaperspektiv kan användas för att effektivare utnyttja samhällets resurser för god mental hälsovård till barn och ungdomar snarare än att även fortsättningsvis försöka förfina och specificera sin förståelse för åtgärder mot mental ohälsa i individuella, icke-kontextuella stuprörsperspektiv.

Referenser

Alexander, J. F., Waldron, H. B., Robbins M. S. (2013). *Functional Family Therapy for Adolescent Behavior*. APA.

Almqvist Simonsson K. et al. “Ungas psykiska ohälsa ökar – Vi måste ta reda på varför”
Dagens Nyheter Debatt 2023-09-03.

Asen, E. & Fonagy, P. (2021). *Mentalization-Based Treatment with Families (kap 8)*. The Guilford Press.

Avtal Vårdval BUP Dalarna 2023, Bilaga 2 – Ersättning (sid 7), Fastställt av Regionfullmäktige 2022-11-14/15 paragraf 109, Diarienummer: RS 2022/891.

Blueprints for Violence Prevention, Book Three: Functional Family Therapy (2000, sid. 18), Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado at Boulder.

Brofalk I. (2004). PBU:s Historia 1933–2000, särtryck ur Mellanrummet – *Tidskrift om Barn- och Ungdomspsykiatri*, 11, 2004, 45–61.

Folkhälsoguiden (2022). Psykisk ohälsa växer bland unga – rapport lägger grund för att tackla problemen. [folkhalsoguiden.se](https://www.folkhalsoguiden.se)

Isberg E. & Kejerhag J. Tusentals unga i kö till BUP. *Dagens Nyheter* 2023-07-24.

Bohlin I. & Sager M. (2018). *Evidensens många ansikten. Evidensbaserad praktik i praktiken*. Arkiv förlag.

Borgenhammar, E., Fallberg L. (1997). *Våga vara vårdkonsument: Vägar till medvetenhet*. Studieförbundet näringsliv och samhälle.

Boychev, I. (2023). ”Det är något som skaver med antalet NPF-diagnoser”. *Dagens Nyheter Debatt*, 2023-07-31.

Breunlin, D. C., Pinsof, W., & Russell, W. P. (2011). Integrative Problem-Centered Metaframeworks Therapy I: Core Concepts and Hypothesizing. *Family Process*, 50(3), 293–313. [https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01362.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2011.01362.x)

Eklund F. & Halfdan S. (2021). *SIP – Samordnad individuell plan: Mötet, Planeringen, Processen*. Gothia Kompetens AB.

Karlén K-H. (1983). *Barn- och Ungdomspsykiatrins historia i Sverige*, sid. 32, Institutionen för Barn och Ungdomspsykiatri, Uppsala Universitet, Uppsala.

Landström R. (2023). BUP är en katastrof. *Aftonbladet kultur*, 2023-07-27.

Lynn L. E. (2006). *Public Management: Old and New*. Routledge

Löfström, P. (1978). Pensionerad överläkare och klinikchef BUP, *mundlig kommunikation*.

Mik-Meyer N. (2022a). *The Power of Citizens and Professionals in Welfare Encounters*. University Press.

Mik-Meyer N. (2022b). Contradictory rationales in welfare work. *Föreläsning vid Nordisk kongress I Familjeterapi 2022, Köpenhamn*.

Pinsof W. (1995). *Integrative Problem-centered Therapy – A Synthesis of Biological, Individual and Family Therapy*. Ingram Publisher Services US.

Pinsof W. M., Breunlin D. C., Russel W. P., Lebow J. L., Rampage C., Chambers A. L. (2018). *Integrative Systemic Therapy – Metaframeworks for Problem Solving with Individuals, Couples and Families*. American Psychological Association.

Psykologerna allt färre inom BUP (2021). *Psykologtidningen*, 5, 2021 sid 8–9.

Russel W.P., Breunlin, D.C., Sahebi B. (2023). *Integrative Systemic Therapy in Practice – a Clinicians Handbook*. Routledge. [Samradsforum.se](https://www.samradsforum.se)

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. (2021). www.socialstyrelsen.se

Sundelin, J. (2016). Familjeterapi och BUP – ett förhållande i kris. *Fokus på familjen*, 44(3), 180–201. <https://doi.org/doi:10.18261/issn.0807-7487-2016-03-02>

Sundelin, J. (2021). Recension av boken Pinsof W. M., Breunlin D. C., Russel W. P., Lebow J. L., Rampage C., Chambers A. L. (2018). *Integrative Systemic Therapy – Metaframeworks for Problem Solving with Individuals, Couples and Families*, American Psychological Association. *Fokus på Familien*, 49, 4, 2021, 331–336.

Schwartz, R. C. & Sweezy, M. (2019). *Internal Family Systems Therapy*. Guilford Press.

Sveriges psykologförbund (2023). Yrkesetiska principer för psykologer i Norden.

www.psykologforbundet.se

Tilden T., Solem M-B, Thuen F., Lorås L., Stokkebekk J., Whitaker K. (2022). Å ta empirien på alvor v.2.0, *Fokus på Familien*, 50, 4, 2022.

Wampold B., Imel Z. E., (2015). *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Routledge.

Wirehag, L. (2023). *The Family and the Patient. An Investigation of mental health problems, risk factors and support for members of the families of psychiatric patients*. Doctoral dissertation, Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.

Wirtberg I., Petitt B., Cederblad M. (2015). Familjeterapi fungerar! *Svenska föreningen för familjeterapi*, www.sfft.se