

# Uppföljning av tonårsflickors behandling vid en BUP-mottagning

Kerstin Bånkestad  
BUP-mottagningen i Piteå



NORRBOTTENS LÄNS LANDSTING

# Sammanfattning

Syftet med projektet, som ursprungligen var något annorlunda, var att utvärdera BUP-mottagningens övanliga behandlingsmetoder samt att pröva undersökningsmetodernas användbarhet i verksamheten.

Undersökningsgrupp var 13 nyanmälda flickor i åldern 15-17 år och som ömådde dåligtö. Tio av dessa deltog vid uppföljningen. Utvärderingsinstrument var problemskattning, som gjordes av tonåring, föräldrar och behandlare, tre olika självskattningar samt intervju med tonåring och föräldrar.

Testresultaten visade att problemen minskat trots att behandlingen var avslutad för enbart fyra flickor och fortfarande pågående för sex. Graden av depression (BDI) var lägre och de internaliserade problemen (YSR) hade minskat signifikant. Självbilden (SASB) var mer positiv genom en signifikant ökning av de positiva inslagen, en signifikant minskning av de negativa samt en tendens till ett mer spontant och fritt själv. Samstämmigheten var god mellan problemskattningarna och testresultaten.

Av intervjuerna framgick att sex familjer var ömycket nöjdaö och fyra öi stort sett nöjdaö med BUP-kontakten. Värdefulla synpunkter lämnades av både tonåringarna och föräldrarna.

Av undersökningsmetoderna visade sig problemskattningen, SASB och i viss mån YSR fungera bäst som både utvärderingsinstrument och som stöd i behandlingsprocessen.

## Tack

Detta projekt har bedrivits med ekonomiskt stöd från NLLs FoU-medel, vilket gjort det möjligt att engagera professorerna Kerstin och Bengt-Åke Armelius, båda verksamma vid Psykologiska Institutionen, Umeå universitet. De har generöst introducerat oss i sin modell av affektskola, deltagit i planeringen av utvärderingen av behandlingseffekterna och hjälpt oss med signifikansberäkningar och den grafiska presentationen av testresultaten.

Ett stort tack till mottagningens alla medarbetare, både behandlare och sekreterare, som på olika sätt deltagit i projektet.

Ett särskilt tack till tonårsflickorna och deras familjer, vars deltagande inneburit extra besök vid mottagningen i samband med flickornas datatestningar samt intervju av familjen. Utan dem hade projektet inte varit möjligt.

# Innehållsförteckning

<b>Bakgrund</b>	4
<b>Syfte</b>	4
<b>Metod</b>	5
Undersökningsgrupp	5
Undersökningsmetoder	5
<b>Resultat</b>	6
Undersökningsgruppen	6
Testresultaten	7
Intervjuerna och problemskattningen	12
Relationen till behandlaren	21
Flickornas inställning till känslskolan	21
Familjernas synpunkter på undersökningsmetoderna	22
Övriga synpunkter från intervjuerna	23
<b>Sammanfattning och diskussion</b>	23
Uppföljning av behandlingen	23
Undersökningsmetodernas användbarhet i behandlingsprocessen	25
<b>Referenser</b>	27
<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1: Förfrågan om deltagande i ..	
Bilaga 2: Problemskattning ifylld av ungdomen själv	
Bilaga 3: Basuppgifter från behandlarna	
Bilaga 4: Intervjufrågor	

# Bakgrund

En ökad psykisk ohälsa bland barn och ungdomar har uppmärksammats i många sammanhang. Enligt Norrbottens läns hälsobokslut (2007) visade befolkningsenkäten för 2006 att de som mår psykiskt sämst är de yngre kvinnorna. Att flickorna har mer problem med nedstämdhet, huvudvärk och magont än jämnåriga pojkar börjar synas redan i övre skolåldern. Under perioden 2001-2005 hade i snitt fem pojkar och 23 flickor per år (upp till 17 års ålder) vårdats vid länets sjukhus pga en avsiktlig självdestruktiv handling eller en handling med oklar avsikt.

Nyanmälningarna till BUP i Piteå mer än fördubblades från början av 1990-talet fram till början av 2000-talet. Under 2006 var cirka hälften av de nyanmälda patienterna 15 år eller äldre. I dessa åldrar är nästan tre fjärdedelar flickor. De vanligaste anmälningsorsakerna var under 2006-2007 depressions- och ångestsymtom.

Flickor uttrycker ofta ett starkt missnöje med sig själva. Flickor med psykisk ohälsa har ofta en negativ självbild. Svåra känslor som ilska, skuld, rädsla, ledsnad, skam etc leder till negativa tankar och handlingar riktade mot sig själv. Det är därför vanligt att problem hos tonårsflickor uttrycks i olika former av självskadebeteende, depression eller ätstörningsproblematik. De tonårsflickor som kommer till BUP har oftast en komplex problematik samtidigt som behandlingen kompliceras av tonåringars behov av frigörelse från vuxenvärlden.

Ökningen av den psykiska ohälsan bland barn och ungdomar, den psykiska ohälsans förändrade uttrycksätt samt en snabb kunskapsutveckling har både ökat behovet av och stimulerar till förbättringsarbete och utveckling av nya behandlingsmetoder.

Vid BUP-mottagningen strävar vi efter att kunna erbjuda en mångfald av behandlingsmetoder för att kunna erbjuda passande och verkningfulla insatser till varje unikt barn/ungdom och dess familj. Ett utvecklings- och förbättringsarbete förutsätter kunskap om både behandlingseffekter och ungdomarnas och deras föräldrars upplevelser av BUPs nuvarande behandlingsinsatser.

Utvärderingar av behandling vid psykisk ohälsa handlar oftast om specifika behandlingsmetoder eller manualiserade program riktade till personer med en väl avgränsad problematik, sällan om det vi vanligtvis gör med våra patientgrupper med oftast flera och omfattande problem. Eftersom avsaknaden av evidens inte är detsamma som att behandlingen är ineffektiv, är det angeläget att systematiskt utvärdera mottagningens överanvända insatser med metoder som är förenliga med den kliniska vardagen.

Under projekttiden var de flesta av behandlarna legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk eller familje- inriktning. Projektledare var Kerstin Bånkestad, leg psykolog/leg psykoterapeut och då verksamhetschef.

## Syfte

Det ursprungliga syftet var egentligen att pröva och utvärdera ökansloskolanö som komplement till mottagningens vanliga behandlingsinsatser. öKansloskolanö är en omarbetning av Affektskolan för vuxna (Bergdahl m.fl., 2000) för att passa BUPs åldersgrupp, en pedagogisk metod med åtta gruppträffar, som syftar till att lära mer om affekter för att förbättra förmågan att känna igen, hantera och uttrycka känslor. I samband med BUP-kontaktens inledning avböjde emellertid de flesta flickor erbjudandet eftersom de inte kunde tänka sig att i grupp träffa andra med problem. Många var däremot intresserade av att delta i en kontrollgrupp.

Syftet förändrades därför till dels en uppföljning och utvärdering av mottagningens överanvända behandlingsmetoder med en metodik som är förenlig med den kliniska vardagen, dels en prövning av och jämförelse av de olika mätinstrumentens användbarhet i en barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Resultaten förväntades ge kunskap om behov av och inspiration till fortsatt utvecklingsarbete.

# Metod

## Undersökningsgrupp

Nyanmälda flickor från 15 år (årskurs 9) och äldre, som ömår dåligt, är svensktalande och hade möjlighet att själva ta sig till mottagningen, tillfrågades om att ingå i projektet. Information lämnades av behandlaren både muntligt och skriftligt (bilaga 1). Deltagandet bekräftades med underskrift av både tonåring och vårdnadshavare.

## Undersökningsmetoder

### Problemskattning

Problemskattningsformulär, där de största problemen (upp till fyra) specificeras utan inbördes rangordning och vars frekvens och intensitet skattas på en 10-gradig skala, fylldes i av både tonåring (bilaga 2), föräldrar och behandlare.

Denna skattning gjordes i samband med ungdomens/familjens besök hos behandlaren under BUP-kontaktens inledning. Omskattningen genomfördes vid behandlingskontaktens avslutning eller efter minst 5-6 månader i ärenden där kontakten inte var avslutad. Vid omskattningen fick man först fylla i ett helt nytt formulär innan man fick ta del av det tidigare, som kompletterades utifrån nuläget. Detta förfaringssätt valdes för att upplevelsen av problematiken vid uppföljningstillfället inte skulle färgas av den tidigare skattningen.

### Psykologiska test

Under BUP-kontaktens inledningsfas och vid uppföljningen bokades separata besök med tonåringen för ifyllande av tre frågeformulär via dator. Detta administrerades antingen av mottagningens psykologkandidater eller teamsekreterare.

Efter omtestningen fick flickorna ta del av resultaten via sina behandlare.

#### *BDI*

Depression mättes med BDI (Becks Depression Inventorium) som består av 21 påståenden som man ska ta ställning till på en skala mellan 0 till 3, där 0 betyder inga symtom alls och 3 representerar allvarliga symtom.

Summerat betyder poäng mellan 0-9 ingen/minimal depression, poäng mellan 10-16 mild depression, poäng mellan 17-29 indikerar moderat depression och poäng mellan 30-63 uttrycker allvarlig depression.

#### *YSR*

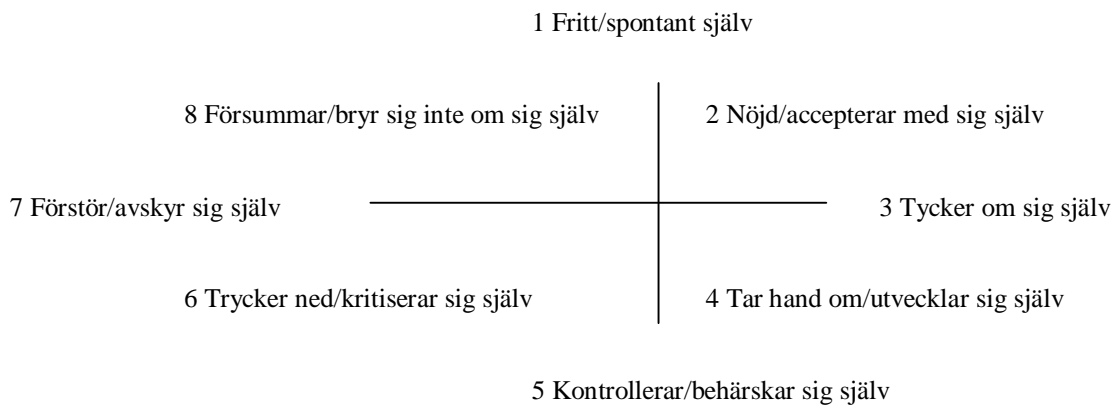
Ungdomarnas problemupplevelse mättes med YSR (Youth Self-Report). Skalan består av 112 påståenden som skattas på en skala mellan 0 = stämmer ej, 1 = stämmer delvis/ibland och 2 = stämmer helt. YSR summeras dels till en totalpoäng, dels till ett antal delskalor.

Enligt den svenska normering (Ekeroth & Broberg, 2001) är medelvärdet för flickor i åldern 15-16 år 46,4 poäng och för flickor i åldern 17-18 år 40,3.

Song, Sing, and Singer (1994) använde konfirmatorisk faktoranalys för att evaluera strukturen i YSR och fann stöd för de två huvudfaktorerna Externaliserade och Internaliserade symtom. Somatiska symptom och ångest/depression är mått på en Internaliserande faktor och normbrytande och aggressivt beteende är mått på en Externaliserande faktor. Vanligtvis har ungdomar, som har höga poäng i den ena faktorn, även höga poäng på den andra.

## SASB

Självbild har mätts med SASB-testet (Strukturell Analys av Social Beteende) med 36 frågor, som mäter hur man ser på och hanterar sig själv i två dimensioner: självkärlek-självhat och självkontroll-spontanitet. Dimensionerna kombineras i en sk cirkumplex struktur och självbilden beskrivs med åtta sk kluster (se figur 1). Kluster 2, 3 och 4 beskriver olika positiva sätt att vara mot sig själv, kluster 6, 7 och 8 beskriver olika negativa sätt att vara mot sig själv och kluster 1 uttrycker ett fritt och spontant själv medan kluster 5 uttrycker motsatsen dvs att man kontrollerar och behärskar sig själv (Armelius & Armelius, 2000).



Figur 1. Klusterversionen av SASB-modellen.

### Intervju av behandlarna

Som förberedelse inför avslutande/uppföljande intervju med familjerna intervjuades behandlarna av projektledaren för att få kort information om BUP-kontakten och behandlingsprocessen (Bilaga 3).

### Intervju med tonåring och föräldrar

Som avslutning av BUP-kontakten vid avslutad behandling eller som uppföljning vid pågående behandling intervjuade projektledaren tonåringen tillsammans med förälder/rar (Bilaga 4). En flicka avböjde att sitta tillsammans med förälder, varför de intervjuades var för sig.

## Resultat

### Undersökningsgruppen

Sammanlagt 13 flickor och deras föräldrar accepterade att ingå i projektet.

Uppgift saknas för hur stort bortfallet var, men intrycket är att flertalet som tillfrågats accepterade att ingå i projektet. Eftersom undersökningsmetoderna inte ingår i de ordinarie rutinerna, har behandlarna ibland missat eller inte kunnat ta sig tid för projektet på grund av hög arbetsbelastning och de ofta omfattande och akuta behoven i denna patientgrupp.

Sökdatum för undersökningsgruppen sträckte sig från januari 2006 fram till april 2007.

Flickornas ålder varierade från 15:1 ó 17:8 år varav fyra var 15 år, tre 16 år och sex var 17 år.

För åtta av de 13 flickorna hade man tidigare haft kontakt med mottagningen.

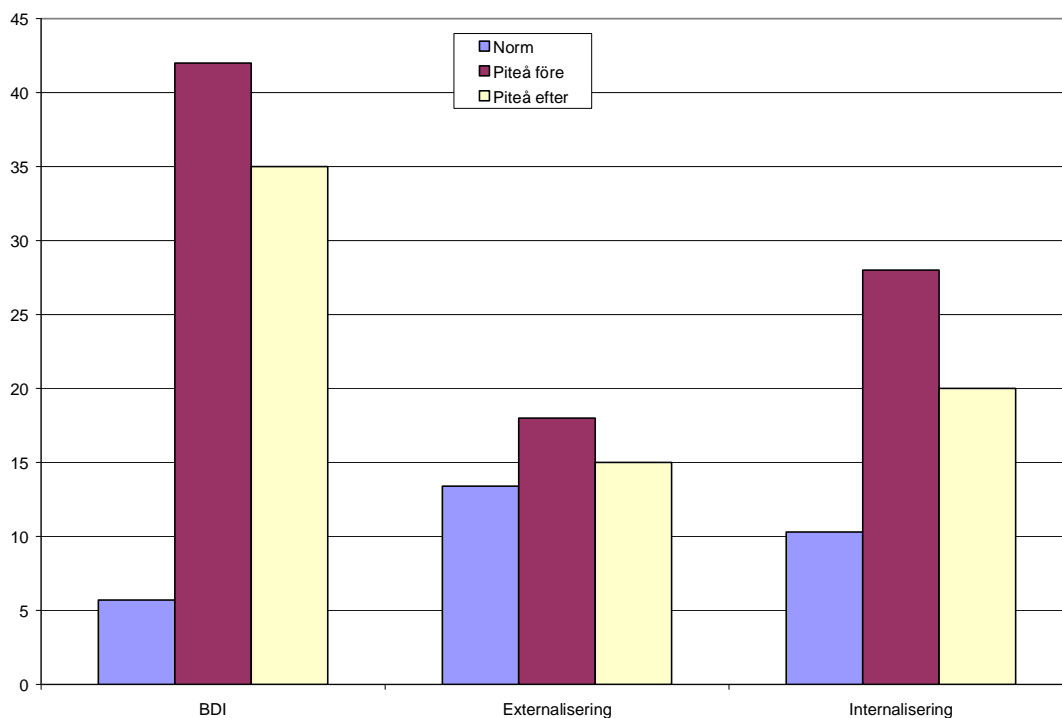
Väntetiden varierade från tid samma dag upp till tre veckor för alla med undantag för två flickor. De familjer som väntat längst, tre respektive fyra veckor, tyckte att väntetiden var jobbig eller lång. Övriga intervjuade upplevde ingen väntetid, tyckte att den var lagom eller till och med kort.

Inledande testresultat finns för 12 av de 13 flickorna. En av flickorna (patient M) genomförde den första testningen först efter fem månader, halva behandlingstiden, varför dessa resultat inte kan ses som öingångsvärdenö. Uppföljning med förnyad problemskattning, omtestning samt intervju, kunde genomföras med tio av flickorna och deras föräldrar. Anledningen till bortfallet var dels att flickan inte ville, dels hade avbrutit behandlingskontakten samt för den tredje fortsatte behandlingskontakten inom annan verksamhet. Vid uppföljningen var behandlingen fortfarande pågående för sex av de tio flickorna. Tiden mellan den första testningen och uppföljningen varierade mellan fem upp till 14 månader.

## Testresultaten

I följande grafiska presentationer av testresultaten är för YSR och SASB jämförelsegruppen 350 ungdomar i Umeå, lika många pojkar som flickor mellan 12 och 18 år. Skillnaderna mellan hela undersökningsgruppens mätningar före behandling och vid uppföljningen testades med t-test. Av de tio flickor, som ingår i gruppen öPiteå efterö har sex, dvs mer än hälften, en pågående behandlingskontakt och en av flickorna i öPiteå föreö testades först efter fem månaders behandlingskontakt. Resultaten kan därför inte sägas gälla före och efter avslutad behandling för alla.

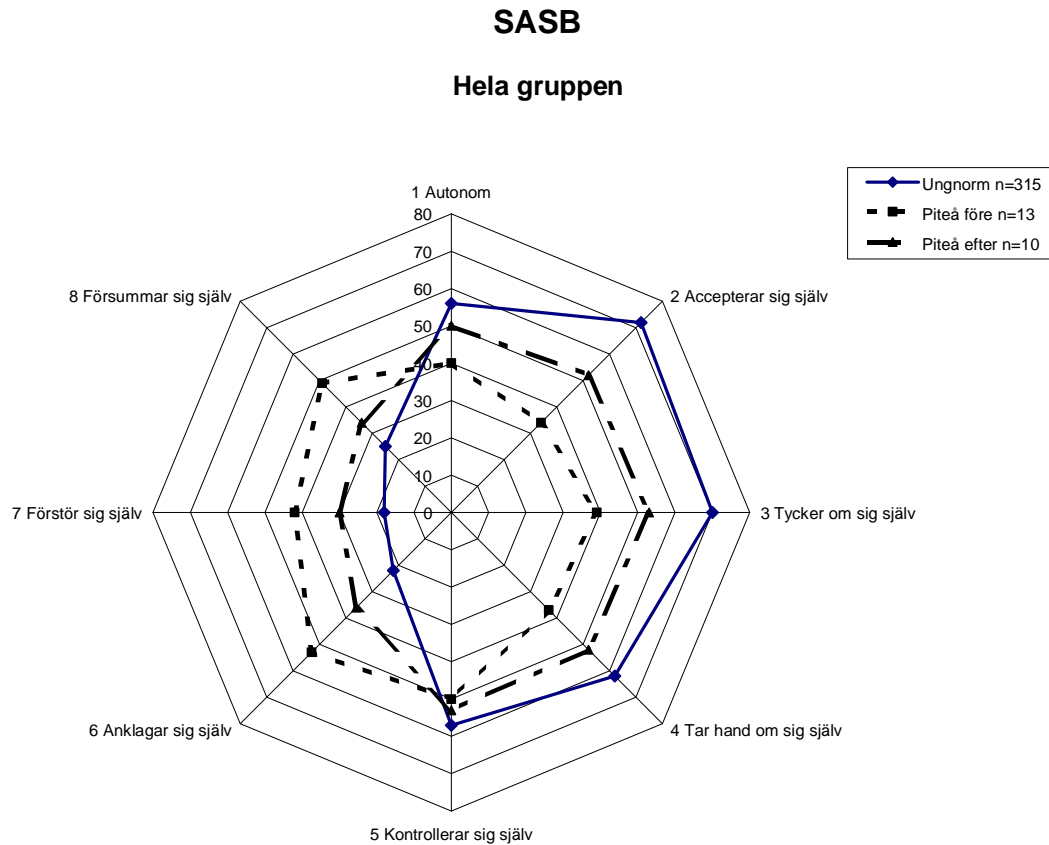
## BDI och YSR



Figur 2. BDI och YSR i Piteågruppen före och efter/under behandling samt för en jämförelsegrupp. Medelvärden.

För BDI visade resultaten från första testtillfället att gruppen hade allvarlig depression (42 poäng). Vid uppföljningen hade depressionen minskat, dock ej signifikant,  $t(9)=1.79$ ,  $p < .11$  och poängen visade fortfarande på allvarlig depression (35 poäng). Observera att figuren visar medelvärden och för jämförelsegruppen är värdet  $<10$  poäng dvs ingen/minimal depression.

I figuren har resultatet för YSR delats upp i de två huvudfaktorerna Externalisering och Internalisering. För YSR visade resultaten att Piteågruppen redan före behandling hade relativt låga värden för externaliserade problem, dvs med normbrytande och aggressivt beteende. Efter har dessa problem minskat dock ej signifikant,  $t(9) = 1.84$ ,  $p < .10$ . Internaliserade problem har däremot minskat signifikant,  $t(9) = 3.11$ ,  $p < .01$ . Man har dock fortfarande relativt höga skattningar av internaliserade problem också vid uppföljningen, vilket är förväntat eftersom behandlingen fortsätter för mer än hälften i gruppen.



*Figur3. Självbild i hela gruppen vid inledande (före) och uppföljande (efter) testtillfälle och för en jämförelsegrupp.*

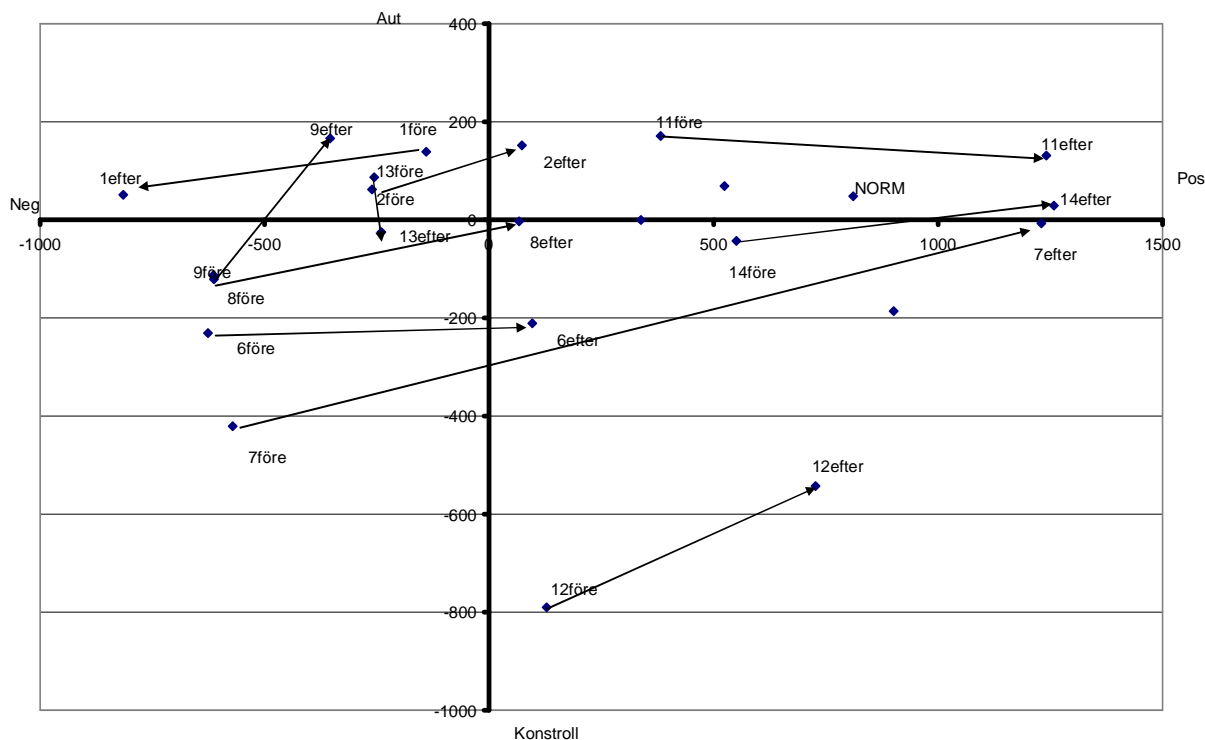
Vid första testtillfället har hela Piteågruppen en mycket mer negativ och mindre positiv självbild än jämförelsegruppen samt mindre spontant och fritt själv. Vid uppföljningen är självbilden mer positiv genom en signifikant minskning av de negativa inslagen,  $t(9) = 2.49$ ,  $p < .03$ , en signifikant ökning av de positiva,  $t(9) = -2.35$ ,  $p < .04$ , samt en tendens till ett mer spontant och fritt själv,  $t(9) = -1.83$ ,  $p < .10$ .



## Resultat för individuella patienter

### SASB

Resultaten för SASB visas i form av vektorvärden för positiv-negativ självbild och spontant-kontrollerat själv.



Figur 4. Förändring i självbild för enskilda patienter i Piteå-gruppen. Positiv självbild till höger, negativ till vänster, spontant/fritt själv uppåt och kontrollerat själv nedåt.

Långa pilar visar stora förändringar och riktning mot norm visar positiv förändring. En patient, nr 1 (pat A), har fått en mer negativ självbild, nr 13 (pat L) har knappt rört sig, nr 9 (pat H) har fått ett mer spontant/fritt själv. Övriga patienter har en mer eller mindre positiv förändring och samtliga har gått från vänster till höger mot normen. Patienterna nr 8, 6 och 2 (G, E och B) vars kontakt fortsätter, har ännu inte så positiv självbild, men har passerat gränsen för en sådan. Mest positiv förändring har patient nr 7 (F), som före ligger långt till vänster, dvs har en mycket negativ självbild och vid uppföljningen ligger till höger om normen, dvs har en klart positiv självbild. Patienterna nr 11 och 12 (J och K) har också en positiv förändring, men dessa var redan vid första testtillfället de med minst negativ självbild. För patient nr 14 (M) saknades ingångsvärde varför förändringen gäller för behandlingskontaktens avslutande fas.

### BDI, YSR och SASB

Patient	BDI	Ext.	Int.	SASB
A	-	+	-	-
B	0	-	+	+
E	-	+	0	+
F	++	++	++	++
G	+	++	++	+
H	0	0	++	+
J	++	++	++	++
K	++	0	+	++
L	0	0	++	0
M*	0	0	0	++

\*Patient M testades första gången efter halva behandlingstiden.

*Tabell 1: Bedömning av förändring enligt skalan: - = försämring, 0 = ingen förändring, + = liten förändring och ++ = stor förändring.*

Sammantaget visar tabell 1 att en patient, A, vid uppföljningen snarast försämrats och att de övriga har förbättrats mer eller mindre. Flickorna A, B, E, G, H och J har en pågående behandlingskontakt vid uppföljningen medan den är avslutad för flickorna F, K, L och M.

Patient A och E har en ätstörningsproblematik med behov av omfattande insatser under en längre tid, vilket är en förklaring till försämringen och den svaga förbättringen. A inser efter presentationen av testresultaten att hon är i behov av kompletterande medicinering. B mår åter dåligt vid uppföljningen och återupptar därför en behandlingskontakt.

I fallbeskrivningarna (sid 12 ó 21) redovisas en sammanvägning av uppföljningens båda problemskattningsformulär, de nya och kompletteringen av de tidigare. Om dessa jämförs med förändringen i de olika testens resultat (tabell 1) är överensstämmelsen ganska god med tre undantag. Både patient F och J visar stor förbättring enligt testen medan problemen skattats något förbättrade för F och J skattats både förbättrad samtidigt som en problematik ökat enligt föräldra- och behandlarskattningen. För L skattades en avsevärd minskning av problemen, samtidigt som resultaten förbättrats i endast ett av testen.

## Sammanfattande översikt av gruppen och testresultat

Pat	Tidigare BUP-kontakt	Ålder vid första test	Medicin	Tid mellan test 1 & 2	BDI 1	BDI 2	YSR 1	YSR 2	SASB 1	SASB 2	Antal samtal
<b>Pågående kontakt vid uppföljningen</b>											
A	X	16:1	Nej	14 mån	42	58	66	82	Neg själv	Neg själv	62
B		15:7	Nej	12 mån	43	42	81	85	Skadat själv	Fritt själv	12
E	X	16:9	Nej	12 mån	28	32	54	50	Neg själv	Kontroll själv	49
G		15:3	Ja	8 mån	49	35	94	56	Neg själv	Stöttat själv	10
H	X	15:9	Ja	5 mån	54	47	73	56	Neg själv	Neg själv	25
J	X	16:6	Ja	13 mån	46	30	85	31	Skadat själv	Positivt själv	42
					M=43,7	M=40,7	M=75,5	M=60			M=32,7
<b>Avslutad kontakt</b>											
F	X	17:2	Nej	10 mån	48	25	81	32	Skadat själv	Positivt själv	4
K	X	17:9	Nej	10 mån	41	23	78	61	Kontrollerat själv	Kontrollerat själv	21
L		15:9	Nej	5 mån	40	39	50	32	Skadat själv	Negativt själv	7
M		(17:9)	Nej	3 mån	(24)	18	(37)	35	(Positivt själv)	Positivt själv	8
					M=43 (ej 14)	M=26,3	M=69,7 (ej 14)	M=40			M=10
<b>Avslutad, ej uppföljning</b>											
C		17:8	Nej	-	35	-	52	-	Positivt själv	-	10
D	X	17:1	Nej	-	34	-	16	-	Positivt själv	-	4
I	X	17:10	Ja	-	61	-	69	-	Neg själv	-	10
					M=43,3		M=45,7				M=8

Tabell 2: Deltagare, tidigare BUP-kontakt, ålder, medicinering, tid mellan testtillfälle 1 och 2, testresultat samt antal samtal vid BUP-mottagnigen vid den uppföljande intervjun.

Alla flickor oavsett pågående eller avslutad kontakt tycks ha haft en allvarlig problematik när man sökte BUP. Åtta av de tretton flickorna hade haft kontakt med BUP tidigare. En av flickorna låg nära gränsen och övriga hade enligt BDI en allvarlig depression ( $\times 30$ ). Medelpoängen är samma oavsett grupp. Med ett undantag (D) har alla höga ingångsvärden för YSR (50 ó 94).

Fyra flickor av 13, varav tre dvs hälften i gruppen med pågående kontakt, har/har haft psykofarmaka som kompletterande behandling.

Vid uppföljningen har de med pågående kontakt fortfarande en allvarlig depression enligt BDI och i genomsnitt lägre men fortfarande förhöjda poäng på YSR.

I gruppen som avslutat kontakten har tre av de fyra flickorna förbättrats vad gäller grad av depression och alla har förbättrats enligt YSR. Medelvärde är vid uppföljningen 40, vilket överrensstämmer väl med normgruppens medelvärde.

Gruppen med pågående behandling har haft i medeltal 33 besök vid uppföljningen medan de som avslutats har haft i medeltal 9.

## **Intervjuerna och problemskattningen**

### **Anna**

#### **Intervju av behandlaren**

Modern sökte för den 16-åriga dotterns ätstörning, stress och oro. Familjen hade haft en tidigare kontakt med mottagningen på grund av flickans problem. Hon är en kompetent flicka som under behandlingskontakten mår allt sämre samtidigt som hon blir bättre på att uttrycka hur hon mår.

Skär sig, är ledsen, har suicidtankar och svårt att sova varför kontakten intensifieras. Relationen till modern har förbättrats och patienten söker nu stöd hos henne. Målet med föräldrakontakten har varit att stötta modern till att inta en tydligare föräldraroll och stödja fadern till att bli mer lyssnande och inläsande.

Efter de uppföljande testningarna har patienten insett att hon som komplement behöver medicin, vilket hon avböjt tidigare. Kontakten fortsätter.

#### **Behandlingens omfattning**

Behandlingskontakten pågår vid uppföljningen. Vid tidpunkten för den uppföljande intervjun är det totala antalet samtal 62 varav 15 familjesamtal (flicka tillsammans med en eller två föräldrar), 38 individualsamtal (flickan), 5 föräldrasamtal (en eller två föräldrar) och 4 gruppsamtal (känslskola). Därtill 9 återbud och 4 uteblivanden. Behandlingskontakten fortsätter.

#### **Intervju av tonåring och förälder**

Modern ringde efter det att de skilda föräldrarna sett att flickan mår dåligt. De insåg att de inte borde ha avslutat den tidigare kontakten. Var eniga i att söka trots att dottern var negativ denna gång. Förra gången hade dottern själv önskat BUP-kontakt efter rekommendation från skolsköterskan.

Vid uppföljningen har vissa problem försvunnit medan andra kvarstår. Man har blivit bättre på att förstå och hantera dessa. Patienten har börjat visa känslor och kan ta emot hjälp.

Samtalen har för både tonåring och förälder varit till hjälp genom frågor, förklaringar och gett nya synvinklar. Det har varit bra med varierande typer av samtal. Modern har speciellt uppskattat familjesamtalen, även om mindre blivit sagt jämfört med de separata mötena. För patienten har familjesamtalen varit bra men jobbiga. För patienten har det känts bra att kunna styra familjesamtalen tillsammans med sin behandlare. Modern tycker att föräldrasamtalen varit för få, men inte framfört

detta. Hade egentligen inte tänkt sig att som förälder komma till BUP. Det har varit bra att BUP öpushatö för familje- och föräldrasamtal eftersom de som föräldrar uppfattat att det handlade enbart om dottern.

Man skulle önska samma upplägg om man sökte igen. Sammanfattningsvis var man mycket nöjd med BUP:s insatser.

### **Problemskattning**

Enligt både flickans, föräldra- och behandlarskattningen bedöms flickans ganska allvarliga problematik kvarstå och har till och med ökat vid uppföljningen samtidigt som den förändrats.

## **Beatrice**

### **Intervju av behandlaren**

Modern ringde för sin 15:6-åriga dotter som var mobbad, hade få kamrater och knappast hade någon kontakt med fadern. Flickan bor hos modern. Hon har farit illa i kamratkontakter, är besviken på alla och har låg självkänsla. Har nära till sina känslor, lämnade exempelvis rummet under samtal.

Efter cirka ett halvt års kontakt är hon gladare och mår betydligt bättre varför kontakten avslutas. Vid uppföljningen mår hon dåligt igen och önskar då fortsätta samtalen hos annan terapeut.

### **Behandlingens omfattning**

Vid uppföljningsintervjun, drygt 13 månader efter första besöket, har flickan just påbörjat samtal hos ny terapeut. Tidigare kontakt omfattade totalt 12 samtal varav 2 familjesamtal, 6 individualsamtal och 4 gruppsamtal.

### **Intervju av tonåring och förälder**

Modern kontaktade BUP då flickan själv ville ha någon annan än skolkurator att tala med. Dottern var då mycket ledsen. Hon hade ingen kontakt med fadern, hade vid flera tillfällen varit mobbad och när man ringde hade hon problem med kamrater och det var slut med pojkvännen, som varit ett viktigt stöd.

Vid intervjun är problemen annorlunda jämfört med tidigare. Flickan har bytt skola, fått helt nya kamrater och har kontakt med fadern. Problematiken är nu enbart depression.

Flickan tycker det varit bra att ha fått prata av sig en gång per vecka. Angående upplägget skulle modern ha velat delta mer, något hon själv inte bad om. Man är i stort sett nöjd med kontakten.

### **Problemskattning**

Flickans, föräldrarnas och behandlarnas skattningar visar på en allvarlig problematik som vid uppföljningen i viss mån förändrats och förbättrats.

## **Celina**

### **Intervju av behandlaren**

Modern kontaktar på grund av att dottern, 17:7 år, är orolig och ledsen. Föräldrarna hade separerat året innan och flickan sörjde den splittrade familjen. Tyckte att förälder svek och var oförstående. Var orolig och ansvarstagande gentemot fadern. Patienten är en öduktig flicka som presterar bra i skolan och arbetar extra.

Relationen till modern förbättras. Släpper ansvaret för fadern då hon insett att hon inte kan hjälpa honom. Gemensamt planerad avslutning. Mor och patienten genomför uppföljande problemskattning men flickan tycker sig inte ha tid att göra om testen eller bli intervjuad.

#### **Behandlingens omfattning**

Totalt antal samtal är 10 , varav 8 familjesamtal och 2 individualsamtal.

#### **Telefonintervju med förälder**

Modern tyckte att BUP-kontakten varit bra men dottern var inte beredd att ösläppa inö behandlaren.

#### **Problemskattning**

Både föräldra-, flickans och behandlarens skattning visar samstämmigt en tydlig minskning av problemen.

### **Daniela**

#### **Intervju av behandlaren**

Intensivvårdsavdelningen ringer eftersom patienten, 17 år, tagit tabletter efter bråk med pojkvän. Impulshandling, ej suicidsyfte. Kontakten fortsatte efter akutsamtal. Flickan hade en pågående samtalskontakt hos skolkurator. Familjen var positiv till känslskola i kombination med glesa familjesamtal vid BUP. Efter fyra regelbundna samtal lämnar man återbud och uteblir därefter på de två följande erbjudna tiderna. Familjens tidigare kontakt med BUP var östruligö.

#### **Behandlingens omfattning**

Totalt antal samtal 4 varav 3 familjesamtal (1 akut samt 2 planerade) och 1 individualsamtal. Dessutom 1 återbud och 2 uteblivanden.

#### **Intervju med tonåring och föräldrar**

Intervjuer saknas på grund av avbruten behandlingskontakt.

#### **Problemskattning**

De olika ingångsskattningarna visar god överensstämmelse av både omfattning och frekvens (variation 4-8), även om man formulerar sig på olika sätt. Uppföljande problemskattning saknas.

### **Erica**

#### **Intervju av behandlaren**

Modern ringer då den 16:8-åriga dottern är ledsen och har problem med maten, kräks. Familjen har tidigare haft en behandlingskontakt med 6 familjesamtal hos behandlaren. En arbetsallians fanns redan varför flickan direkt kunde använda sig av samtalen.

Regelbundna individualsamtal en gång per vecka under 8 månader, som därefter glesas ut till varannan vecka. Flickan kräks ibland men är inte lika ledsen som tidigare. Föräldrarna har egna samtal hos annan behandlare och ungefär varannan månad träffas man tillsammans.

### **Behandlingens omfattning**

Kontakten är pågående med glesa samtal vid uppföljningen. Totalt antal besök är då 49 varav 34 individualsamtal, 10 föräldrasamtal och 5 familjesamtal.

### **Intervju av tonåring och föräldrar**

Föräldrarna såg att problemen återkommit (ätstörning) och att de inte kunde lösa dessa på egen hand. Modern ringde trots att flickan lovade att klara av problemen själv. Föräldrarna jämför med förra gången man sökte, då man var mer osäker på hur stort problemet egentligen var.

Patienten anser att hon idag mår mycket bättre medan föräldrarna tror att hon mår bättre. De oroar sig mindre och ser nu även andra svårigheter än de man sökte för.

Patienten tycker att de egna samtalen blev bra när hon fått en fast tid som passade och att hon fick fortsätta hos tidigare behandlare. Dessförinnan hade hon under samtalen tänkt på de lektioner hon missade. Enligt flickan har behandlaren förstått problematiken och hjälpt sätta ord på dessa. Tyckte det var bra att börja med familjesamtal men att som tonåring också få egen samtalstid. Fick den möjligheten även förra gången men valde då bort den eftersom det kändes som att svika föräldrarna. För föräldrarna har föräldrasamtalen varit viktiga. De har fått stöd med att inte backa och fått hjälp med att se problemen ur andra vinklingar än man själv tänkt på. Man har haft många tankar och känslor som man inte talat med andra om. Bra att kräva att båda föräldrarna deltar.

Man skulle önska samma upplägg om man sökte igen och man är mycket nöjd med kontakten.

### **Problemskattning**

Enligt föräldrarna, flickans och behandlarens skattningar har de ursprungliga problemen förbättrats, medan andra har tillkommit i måttlig grad.

## **Fredrika**

### **Intervju av behandlaren**

Modern ringer för att den 17-åriga flickan inte mår bra. Hon drar sig undan, är irriterad, har nära till gråt och är orolig för modern, som varit sjukskriven en längre tid. Familjen har haft en tidigare kontakt på 15 besök. Flickan fungerar bra både i skolan och på fritiden. Är besviken på modern som inte orkar, kontakten med fadern förbättrades. Mådde bättre redan efter 2-3 besök. Uteblev och terapeuten avvaktade en tid med uppföljningen.

### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 4 besök varav 3 individualsamtal, några återbud/uteblivanden och uppföljning i form av familjesamtal efter några månader.

### **Intervju av tonåring och förälder**

Flickan bad modern ringa, hade haft en tidigare kontakt efter suicidförsök. Modern såg att flickan mådde jättedåligt, försökte få henne att berätta men hon sluter sig när hon mår dåligt. Enligt patienten var problemen bråk med föräldrar och syskon samt att det blivit slut med pojkvännen.

Enligt flickan är det mindre bråk idag med föräldrar och syskon, och hon har kommit över pojkvännen. Enligt modern är det öppet och nedö. Ibland mår flickan jättebra, vissa dagar är hon irriterad och tyngd.

Det som hjälpt är, enligt båda, dels samtalen på BUP, att få tala med någon utomstående, dels stödet från kamrater. Båda menar att en aktiv behandlare varit bra, en som frågar, öpushar och drarö. Flickan och även modern tyckte det var bra att få komma själv, flickan tycker inte om när familjen är med som vid förra omgången.

Avslutningen blev ökonstigö. Missade tider och övart inte att jag bokadeö. Skulle önska samma upplägg om man sökte igen. Sammanfattningsvis är man mycket nöjd med BUP-kontakten.

### **Problemskattning**

Både förälder, tonåring och behandlare bedömer problemen vara något förbättrade.

## **Gabriella**

### **Intervju av behandlaren**

Modern ringer då den 15:1-åriga dottern är deprimerad, har svåra tankar, har skurit sig och funderar om livet är värt att leva. En internetkompis har suiciderat och det är bråk med klasskamrater. Skolkurator, som tidigare varit ett stöd, är frånvarande.

Kontakten med BUP är regelbunden, en blandning av familje- och individualsamtal, under fyra månader. Därefter återupptar flickan sina samtal hos skolkurator, som nu är tillbaka. BUP-kontakten fortsätter i form av familjesamtal hos barn- och ungdomspsykiater i samband med medicinuppföljningarna efter påbörjad medicinering.

### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 10 samtal varav 6 familjesamtal och 4 individualsamtal. Fortsatt gles kontakt hos barn- och ungdomspsykiater.

### **Intervju av tonåring och förälder**

Modern ringde på dotterns förslag. Skolkurator hade tidigare talat om BUP. Patienten mådde dåligt och ville ha hjälp öinnan det gått för långtö. Mycket hade hänt som bidrog till att hon mådde dåligt. Föräldrarna hade sett att flickan inte mådde bra, men hon hade inte talat med dem så de visste inte hur dåligt hon mådde.

Flickan mår nu bättre. Det som hjälpt är samtalen hos skolkurator och medicineringen. Modern upplevde telefonsamtalet i samband med att hon kontaktade BUP, som särskilt bra. Fick råd, stöd, var inte längre ensam och det kändes tryggare. Fick även information om akuttider. Angående de olika samtalen tyckte patienten att föräldrarna inte ska vara med så mycket medan modern tyckte att det var jättebra att som förälder få delta i samtal.

Man skulle önska samma upplägg om man sökte igen och är sammanfattningsvis i stort sett nöjda med BUP.

### **Problemskattning**

Enligt skattningsformulären har samtliga bedömt problemen vara avsevärt förbättrade.



## **Hilma**

### **Intervju av behandlaren**

Skolsköterskan ringde angående den 15:4-åriga flickan som har panikångestattacker och koncentrationssvårigheter. Enligt flickan själv var hon deppig, har svårt att sova och har nästan inga kamrater. Familjen har haft en tidigare BUP-kontakt men önskar nu annan behandlare. Kontakten inleds tillsammans med modern varpå patienten prövar några individuella samtal. Hon fortsätter i regelbundna egna samtal varvat med glesa familjesamtal. Medicineras som komplement till samtalskontakten. Föräldrarna avböjer föräldrasamtal. Flickan har deltagit i samtalsgrupp arrangerad av kommunen.

I början hade flickan svårt att tala om sig själv men kunde så småningom använda sig av samtalskontakten. Vi uppföljningen bedömer behandlaren att kontakten snart kan avslutas.

### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 25 samtal varav 6 familjesamtal och 19 individualsamtal. Kontakten fortsätter.

### **Intervju av tonåring och föräldrar**

Föräldrarna försökte få kontakta BUP men flickan ville inte. Det framkom så småningom att hon i så fall önskade byta behandlare. Flickan vände sig med frågor om sina symtom till skolsköterskan som ordnade med läkarbesök på vårdcentral och ringde BUP.

Problemen är nu bättre, har nästan inga panikattacker. Är inte längre rädd för dem, har lärt sig att hantera och kontrollera dem. Sover bättre, var tidigare rädd för att sova. Även problemen i familjen är bättre.

Det som varit till hjälp anser patienten vara gruppsamtalen på kommunen, medicinen och framför allt de individuella samtalen. Dessa fortsätter åtminstone terminen ut.

Man tycker att det varit en lagom blandning av olika besök. Föräldrarna har känt sig delaktiga i behandlingen och jämför då med tidigare kontakt för ett syskon.

Man skulle vilja ha samma upplägg om man sökte igen. Sammanfattningsvis är man i stort sett nöjda.

### **Problemskattning**

Enligt föräldrarnas och behandlaren bedömningar har problemen minskat medan flickan skattar dem som oförändrade.

## **Iris**

### **Intervju av behandlaren**

Skolsköterskan ringde på grund av att den 17:8-åriga flickan är mycket ledsen. Hon har ständiga suicidtankar och skadar sig själv. Har tidigare haft en lång BUP-kontakt men vill inte ha samma behandlare. Vill inte att föräldrarna deltar vid besöken.

Flickan kommer på egna samtal medan man har viss föräldrakontakt per telefon. På eget initiativ medicineras hon via annan vårdgivare, något som följdes upp på BUP tills hon själv satte ut medicinen.

Behandlaren upplevde att flickan arbetade under samtalen och att hon till en början förbättrades, men problemen återkom. Hon avslutade själv BUP-kontakten och fortsätter inom vuxenpsykiatri.

#### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 10 individuella besök, de flesta hos behandlaren och några tillsammans med barn- och ungdomspsykiater för medicinuppföljning. 5 återbud/uteblivanden.

#### **Intervju av tonåring och förälder**

Intervju saknas. Behandlingen fortsätter inom vuxenpsykiatri.

#### **Problemskattning**

Problemskattning saknas.

### **Jenny**

#### **Intervju av behandlaren**

Modern ringde då den 16:5-åriga dottern hade låg självkänsla, var ledsen, hade social fobi och en obearbetad sorg då flera anhöriga gått bort. Vid tidigare kontakt med mottagningen hade man arbetat med KBT.

Inledningsvis mest individuella samtal där man arbetade med den sociala fobin. Flickan blev ganska snart deprimerad och samtalen kompletterades med medicinering. Allt eftersom fobin minskade återkom en ätstörningsproblematik, vilket hon haft tidigare. Vid uppföljningen var ätstörningen det största problemet. Kontakten fortsätter.

#### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 42 samtal varav 18 individualsamtal, 10 familjesamtal, 1 föräldrasamtal samt 3 nätverksmöten med skolan. Behandlingen fortsätter.

#### **Intervju av tonåring och förälder**

Modern tog initiativ till kontakten eftersom dottern åt dåligt, mådde dåligt och hade panikångest. Relationen till fadern var inte bra och flera anhöriga hade gått bort. Tidigare hade hon haft en lång BUP-kontakt hos olika behandlare.

Patienten mår idag mycket bättre. Endast problem kring mat kvarstår.

Det som bidragit till förbättringen anser man vara patientens ökade mognad och BUP-kontakten, särskilt flickans egna samtal. I tidigare kontakt fick hon lära sig principerna för KBT som hon haft stor hjälp av.

Man upplever en bra kombination av olika slags samtal. Skulle önska samma upplägg om man sökte igen, kanske mer KBT. Sammanfattningsvis är man mycket nöjd med BUP-kontakten.

#### **Problemskattning**

Flickan bedömer alla problem vara klart förbättrade. Förbättringen enligt föräldra- och behandlarskattningarna är inte lika stor och dessa anser att ätstörningsproblematiken ökat.

## **Kajsa**

### **Intervju av behandlaren**

Förälder ringde eftersom den 17:8-åriga flickan hade problem med sömnen och höga egna krav. Beskrevs som en känslig flicka med många funderingar. Har haft en tidigare BUP-kontakt.

Under första halvåret hade hon en egen regelbunden samtalskontakt, därefter glesare. Har i samtalen arbetat med frigörelsen från föräldrarna, relation till pojkvän och med de egna höga kraven och med självbilden. Redan efter första halvåret mådde patienten bättre, men som trygghet önskade hon en sporadisk uppföljande kontakt innan avslutning.

### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 21 samtal varav 19 individuella och 2 familjesamtal.

### **Intervju av tonåring och föräldrar**

Föräldrarna hade tidigare föreslagit kontakt med BUP men avvaktade tills flickan ville själv. Flickan beskriver att beslutet mognat fram hos henne. Hon var nu less på problemen. Hade talat med alla närstående och ville nu få samtal hos en utbildad och utomstående person. Hon hade nu bestämt sig för att ta emot hjälp.

Flickan anser att hon förändrats från att vara en person som mått dåligt till en som mår bra. Det som hjälpt är samtalen. Hon har nu lättare att klä tankar och känslor i ord, vilket bekräftas av föräldrarna. Föräldrarna upplevde en övändpunktö genom samtalen, en propp som släppte. Flickan tycker sig fått svar på frågor, ord och förklaringar och har bättre förståelse för problemen.

Man tycker att kombinationen av samtal var bra. Patienten ville egentligen ha BUP-kontakten som sin öegen resaö och var negativ till det andra familjesamtalet, som emellertid blev bra. Föräldrarna uppskattade innehållet som underlättade för dem att stödja dottern. En av föräldrarna önskade lite mer kontakt med dotterns behandlare medan den andre känt sig trygg.

Patienten önskade för säkerhets skull fortsätta samtalen en tid efter det att hon egentligen mådde bra. Familjen är mycket nöjd med BUP-kontakten.

### **Problemskattning**

En samstämmig bedömning att problematiken är avsevärt förbättrad.

## **Linnéa**

### **Intervju av behandlaren**

Den 15:8-åriga flickan remitterades från ungdomsmottagningen. Flickan mådde dåligt, var nedstämd, ansåg sig vara tjock och relationen till pojkvännen var destruktiv.

BUP:s insats har varit att stärka och stödja både modern och flickan, modern i föräldrarollen och flickan i att ta bättre hänsyn till sina känslor och att sätta gränser gentemot kamrater.

Kontakten avslutas då patienten mår bra. Hon är gladare, kan säga ifrån åt andra, har ny pojkvän och har gått ned i vikt.

### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 7 samtal varav 3 familjesamtal (2 med patient och mor, 1 patient och far), 2 individualsamtal och 2 föräldrasamtal.

### **Intervju av tonåring och förälder**

Ungdomsmottagningen ansåg att flickan mådde alltför dåligt för fortsatt kontakt med dem.

Enligt flickan hade de flesta problem försvunnit vid avslutningen. Modern tycker att flickan mår mycket bättre. Flickan tog initiativ till avslutningen eftersom hon mådde bra och inte längre hade behov av fortsatt kontakt.

Det som bidragit har dels varit samtalen, dels viktnedgång (viktökning pga p-piller). Modern har särskilt uppskattat det stöd hon fick som ensamstående förälder. Modern uppskattade alla samtalstyper, flickan tycker det har varit lättare att prata ensam, har kunnat prata om det mesta.

Man önskar i stort sett samma upplägg om man skulle söka igen. Sammanfattningsvis är man i stort sett nöjd med BUP-kontakten.

### **Problemskattning**

Tonåringens, föräldrarnas och behandlarnas skattningar visar på en avsevärd minskning av problemen.

## **Mikaela**

### **Intervju av behandlaren**

Anledningen till att modern tog kontakt var att den 17:4-åriga dottern var ledsen, hade problem med pojkvännen och flera i omgivningen hade avlidit. Hon kom på regelbundna egna samtal fram till lovet, därefter gleasa samtal. Har bl a arbetat med sin självkänsla och relation till pojkvän. Avslutas eftersom hon mår bra.

### **Behandlingens omfattning**

Sammanlagt 8 individualsamtal.

### **Intervju av tonåring och förälder**

Modern ringde på dotterns initiativ. Flickan hade tidigare funderat på samtalshjälp och gick till skolsköterskan för information. Flera dödsfall gjorde att kontakten togs just då.

Mår nu ganska bra. Det som hjälpt är att ha fått tala med en utomstående. Varit svårt, men bra att få tala om sig själv och att få någon annans syn på problemen. Bra att behandlaren frågade, sammanfattade och gav sin syn.

Avslutningen var ett gemensamt beslut mellan behandlare och flicka. Hon tyckte det var bra med egna samtal, medan modern skulle ha önskat lite mer kontakt med behandlaren.

Skulle vilja ha samma upplägg om man sökte igen och man är sammanfattningsvis mycket nöjd med BUP.

## Problemskattning

Samstämmig bedömning att problemen är klart förbättrade.

## Relationen till behandlarna

Intervufrågorna om tonåringarnas och föräldrarnas upplevelse av relationen till behandlarna har sammanfattats för att bibehålla anonymiteten.

De flesta föräldrars upplevelse var att bemötandet vid BUP varit bra, i telefon, i receptionen och i samtalen. öAlla trevliga och tillmötesgåendeö. öRespektfullt och väl omhändertagna, tagna på allvarö.

Detta gäller även för flickorna som oftast har känt sig förstådda, har uppskattat aktiva behandlare och jämför ibland med tidigare erfarenheter. öKände mig mer än förstådd av behandlaren, som förstod mer än jag självö. öBåde lyssnat och gett feedbackö.

öDen nya behandlaren säger mer, frågar merö. öBehöver någon som drar, hon frågade, kom ihåg, kändes som hon brydde sig på riktigt, annorlunda än förra gångenö.

öHon förstår, man behöver inte säga allt, om man inte har orden får man hjälp att fylla i, men varför ska alla terapeuter nicka?ö

Annat som flickorna uppskattat var att få passande tider, vara delaktig i behandlingsplaneringen och att behandlaren tagit upp möjligheten att byta behandlare om kontakten inte känns bra.

Några flickor tog upp vikten av ömsesidighet. öHur kontakten blir beror dels på en själv, hur öppen man är, dels att det stämmer med och man får förtroende för den man möterö.

Hur viktigt det första mötet är i kombination med tonåringens egen inställning och beredskap till att använda sig av samtalen blev tydligt genom att upplevelsen av en och samma behandlare kunde variera mellan flickorna. En behandlare som en flicka inte varit så positiv till tidigare, kunde av en annan upplevas som mycket bra.

Två av flickorna var inte nöjda med sina behandlare. öUppfattade att hon smörade, nickade, sade sig förstå, fast hon inte kan göra detö. öKassö. Den senare flickan blev besviken pga att behandlaren tagit upp sin tystnadsplikt och därefter, enligt flickans upplevelse, berättat alltför mycket för modern.

Mödrarna till dessa flickor hade en positiv upplevelse av behandlarna. Den ena valde att på grund av flickans inställning att avsluta istället för att byta behandlare.

## Tonåringarnas inställning till känslskolan

Trots flera försök att få ihop tillräckligt många deltagare i känslskolan gick det att endast genomföra en gruppomgång, som två flickor fullföljde.

Några flickor fick frågan varför de avböjde känslskolan som komplement till annan behandling. Här framkom att de dels mådde alltför dåligt vid behandlingskontaktens inledning för att kunna tänka sig gruppsamtal, dels missuppfattat gruppens syfte. Hade uppfattat gruppsamtalen som en terapigrupp, där man talar om sina problem istället för en pedagogisk ökänslskolaö.

I samband med att man just sökt och inlett BUP-kontakten tycks flickorna må alltför dåligt för att tänka sig att träffa andra i grupp eller att ta in informationen om gruppens syfte och innehåll.

De två som fullföljde känslskolan fick frågor om detta behandlingsmoment. För den ena blev inte känslskolan som hon tänkt sig. De borde dels ha varit fler, dels haft mer tid för att uttrycka sig genom att exempelvis måla, skriva, samtala och använda lera. Tyckte att kursmaterialet tog för mycket tid.

Den andra flickan ansåg att gruppen var bra och trevlig men att det varit bättre om de varit fler. Det var bra att få gå igenom känslor, men materialet var lite tjatigt, kunde ha varit mer varierat.

## Familjernas synpunkter på undersökningsmetoderna

### Problemskattningen

I de olika skattningarna gjorda av patient, förälder/föräldrar och behandlaren formulerades problemen på olika sätt samtidigt som bedömningarna visade på en överraskande hög samstämmighet i omfattning och frekvens av problem.

Många ansåg problemskattningen vara bra trots att den uppfattades som svår. Man upplevde det positivt att tvingas till att tänka efter och formulera sig, att som föräldrar diskutera med varandra och att få allas syn på problemen i familjen. Det man uppskattade mest var emellertid att kunna se förändringarna.

öBra att formulera konkret med ord. Bra att följa upp och se förändringen. öBra att kunna jämföra om man ser problemen på samma sätt (föräldrar-tonåring) och att kunna jämföra med hur det var förut. Man har ju glömt. Roligt att se förbättringen. öLite jobbigt, för kort tid men samtidigt bra att tillsammans arbeta fram ett gemensamt svar. öRiktigt roligt att få se den tydliga positiva förändringen. Mindes inte hur stora problemen var från början.

Det fanns också mindre positiva kommentarer: öSvårt att formulera och markera på skala när man inte riktigt vet varför man mår dåligt. öSvårt bedöma problemen när flickan inte visar dessa utåt.

### Testen

Flickorna uppskattade att ta del av testresultaten och se förändringen efter omtestningen. Andra positiva kommentarer var att det var bra att få tänka efter och få bekräftelse på att man mår dåligt. Flera ansåg att testen skulle användas i behandlingen.

öÖväntad stor förbättring. öBra, bekräftelse på att jag mår dåligt. Positivt se förändringen. Tycker det ska användas i samtalen. öJättebra. Bra frågor, man fick tänka efter. Kul att se resultaten, att det förändrats så mycket. öBra med kurvorna (SASB).

Det som upplevdes negativt av några var de många frågorna. En flicka tyckte frågorna var svåra, blev förvirrad och kände sig dum om hon frågade testledaren för mycket. Att ett av testen (BDI) fortfarande visade på depression trots att flickorna upplevde sig må bättre, uppfattades negativt.

### Intervjun

Frågan från intervjuaren om vad tonåringarna och föräldrarna ansåg om uppföljningsintervjun kan ha varit svårare att besvara ärligt jämfört med de tidigare frågorna. I åtta av familjerna gavs positiva svar och i ett fall var svaret neutralt.

De positiva kommentarerna från två familjer var att det är lättare att framföra kritiska synpunkter till intervjuaren jämfört med behandlaren. öJättebra att få framföra synpunkter, särskilt om man haft negativa erfarenheter.

I tre familjer tyckte man att det var bra att få tänka till och gå igenom problemen på ett nytt sätt. öTrevligt, få gå igenom och reflektera över det som hänt.

En mamma tyckte det var bra att vid intervjun få möjlighet att ta del av dotterns synpunkter på BUP-kontakten. Annan kommentar var att intervju är bättre än formulär.

## Övriga synpunkter från intervjuerna

Under intervjuens öppna fråga kom synpunkter angående tillgängligheten. Man efterlyste kvällstider med tanke på ungdomars skolgång och föräldrars arbete, samt möjlighet för ungdomar att söka hjälp på nätet under kvällar. En förälder önskar att mottagningens telefontid (för nyanmälan och rådgivning) ligger på morgonen istället för mitt på dagen (12:30-14:00).

Andra kommentarer handlade om att bemöta tonåringen som en från familjen separat person; att efter några familjebesök rutinemässigt erbjuda ungdomar egna samtal, att skicka separata brev till föräldrar och tonåring även om de har samma tid.

En familj ansåg att mottagningens placering är bra med tanke på bussförbindelser. En förälder önskade att barnen fått information om hennes tillstånd när hon var inskriven inom vuxenpsykiatri. Mer specialistkunskaper om ätstörningsproblematik efterlystes och förebyggande insatser i skolan.

## Sammanfattning och diskussion

### Uppföljning av behandlingen

#### Test och problemskattning

Testresultaten visade att problemen minskat trots att behandlingen var avslutad för enbart fyra flickor och fortfarande pågående för sex av de sammanlagt tio flickor som deltog i uppföljningen. Graden av depression (BDI) var lägre och de internaliserade problemen (YSR) hade minskat signifikant. Självbilden (SASB) var mer positiv genom en signifikant ökning av de positiva inslagen, en signifikant minskning av de negativa samt en tendens till ett mer spontant och fritt själv.

För BDI var minskningen inte signifikant och medelpoängen visade fortfarande på en allvarlig depression trots att många av flickorna, enligt andra bedömningar, mådde klart bättre. BDI tycks inte vara ett bra test för värdering av behandlingseffekter för denna patientgrupp.

Vid uppdelning i de två huvudfaktorerna för YSR visade sig faktorn Externalisering inte vara relevant för undersökningsgruppens problematik, eftersom de här hade ganska låga värden redan före behandlingen. Värdena var däremot höga på faktorn Internalisering, både före behandling och vid uppföljningen trots att minskningen här var signifikant. Nackdelen med YSR som utvärderingsinstrument i den ordinarie verksamheten är de många frågorna, 112, varav endast hälften är relevanta för just denna grupp.

SASB, med sina 36 frågor, var för denna patientgrupp det test som var känsligast för förändring och därigenom tydligast visade på behandlingseffekterna.

Problemskattningen vid uppföljningen, som gjordes av både tonåring, föräldrar och behandlare, visade ofta på andra problem än de man angett från början, problem som ibland var omfattande. Om man enbart skatta utifrån de tidigare ifyllda formulärens, de problem man sökte för, hade behandlingseffekten oftast varit mycket god, en förändring som enkelt skulle kunna beräknas samtidigt som dessa resultat skulle ge en ofullständig och förenklad bild. Fördelen med problemskattning som uppföljningsinstrument är att den på ett naturligt sätt kan ingå i det vardagliga behandlingsarbetet medan nackdelen är att värderingen av utfallet kan vara krävande.

Om problemskattningarna jämförs med förändringen i de olika testens resultat (tabell 1, sid 10) är överensstämmelsen ganska god med tre undantag, vilket ger ytterligare stöd för användbarheten vid uppföljning av behandlingseffekter.

## Intervjuer av tonåring och föräldrar

En slutsats från projektet är att erbjudande om deltagande i känsluskolan bör ges oavsett var tonårsflickor befinner sig i behandlingsprocessen. I samband med att man just inlett BUP-kontakten tycks de flesta må alltför dåligt för att ta in information om gruppens syfte och innehåll eller för att kunna tänka sig träffa andra i grupp som också mår dåligt.

Av intervjuerna framgick att flertalet var nöjda med BUP-kontakten och dess upplägg. På en avslutande fråga om hur nöjda de sammanfattningsvis var med BUPs insatser valde sex familjer alternativet ömycket nöjda och fyra ö stort sett nöjda.

Behandlingen har för de flesta inneburit en kombination av olika insatser; familjesamtal med tonåringen och förälder/föräldrar, individuella samtal med tonåringen, föräldrasamtal med en eller två föräldrar, känsluskola (två flickor), nätverksmöte med skola (en flicka) samt medicinering (fyra flickor). Två flickors behandling bestod enbart av individuella samtal. Den ena var nästan 18 år vid behandlingens start, vilket är BUPs övre åldersgräns. Den andra hade sin skolgång på mottagningens ort men bodde i en annan kommun.

De flesta har uppskattat variationen av samtal. Föräldrarna tyckte de fått bra stöd i separata föräldrasamtal och i familjesamtal. Några föräldrar hade inte tänkt sig att delta men uppskattade att behandlaren varit aktiv med att involvera föräldrarna och med att få båda föräldrarna att delta. I fyra familjer önskade föräldrarna större delaktighet i behandlingen, vilket man emellertid inte framfört till behandlaren.

Flickorna har uppskattat en aktiv behandlare i de egna samtalen. Några var negativa till föräldrarnas deltagande i behandlingen eller tyckte att de deltagit allt för mycket. Några flickor har upplevt det bra att behandlaren aktivt föreslagit individuellt samtal. Framgår att någon tidigare valt bort detta av lojalitet med föräldrarna. Det har också varit bra att få fortsätta hos tidigare terapeut som man sedan tidigare har förtroende för.

Behandlarens aktivitet gäller även ansvaret för avslutningen av behandlingskontakten så att den inte slutar genom att örinna ut i sanden. För en flicka kändes det ökonstigö då kontakten avslutats genom att hon missat några tider.

De motstridiga önskemålen mellan föräldrarnas önskan om större delaktighet i behandlingen och flickornas upplevelse av att föräldrarna ibland deltagit för mycket i denna eller tidigare behandlingskontakter kan vara svår att balansera. Tonåringarna befinner sig i en frigörelseprocess från sitt föräldraberöende, en process som samtidigt blir ofullständig genom undvikande utan bör ske i relation till föräldrarna. För att balansera intressekonflikten mellan föräldrar och tonåring är man ofta två behandlare som kan möta tonåring och föräldrar var för sig. Andra synpunkter var att planera familjesamtalens innehåll tillsammans med tonåringen och skicka separata brev till föräldrar och tonåring.

På frågorna om vad som varit till nytta eller speciellt värdefullt i samtalen gavs en del konkreta synpunkter. En aktiv behandlare, som genom sina frågor och förklaringar ger nya synvinklar på problematiken, har framförts av både vuxna och tonåringar.

Synpunkter från några flickor var att få passande fast tid och att ha fått lära sig principer för KBT. Flera av flickorna upplevde det positivt med en förstående och aktiv terapeut som bidragit till en ökad



förståelse av problemen genom frågor, förklaringar, hjälp med att sätta ord på svåra saker, göra sammanfattningar och även gett sin syn.

Föräldrar framförde att man får tala om sådant man inte pratar med andra om, att man både under telefonsamtalet vid anmälan och under föräldrasamtalen fått stöd och ökad trygghet i föräldrarollen samt hjälp med nya vinklingar.

Förutsättningen för en psykoterapeutisk behandling är en förtroendefull samarbetsrelation mellan familj och behandlare. De flesta föräldrar hade en positiv upplevelse där de känt sig respektfullt och väl bemötta. Detsamma gällde även för de flesta av tonårsflickorna. Här återkom uppskattningen av en aktiv och engagerad behandlare som lyssnar, förstår och visar ett genuint intresse. Andra synpunkter var att få vara delaktig i behandlingsplaneringen och få information om möjligheten att byta behandlare om kontakten inte känns bra.

Flickornas synpunkter stämmer väl överrens med rekommendationerna vid tonårsterapier, att som terapeut ha ett aktivt, personligt och flexibelt förhållningssätt.

Några flickor tog upp vikten av ömsesidighet, att behandlingskontakten delvis beror på den egna inställningen. Hur viktigt det första mötet är i kombination med tonåringens egen inställning och beredskap till att använda sig av samtalen blev tydligt genom att upplevelsen av en och samma behandlare kunde variera mellan flickorna. Några flickor jämförde nuvarande med tidigare behandlare. En behandlare som en tonåring tidigare upplevt negativt kunde upplevas som mycket bra av en annan tonåring medan den första tonåringen var mycket nöjd med sin nya behandlare som en annan tonåring upplevt negativt etc.

Det är vanligt att tonåringar som behöver hjälp inte själva vill ha det, åtminstone inte just då. Hur man uppfattar problemen och var man befinner sig i frigörelseprocessen gentemot vuxenvärlden är faktorer som har betydelse för den egna motivationen. Två av flickorna var inte nöjda med sina behandlare medan föräldrarna till dessa flickor var positiva.

Det är troligt att dessa flickor samt Celina (inte beredd att släppa in behandlaren enligt modern) inte just då var inställda på en behandlingskontakt. Detta tycks även ha gällt tidigare för några av de flickor som förut haft kontakt med mottagningen. Även om tonåringen i en första kontakt är negativ kan själva mötet och dess innehåll starta upp en process som gör att de senare är positiva till att söka igen med större beredskap och kanske på eget initiativ.

## **Undersökningsmetodernas användbarhet i behandlingsprocessen**

Beskrivningarna av problemen, problemskattningarna och resultaten från de olika testen visar samstämmigt att flickorna oftast hade en allvarlig och omfattande problematik när man sökte BUP. För åtta av de tretton flickorna hade man även tidigare haft kontakt med BUP. En av flickorna låg nära gränsen medan övriga hade en allvarlig depression enligt BDI. Med ett undantag hade alla också höga ingångsvärden på YSR. Enligt SASB hade många antingen en negativ eller skadad självbild.

De flickor som ingår i undersökningsgruppen tycks alla haft behov av behandling vid BUP, som hör till vårdens specialistnivå. Ibland anges att bristande resurser inom basnivån leder till att man istället söker BUP, vilket inte tycks gälla för denna grupp. Några hade rekommenderats BUP via skola eller ungdomsmottagning. Alla, med undantag av pat D, hade höga poäng på flera av testen. Eftersom D remitterats från IVA efter tablettintag, hör även hon definitivt till BUPs patientgrupp.

De använda mätinstrumenten tycks vara ett bra komplement till den kliniska intervjun under den inledande bedömningen av problemens art och grad. Däremot bidrar de i mycket låg grad till

differentieringen mellan de flickor som behöver en längre och intensiv behandling och de som har god hjälp av en kortare kontakt. Enligt tabell 2 (sid 11) finns ingen skillnad mellan grupperna för BDI och skillnaden är liten för YSR. Bäst tycks SASB vara, genom att samtliga flickor med negativ självbild hade en pågående kontakt vid uppföljningen. Detta gällde för fyra av de sex flickorna med pågående kontakt samt den flicka som fortsatte sin behandling inom vuxenpsykiatri.

Trots att problemskattningen upplevdes vara svår, var det enligt intervjuerna bra att tvingas till att tänka efter, bra att få diskutera inom familjen och få ta del av varandras syn på problemen. Det man mest uppskattade var emellertid att kunna följa upp och se förändringen och förbättringen av problemen. Problemskattning kan därför vara ett bra verktyg att använda tillsammans med patient och dennes familj för att följa upp behandlingsprocessen. Eftersom problemen eller synen på dem visade sig ha förändrats under behandlingens gång, kan finnas behov av successiv omprövning av både behandlingens mål och upplägg.

Flickorna var intresserade av att få ta del av resultaten från de datoriserade testen. Negativt var de många frågorna och att ett test (BDI) visade på allvarlig depression trots att flickorna upplevde sig må bättre. Positivt var att få tänka efter, få bekräftelse på att man mår dåligt samt att kunna se förändringen. Det senare gällde framför allt SASB, i viss mån YSR. Flera ansåg att testen skulle användas under behandlingen.

Både problemskattningsformulären och SASB samt i viss mån YSR visade sig vara användbara under behandlingsprocessen för denna patientgrupp. Ett alternativ till BDI och YSR kan vara Becks ungdomsskalor, som kan ses som en kombination av dessa test.

Den använda undersökningsmetodiken överrensstämmer väl med kraven på evidensbaserad praktik i vilken hänsyn bör tas till klinikers kunskap och erfarenhet, faktabaserade och mätbara resultat samt patienternas önskemål och upplevelser.

## Referenser

Armeliuſ, K. & Armeliuſ, B-Å. (2000), *SASB-modellen. En introduktion till den svenska versionen av SASB*. Institutionen för Psykologi, Umeå Universitet, stencil.

Bergdahl, J., Armeliuſ, K. & Armeliuſ, B-Å. (2000), Affect-based treatment and outcome for a group of Psychosomatic patients. Department of Applied Psychology Reports. *DAPS:report no.85*.

Ekeroth, K. & Broberg, A. (2001), Att mäta ungdomars psykiska hälsa ó manual till den svenska översättningen av självskattningsformuläret Youth Self-Report. *Aetolia, supplement nr:1*, Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus.

NLL, hälsobokslut 2007.

Song, L., Singh, J. & Singer, M. (1994), The Youth Self Report Inventory: A study of its measurement fidelity. *Psychological Assessment*, 6(3), 236-245.

Östgård-Ybrandt, H. (2004), *Self-concept, inner residue of past relationships and social functioning in adolescents*. Doktorsavhandling. Institutionen för Psykologi, Umeå Universitet.

## **Förfrågan om deltagande i utvecklingsprojekt rörande PBUs insatser till tonårsflickor i åldrarna 15 É 18 år**

Under vårterminen 2006 påbörjas ett utvecklingsprojekt på PBU som ett led i att förbättra och utveckla behandlingsmetoderna på mottagningen. I det här projektet vill vi följa upp och utvärdera våra insatser till tonårsflickor i åldrarna 15 ó 18 år, som söker till PBU i Piteå. Dessa flickor och deras vårdnadshavare kommer att tillfrågas om deltagande i projektet. För deltagande krävs både tonåringens och vårdnadshavarens/nas skriftliga samtycke.

Deltagande i projektet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Valet att delta, att inte delta eller att avbryta ett deltagande, kommer inte att påverka den fortsatta kontakten vid PBU.

För deltagarna i projektet kommer behandlingsinsatserna att som vanligt planeras i samråd med tonåringen och dennes föräldrar.

Uppgifter som lämnas kommer att behandlas konfidentiellt. Vid redovisningen av projektresultaten kommer det inte vara möjligt att identifiera enskilda individers resultat. Resultaten kommer att sammanfattas i en projektrapport.

Huvudman för projektet är Norrbottens Läns Lansting, som bidragit med forsknings- och utvecklingsmedel. Ansvarig för projektet är PBU-mottagningens verksamhetschef, Kerstin Bånkestad, som kan nås på telefon 0911 ó 750 60.

### **Deltagande i projektet innebär:**

I anslutning till det första eller andra samtalet vid PBU kommer tonåringen, dennes föräldrar och behandlaren att var för sig **skriftligt precisera** tonåringens problem och **skatta** dess omfattning. Detta **upprepas** i samband med avslutningen av PBU-kontakten eller efter tre-fyra månader om denna fortsätter.

Så snart som möjligt, efter samtycke givits till deltagande i projektet, kommer tonåringen få en separat tid för att **fylla i frågeformulär** om sina problem, sin syn på sig själv och om relationer till andra. De frågeformulär som används är utprovade i ungdomsgrupper. Frågeformulären finns både i datoriserad version och som pappersformulär. Besvarandet tar 30-45 minuter.

Efter tre-fyra månader ombeds tonåringen att **fylla i samma frågeformulär** igen. Efter detta finns möjlighet att ta del av resultaten och diskutera dessa med sin behandlare.

**Delta i intervju**, där tonåringens och föräldrarnas upplevelse och synpunkter gällande PBU-kontakten inhämtas.

De ingående utvärderingsmomenten är således problemskattning vid två tillfällen, frågeformulär vid två tillfällen och avslutande intervju.

Härmed ger vi vårt samtycke till deltagande i PBU's utvecklingsprojekt rörande PBU's insatser till tonårsflickor i åldrarna 15 ó 18 år.

Datum, ort, namn

---

Datum, ort, namn

---

Datum, ort, namn

---

För att materialet används enligt beskrivning ansvarar

Kerstin Bånkestad  
Verksamhetschef  
0911 ó 750 60



Problem 4 är: \_\_\_\_\_

Hur besvärligt är problem 4?      **Mycket litet**      **Mycket stort**  
0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Hur ofta har du haft problem 4 den senaste månaden?  
**Aldrig**      **Mycket ofta**  
0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

# Basuppgifter från behandlarna E FoU

Bilaga 3

Pat nr: í í .....

Sökdatum: í í í í í í í í .

Ålder: í í í í í í

Vem tog kontakt och hur:

Väntetid: í í í í í

Anledning till kontakt:

Vilka typer av besök, vilka har deltagit och antal besök

Antal grupptillfällen:

Datum för första och sista besök

Något om behandlingsprocessen:

Anledning till avslutning:



## **FOU Æ intervjufrågor**

Bilaga 4

Pat nr:

### **Kontaktagandet med PBU**

1 På vems initiativ och hur togs kontakten med PBU?

2 Minns ni hur ni pratade om problemet/en innan kontakten togs med PBU?

3 Vad gjorde att kontakten togs just då?

4 Hur kändes väntetiden?

### **Relation till behandlaren/na**

5 Synpunkter kring hur du/ni upplevde er bli bemötta på PBU?

6 Kände du/ni er lyssnade till och förstådda av behandlarna?

7 Vad har bidragit till bra samarbete/att det blivit svårt?

### **Behandlingen**

8 Hur är de problem ni sökte för i dag?

9 Vad tror du/ni varit till hjälp?

10 Vad i PBU-kontakten har varit till nytta och känts meningsfullt?

Något som varit speciellt värdefullt?

11 Något du/ni varit besviken på eller missnöjd med?

12 Synpunkter på de olika typerna av besök vid PBU (familje-/föräldra-/individuella/gruppsamtal och ifyllande av formulären/resultat)?

### **Avslutningen**

13 Vem tog initiativ till och tankar du/ni har om avslutningen av kontakten med PBU?

### **Utvärdering**

14 Om ni skulle söka igen, hur skulle ni vilja ha det då (samma upplägg eller på annat sätt)?

15 Är det något mer du/ni skulle vilja säga om kontakten vid PBU (förändringar, förbättringar)?

16 Sammanfattningsvis: Hur nöjd är du/ni med PBU:s insatser  
Ja mycket, i stort sett, i viss mån, inte alls

### **Övrigt**

17 Hur var det att bli intervjuad?