



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

FRÅN BARN TILL VUXEN

Om övergångar i den psykiatriska vården

SW 2237 Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp
Scientific Work in Social Work, 15 higher education credits
Psykoterapeutprogrammet
HT 2017

Författare: Susann Engman och Anna Nordberg
Handledare: Torbjörn Forkby, Göteborgs universitet
Anita Johansson, FoU-centrum, Skaraborgs sjukhus

Abstract

Title: From child to adult - transitions in mental health services
Author: Susann Engman and Anna Nordberg
Keywords: adolescent mental health, transition, adult mental health and family

Aim: The aim of the study was to investigate staff's and manager's experience of patients' transitions from child- and adolescent mental health services (CAMHS) to adult mental health services (AMHS). Method: A qualitative approach with interviews with two focus groups, consisting of eight staff members and individual interviews with four managers within CAMHS and AMHS. The information was interpreted through qualitative text analysis and is accounted for in two parts, one part for the focus groups and one part for the individual interviews. The sub categories are presented as connected with previous studies and theories in each of the two parts. The theoretical concepts used in this study are: organization, cooperation and transfer/transition.

Result: The main result indicates the need of individual assessments based on maturity, independence/dependence and psycho social situation of the youths. There was further information about the staff's "quiet knowledge through experience" used for guidance when they assess the individual patients' need for transfer/transition. Furthermore, there is need for both organizations to have a flexible attitude, adapt routines, include the relatives and to consider the youth's needs to achieve a favourable transfer or transition from CAMHS to AMHS. Conclusions: Individual assessment is necessary to ensure the individual youth's need for planning for transfer/transition and for taking care of the "quiet knowledge of experience" of the staff.

Abstract

Titel: Från barn till vuxen. Om övergångar i den psykiatriska vården.
Författare: Susann Engman och Anna Nordberg
Nyckelord: ungdomar psykiska hälsa, övergång, vuxnas psykiska hälsa och familj

Syfte: Studiens syfte var att undersöka vårdpersonal och enhetschefers erfarenheter av övergången för patienter från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri. Metod: Studien hade en kvalitativ ansats och genomfördes med två fokusgrupper med åtta vårdpersonal och individuella intervjuer med fyra enhetschefer. Intervjumaterialet har analyserats med hjälp av kvalitativ textanalys, redovisas i två delar med personal och enhetschefer var för sig. I varje del redogörs varje underkategori och kopplas till tidigare forskning och teori. Valda teoretiska perspektiv är organisation, samverkan och transfer/transition.

Resultatet visade på behov av individuella bedömningar för den unge utifrån mognad, autonomi/beroende och psykosociala situation. Vidare framkom tyst erfarenhetskunskap hos personalen som vägleder dem i behovsbedömningar för respektive patient inför överföringen/övergången. Därutöver behöver respektive verksamhet inta en flexibel hållning, anpassa rutiner, involvera anhöriga utifrån den unges behov för en gynnsam planering av överföring (transfer) eller övergång (transition) till VUP från BUP. Konklusion: Det finns behov av individuella bedömningar för den unges transfer/transition och att ta tillvara på personalen tysta erfarenhetskunskap.

Innehållsförteckning

FÖRORD	4
1 INLEDNING	5
2 BAKGRUND	6
2.1 Begrepp.....	6
2.2 Tidigare forskning - sökhistorik	7
2.3 Psykisk ohälsa hos ungdomar och unga vuxna.....	8
2.4 Svenska förhållanden.....	8
2.5 Lagstiftning.....	9
2.6 Litteratursökning	9
2.6.1 Ungdomstid och psykisk ohälsa	9
2.6.2 Övergripande teman	10
2.6.3 Överföring och övergång.....	10
2.6.4 Olikheter mellan verksamheterna	11
2.6.5 Organisation och individens utveckling	11
2.6.6 Anhörigas närvaro	12
2.6.7 Professionellas närvaro.....	13
2.6.8 Gemensam planering	13
2.7 Problemformulering	13
2.8 Syfte.....	14
2.9 Frågeställningar	14
2.10 Studiens relevans	14
3 TEORI	15
3.1 Den människobehandlande organisationen	15
3.2 Samverkan	16
3.3 Transitionsteori	17
4 METOD	19
4.1 Metodval.....	19
4.2 Urval	19
4.3 Genomförande och datainsamling	20
4.4 Dataanalys	21
4.5 Studiens trovärdighet	22
4.6 Metoddiskussion	23
4.7 Etiska överväganden.....	24

5	RESULTAT OCH ANALYS	26
5.1	Resultat och analys av fokusgrupper	26
5.1.1	Patientens övergång.....	27
5.1.2	Patientens mognad	29
5.1.3	Föräldrars närvaro	29
5.1.4	Organisation och organisering	31
5.2	Resultat och analys av intervju med enhetschefer	32
5.2.1	Patientens övergång.....	33
5.2.2	Föräldrars närvaro	34
5.2.3	Organisation och organisering	35
5.2.4	Ledningsperspektiv.....	36
6	DISKUSSION	38
6.1	Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av övergångarna för patienten?.....	38
6.2	Vad är det som gör att övergångarna fungerar bra respektive mindre bra?	40
6.3	Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av de anhörigas roll?	40
6.4	Vilken erfarenhet har vårdpersonalen och enhetscheferna av hur organisationen bidrar till patientens övergång?	41
6.5	Konklusion och framtida forskningsfrågor	41
	REFERENSER	43
	BILAGOR.....	47
	1. Intervjuguide	
	2. Informationsbrev	
	3. Samtyckesblankett	
	4. Bakgrundsinformation	

FÖRORD

Vi som är författare till denna uppsats har flera beröringspunkter på så vis att vi under olika tidsperioder gått liknande utbildningar (interaktionistiskt förändringsarbete, Marte Meo, grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning familjeterapi) och verkat på samma arbetsplatser. Vi har under 20 år haft kännedom om varandra men aldrig mötts vare sig i utbildningssammanhang eller som kollegor. Sedan hösten 2015 studerar vi på psykoterapeutprogrammet med inriktning familj vid institutionen för socialt arbete på universitet i Göteborg. Vi är sedan hösten 2016 också kollegor inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Vi har under våra många resor till psykoterapeutprogrammet på Göteborgs universitet haft en pågående dialog om våra arbeten utifrån flera olika perspektiv såsom vårdideologi, människosyn, värdegrund, metoder och organisation utifrån tidigare och nuvarande arbetsplats. Vi bestämde oss tidigt för att skriva denna uppsats tillsammans och vi var då också överens om att fördjupa oss i något som både kändes angeläget och som intresserade oss.

Vi har i det kliniska arbetet varit med om att aktualisera patienter vid vuxenpsykiatri (VUP) då ungdomarna fyllt 18 år. Forskning har visat att det finns behov av att säkerställa en patientnära övergång mellan verksamheterna. BUP och VUP är två verksamheter som har ett komplicerat uppdrag med personalbrist och långa vårdköer. Detta fångade vårt intresse och väckte vår nyfikenhet: vilken kunskap och vilka erfarenheter finns i detta område och vem kan dela med sig av sina erfarenheter? För hur kan vi utvecklas i våra roller som psykoterapeuter inom offentlig verksamhet och säkerställa en god behandling när det är dags för unga vuxna att gå vidare?

Vi vill tacka våra handledare Torbjörn Forkby, Docent vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet och Anita Johansson, Med dr i vårdvetenskap och forskningsledare vid FoU-centrum vid Skaraborgs sjukhus. Ni har båda visat tålamod och stort intresse för studien, bidragit med reflektioner, konstruktiv kritik och med stöd så har vi lotsats framåt i den här processen med studie och uppsatsskrivande.

Till sist vill vi framföra vårt varmaste TACK till våra informanter. Vi är berörda av den lyhördhet och medmänsklighet i synen på era patienter som vi tagit del av. Vi är imponerade av den yrkesskicklighet som vi förstått hjälper er att navigera i en ibland svårtillgänglig terräng. Slutligen är vi djupt tacksamma för att vi fått del av era tankar och erfarenheter vilka har varit berikande både i denna studie och i vårt dagliga arbete.

TACK!

1 INLEDNING

Sedan början och mitten av 1990-talet har vi varit yrkesverksamma som socionomer i olika organisationer och bär på en kunskap om svårigheten att hålla stabila, för patienten gynnande vårdkedjor då olika typer av övergångar sker inom och mellan olika vårdgivare. Vi har genom åren deltagit i samverkansmöten, vårdplaneringsmöten samt medverkat i arbetsgrupper för att utveckla riktlinjer och rutiner för överflyttningar av vård mellan inom och mellan olika verksamheter. Vi har följt unga vuxna och deras anhöriga inför en övergång till en vuxenverksamhet och fått erfarenheter av både bättre och sämre övergångar. Det har funnits oro hos den unge, föräldrar eller andra samverkanspartners för förändringen, byte av personal och kontaktpersoner men också lättnad över att få gå vidare till en ny verksamhet. En annan fas i livet.

Denna fas kan vara intensiv, omvälvande, känslig, utvecklande, utmanande, förödande, efterlängtd, fylld av med oro och bävan inför förändringar eller bara lugn och förväntansfull. För unga vuxna som blir arton år och myndiga ser förutsättningarna olika ut. En del är väl förberedda, mogna i sin utveckling, har tillgång till kognitiva, emotionella och verbala strategier och andra har inte kommit lika långt i sin utveckling. En del har ett gott socialt nätverk både privat och professionellt och andra har helt andra förutsättningar. Oavsett förutsättningar förväntas den unga vuxna ta ansvar för sig och sitt liv, driva utbildning, arbete, boende, sitt sociala nätverk och offentliga relationer som t ex med banker, kommun och vårdens olika verksamheter. De har också förväntningar på sig att ta ansvar för både autonomi och beroende till nära anhöriga och i andra relationer. För en del är det efterlängtat och välbehövligt och för andra inte lika positivt.

Erfarenheter utifrån dessa möten och kontakter väckte vårt intresse för att undersöka just övergången vid 18 års ålder från en barn- och ungdomsverksamhet till en vuxenverksamhet. Då vi båda arbetar inom barn- och ungdomspsykiatrien föll fokus på att studera övergångarna i den egna verksamheten, dvs övergången från BUP till VUP.

Vi har som gemensamt grundantagande att varje individ är del av ett sammanhang och har utvecklats och påverkats av erfarenheter av relationer från födelsen och framåt.

Susann Engman har tagit ett större ansvar för bakgrund och Anna Nordberg för metod- och teoriavsnitten. Studien har under arbetsprocessen skrivits i ett gemensamt dokument på Google drive vilket betyder att vi genomgående haft tillgång till, läst och korrigerat texten gemensamt samt haft en kontinuerlig diskussion om dess innehåll. I övrigt har vi utfört alla moment, såsom intervjuer, analys och metodhandledning tillsammans.

2 BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs inledningsvis väsentliga begrepp för studien och en redogörelse av genomförandet av sökning och urval av tidigare forskning inom ämnesområdet. Därefter en översikt om psykisk ohälsa internationellt och nationellt, en kortfattad beskrivning av den psykiatriska vårdens organisation och gränssnitt. Vidare följer en beskrivning av lagstiftning i form av Föräldrabalken som reglerar det juridiska vuxenblivandet och Offentlighets- och sekretesslagen som påverkar anhörigas närvaro i vården. Därefter följer en genomgång av den tidigare forskningen utifrån studiens syfte för att avslutas med studiens problemformulering och syfte.

2.1 Begrepp

Psykisk ohälsa

”...en samlade beteckning för både mindre allvarliga psykiska problem som oro och nedstämdhet och mer allvarliga symptom som uppfyller kriterierna för psykiatrisk diagnos” (Bremberg & Dalman, 2015, s 14). Denna studie utgår från ovanstående innebörd av begreppet psykisk ohälsa. I denna studie kommer begreppet att användas för psykiska ohälsa som är aktuell för patienter inom den psykiatriska vården.

Begrepp för barn- och ungdomspsykiatri respektive vuxenpsykiatri

I den internationella forskningen används motsvarande begrepp för barn- och ungdomspsykiatri med “Child and adolescent mental health services (CAMHS) och Adult mental health services (AMHS) för vuxenpsykiatri. Det finns skillnader i samhällsstruktur, den offentliga sektorns organisation och uppdrag i de länder som ingår i forskningen. I denna studie har författarna gjort bedömningen att de svenska och engelska begreppen kan användas synonymt. I denna studie kommer de svenska begreppen BUP och VUP att användas.

Transfer och transition

I denna studie används begreppen transfer och transition i samband mellan övergången mellan BUP och VUP. Nationalencyklopedin (2017) definition av transfer respektive transition:

- Transfer: för)flytta’, ’överföra’, ytterst av latin *tra'nsfero* ’bära över’, ’överflytta’ och används i denna studie för ”överföring”.
- Transition: latin *transi'tio* övergång’, av *tra'nseo* gå över’

Begreppen är nära i sitt innehåll men har skillnader såsom att transfer innehåller överföringen på ett mer administrativt plan, till exempel när en remiss skickas från en verksamhet till en annan. Innebörden i transition är vidare och ett beaktande av individens hela situation såsom den fysiska, psykiska och sociala utvecklingen i övergången mellan verksamheterna (Paul et al., 2013).

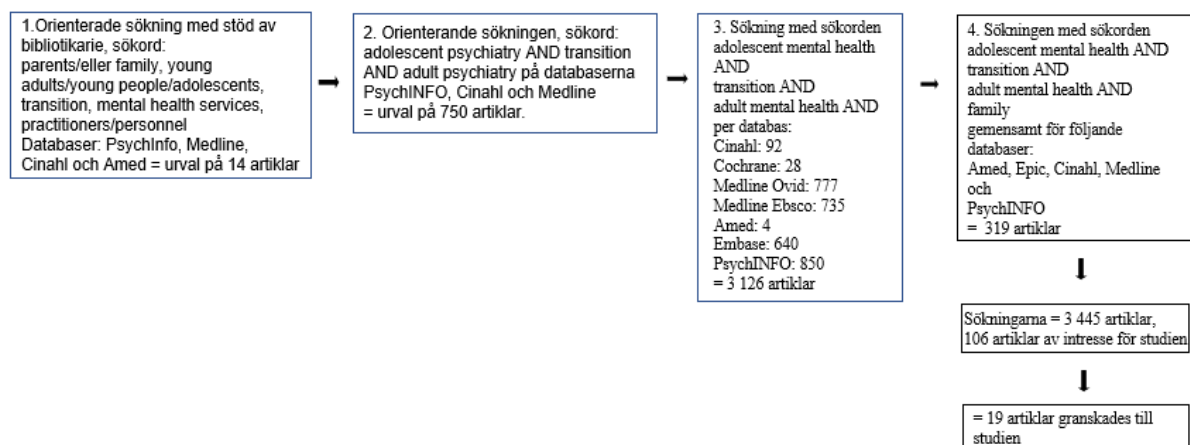
Användning av begrepp

Begreppen ungdom och den unge används synonymt i denna studie. I materialet som bygger på information från fokusgrupper och enskilda intervjuer används ordet patient för samma begrepp.

2.2 Tidigare forskning - sökhistorik

Första steget för sökning inom ämnesområdet blev en orienterande sökning efter tidigare forskning i databaser. I figuren nedan redogörs en översikt för artikelsökning ämnesområdet (se nedan, Figur 1). Övervägande del av materialet omfattade studier i anglosaxiska länder såsom USA och England. Sökningen gav träffar på artiklar rörande övergång från både somatiska och psykiatriska barn- och ungdomsmottagning till vuxenmottagning. Artiklar gällande övergångar inom psykiatrin valdes ut, sökorden förfinades och användes på respektive databas. I nästa steg urskildes ett färre antal sökord som förekom frekvent i de undersökta artiklarna vilket medförde ett bredare anslag på sökningen.

Figur 1. Översikt av sökning efter tidigare forskning



Tillägg till urvalet valdes engelska som språk, artiklar med abstract och som var ”peer-reviewed”. Dessa tillägg fick anpassas utifrån möjliga sökfunktioner på respektive databas. Då det var möjligt lades sökning på ”reviews” till i syfte få överblick och ta hjälp av tidigare sammanställningar av materialet. Majoriteten av artiklarna var skrivna den senaste tioårsperioden varvid ingen begränsning med angivna årtal gjordes med undantag av Psychinfo. Tidsintervallen utgjordes av åren 2000 - 2017 på Psychinfo. Vid genomgång av de orienterande sökningarna valdes databaser ut som var vanligt förekommande och som i artiklarna verifierades som prominenta.

Vid sökning i flera databaser samtidigt avlägsnades exakta duplikat automatiskt från resultatlistan. Avseende övriga duplikat togs de bort vid den manuella granskningen av sökresultaten. Vid granskning av artiklarna lästes rubriker som vid behov kompletterades med läsning av abstracts.

Efter genomläsning kvarstod 106 artiklar av intresse utifrån studien vilka undersöktes genom att läsa abstracts samt i vissa fall genomläsning av artiklarnas sammanfattning. Författarna önskade ta del av forskning som berörde övergången mellan BUP och VUP generellt.

I detta skede begränsades urvalet genom att exkludera artiklar som berörde övergångar inom somatisk vård, studier inriktade på urvalet med ungdomar med specifik diagnos, t ex ADHD eller autism. Vidare exkluderades artiklar som berörde vård enligt socialtjänstlagen som t ex familjehemsplacerade ungdomar samt ungdomar med dubbeldiagnoser som psykisk ohälsa i kombination med missbruk av narkotika, alkohol, läkemedel eller andra skadliga ämnen. Slutligen bedömdes 19 artiklar vara av intresse för denna studie. Därefter gjordes kompletterande sökningar via referenslistorna i de undersökta artiklarna och tillfördes denna studie.

2.3 Psykisk ohälsa hos ungdomar och unga vuxna

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) består en fjärdedel av världens befolkning av unga människor i åldrarna mellan tio och tjugofyra år vilket beskrivs som den största åldersgruppen i världshistorien. WHO förutser att psykisk ohälsa kommer vara en av de fem vanligaste sjukdomarna som orsakar sjuklighet, dödlighet och funktionsnedsättning bland barn och unga år 2020 (WHO, 2009).

WHO beskriver att 10 - 20% av barn och ungdomar världen över upplever psykisk ohälsa och för hälften av dessa debuterar den psykiska ohälsan vid 14-årsåldern. Neuropsykiatriska tillstånd beskrivs som den främsta orsaken till funktionsnedsättningar. Om barnen inte får tillgång till anpassat stöd eller behandling riskerar deras liv och utveckling att påverkas, deras möjlighet att tillägna sig utbildning samt chansen att utveckla ett rikt liv. Barn med psykisk ohälsa riskerar att möta fler utmaningar i livet såsom stigma, isolering, diskriminering, bristande vård och utbildningsmöjligheter vilket strider mot barns grundläggande mänskliga rättigheter (WHO, 2015).

2.4 Svenska förhållanden

Begreppet psykisk ohälsa kan ses som ett övergripande begrepp som innefattar allt från mildare psykiatriska symptom med variation i intensitet och varaktighet till svåra psykiatriska tillstånd (Folkhälsomyndigheten, 2017). Kunskap om ungas psykiska hälsa inhämtas sedan slutet av 1980-talet via hälsoundersökningar. De senaste decennierna har den psykiska ohälsan ökat oberoende av de ungas familjeomständigheter, födelseland, position på arbetsmarknaden, föräldrars socioekonomiska status etc. Fler kvinnor än män uppger att de lider av psykisk ohälsa och det är oklart vilka orsaker som kan finnas bakom den ökade psykiska ohälsan (Lager et al., 2012).

Enligt Nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor?" (Folkhälsomyndigheten, 2017) ökade andelen med nedsatt psykiskt välbefinnande bland män och kvinnor under åren 2006 – 2016. Enligt Socialstyrelsen (2017) så har den psykiska ohälsan i åldersgruppen tio till sjutton år fördubblats under samma period. Vidare uppger socialstyrelsens rapport att 10 procent av barn och unga män och 15 procent av unga kvinnor har någon form av psykisk ohälsa (Socialstyrelsen, 2017). I åldersgruppen arton till tjugofyra år har ökningen varit nästan 70 procent under denna tidsperiod.

Detta innebär att cirka 190 000 barn och unga har någon form av psykisk ohälsa och den största gruppen består av unga kvinnor i åldern arton till tjugofyra år. Det är främst diagnoser som depression och olika ångestsyndrom som bidrar till ökningen.

”Socialstyrelsen kan konstatera att barn och unga vuxna som diagnostiseras med depression eller ångestsyndrom riskerar långa sjukdomsförlopp med fortsatt behov av psykiatrisk vård och läkemedelsbehandling. Det finns även en förhöjd risk för suicidförsök och suicid över tid. Samtidigt uppstår också svårigheter att exempelvis fullfölja utbildning, med följd att gruppen med psykisk ohälsa i större utsträckning har lägre utbildning än de unga som inte har vårdats för depressioner eller ångestsyndrom (Socialstyrelsen, 2017, se sammanfattning).”

Enligt Bremberg och Dalman (2015) är de vanligaste psykiatriska tillstånden hos svenska barn depression och ADHD, beräknas förekomma hos 5–8 procent och autismspektrumtillstånd beräknas förekomma hos ca 1–1,5 procent av svenska barn. Det finns fåtal säkra långsiktiga studier för psykiatriska tillstånds utveckling i Sverige vilket medför att det blir svårt att få tillförlitliga uppgifter om den psykiska ohälsan ökat i befolkningen. Oavsett det är det tydligt att vårdkonsumtionen ökat kraftigt bland barn och unga för psykiatriska tillstånd under ett flertal år.

2.5 Lagstiftning

För barn gäller vårdnaden tills dess att barnet fyller arton år och förklaras myndig (Föräldrabalken 1949:381). Efter den unges artonårsdag får information lämnas till andra endast efter hans samtycke. Det innebär att vid vård krävs samtycke för att lämna information till anhöriga. I Offentlighets- och sekretesslagen (SFS: 2009:400) beskrivs sekretess som tystnadsplikt i allmän verksamhet. Det innebär att det föreligger förbud att lämna ut privata handlingar. Med det menas att röja uppgift muntligt, skriftligt eller på annat sätt.

2.6 Litteratursökning

I detta kapitel följer en sammanställning av den tidigare forskning som valdes ut som relevant för denna studie. Den tidigare forskningen kring övergången mellan olika vårdaktörer har främst skett genom kvalitativa studier. Vid sökning med ett bredare anslag finns artiklar som beskriver erfarenheter från ungdomar/unga vuxna, föräldrar och vårdpersonal både inom den somatiska och psykiatriska vården. Den här studien har sitt fokus på den psykiatriska vården och övergången mellan barn- och ungdomspsykiatri (BUP) och vuxenpsykiatri (VUP).

2.6.1 Ungdomstid och psykisk ohälsa

Det finns åtskilliga faktorer som medför både risker och/eller resilience under denna fas och dess effekter är olika och individuella (Leebens & Williamson, 2017). Ungdomstiden är en riskperiod för att psykisk ohälsa bryter ut (Singh, 2009; WHO, 2015). För många av vuxenpsykiatriens patienter med långvariga behov av vårdinsatser debuterade deras psykiska ohälsa under ungdomsperioden. Det är av vikt att undersöka faktorer som kan bidra till att unga vuxna utvecklar långvarig beroende av vård och behandling inom psykiatri för att hitta möjliga sätt att förebygga det (Abidi, 2017; Singh, 2009).

Singh (2009) visar på att övergripande faktorer som bland annat brist på att samordning mellan verksamheterna kan ha negativ påverkan på övergången mellan BUP och VUP. Men det kan även uppstå störningar vid avbrott i den pågående vården då övergången sker utifrån biologisk ålder och inte utifrån behandlingsfas. Utöver det finns behov av kunskapsutveckling om hjärnans utveckling hos unga vuxna, psykisk ohälsa och dess påverkan på livsrytmen för att utforma vården och skapa förutsättningar för en gynnsam övergång (Abidi, 2017; McGrandles & McMahon, 2012). Personalen behöver beakta behandlingsalternativ som tar hänsyn och inkluderar dimensioner som t ex utbildning, arbetsliv, psykisk hälsa och medicinsk vård. Det behövs för att underlätta övergången för de unga vuxna som ska gå över till vuxenverksamhet (Skehan & Davis, 2017).

2.6.2 Övergripande teman

Det framkommer vid sökningen att det är få studier som undersöker övergången mellan olika vårdaktörer. Flertal studier indikerar att det finns lite forskning som identifierar vilka organisatoriska strukturer, resurser och processer som främjar eller hämmar en framgångsrik övergång för patienter och deras anhöriga (Belling et al., 2014; Butterworth et al., 2017; Singh, 2009). Det finns lite forskning om vad patienterna anser viktigt, vilka hinder de uppfattar och hur dessa kan övervinnas i övergången mellan BUP och VUP (Belling et al., 2014; Lindgren, Söderberg, & Skär, 2014; Singh, 2009). Gränssnittet mellan verksamheterna är patientens artonårsdag. Det beskrivs i studier från flera länder att det är en rigid åldersgräns som kan medföra störningar i vårdkontinuitet, att unga vuxna "faller mellan stolarna" då BUP avslutar vård innan de blir aktuella inom VUP (Lindgren, Söderberg, & Skär, 2013; Singh, 2009). Utöver organisatoriska faktorer som hög efterfrågan, begränsade resurser, svaga överföringsrutiner, kommunikationsbrist, strikt åldersgräns som intagningskriterium till VUP så betonas även individens ovillighet att avsluta och ersätta en etablerad behandlingskontakt, oro för att påbörja behandling med ny kliniker i en ny verksamhet och eventuellt med begränsat stöd vid övergången i vuxenblivandet (Perera et al., 2017).

Det kan även medföra avhopp från vården, att de unga vuxna har svårigheter eller att de inte driver sin egen vård men även att det blir sämre kliniska resultat som konsekvens av dessa brister (Singh SP & Singh, 2009). Det framkommer att i ett internationellt perspektiv så kan remittering från BUP till VUP medföra att vissa unga tenderar att falla mellan verksamheterna, som exempel de unga med neuropsykiatriska funktionsvariationer och komplexa behov (McGrandles & McMahon, 2012; Singh, 2009).

2.6.3 Överföring och övergång

I studier beskrivs en skillnad mellan överföring (transfer) och övergångar (transition) då vården går från barn- och ungdomsverksamheten till vuxenverksamheten. Enligt Singh et al., (2010) framkom att processerna överföring (transfer) och övergång (transition) är besläktade men att det är olika processer. Överföringen innebär att vården avslutas på BUP och påbörjas inom VUP medan övergången beskriver en process som innehåller terapeutiska intentioner (Paul et al., 2013). Vidare beskrivs flera förutsättningar som möjliggör en optimal övergång; kontinuerlig vård, samverkan mellan de två olika verksamheterna, en period av parallella vårdinsatser, minst ett gemensamt samverkansmöte samt överlämnande av relevant information för den fortsatta vården (Butterworth et al., 2017; Lindgren et al., 2013).

Vid överföringen till vuxenverksamheten upplevde en majoritet av de unga vuxna vårdkontinuitet. Det saknades dock delar som beskrivs ingå i en övergång såsom gemensamma planeringsmöten, parallella vårdinsatser samt information om hur en överföring/övergång sker (Paul et al., 2013). Det framkom i studier att en väl genomförd överföring inte per automatik medförde en god övergång eller att en sämre genomförd övergång nödvändigtvis behövde bli dålig för den unga vuxna. De flesta unga vuxna fortsatte vårdkontakten med VUP och berättade om förbättrad psykisk hälsa (Hovish et al., 2012; Singh et al., 2010).

2.6.4 Olikheter mellan verksamheterna

Barn- och ungdomspsykiatri är en yngre disciplin än vuxenpsykiatri. Detta har medfört att verksamheterna är utvecklade utifrån olika förutsättningar, tidsperioder och skeenden i samhällsutveckling, kunskap om bland annat psykisk ohälsa och utvecklingspsykologi (Singh et al., 2005). Enligt Mulvale et al., (2016) framkom skillnader mellan vårdfilosofi, hur vården tillgodoses samt synsätt på övergången mellan verksamheterna. Skillnaderna visar sig i hur verksamhetens kultur och förhållningssätt utformats samt att fokus inom diagnostik och behandling skiljer sig åt mellan respektive verksamhet (Belling et al., 2014). BUP använder i högre utsträckning ett familje- och nätverksperspektiv och ett integrerat förhållningssätt i arbetet barn och deras familjer. BUP arbetar med stöd till patienterna gällande emotionella, relationella och beteendevårigheter. VUP har i högre grad ett individfokus. De olika perspektiven kan bidra till skillnader angående vilka kriterier som gäller för att ingå i respektive verksamhets patientgrupp (Butterworth et al., 2017; Lindgren et al., 2013).

Bristen på samordning kan bidra till svårigheter för unga vuxna att fortsätta driva sin egen vård eftersom övergången medför avbrott och störningar i de sedan tidigare pågående behandlingsinsatserna (Singh, 2009).

Överföringen mellan BUP och VUP beskrivs ofta som otillfredsställande för patienter, omsorgsgivare och personal. Ett hinder är att verksamheterna har allt för lite kunskap om varandras verksamheter vilket medför att BUP:s personal har svårigheter att informera om den kommande vårdens början, dess innehåll och vem patienten skall träffa. Det framkommer behov av att de professionella ges möjlighet till ökad kunskap och förståelse för varandras verksamheter (Lindgren et al., 2013).

2.6.5 Organisation och individens utveckling

Övergången mellan BUP och VUP är inte en linjär process, den påverkas av att den unga vuxna befinner sig i sin egen utvecklingsfas från barn till vuxen och att mognadsnivån är individuell och olika. Anhöriga behöver balansera mellan att vara ett stöd och främja den unga vuxnas autonomi. Forskningen rekommenderar personcentrerad vård då den utgår från patientens särskilda behov av vård. Patienten behöver möta professionella med kompetens och personlig hållning som matchar patientens behov (Lindgren et al., 2014). Flertal verksamheter och myndigheter byter i sin organisation från barn- till vuxenverksamhet när den unga vuxna blir arton år. Det kan medföra att den unge har flertal övergångar pågående samtidigt och förväntas ta ökat ansvar för sig och den egna vården. Flera parallella processer ger en kumulativ effekt vilket kan medverka till att skapa en osäkerhet för patienten (Hovish et al., 2012). Det finns behov av flexibilitet gällande åldersgränsen för övergången med hänsyn tagen till den unga vuxnas mognad, utvecklingsfas och om det finns flera pågående övergångar i andra verksamheter och/eller myndigheter (Abidi, 2017; Lindgren et al., 2014).

Enligt Butterworth et al., (2017) visar studier att unga vuxna befinner sig i en utvecklingsfas då de kan uppleva sig övergivna, isolerade, med försämrad psykisk ohälsa och kämpar med att etablera nya behandlingskontakter. De vårdbehövande patienterna får möta utmaningar och ansvar vid en yngre ålder än jämnåriga som inte är i behov av psykiatrisk vård och det i en av livets stora utvecklingsfaser. De unga vuxna uttrycker att nyckeln till en framgångsrik övergång mellan BUP och VUP och främjande av deras autonomi är att bibehålla tilliten och stödet från vårdgivarna (Butterworth et al., 2017). Enligt patienter är det gynnsamt för övergången om den sker gradvis och anpassas till individens behov, utvecklingsfas och hanteras i sammanhang med andra pågående praktiska, utvecklings- och psykosociala övergångar. Det finns behov av att förbättra dels tvärprofessionell samverkan och dels samverkan mellan verksamheterna för barn respektive vuxna (Lindgren et al., 2014).

2.6.6 Anhörigas närvaro

Övergången bör vara flexibel, utformad till den unges utvecklingsnivå gällande behandlingsinsatser och att samtlig berörd personal bör samverka med den unga vuxna och dess omsorgsgivare (McGrandles & McMahan, 2012). Lindgrens (2014) studier framhåller svårigheterna att förhålla sig till den unges myndighetsålder, vuxenblivande, identitetsutveckling, frigörelseprocess från föräldrarna, ansvaret och förståelsen för att driva sin egen vård vid psykisk ohälsa parallellt med behovet av kontinuerligt stöd i vardagen.

Lindgren et al., (2013) beskriver behovet av att ha en gemensam förståelse för komplexiteten då den unga vuxna har sin individuella utvecklingsfas och individuella mognadsnivå. Men även när den unge blir myndig och ansvarig för att driva den egna vården kan det finnas ett fortsatt behov av vård och omsorg av anhöriga. Med gemensam förståelse ökar chansen för ett gemensamt hållande som grund för att skapa trygghet för patienten. Det beskrivs vidare att det ställs stora krav på anhöriga som får balansera mellan att vara stöd samtidigt som de ska stötta den unga vuxnas självständighet (Lindgren et al., 2014).

Föräldrar till unga vuxna med psykisk ohälsa har ett betydande behov av kunskap som möjliggör för dem att välja hur de kan stötta och hjälpa sina barn (Andershed, Ewertzon, & Johansson, 2017). Vidare beskrivs ett familjecentrat perspektiv där de unga, föräldrar och professionella samarbetar kan det neutralisera hinder i vården och bidra till möjligheter för ökad vårdkvalité och patientsäkerhet.

Det finns behov av samverkan mellan patient, föräldrar och professionell personal för att involvera föräldrar så att de kan vara en resurs för sina barns vård. Barn och föräldrar är beroende av och påverkar varandra. I de fall föräldrar varit delaktiga i sitt barns vård via BUP innan överföringen till VUP framkom att de upplevde svårigheter som att bli utestängda från den professionella vården och sakna vägledning i att hur de skulle bemöta sitt barn i sjukdomen (Johansson, 2014). Johansson, Andershed och Anderzen-Carlssons studie (2014) indikerar att föräldrar kan uppleva att bli exkluderade i den professionella vården efter deras barns övergång till vuxenpsykiatri. Mödrarna i följande studie beskriver att även om barnet är myndigt så är hen ständigt närvarande i tanken. Det finns risk att mödrarnas hälsa påverkas (Johansson et al., 2014) negativt vilket kan försämra deras möjligheter att vara ett stöd för den unga vuxna (Johansson et al., 2010). Fäderna som deltog i studien beskriver dels en pågående kamp för sitt barn och en känsla av maktlöshet (Johansson et al., 2012).

2.6.7 Professionellas närvaro

Lindgren, Söderberg och Skärs (2015) forskning indikerar att omgivningens stöd är förutsättningen för en bra övergång från BUP till VUP; t ex att professionella ger stöd, har motivationsarbete för att ta emot fortsatt vård, att patienten blir bemött som en unik person och med respekt för personlig integritet och mognad, att patienten blir uppmuntrad att uttrycka egna känslor och stöd att berätta traumatiska upplevelser samt en god miljö. Därutöver betonas vikten av hur patienten bemöts av den professionella i aktuell behandlingsinsats snarare än vad den professionella gör.

2.6.8 Gemensam planering

Flera studier visar att patienter, omsorgsgivare och professionella värderar planeringsmöten som väsentliga för en god övergång och parallell vård (Muñoz-Solomando, Townley, & Williams, 2010). Patienten har behov av tillräcklig information om hur den kommande vården skall se ut gällande innehåll, när den kan påbörjas och med vem. Patienten har också behov av att vara förberedd på övergången vilket med fördel och framgång kan göras genom samordnade individuella planeringar kring patienten samt genom att de båda verksamheterna arbetar parallellt under en period (Hovish et al., 2012; Lindgren et al., 2013). Genom att planera för flera aktörer samtidigt och med tydliggörandet om vem som ansvarar för vad under övergången så säkrar det en framgångsrik övergång för patienten (Butterworth et al., 2017).

2.7 Problemformulering

I samband med att den unga vuxna fyller arton år sker en överföring alternativt övergång från barn- och ungdomsverksamheten till vuxenpsykiatri. Vanligen är delar eller hela familjen involverade i den ungas vård på BUP och beslut kan fattas i överenskommelse med patientens nätverk.

Patienter i VUP bemöts som självständiga vuxna med ansvar för egna vårdbeslut och att driva sin egen vård. Det gemensamma för den tidigare forskningen indikerar att patienter och anhöriga beskriver brister i övergången mellan BUP och VUP. Återkommande är att övergången inte ses som enkel procedur där patienten lämnar en verksamhet för en annan. Snarare framkommer behov av att ta hänsyn till den unga vuxnas mognads- och utvecklingsnivå och de anhörigas delaktighet. Vidare anses VUP och BUP:s olikheter avseende förhållningssätt och kultur bidra till att patienter inte får den vård de behöver och att övergången alltför ofta innebär att patienter faller mellan stolarna. På individnivå vittnar patienter om att de ”faller mellan stolarna” och inte får den vård de behöver. Det framkommer också på anhörignivå att föräldrar känner sig exkluderade och lämnade ensamma i sin omsorg om barnet.

Det framkom i den tidigare forskningen att BUP har en högre grad av familje- och nätverksperspektiv i mötet med patienten, att diagnoser sätts i den unges kontext. Inom VUP har diagnossystemet en tydligare individuell karaktär med fokus på psykiatriska diagnoser inom personlighetsstörningsspektrumet. Genom efterforskning som inom ramen för denna studie framkom att det finns ett fåtal studier som undersöker övergången mellan barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar och vuxenpsykiatriska mottagningar.

Det saknas studier som identifierar faktorer som till exempel organisatoriska strukturer, resurser, förhållningssätt och värderingsgrunder som hindrar eller bidrar till en framgångsrik övergång. I de artiklar och systematiska granskningar som tagits del av i denna studie finns ringa forskning som undersöker personalens erfarenheter av övergången.

Därmed anser författarna till föreliggande studie att det är viktigt att söka kunskap hos personal inom psykiatrin, både från BUP och VUP för att identifiera deras erfarenheter av övergången samt söka kunskap och förståelse för hur övergångarna sker. Avsikten är att få en fördjupad beskrivning av hur övergången ser ut för patienten, de anhörigas delaktighet och organisationens hindrande och möjliggörande faktorer genom personalens perspektiv.

2.8 Syfte

Syftet med uppsatsen är att undersöka vilka erfarenheter vårdpersonal och enhetschefer har av hur övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin fungerar, vilka möjligheter och hinder det finns vid övergången för patienter med fortsatt vårdbehov. Ytterligare ett syfte är att undersöka vilka erfarenheter vårdpersonalen och enhetscheferna har av hur anhöriga och organisationen möjliggör eller hindrar övergången mellan barn- och ungdomspsykiatrin och vuxenpsykiatrin för patienter med fortsatt vårdbehov.

2.9 Frågeställningar

Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av övergångarna mellan BUP och VUP för patienten?

Vad är det som gör att övergångarna mellan BUP och VUP fungerar bra?

Vad är det som gör att övergångarna mellan BUP och VUP fungerar mindre bra?

Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av de anhörigas roll i övergången mellan BUP och VUP?

Vilken erfarenhet har vårdpersonalen och enhetscheferna av hur organisationen bidrar till patientens övergång mellan BUP och VUP?

2.10 Studiens relevans

Av tidigare forskning framkommer att det finns stora brister för den enskilde patienten och dennes anhöriga i övergången mellan BUP och VUP. Bristerna verkar ibland få förödande konsekvenser på så vis att den unge ”faller mellan stolarna” och att de anhöriga uppfattar att de inte längre är delaktiga i vården. Detta i kombination med bristande forskning kring hur personal uppfattar patientens övergång mellan BUP och VUP säger att studien har en vetenskaplig relevans. Sannolikheten att personal inom BUP eller VUP kommer vara delaktig i en patientövergång mellan verksamheterna är stor. Den här studien görs inom ramen för psykoterapeutprogrammet, inriktning familj, och en del av den personal som arbetar inom dessa verksamheter besitter denna kompetens. Det betyder att denna studie också har en relevans inom ramen för en familjeterapeutisk utbildning.

3 TEORI

Av intervjuerna framkommer att informanterna har tankar och erfarenheter av organisationens betydelse för patientens övergång mellan BUP och VUP. Författarna har därför valt ut teorier och begrepp som uppfattas centrala i att öka förståelsen kring vad som hindrar och möjliggör en bra övergång för de unga mellan verksamheterna.

3.1 Den människobehandlande organisationen

Författarna har valt begreppet “den människobehandlande organisationen” som ett teoretiskt ramverk för att beskriva barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatriens tillhörighet och i viss mån organisation. Verksamheter som dessa är oftast styrda av demokratiskt valda politiker och de ekonomiska resurserna tilldelas enligt rådande fördelningspolitik (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015).

Verksamheternas primära uppgifter kan delas in i olika uppdrag. Det första är att skydda och bibehålla (people-sustaining) människors mående det andra att förändra (people-changing) måendet. Det sista handlar om att definiera eller tilldela vissa människor (people-processing) vissa rättigheter eller skyldigheter utifrån deras egenskaper (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015). Detta innebär att samma patient i olika skeden kan erhålla olika hjälp utifrån olika uppdrag inom en och samma verksamhet. Till exempel kan en självmordsnära person vårdas mot sin vilja inom psykiatriens slutenvård, för att senare erhålla diagnos och få förslag till behandling inom samma psykiatriska verksamhet.

Den människobehandlande organisationens kärna utgörs av interaktionen mellan dess personal och samhällsmedborgarna. Det är i denna interaktion som patient/klient/brukare skapas. Benämningen är en konstruktion och skapar problem om olika människobehandlande organisationer skapar olika patienter. Om barn- och ungdomspsykiatriens konstruktion av patienten skiljer sig mot vuxenpsykiatriens uppstår svårigheter för patienten i övergången mellan de olika verksamheterna. Ofta är personalen i den människobehandlande organisationen den viktigaste kontaktytan mot den offentliga sektorn. Uppdraget innebär många gånger obegränsad arbetsmängd med begränsade resurser för den anställde. Detta ställer stora krav på autonomi, ger utrymme för fria bedömningar utan tydliga ramar och kräver diskretion när beslut fattas om vilka samhällsmedborgare som får eller inte får del av den offentliga vården (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015).

Verksamheten berör ofta människors mest intima livssfärer och värdighet vilket kräver arbetsmetoder som står i samklang med rådande kulturella normer och värderingar. Verksamhetens legitimitet och resurser kan sägas komma från staten och berörda professioner (Johansson, Dellgran & Höjer, 2015).

Den samhällsutveckling som skett är att flera verksamheter som kan definieras som människobehandlande organisationer har gått i riktning mot att bli allt mer specialiserade. Till exempel kan man inom psykiatrien hitta subspecialiteter som är kopplade till en viss ålder eller diagnos. Den här utvecklingen har lett till att det ställs allt större krav på en god samverkan mellan de olika verksamheterna.

3.2 Samverkan

Forskning kring samverkan tyder på att det finns brister i samhället att samordna insatser för utsatta grupper. Samverkan och samarbete delas in i olika kategorier. Kollaboration betyder att samverkan sker i vissa former, i vissa frågor som är avgränsbara. Koordination eller samordning förklaras med att myndigheters insatser adderas till varandra för att nå bästa resultat. Konsultation betyder att en viss yrkesgrupp gör en tillfällig insats i en annan organisation. Integration och sammansmältning anger att flera verksamheter slås samman och de flesta uppgifterna blir gemensamma (Danermark & Kullberg, 1999).

För att samverkan i olika former skall lyckas krävs en tydlig gemensam målsättning, gemensamma principer och etiska förhållningssätt mellan de olika organisationerna. Vidare krävs att de involverade redan från början har en gemensam utgångspunkt, gemensamma referensramar och en gemensam metod (Danermark & Kullberg, 1999).

Danermark och Cullberg (1999) redogör för att yttre och inre betingelser måste vara uppfyllda för att nå en god samverkan. Med yttre betingelser avses organisatoriska och resursmässiga förutsättningar. Med inre betingelser avses personalens motivation och deras personliga upplevelse av att samverka. Med den egna upplevelsen menar man att personens yrkesidentitet spelar en central roll. Personer med en uppgiftscentrerad yrkesidentitet är, i motsats till personer med en självcentrerad yrkesidentitet, gynnsamma att ha med i samverkan (ibid.). Exempel på en mer uppgiftscentrerad yrkesidentitet är personer som utför en klart avgränsad del i vårdkedjan som att till exempel följa upp blodtryck. Exempel på en mer självcentrerad yrkesidentitet är personer som till exempel bedömer om patienten skall få del av en speciell typ av vård.

Andra viktiga faktorer för en god samverkan är den personliga aspekten av yrkesrollen, det vill säga huruvida personen är nöjd med sig själv i sin yrkesroll. Den interpersonella aspekten av yrkesrollen, vilket erkännande och vilken respekt de visas av kollegorna i samverkan. Slutligen också den funktionella aspekten av yrkesidentiteten, vilken betydelse den egna insatsen tillmäts i samarbetet (Danermark & Kullberg, 1999).

Begränsande faktorer för samverkan är svag samordning av myndigheternas upptagningsområden och lokaler, skillnader i organisationsstrukturer och hierarkier, myndighetsrepresentanternas skilda möjligheter att göra professionella anspråk, skilda etiska koder samt regler och praxis för tystnadsplikt. Ytterligare försvårande faktorer som anges är personalomsättning som hindrar uppbyggandet av gemensam kunskapsbas, hög arbetsbelastning och snäva anvisningar för arbetets utförande (Danermark & Kullberg, 1999).

Det är viktigt att betona att samverkan inte enbart handlar om personliga egenskaper hos de anställda eller de interpersonella relationer som uppstår. Samverkan är förvisso ett mellanmänskligt möte men dessa personer är också representanter för sina professioner och organisationer. En anställd i organisationen formas genom en socialiseringsprocess in i olika sammanhang och organisationens sätt att uppfatta och se på verkligheten blir naturligt och självklart för den enskilde. Denna process bidrar till att andra sätt att tänka och se på verkligheten har svårt att tränga sig in och göra sig gällande. För att göra det självklara mindre självklart behöver samverkan en reflekterande praktiker som hanterar de svårigheter som uppstår vid samverkan. Med detta menas att det finns en inbyggd förmåga och personer som analyserar uppkomna situationer parallellt som handlingar utförs. På så vis kan man löpande förstå och värdera olika konsekvenser av olika handlingar (Forkby, 2007).

Ett sätt att förstå när det uppstår problem och svårigheter i samverkan är att tala om organisering och inte enbart organisation. Organisering är hur organisationen strukturerar sina handlingar och handlingsmönster. Begreppet organisering sätter arbetets handlingar och process i centrum och inte deras tillhörighet till ett visst område eller organisation. Organisationsprocessen löper ofta dold under det som betraktas som det verkliga arbetet. Den formella organisationens uppgift är att bevaka och hålla ordning på resurser och etablerade handlingsmönster. Det är därför inte svårt att förstå att mellanorganisatorisk samverkan kan innehålla krockar mellan olika resursområden och resultera i konflikter om vems handlingsmönster som skall gälla (Forkby, 2007).

Organisering har funktioner att identifiera, koppla samman resurser, aktörer och handlingar, det vill säga fokusera på att få arbetet utfört. Organisationen skall bevaka arbetet och tillhandahålla resurser. Spänningsfältet mellan organisering och organisation kan ge upphov till konflikt om organisationen upplever sig förlora möjligheten att kontrollera sin gräns gentemot andra områden genom själva organiseringen (Forkby, 2007).

Ytterligare ett sätt att förstå samverkans komplexitet och svårighet är att lämna tanken om att fokusera på varandras likheter. Snarare bör man belysa varandras olikheter och skapa en förståelse för varandras olika professioner, roller och kulturer. Det är i mötet mellan olikhet och förståelsen av den andres sätt att se verkligheten som samverkan blir intressant. I samverkan måste man vara intresserad av att förstå den andres yrkesroll och försöka lyfta fram det som eventuellt kan leda till motsättningar. Först när dessa kommer i ljuset och det går att låta varandra utöva sina respektive yrkesroller i ett gemensamt arbete - går det att tala om samverkan (Forkby, 2001).

3.3 Transitionsteori

En annan teoretisk modell för denna studie är Meleis transitionsteori som fördjupar sig i förändringar, övergångar och interventioner som påverkar människors liv (Meleis, 2007). Meleis beskriver denna teori som en "middle-range theory": "Theories that have more limited scope, less abstraction, address specific phenomena or concepts, and reflect practice (administrative, clinical, or teaching) are considered middle-range theories" (Meleis, 2007, s 33).

Övergångar (transitions) är enligt Bridges (1986) en tredelad psykologisk process som pågår över en längre period. Den första delen handlar om att personen behöver släppa taget om den gamla identiteten, mycket av det som uppfattas som motstånd till förändring beror på svårigheter i denna del. Den andra delen handlar om en "neutral zon" som kan uppfattas som otydlig, ett pendlande mellan förlust, förvirring, hopp och tilltro till nya idéer. Slutligen handlar den tredje delen om att individen påbörjar en omfattande förvandling som: "may involve developing new competencies, establishing new relationships, becoming comfortable with new policies and procedures, constructing new plans for the future, and learning to think in accordance with new purposes and priorities" (Bridges, 1986, s. 25—26).

Transitionsteorin beskriver fyra olika typer av övergångar: utveckling (developmental), i rollen gällande utbildning/profession (situational), hälsa/ohälsa (health/illness) och slutligen organisatoriska (organizational) övergångar (Schumacher & Meleis, 1994). Vidare beskriver Schumacher och Meleis (1994) övergången i utveckling som berör livscykeln, t ex övergången från ungdom till vuxenliv, att bli förälder eller att avsluta ett yrkesliv.

Övergången som berör utbildning/profession beskriver de förändringar en person genomgår i samband med utbildning, övergångar mellan utbildningsformer och vid utveckling av profession.

Shumacher och Meleis (1994) lyfter under temat "situational" fram att det även skrivits om övergångar i samband med förändringar i familjens livscykel som t ex att bli änka, immigration, hemlöshet och att bryta upp från en våldsamt relation. Övergångarna gällande hälsa/ohälsa kan beröra att individen insjuknar, tillfrisknar och/eller förändring av vårdform. Övergångarna gällande utveckling, utbildning/profession och hälsa/ohälsa sker på individuell och familjenivå. Organisatoriska övergångar sker på organisationsnivå och kan påverka både brukare och personal. Dessa övergångar kan påverkas av inre organisationsförändringar men även sociala, politiska eller ekonomiska ändringar såsom politik eller riktlinjer.

Vid studier om övergångar tydliggörs att olika typer av övergångar kan förekomma samtidigt och att personalen behöver ha medvetenhet om det. Det är gynnsamt för vården om hänsyn tas till eventuella multipla övergångar, både på individ-, familj och organisationsnivå (Meleis et al., 2000). De beskriver vidare att det är viktigt att personalen förstår övergångsprocesser och dess påverkan på individ och familj samt förståelse för främjande och hindrande interventioner för en gynnsam övergång.

4 METOD

I det här kapitlet ges läsaren en beskrivning av den metod studien vilar på. Vi har också valt att lägga vår diskussion angående metodvalet i denna del.

4.1 Metodval

Metodvalet för studien blev en kvalitativ metod med fokusgruppsintervju och individuella intervjuer som grund för att ta del av personalens erfarenheter av hur övergången mellan BUP och VUP fungerat. Intresset har varit att ta del av informanternas erfarenheter och tankar kring hur övergången fungerat vilket gjorde valet av fokusgrupp passande som form (Wibeck, 2010). Metodens betoning av icke styrande samtal kan hjälpa forskaren att nå en fördjupning och få del av hur fokusgruppen tillsammans tänker kring vissa teman eller företeelser. När samtalsledaren inte är så styrande kan dialogen ske mer på deltagarnas villkor och på så vis nås mer djupliggande tankar och frågeställningar (Wibeck, 2010). Intentionen var att möjliggöra samtal där informanterna känt sig säkra och fria att uttrycka sina erfarenheter och tankar.

Det har samtidigt varit viktigt att värna den personliga integriteten särskilt då grupperna varit sammansatta av deltagare som till vardags är varandras och författarnas kollegor. Den halvstrukturerade intervjun har varit ett bra komplement till fokusgruppen. Den betonar att den sociala relationen mellan informant och intervjuare är viktig men har också erbjudit en viss struktur. Denna struktur har gett stöd till att hålla balansen mellan att gruppdeltagarna skall känna sig trygga, dela med sig av erfarenheter och värderingar samtidigt som målet varit att nå ny eller fördjupad kunskap (Kvale & Brinkmann, 2014). Vid intervjuerna användes en halvstrukturerad intervjuguide med tre tematiska områden; patient, anhörig och personal/organisation med underliggande fördjupande följdfrågor (Bilaga 1).

4.2 Urval

Studien har genomförts på en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik och en vuxenpsykiatrisk klinik i Västra Sverige. I fokusgrupperna har ingått en personalgrupp från BUP och en från VUP. För att ytterligare bredda studien med respektive verksamhetslednings tankar och erfarenheter av patientens övergång, genomfördes fyra individuella intervjuer med enhetschefer inom båda verksamheterna. För att säkerställa att materialet i intervjuerna innehöll så mycket erfarenhet och kunskap som möjligt söktes personal med egen erfarenhet av att lämna över respektive ta emot en ungdom vid övergången mellan BUP och VUP (Kvale & Brinkmann, 2014). Det inklusionskriterium som angavs för urval av deltagare var att personalen skulle ha arbetat minst två år inom respektive verksamhet. För övrigt fanns hos författarna öppenhet och önskemål om spridning avseende kön, ålder och grundutbildning hos informanterna men detta användes inte som inklusionskriterium (Graneheim, Hällgren & Lundman, 2004).

Grupperna har bestått av blandade professioner; sjuksköterskor, några med specialistutbildning i psykiatrisk vård, socionomer och psykologer samt legitimerade psykoterapeuter.

Inom VUP består denna grupp av 157 anställda och inom BUP 61 anställda. I VUP:s ledning finns 10 anställda och i BUP:s ledningsgrupp 6 anställda. Uppgifterna är hämtade från en HR-avdelning i Västra Sverige.

- Fokusgrupp 1: BUP, 5 personer med en genomsnittlig erfarenhet av psykiatri på 11 år.
- Fokusgrupp 2: VUP, 3 personer med en genomsnittlig erfarenhet av psykiatri på 17 år.
- 2 enskilda intervjuer med enhetschefer från BUP.
- 2 enskilda intervjuer med enhetschefer från VUP.

4.3 Genomförande och datainsamling

Studiens syfte och idé introducerades först för respektive verksamhetschef för att förankra ämnesområdet, skapa legitimitet och öppenhet för den i de båda organisationerna. Båda verksamhetscheferna ställde sig positiva till arbetet. Verksamhetschefen för VUP förmedlade informationsbrev till respektive enhetschef inom kliniken. Verksamhetschefen för BUP gav författarna klartecken att informera respektive enhetschef inom verksamheten. Studien har genomförts inom ordinarie arbetstid för samtliga informanter. Enhetscheferna informerades skriftligt och de informerade samtliga medarbetare via arbetsplatsträffar i respektive verksamhet. I den skriftliga informationen redogjordes för anmälningsförfarandet till studien (Bilaga 2 och 3).

Fokusgrupperna genomfördes i en av BUP:s lokaler där det för närvarande inte bedrivs någon verksamhet. Lokalen är belägen i en ort i Västra Sverige och ingen av informanterna hade en tidigare koppling till den verksamhet som tidigare bedrivits där. Grupperna samlades till en gemensam fika cirka en halvtimme innan start. Syftet var att deltagarna skulle hinna socialisera med varandra och skapa trygghet inför fokusgruppen. Sju av åtta informanter i de två olika grupperna kände till varandra sedan tidigare, några hade tidigare arbetat eller arbetar nu i samma arbetsgrupp. I samband med övergången till intervjun / fokusgruppen, byttes till ett större grupprum.

Vid detta tillfälle informerades deltagarna muntligen om studiens syfte, deras möjligheter att när som helst avbryta intervjun och/eller sitt deltagande i studien utan motivering eller förklaring. Vidare att deras uppgifter kommer vara anonyma och inte kunna härledas till en enskild deltagare samt att materialet kommer förvaras på ett sådant sätt att det inte kommer vara tillgängligt för andra än studiens författare. I samband med detta undertecknade deltagarna en skriftlig samtyckesblankett angående deltagandet (Bilaga 3) samt en kortfattad blankett med uppgifter om namn, profession samt antal yrkesverksamma år inom psykiatri (Bilaga 4). Utrymme lämnades till deltagarna för frågor och kommentarer kring studiens inramning. Deltagarnas namn har använts som stöd för författarna och inte använts i materialet.

Enhetscheferna bjöds in att delta i studien i ett senare skede. De hade samtliga fått information om studien i samband med att de vidarebefordrade inbjudan till sina medarbetare. Enhetscheferna inbjöds att delta i studien via mail och med BUP:s enhetschefer kompletterades mailet med muntlig information i samband med klinikdag och andra inplanerade möten. Intervjuerna av enhetscheferna har skett individuellt och i tre fall av fyra på deras arbetsplatser, den fjärde ägde rum på författarnas arbetsplats. Samtliga angav initialt att tidsbrist var ett skäl till att inte delta i studien.

Bedömningen gjordes då att deras personliga erfarenheter av övergången mellan BUP och VUP var så pass angelägna att ta del av att de därför erbjöds bestämma tid och plats för att möjliggöra genomförande av intervjun. Vid de enskilda intervjuerna informerades enhetscheferna på samma sätt som deltagarna i fokusgrupperna om möjlighet att avbryta deltagande i studien, förvaring av material samt att allt material kommer anonymiseras i studien och inte kunna härledas till enskild deltagare. Enhetscheferna skrev på samtyckesblankett och blankett med uppgifter om namn, profession och antal yrkesverksamma år (Bilaga 3 & 4). Deltagarnas namn har använts som stöd för författarna och inte använts i materialet.

Genomgående har författarna delat upp ansvaret för att hålla i fokusgruppen respektive den enskilda intervjun, vara observatör samt ansvara för transkribering. En av författarna ansvarade för BUP:s fokusgrupp, observerade och transkriberade VUP:s fokusgrupp. Samma person ansvarade också för två intervjuer och var observatör i två av intervjuerna med enhetscheferna. Den andra författaren ansvarade för VUP:s fokusgrupp, observerade och transkriberade BUP:s fokusgrupp. Den personen ansvarade också för två intervjuer och var observatör i en av intervjuerna med enhetscheferna.

Intentionen var att få del av personalens erfarenheter i övergången från BUP till VUP avseende olika områden såsom patienten själv, de anhöriga och organisationen. En intervjuguide med studiens tematiska frågeställningar utformades som stöd, i det här fallet; patient, anhörig och organisation (se, bilaga 3). Under varje tema formulerades mer konkreta frågor till exempel; "Är det din erfarenhet att de anhöriga kan vara till hjälp på något sätt?" (Kvale & Brinkmann, 2014).

4.4 Dataanalys

Den kvalitativa innehållsanalysen bedömdes mest lämplig för studiens syfte och valdes som analysmetod utifrån fokus på tolkning av texter. Studien har en induktiv ansats vilket betyder att analysen skett förutsättningslöst och baserats på informanternas berättade erfarenheter och tankar.

Författarna har inspirerats av Graneheim, Hällgren och Lundman (2004) och använt den kvalitativa textanalysen som metod för att analysera intervjuerna. En analysenhet kan beskrivas som en hel textmassa och har i denna studie utgjorts av samtliga sex intervjuer var för sig. Domäner kan beskrivas som delar av en analysenhet som berör studiens syfte. I den här studien har domänerna utgjorts av de textdelar av intervjuerna som berört patientens övergång från BUP till VUP. Meningsenheter kan beskrivas som textdelar som berör samma områden inom domänen. I den här studien har meningsenheterna utgjorts av meningar och text som innehållsmässigt hört ihop inom domänerna (Graneheim, Hällgren & Lundman, 2004).

Den kvalitativa textanalysen har genomförts med induktiv ansats. Initialt lästes intervjuerna individuellt av de båda författarna i syfte att bekanta sig med texten. Därefter läste författarna de transkriberade intervjuerna högt för varandra och valde ut de domäner som berörde övergången mellan verksamheterna och svarade på studiens syfte. Dessa klipptes ur och tejpades upp på stora pappersark tillsammans med andra urklipp som bildade meningsenheter. Därefter lästes i meningsenheterna högt i syfte att förkorta och kondensera texten ytterligare utan att det väsentliga i innehållet togs bort. Den förkortade och kondenserade meningsenheten försattes därefter med en kod (Graneheim, Hällgren & Lundman, 2004).

Koderna har därefter, beroende på innehåll, sorterats i olika underkategorier. Då underkategorierna var sammanställda började arbetet att hitta kategorier. Initialt gjordes detta helt förutsättningslöst utifrån hur de olika underkategorierna passade samman.

Detta föll inte väl ut då det inte gick att sammanställa sammanhållande kategorier. Därefter gjordes en kategorisering utifrån tre olika teman - patient, anhörig och organisation. Inte heller detta föll väl ut då det inte gick att sammanställa några naturliga kategorier. Därefter sorterades underkategorierna i två olika grupper, en för möjligheter och en för hinder vilket gjorde att det var möjligt att sammanställa ett större antal kategorier. Därefter bortsåg författarna från grupperingen; möjligheter och hinder och kunde ytterligare kondensera underkategorier och kategorier.

Tabellen nedan illustrerar ett exempel på processen från meningsenheter till underkategorier och slutligen kategori. I exemplet anges två meningsenheter i två olika underkategorier som är delar av en kategori.

Tabell 1. Exempel på kvalitativ textanalys, från meningsenhet till kategori.

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Vi har ju när vi gör hembesök, tex haft med en från vuxenpsykiatri, den kontakten så att de vet vem de skall ha, hem på första besöket och så har vi också vart med.	Göra hembesök tillsammans är bra för patienten	Gemensamma hembesök	Gemensamma besök	Patientens övergång
...å så fick vi ett namn. Sen pratade vi med henne och då föreslog hon faktiskt själv. Är det bra tror ni om jag är med på ett hembesök? Det blev jättebra.	Mottagaren har önskemål om gemensamma möten	Önskemål om gemensamma möten		
Ny basutredning – i syfte att fiska upp något som inte setts tidigare	Se något som inte setts	Olika synsätt	Olika diagnostiska synsätt	
BUP orsaksförlägger utanför barnet...yngre barn reaktiva, ju äldre mer endogena	Olika diagnostiska verktyg	Olika diagnostik		

Under analysprocessen har kategorierna ytterligare abstraherats och lyfts till en högre logisk nivå och på så vis skapat olika teman. Ett tema måste kunna härledas ur samtliga kategorier. I resultatdelen har fokusgrupperna förts samman i en analysprocess och de fyra individuella intervjuerna i en analysprocess. I resultatet redovisas de som två separata delar med tillhörande underkategorier, kategorier och tema. Varje kategori har ett eget kapitel med beskrivningar och innehåll i underkategorierna, citat från intervjuerna. I diskussionen av resultatet blandas de båda grupperna och här sker en koppling kring hur man kan förstå resultatet utifrån tidigare forskning och teori (Graneheim, Hällgren & Lundman 2004).

4.5 Studiens trovärdighet

Sanningen ligger alltid i betraktarens ögon och sanningen kan därför tolkas på många olika sätt och få olika mening beroende på vem som tolkar, ser eller betraktar det som sker. Det som varit sant för en person behöver därför nödvändigtvis inte vara sann för någon annan. I intervjuerna har det varit intressant att få del av personernas tankar och erfarenheter utifrån vad som är sant för var och en.

Vad som framkommit i intervjuerna måste därför betraktas som en giltigt och sant för dessa personer i denna verksamhet. Metoden har fungerat som ett stöd i att så långt som möjligt skapa trovärdighet på så vis att den hjälpt till att hålla författarna neutrala till textmaterialet.

Det finns en medvetenhet om att textanalysen kan ha påverkats av en förförståelse av psykiatrisk vård i allmänhet och av erfarenhet av övergångar i vården i synnerhet. För att i möjligaste mån säkerställa studiens trovärdighet och tillförlitlighet har varje steg som tagits i analysarbetet noggrant verifierats.

Författarna har tillsammans reflekterat och diskuterat olika tolkningsmöjligheter i samtlig text och gör inte anspråk på att kunna generalisera resultaten till andra övergångar i andra vårdformer. Det går heller inte säga att resultatet går att generalisera till andra psykiatriska kliniker (Graneheim, Hällgren & Lundman, 2004).

4.6 Metoddiskussion

I syftet efterfrågades personalens egna erfarenheter och tankar om patientens övergång från BUP till VUP. Ansatsen i frågeställningen avgjorde valet av forskningsmetod; kvalitativ forskningsintervju och fokusgrupp. Metoden har som mål att få fram deltagarnas nyanserade beskrivningar om frågeställningen (Kvale & Brinkmann 2014) och därmed föll möjligheten på att använda en kvalitativ metod. I efterhand kan konstateras att fokusgruppen som form medförde en fördjupning då flera personer från samma verksamhet gavs utrymme att mötas och fördjupa svaren genom de associationer som uppstod i diskussionerna. Detta är något som Wibeck (2010, s. 25) uttrycker: ”Fokusgrupper kan sägas vara en typ av gruppintervju; däremot är alla gruppintervjuer inte fokusgrupper”.

Sju av åtta informanter i de två olika grupperna kände till varandra sedan tidigare, några hade tidigare arbetat eller arbetar nu i samma arbetsgrupp. Författarnas kunskap i kliniskt arbete och erfarenheten av patienters övergångar inom vården kan både ses som en tillgång och en brist i studien. Tillgång på så vis att det finns mycket kunskap i ämnesområdet och en lätthet i att kunna associera till egna erfarenheter och exempel. En brist av precis samma anledning är att kunskapen kan ha hindrat författarna att se eller fråga om företeelser som de omedvetet inte förstått att de ska fråga om.

Vid planeringen av aktuell studie övervägdes olika alternativ av tillvägagångssätt för att ta del av kunskap om övergången mellan BUP och VUP. I bedömningen vägdes det forskningsetiska perspektivet in angående möjligheten att på ett säkert sätt tillgodose krav på öppenhet, självbestämmande, konfidentialitet och autonomi. Studiens omfattning bedömdes vara för liten för att kunna tillgodose samtliga forskningsetiska krav för patienter som informanter samt att författarna arbetar som behandlare i samma verksamhet. I valet av att intervjua personal fanns hos författarna en medvetenhet om att den personal som deltog kan ha ett intresse som kan ha påverkat valet att delta i studien. Den personal som deltog som informanter i studien, deras intresse och engagemang i dessa frågor kan därmed ha påverkat resultatet i en positiv riktning.

Beslutet att intervjua enhetscheferna togs i ett sent skede och på grund av tidsbrist fanns inte möjlighet att möta dem i fokusgrupp. Från denna grupp finns därför inget material som skapats utifrån association och dialog med kollegor. Den kvalitativa textanalysen har därför utförts på två olika grundmaterial. En på två fokusgrupper och en på fyra djupintervjuer.

I efterhand kan konstateras att det skulle vara en styrka för studien om grundmaterialet till resultatet tagits fram med samma metod. Bedömningen gjordes dock att enhetschefernas röst var så pass viktig att avsteg gjordes från att tillämpa fokusgrupp som enda metod.

Författarnas förförståelse kan färga inriktning på undersökning, frågeställningar och hanterandet av det insamlade materialet. Det finns en medvetenhet kring denna situation vilket har medfört att materialet har hanterats av båda författarna, med gemensam läsning, diskussioner, ifrågasättande och kritiskt granskande av tankar och val kring materialet. Handledarna till studien har haft kontinuerlig insyn i arbetet, fört diskussioner och ifrågasatt författarnas arbete med materialet.

Författarna uppfattar att den kvalitativa textanalysen varit ett konstruktivt metodstöd i att separera egna förföreställningar mot textens innehåll. Textanalysen har varit långsam och tidskrävande och i efterhand kan konstateras att just tiden varit en framgångsfaktor i att integrera innehållet med hjälp av de olika analysstegen.

Metodiken att förhålla sig till texten har gynnat möjligheten att bevara innehållet i relation till syftet på ett förhoppningsvis objektivt sätt. Författarna anser också att metoden gett studien en trovärdighet då tillvägagångssättet noggrant redovisats och resultat och analys stärks av informanternas direkta citat.

I resultatdelen redovisas de olika delarna, fokusgrupperna och intervjuerna, var för sig. I analysprocessen skapades två lika övergripande teman i de olika delarna. Trots likheten i det övergripande temat har författarna valt att redovisa två parallella resultat då underkategorier och kategorier skiljer sig åt i väsentliga delar och därmed behöver eget utrymme för att förstås utifrån tidigare forskning och teori.

4.7 Etiska överväganden

I denna studie föll valet på att intervjua personal om deras erfarenheter vilka bedömdes ha en friare position till författarna än patienter. Författarna är informanternas kollegor vilket skulle kunna komplicera intervjuprocessen. Ingen av författarna har en befattning som skulle kunna medföra makt- eller lojalitetskonflikter med informanterna. Då det finns ett fåtal svenska studier är det relevant att inhämta kunskap om svenska förhållanden för att säkerställa kunskap och medvetandegöra information om möjligheter och hinder vid patienters övergång från BUP till VUP och utveckla eventuella brister.

Fokusgrupperna och intervjuerna har genom sin form varit personliga eftersom de eftersträvat att ta del av informanternas erfarenheter och tankar utifrån profession och yrkeserfarenhet men har skett inom kontexten som professionell. De erfarenheter och exempel som informanterna utgick ifrån under intervjun var tydligt avidentifierade. Materialet som framkom kan dock inte betraktas som personnära och bör därför bedömas ha en låggradig känslighet (Kvale & Brinkmann, 2014).

Personalen som deltog i studiens fokusgrupper informerades muntligen, inledningsvis via enhetschef på respektive arbetsplatsträff. De fick information om studiens syfte, bjöds in att delta i studien och i samband med det fick de skriftlig inbjudan med information om förutsättningarna för att delta i studien. Då deltagarna anmält sitt intresse till att delta i studien erhöll de en bekräftelse via mail inklusive information om samtycke och konfidentialitet.

De enhetschefer som deltog i studien hade fått den första informationen om studien då de förmedlade information till medarbetarna med inbjudan till fokusgrupperna.

Vid intervjutillfället blev gruppdeltagarna informerade muntligen om studiens syfte, deras rättigheter enligt forskningsetiska informations-, samtyckes- och konfidentialitetskrav gällande humanistisk samhällsvetenskaplig forskning (Vetenskapsrådet, 2017). Vidare informerades att resultatet publiceras i form av en uppsats vid Göteborgs universitet samt eventuellt i en internationell vetenskaplig tidskrift och kommer inte att kunna härledas till en enskild person. De ljudupptagningar och transkriberingar som hör till samtliga intervjuer förvaras inlåsta i arkiv (Kvale & Brinkmann, 2014). I och med att informanterna fått både muntlig och skriftlig information om samtycke, konfidentialitet, förvaring av material och publicering av resultatet bedöms konfidentialitets- och autonomikravet vara uppfyllt.

Detta förfaringsätt användes vid fokusgrupper och enskilda intervjuer. Utrymme lämnades till samtliga deltagare att ställa frågor eller klarifierande kommentarer. Ingen av deltagarna hade frågor om inramningen för studien efter att muntlig och skriftlig information lämnats varvid självbestämmandekravet bedöms uppfyllt. Under intervjuerna fanns det fortlöpande utrymme för frågor kring syfte och upplägg för studien. Vid några tillfällen ställde informanter klagörande frågor kring intervjuarnas frågor och/eller påståenden. När detta skedde följdes frågor upp och besvarades innan intervjun fortsatte. Detta arbetssätt bidrog till att säkerställa öppenhetskravet. Då studiens syfte var att undersöka förhållningssätt och erfarenheter i den egna verksamheten behövdes medvetenhet kring författarnas förförståelse, lojalitet gentemot arbetsgivaren, informanternas lojalitet gentemot författarna och studien.

5 RESULTAT OCH ANALYS

Resultat- och analysdelen redovisas i två delar; en handlar om fokusgrupperna och den andra handlar om de enskilda intervjuerna med enhetscheferna. Varje del inleds med en tabell-översikt som snabbt skall ge läsaren en översikt om hur underkategorierna kategoriserats och teman skapats. Därefter redovisas samtliga kategorier separat där väsentligheter från underkategorierna beskrivs. För tabell för fokusgrupper, se Tabell 2 i avsnitt 5.1, och tabell för de enskilda intervjuerna, se Tabell 3 i avsnitt 5.2. För att ytterligare levandegöra materialet tillförs illustrativa citat från intervjuerna. Studien har en induktiv ansats vilket betyder att materialet styr resultatet. Det finns mer material från fokusgrupperna vilket betyder att resultatet från fokusgrupperna är något mer omfattande även i resultat och analysavsnitten.

5.1 Resultat och analys av fokusgrupper

Tabell: 2 Sammanställning av kvalitativ textanalys från underkategori till tema för fokusgrupperna.

Underkategorier	Kategorier	Teman
Behov av flexibel övergång	Patientens övergång	Komplexitet är både hindrande och möjliggörande
Effekter av kötid		
Olika diagnostiska synsätt		
Gemensamma besök		
Patientens utveckling	Patientens mognad	
Ökad självständighet		
Förhållningssätt gentemot föräldrar	Föräldrars närvaro	
Föräldrar som resurs		
BUP arbetar med familj och nätverk		
Föräldrars oro		
Oklarheter och okunskap kring rutiner	Organisation och organisering	
Rutiner vid övergång		
Vi arbetar som vi vill		
Förslag till förändringar		

Det övergripande temat som framkommer i fokusgrupperna är att komplexitet både är hindrande och möjliggörande. Materialet omfattar totalt fjorton underkategorier och fyra kategorier. Generellt sett framkommer att övergångarna består av en mängd komplexa samband som ibland samverkar och ibland motverkar varandra.

Generellt kan man också säga att samtliga kategorier och flertalet underkategorier innehåller hindrande och möjliggörande faktorer för en bra övergång av patienten. Till exempel kan väntetid i kö ge upphov till en karenstid från vården som möjliggör utveckling och mognad samt att behov av fortsatt psykiatrisk vård upphör. Samma väntetid kan för en annan patient betyda ökad psykisk ohälsa och akutsatser med slutenvård som följd.

Patientens mognad kan ibland möjliggöra en enkel överföring med remiss. Kriteriet mognad kan för en annan patient betyda att det finns behov av en period med parallell vård från de båda verksamheterna samt behov av en integrerad övergång med samverkansmöten och anhörigas delaktighet. En betydligt mer komplicerad övergång.

Föräldrars närvaro kan i många fall vara en förutsättning för psykiatrins möjlighet att komma i dialog med en patient och genomföra en övergång mellan BUP och VUP. Föräldrars närvaro kan i andra fall vara att ringa betydelse och den professionelle bedömer att familj och nätverk inte har någon betydelse för arbetet med patienten.

Verksamheternas organisation och organisering kan med befintliga riktlinjer och rutiner ge ett gott stöd till vissa övergångar. Samma verksamhets organisation och organisering kan för andra övergångar sakna behövligt stöd då patientens hela situation kräver att personalen går utanför rådande rutiner och riktlinjer.

5.1.1 Patientens övergång

Det framkommer av studien att patientens övergång ger personal möjlighet att arbeta med flexibla metoder och förhållningssätt. Till exempel anges att personal ibland arbetar med kortare tidsbegränsade behandlingsinsatser på BUP i avvaktan på en övergång till VUP. Det finns önskemål om än mer flexibla metoder som möjliggör att förbereda för en övergång för patienten innan fyllda 18 år. I synnerhet i de fall när bedömningen är att patienten sannolikt kommer bli patient inom VUP. Ytterligare exempel på flexibilitet är gemensamma möten för överlämning av vården. Här framkommer att det finns goda exempel där personal från båda verksamheterna träffats tillsammans med patienten. Informanterna uppger att det finns ett värde i att "alla hör vad som har gjorts och vad som är kvar att göra".

Under kategorin patientens övergång verifieras samtliga underkategorier genom tidigare internationell och nationell forskning. Informanternas beskrivningar om behov av flexibel övergång utifrån individuella behov hos patienten lyfts fram som väsentlig för att säkerställa en trygg övergång. I fokusgrupperna talas om behov av differentiering av patientgrupper vilka kan beskrivas i två huvudspår med begreppen överföring (transfer) och övergång (transition) (Meleis, 2007; Schumacher & Meleis, 1994). Studiens författare tolkar att patientgruppen som beskrivs med begreppet överföring motsvarar dem som kan remitteras skriftligen utan vidare kontakt mellan personalen i verksamheterna. Patientgruppen som beskrivs med begreppet övergång motsvarar dem som behöver planering och samverkan mellan verksamheterna och med patient, anhöriga och personal.

Flexibilitet gällande val av metod och förhållningssätt samt att personal själv förfogar över detta val är återkommande i studien. Av materialet framkommer också tankar och erfarenheter från informanterna om goda parallella processer i den meningen att om metoder och förhållningssätt fungerar bra för de professionella så kommer det också att fungera bra på nästa nivå, det vill säga för patienten. Det här kan ses som exempel på när det som Danermark och Kullberg (1999) kallar den självcenterade yrkesrollen kommer till uttryck på ett sätt som blir konstruktivt för såväl personal som patienten.

Med den självcentrerade yrkesrollen avses den del av professionen där den professionelle får använda sin personliga integrering av teori och praktik (kliniskt arbete).

Resultatet av studien visar på att här finns en icke artikulerad kunskap som bygger på lång erfarenhet och en "känsla" av att göra det som är bäst för patienten. Här talas om gemensamma möten, parallell vård och mobilisering av anhöriga som möjliggörande för en bra övergång. Personalen känner sig trygg och fri i att realisera en god övergång för att hen är nöjd med sig själv i sin yrkesroll. Informanterna känner ömsesidig respekt för varandra som personal i de två verksamheterna. Här finns utrymme för kreativitet och att tänka fritt kring vad som är bra för patienten. I studien uttrycker personal att när "det blir bra" för patienten så känner de sig mer professionella och än mer stärkta i sin yrkesroll. Denna rörelse kan beskrivas i termer av en positiv växelverkan eller en positiv spiral.

Författarnas analys är att det kan finnas svårigheter och risker med den självcentrerade yrkesrollen då systemet inbjuder till en viss godtycklighet och att patienten är utelämnad till sin behandlares personliga integrering och praktiska erfarenhet (Danermark & Kullberg, 1999). Den tidigare nämnda "känslan" för patienten eller det tidigare nämnda "kreativa utrymmet" kan här bli till ett hinder. Personalen uppfattar att det kan finnas risker inom det här området då det saknas riktlinjer kring hur de flexibla metoderna organiseras och säkerställs.

Av studien framkommer att hinder för en lyckad övergång mellan BUP och VUP ibland kan vara de patienter som faller mellan verksamheterna. Här framkommer att många patienter har en lång kötid från BUP till VUP och att en del patienter förbättrats under kötiden men även att en stor grupp får försämrad psykisk ohälsa. Det finns exempel på när tjänstgörande bakjourer inte velat göra läkarbedömningar då patienterna inte tillhört vare sig BUP eller VUP. Vidare uppges att köerna är stora och "de som gapar högst" tenderar att få snabbare vård till förmån för de som väntar fogligt. Därutöver framkommer att det inte är självklart att den unge är en VUP-patient trots att patienten är remitterad från BUP. Patienten kan stå i kö under lång tid för att sedan bedömas att inte tillhöra VUP.

Vidare beskrivs verksamheternas olika diagnostiska synsätt både som hinder och möjlighet till en bra övergång. Det framkommer att en del av VUP:s mottagningar rutinmässigt gör nya utredningar på patienten vid övergången, att detta kan ses som ett dubbelarbete och som en informant uttryckte: "gör inte om färsk utredningar". Samtidigt kan övergången och utredningen ses som en möjlighet att betrakta den psykiska ohälsan med nya diagnostiska verktyg och behandlingsmetoder. Det beskrivs att övergången fungerar bättre för vissa diagnosgrupper. Patienter som medicinerat med litium ges som exempel på patienter som prioriterar sig själva och att den affektiva vårdprocessen fungerar bättre då det inte skapas kö vid övergången.

Av materialet framkommer med tydlighet att de olika verksamheterna har olika diagnostiska synsätt vilket stöds av tidigare forskning (Belling et al., 2014; Mulvale et al., 2016). Parallellt som detta uttrycks talar studien för att det finns en förväntan om att vården "övertas" och "fortsätter" underförstått på "samma sätt" i nästa verksamhet.

Studiens författare gör analysen att de professionellas önskan om fortsatt likhet i vården är en önskan som behöver lyftas till ett metaperspektiv där det istället belyses hur verksamheternas olikheter påverkar patienten och de anhöriga. Vad betyder det för patientens vård när patienten inom BUP har en neuropsykiatrisk diagnos som vid övergången sannolikt kommer att ändras till en annan diagnos? Diagnosens innehåll ställer olika krav på terapeutiskt bemötande och behandling.

Enligt Forkby (2001) bygger en god och lyckad samverkan på att man definierar varandra olikheter för att förstå den andres sätt att se på verkligheten. Det är i tydliggörandet av motsättningar som det är möjligt att utöva den i egna yrkesrollen i ett gemensamt mål.

5.1.2 Patientens mognad

Av studien framkommer erfarenheter av att informanterna ser övergången som ett tillfälle för patienten att utveckla ökad autonomi och möjlighet för personalen att stötta den unge i sin självständighetsutveckling. Även de unga som är patienter inom psykiatrin går igenom en normal frigörelseprocess och det är av största vikt att stötta den utvecklingen. Det benämns som viktigt att personal signalerar att övergången kommer att gå bra och kan vara stärkande. Det finns flera uttalanden om att barn- och ungdomspsykiatrin är för omhändertagande och inte arbetar tillräckligt för patientens självständighet, som t ex: ”ibland kanske vi hjälper till lite för mycket”, ”vi skall inte mamma dem” och ”behåller patient, även överåriga – ibland en otjänst”. Vidare framkommer att många patienter bedöms ha bristande mognad och uttryck. Personal inom psykiatrin bör därför se mognad som en process och inte något som kommer med en viss ålder. Vidare sägs att det finns behov av individuella bedömningar avseende mognad och att unga med olika mognad kan behöva olika typer av stöd vid övergången.

Författarnas analys av ovanstående är att det inte är möjligt att bemöta samtliga individer utifrån samma förhållningssätt. För en del av BUP:s patienter behövs stöd för ökad självständighet, frigörelse från familjesystemet och ökade agens medan andra patienter behöver ett fortsatt omhändertagande och hållande samt mer tid för självständighetsträning. Olika individer har olika mognadsprocess och personalen behöver beakta svårigheten i att hantera en senare mognadsutveckling i kombination med psykisk ohälsa. Enligt informanter är individer med neuropsykiatriska diagnoser ofta försenade med fem till sex år i sin emotionella utveckling jämfört med andra jämnåriga i samma åldersspann.

Utifrån informanternas samtal om olikheter och behov av individuell bedömning är det möjligt att sammankoppla det med Meleis teori om övergångar (Meleis, 2000). Begreppet överföring kan med fördel användas för den patientgrupp som är mer mogen, självständig och med ett i övrigt mer fungerande liv. Begreppet övergång kan användas för den patientgrupp som är i större behov av stöd på grund av omognad, omfattande psykisk ohälsa ett mer i övrigt oordnat psykosocialt liv. I det senare exemplet krävs mer tid, planering och vårdinsatser för en god självständighetsutveckling.

Skehan och Davis (2017) forskning visar på behovet av en holistisk hållning utifrån den enskilda individen angående mognad, autonomi, sysselsättning, boende och ekonomi. Därutöver behöver respektive verksamhet inta en flexibel hållning, anpassa rutiner utifrån behov samt öka kunskapen kring hjärnans och individens utveckling under den period som individens övergång till vuxenlivet sker i flertal parallella processer (Abidi, 2017; McGrandles & McMahan, 2012).

5.1.3 Föräldrars närvaro

En stor del av personalen ser föräldrars delaktighet i vården som en tillgång och resurs och det finns tankar om att patienterna är beroende av sina föräldrar. Återkommande berättas att de anhöriga många gånger är en förutsättning för att få tillgång till patienten samt för att kunna genomföra vården med patienten. Exempel på detta är citat där personal uttrycker ”viktigt med föräldrastöd när patienten inte har en fungerande vardag”.

Här nämns den personcentrerade vården som en möjlighet att arbeta ännu mer aktivt med föräldrars delaktighet utifrån den unges behov.

Det framkommer också att båda verksamheterna anser att BUP har en kultur och tradition som är mer familje- och nätverksorienterad. Inom VUP talar informanterna dock om vikten av anhörigas närvaro i ett bredare perspektiv och det finns en öppenhet för att involvera i vården, såsom till exempel en kontaktperson för att patienten inte skall vara ensam vid övergången. Flera informanter uttrycker erfarenhet av att de aktivt arbetar motiverande och anstränger sig som personal för att hitta patientens samtycke till föräldrars delaktighet. Det finns flera exempel på hur de anpassar frågan om sekretess och mer påstår att: ”nu ringer jag dina föräldrar”. Om patienten vid detta tillfälle inte protesterar tolkas tystnaden som ett samtycke.

Det finns också erfarenheter av att föräldrars oro handlar om rädsla för att förlora delaktighet i vården. Oro och rädsla hos föräldrar för att ingen för patientens talan om inte de gör det och att det resulterar i ett bristande omhändertagande i den nya vården. Andra erfarenheter av föräldrars oro är när patienten inte ger samtycke till personal att ha kontakt med de anhöriga. Här ges exempel på situationer där patienten gett delvis samtycke till att man får samtala med föräldrarna - men att personalen inte får nämna att den unge har drogproblem. Ibland är också föräldrarnas oro större än de ungas och för en del blir övergången en chock när de helt stängs ute av sina barn då den unge inte samtycker till anhörigkontakt.

Informanternas erfarenhet och åsikter om vikten av anhörigas betydelse för patienters vård har stöd i den tidigare forskningen. Det beskrivs vara särskilt betydande då för den unge är i behov av en planerad övergång till vuxenpsykiatri. De anhöriga upplevde ett stort glapp då den unge gick över till vuxenpsykiatri. Det som framkom som den största skillnaden var att de blev utestängda från vården, att de inte fick information och därför inte heller visste hur de på bästa sätt skulle bemöta sina barn i hemmet. Av den tidigare forskningen som författarna tagit del av framkom ingenting som tyder på att de anhöriga skulle störa eller begränsa vården. Snarare indikerade forskningen en bild av vårdens behov av de anhöriga för att göra vården med den unge bättre och mer möjlig (Lindgren et al., 2015). Studiens författare tolkar att det beskrivna anhörigperspektivet tydliggör att majoriteten av den tidigare forskning som tidigare redovisats har sin utgångspunkt i studier med patienter och anhöriga. Men även att den främst genomförts i anglosaxiska länder med annan samhällsstruktur än den svenska.

I den här kategorin återfinns mycket av det denna studies författare kallar erfarenhetskunskap och yrkesskicklighet kring hur personal lyckas få föräldrar, till patienter över 18 år, delaktiga i vården trots att det kan finnas misstankar om att patienten inte vill detta. Föräldrars närvaro kan betraktas som allt ifrån att arbeta i team tillsammans runt patienten till att ha en informerande telefonkontakt. Johansson, Dellgran och Höijer (2015) talar om att personal i människobehandlande organisationer kan röra sig i människors mest intima livssfärer vilket ställer stora krav på att arbetsmetoder och förhållningssätt står i samklang med samhällets rådande normer och värderingar.

Detta i kombination med den självcentrerade yrkesrollen (Danermark & Kullberg, 1999) betyder att föräldrars närvaro och delaktighet i vården till stor del är utlämnad till personalens normer och värderingar kring vad den professionella betraktar som en familj och vilken föreställning som finns om hur och på vilket sätt familjen skall involveras i vården. Av denna studie framkommer att det också finns en öppenhet för att föräldrar inte alltid är bra för sina barn och att för en del patienter innebär övergången i vården en möjlighet att kunna säga nej och hålla sina föräldrar på avstånd.

5.1.4 Organisation och organisering

I denna kategori framkommer erfarenheter från informanterna om att det finns oklarheter och brister gällande rutiner. Det är klarlagt att patienten skall remitteras vid 18 års ålder och att det skall skrivas en remiss. I övrigt saknas riktlinjer kring hur personalen ska arbeta kring själva övergången. Det finns tankar hos informanterna om att de bristande rutinerna kan leda till godtycke och en informant formulerar att det finns ”inneboende konflikt mellan rutiner, riktlinjer, tydlig organisationskultur och flexibilitet”. Det framkommer också att det saknas kunskap om varandras verksamheter, hur personal arbetar och det finns önskemål om att träffas så att man inte “behöver gissa vad den andre gör”.

Av tidigare forskning framkommer brister i kunskap hos personal om varandras verksamheter vilket försvårar inför övergången från BUP till VUP. Det försvårar för BUP:s personal att förbereda patient och anhöriga inför vård via VUP (Belling et al., 2014; Lindgren et al., 2013). Forskningen visar på att det finns tre huvudspår för patienter som lämnar BUP; patienten remitteras och tas emot av VUP, patienten remitteras men tas inte emot som patient inom VUP och slutligen att patienten remitteras och tas emot som patient på VUP men av någon anledning att inte blir patient inom VUP. Forskningen indikerar att de två senare alternativen handlar om bristande kunskap och rutiner samt förberedelser för övergången av verksamheternas personal (Perera et al., 2017). I den forskning författarna tagit del av framkommer inte stöd för att personal använder sin egen erfarenhet och tysta kunskap för att skapa förutsättningar för patientens överföring alternativt övergång.

Vidare framför informanterna i denna studie olika förslag till förändringar såsom att BUP skall behålla patienterna tills de är fyllda 20 år och idéer om att bättre beräknad statistisk skulle leda till bättre planerade produktionsplaner. Antalet inkomna remisser borde inte komma som en överraskning; “Oj, hade man patienter på BUP i år också”. En annan idé är en mottagning för unga vuxna som mer skulle vara specialiserad på denna patientgrupp. På så vis skulle det kunna finnas möjlighet att undvika att en övergång sker innan slutförd gymnasieutbildning och i samband med många andra förändringar som hänger ihop med myndighetsåldern.

Det råder en stor samstämmighet bland informanterna i denna studie att det utförs olika arbete och uppstår olika kulturer på olika mottagningar. Flera olika personer säger samma sak; “varje team, gör lite som vi vill - för patientens bästa”, “olika arbete och olika kultur på olika mottagningar” och “vi vet vad som är bäst för patienten - inte organisationen”. I studien framkommer ytterligare citat med samma tema om att personalen arbetar som den vill och att detta i grunden är av godo då arbetet utförs för patientens bästa.

Analysen av den här studiens material blir att informanternas sammansmältning av personligt förhållningssätt, profession och aktuellt behandlingsuppdrag påverkar deras sätt att förhålla sig till begreppen överföring och övergång.

För att återknyta till teorin om samverkan så påträffas återigen underlag för att den självcentrerade yrkesrollen kommer till uttryck (Danermark & Kullberg, 1999). Organisationen uppfattas bidra till en bra övergång när det bedöms tillräckligt med en skriftlig remiss vid myndighetsdagen, information om överföringen till patient och anhöriga och där båda verksamheterna har samma bild av vilket uppdrag patienten kräver. Utifrån det perspektivet ges exemplet kring uppdraget att överta och fortsätta (people - sustaining) en välinställd medicinering där patienten i övrigt lever ett ordnat liv med goda nära relationer och fungerande sysselsättning (Johansson, Dellgran och Höjer, 2015).

Författarna till denna studie ser risker och problem då organisationens tydlighet avseende remiss och ålder inte är tillräcklig och de professionella hänvisas till sin egen lagrade erfarenhetskunskap.

Det är i gränssnittet mellan de olika verksamheternas behov av att kontrollera sin patientgrupp och de professionellas bedömning av att ibland gå utanför den skriftliga remissen med till exempel gemensamma möten eller göra avsteg från åldersgränsen som problem uppstår (Forkby, 2001). Det tycks finnas en legitimitet och till viss del öppenhet kring erfarenhetskunskapen. Författarna till denna studies analys av materialet är dock att det saknas en organisering och transparens av de olika metoder och förhållningssätt som går utanför organisationens ram, i det här fallet ålder och skriftlig remiss. Författarnas tolkning är att det efterfrågas en ökad tydlighet men det samtidigt finns en rädsla för att denna styrning skall leda till att arbetet blir mer uppgiftscentrerat och att de professionella då kommer förlora sin självcentrerade yrkesroll (Danermark & Kullberg, 1999).

5.2 Resultat och analys av intervju med enhetschefer

Tabell: 3 Sammanställning av kvalitativ textanalys från underkategori till tema för de enskilda intervjuerna.

Underkategorier	Kategorier	Tema
Individuell bedömning	Patientens övergång	Komplexitet är både hindrande och möjliggörande
Utvecklingsfas		
Gemensamma möten vid övergång		
Föräldrars delaktighet	Föräldrars närvaro	
Svårigheter med föräldrars delaktighet		
Personalens samverkan	Organisation och organisering	
Köer & väntetid		
Rutiner		
Droger		
Stigma	Ledningsperspektiv	
Personalomsättning		
Chefens delaktighet		
Ledningsfunktion		

Det övergripande temat som framkommer i de enskilda intervjuerna med de fyra enhetscheferna är att komplexitet är både hindrande och möjliggörande. Materialet omfattar totalt tretton underkategorier och fyra kategorier. Generellt framkommer att övergångarna består av en mängd komplexa samband som ibland samverkar och ibland motverkar varandra.

Det kan sägas att samtliga kategorier och flertalet underkategorier innehåller hindrande och möjliggörande faktorer för en bra övergång av patienten.

Informanterna beskriver till exempel att patienter behöver bedömas individuellt för beslut om en enkel överföring eller en mer integrerad övergång. Om inte den individuella bedömningen genomförs riskera patienten att falla mellan stolarna och inte heller få den vård som behövs.

Föräldrars närvaro ses genomgående som en tillgång och möjlighet för att ge patienten rätt stöd i behandlingen. Det framkommer dock att bristande personalresurser ses som en faktor som hindrar möjligheten att arbeta för föräldrars delaktighet.

Verksamhetens organisation och organisering erbjuder ett gott stöd då överföringen kräver rutiner som finns i verksamheten. Men det ges exempel på problem som uppstår då patienten lämnat BUP, står i kö till VUP och är i behov av ett körkortstyg. Det är då inte givet vilken verksamhet som handlägger den typen av ärenden.

Samverkan på ledningsnivå mellan de två verksamheterna nämns som en möjliggörande faktor för att förbättra övergångarna. Rådande personalomsättning nämns som en hindrande faktor för att skapa stabilitet och goda övergångar för patienterna.

5.2.1 Patientens övergång

Enhetscheferna framför behov av individuell bedömning och planering angående den enskilda patientens överföring (till exempel: skriftlig remiss) respektive övergång (till exempel: integrerad övergång med planerad samverkan) från BUP till VUP. Detta gäller även behovet av rutinmässiga utredningar och för patienter med komplexa psykiatriska hälsotillstånd så att det finns en tydlig vårdkedja. I den första patientgruppen beskrivs bland annat patienter med neuropsykiatrisk diagnos, välinställd medicinsk behandling samt ett i övrigt strukturerat och fungerande liv. I den senare gruppen nämns patienter med en tyngre psykiatrisk diagnos i kombination med ytterligare psykosociala riskfaktorer.

Enhetscheferna beskriver fler perspektiv på att det fungerar olika för patienter vid övergång till VUP, till exempel beroende på vilken diagnosgrupp patienten tillhör. För vissa grupper fungerar övergången bättre. För en mindre patientgrupp som exempelvis patienter med psykosdiagnos så tar teamet snabbt över patienterna, arbetar med case management och fångar upp anhöriga i behandlingsarbetet. Det är svårare bland den större patientgruppen med neuropsykiatrisk diagnos. På grund av resursbrist är det alltför många som stått i kö för utredning på BUP utan att bli utredda innan artonårsdagen. Därefter har de överflyttats till VUP och utan att ha haft någon professionell kontakt på BUP, fortsätter de att vänta på utredning inom VUP. Flertalet av dessa patienter tillhör de ungdomar som i samband med en omorganisation 2014 flyttades över från Barn- och ungdomshabiliteringen till BUP. De har under sin kötid på BUP blivit myndiga och remitterats till VUP. En enhetschef beskriver det som ”Då äger vi en patient här som ingen har koll på. Det är ingen idé att ringa BUP för att det är ingen där som träffat patienten heller”.

Enhetscheferna beskriver i samtalet om sekretess att de unga vuxna befinner sig i en (normal) fas i livet där de ska utveckla sin självständighet och driva frigörelseprocessen framåt. För en del patienter kan deras önskan om att hålla sekretess gentemot föräldrarna vara en del i denna självständighets- och frigörelseprocess. Informanterna beskriver de svårigheter som kan uppstå för dem då föräldrarna hör av sig för att göra påtryckningar, påskynda vården eller bidra med information till den pågående vården. Men det är inte alltid givet att patienterna förmår förutse möjliga negativa konsekvenser med bristande anhörigkontakt. För personalen är det viktigt att ha denna kunskap och som en enhetschef säger: ”Det är viktigt att jobba på motivationen att de själva har något att vinna på att de inte ska stå själva”.

Ur ett patientperspektiv ser cheferna det som optimalt att ha gemensamma möten mellan de båda verksamheterna. Det finns tankar om att detta initialt kostar verksamhetstid men att resultatet i slutet blir en vinst för patienten.

Det framstår som om informanterna försöker balansera idén om den goda övergången ur ett patientperspektiv med resursbristen på personal och frustrationen över bristfällig förberedelse inför övergången. Av studien förstås att enhetscheferna har en medvetenhet om den tysta erfarenhetskunskapen som ligger till grund för bedömningar för överföring (transfer) och övergång (transition). Det tolkas som ett sätt att hantera och organisera de patienter som ska flyttas över både utifrån behov och resurser. Det verkar som det finns en medvetenhet kring att det är en större andel patienter som förs till gruppen för överföringar med anledning av resursbrist snarare än att det genomförts en individuell bedömning som stödjer det förfaringssättet. Återkommande under intervjuerna så lyfts önskemål om möjlighet att ha mer gemensamma möten både med patienter och anhöriga samt mellan personalen i de två verksamheterna. Enligt informanterna verkar det finnas hög tilltro till att om personalen har gemensamma kontaktytor så skulle det bidra till ökad kvalitet för patienters övergång mellan verksamheterna. I den forskning som författarna till denna studie tagit del av och redogjorts för under avsnittet Bakgrund finns inte enhetschefernas perspektiv med. Samtlig forskning (se avsnitt Bakgrund) har information från patienter, anhöriga och behandlingspersonal. Det går inte att utesluta att enhetschefers perspektiv finns med i den nämnda tidigare forskningen men det har inte redovisats separat vilket medför att denna studies författare inte har möjlighet att beakta det perspektivet i anslutning till det intervjuaterialet från enhetscheferna i denna studie.

5.2.2 Föräldrars närvaro

En övergripande beskrivning från enhetscheferna är att de deras kontakt med anhöriga till stor del består av klagomål, ifrågasättanden eller önskemål om mer skyndsam vårdplanering och igångsättande av behandling. Enhetscheferna upplever att deras kontakt till stor del handlar om information om psykiatrins möjligheter och begränsningar, hur den offentliga sektorn är organiserad inom sjukvård och kommun.

Enhetscheferna har en generell positiv hållning till föräldrars närvaro och delaktighet i den professionella vården. De vidgar ursprungsfrågan kring föräldrars närvaro till att använda begreppet anhöriga och är tydliga med behovet av anhörigstöd för patienter oavsett ålder. De vidgar begreppet till att inkludera anhörigas närvaro oavsett patientens ålder och arbetar aktivt för att få patientens samtycke till anhörigkontakt. Det framkommer idéer och planer på att utveckla sätt att involvera anhöriga i vården, bland annat genom informationsbrev till samtliga patienter om anhörigas delaktighet som stöd i vården samt att anordna anhörigträffar.

Någon av enhetscheferna förtydligar att föräldrar fortfarande betyder mycket för unga vuxna i åldern för övergången. Det ingår i vuxenpsykiatrins uppdrag att erbjuda anhörigstöd men det brister då personalresurserna inte räcker till. I den kontexten prioriteras direktkontakt och behandling med patienterna.

Utifrån erfarenhet och kunskap om att patienten i sin frigörelseprocess kan välja bort föräldrars medverkan är det viktigt att vara följsam i patientens beslut, för att göra det möjligt för patienten att senare låta föräldrarna vara delaktiga. En enhetschef uttryckte: ”Det hänger ihop med vilken ungdom som helst. Man kan förstå föräldrars frustration när man vet vilka konsekvenser det kan få. Det kanske räcker att det dippar en gång...”

Det finns även erfarenheter av att föräldrarnas egna svårigheter kan försvåra deras medverkan i vården, t ex när patient och förälder har en komplex relation, föräldrar med nedsatt kognitiv förmåga eller med egna behov av samhällets vård- och stödinsatser. I fall då det uppdagas att patienten har ett aktivt drogmissbruk uppstår svårigheter om patienten helt eller delvis nekar samtycke till anhörigkontakt. Konflikt kan uppstå då en förälder inte får ta del av eventuella förändringar i behandling. Föräldrarna kan kontakta enhetschefen för att till exempel påverka patientens behandling, önskemål om att påbörja medicinsk behandling och/eller psykiatrisk utredning. Det är djupt förankrat hos personalen att följa patientens inställning kring sekretess och anhörigkontakt. När en patient blir aktuell inom vuxenpsykiatri finns rutinfrågor gällande patientens ställningstagande till sekretess och anhörigkontakt. Parallellt med det uttrycks erfarenheten av att patientens val påverkas av hur personalen uttrycker sig och på vilket sätt frågor ställs till patienten.

Författarna bedömer att det finns konsensus hos enhetscheferna kring att betrakta familj, anhöriga och nätverk som resurs till patienten och att deras delaktighet bidrar till en bättre övergång för patienten. Det finns tankar och visioner om ökat anhörigstöd vilket beskrivs stå i konflikt till nuvarande resurs- och personalbrist. Vidare tolkar författarna att enhetscheferna möter anhöriga i en förändringsfas som kan ha flera pågående parallella processer, till exempel den unga vuxnas utvecklingsfas, organisatoriskt då tidigare barn- och ungdomsverksamheter övergår till vuxenverksamheter samt juridiskt med myndighetsålder och sekretess. Återkommande lyfts behovet av information fram som väsentligt grund för att skapa goda förutsättningar för patient och anhöriga. Studien indikerar att det från enhetscheferna efterfrågas: tydlighet, gränsdragningar samt önskan om ökad samverkan.

5.2.3 Organisation och organisering

Patienter som haft kontakt med BUP och som inte går över till VUP kan ”falla mellan stolarna” gällande fortsatt medicinering och olika intyg såsom körkortssintyg. Enhetscheferna påpekar resursbrist vilket medför att patienter placeras i kö, för att få en fast vårdkontakt, påbörja behandling eller att VUP tar över det medicinska ansvaret. Det framkommer att det är otydligt om det finns rutiner för övergången mellan verksamheterna. En enhetschef uppger att det finns rutiner medan övriga chefer inte känner till några. En annan enhetschef har sökt efter riktlinjer för psykiatrisk och somatisk vård i syfte att hitta stöd för rutiner och riktlinjer i övergången men inte hittat några.

Enhetscheferna är eniga om nyttan med samverkansmöten och att det finns vinster med att lära känna och få utökad kunskap om varandras verksamheter. Det finns idéer om att ökad samverkan på lednings- och personalnivå skulle leda till bättre övergångar för patienterna. Nyligen började BUP:s och VUP:s ledningsgrupper med gemensamma möten.

Förhoppningen är att samverkan på ledningsnivå kan leda till ökad samverkan på personalnivå samt att dessa parallella processer genererar bättre patientomhändertagande. En enhetschef uttryckte: ”Bra för patienterna i slutänden om ledningsgrupp och personal träffas – det sipprar ner”.

Det framkommer skillnader i inställning och förhållningssätt mellan verksamheterna avseende patienters användning av droger. Inom BUP sker provtagning för droger i enstaka fall medan det är rutin inom VUP för patienter som får centralstimulantia, dvs medicinsk behandling, eller väntar på att påbörja neuropsykiatrisk behandling. Detta har resulterat i att VUP fångar upp patienter med pågående missbruk av narkotiska preparat. Ibland är missbruket etablerat sedan flera år.

Då detta upptäcks stoppas medicinsk behandling och neuropsykiatrisk utredning och motivationsarbete för att arbeta med missbruket tar vid. I detta läge kan patienten tacka nej till fortsatt kontakt och stoppa tidigare samtycke till anhörigkontakt. En enhetschef berättar följande ”eventuella neuropatienter som har symptom som om de drog, de utreds och får ännu mer droger”. Det uttrycks önskemål om tydligare arbete från BUP för att upptäcka patienter med drogmissbruk samt informera om vilka konsekvenser droganvändning har för utredning och/eller behandling inom vuxenpsykiatri.

Enhetscheferna har varit tydliga med att de blir involverade i patientärenden då det är något som inte fungerar, nämner patientgrupper som hamnar i gråzonen mellan psykiatri och andra verksamheter samt att det är olika organisation för barn- och ungdomsverksamheter respektive vuxenverksamheter. Det framkommer av materialet att enhetscheferna uppfattar att organisationen skapar en del hinder för en bra övergång för patienten.

Författarnas analys är att enhetscheferna vet att personalen behöver göra en bedömning av vilka patienter som kan överföras med enbart skriftlig remiss (transfer) eller en mer integrerad övergång (transition). Cheferna har också många egna tankar och erfarenheter om hur en gynnsam övergång skall utformas. Det råder dock en tystnad kring hur enhetscheferna anser att denna bedömning skall se ut och hur det fortsatta arbetet med övergången skall genomföras. Det verkar finnas en diskrepans mellan personalens tysta erfarenhetskunskap och enhetschefernas egentliga kunskap kring hur de enskilda medarbetarna arbetar i enskilda ärenden. Vår analys är att det finns risk för att såväl chefernas som personalens tysta kunskap börjar leva sitt egna liv utan inbördes dialog. Ur ett organisatoriskt perspektiv vore det angeläget att identifiera den lagrade erfarenhetskunskapen för ytterligare förstå hur man skulle kunna organisera en bra övergång för patienten. Författarnas reflektion är att den tysta kunskapen bildar en organisationsprocess som ligger dold under organisationens formella uppdrag och bidrar till de olika kulturer som uppstår på de olika mottagningarna. De är dessa underliggande processer som ligger till grund för hur övergångarna uppfattas av patienterna och deras anhöriga (Forkby, 2007).

5.2.4 Ledningsperspektiv

Enhetscheferna framför erfarenheter och kunskap om negativ påverkan på övergången för en patient från BUP till VUP. Det indikeras att vårdens personalomsättning påverkar patientens övergång genom förändrade arbetsmönster och att personal i högre grad än tidigare byter arbetsplatser vilket generellt medför brott i vårdkedjan. Övergången mellan BUP och VUP likställs med när en patient byter behandlare inom samma organisation, till exempel då personal byter tjänst. Cheferna benämner även stigma kring psykiatriska sjukdomar som hindrande för den enskilde även om samhällsklimatet har förändrats i positiv riktning till mer öppenhet kring psykisk ohälsa.

Enhetscheferna uppfattar sig ansvara för att patientens övergång från VUP till BUP säkerställs. Vårdens personalomsättning anges som ett hinder för att skapa kontinuitet i vården i allmänhet men också för övergången i synnerhet. För att återgå till den tysta erfarenhetskunskapen så kan vi konstatera att den bygger på lång erfarenhet och med djup integrering av teori och praktik.

En ökad personalomsättning riskerar naturligtvis att dränera denna kunskap. Förblir kunskapen tyst, odefinierad och oorganiserad eller med andra ord; förblir den pågående organisationsprocessen dold under organisationens formella uppdrag som är att hålla ordning på formella handlingsmönster riskerar verksamheterna att öka risker för att inte riktigt veta vad och vem som söks i nyrekryteringar. En ökad transparens av personligt integrerad teori och praktik skulle sannolikt öka patientsäkerheten, skapa en större möjlighet att styra verksamhetens inre processer och ge ökad möjlighet att förstå verksamhetens inre kultur (Forkby, 2007).

I den tidigare forskningen lyfts perspektivet att en del unga vuxna väljer bort vuxenpsykiatri då den i högre grad är stigmatiserande än barn- och ungdomspsykiatri. Det finns gemensamma nämnare mellan enhetschefernas erfarenheter och den tidigare forskningen som till exempel stora krav på verksamheten, begränsade resurser vilket kan medföra att VUP fokuserar på de mest allvarliga och angelägna fallen samt att det är blivit olika kriterier för vem som kan bli patient hos BUP respektive VUP. Det kan underlätta med en tydligare kommunikation och information för att erhålla förståelse för verksamheternas olikheter.

6 DISKUSSION

I detta kapitel ges läsaren möjlighet att ta del av författarnas diskussion kring resultatet och på vilket sätt resultatet kan kopplas till tidigare forskning och teori. Författarna kommer i detta kapitel diskutera studiens centrala frågeställningar i separata avsnitt. Frågeställningarna är:

- Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av övergångarna mellan BUP och VUP för patienten?
- Vad är det som gör att övergångarna mellan BUP och VUP fungerar bra?
- Vad är det som gör att övergångarna mellan BUP och VUP fungerar mindre bra?
- Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av de anhörigas roll i övergången mellan BUP och VUP?
- Vilken erfarenhet har vårdpersonalen och enhetscheferna av hur organisationen bidrar till patientens övergång mellan BUP och VUP?

6.1 Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av övergångarna för patienten?

Utifrån denna studie blev det tydligt att informanterna både har och inte har gemensamma erfarenheter av patienternas övergång från BUP till VUP. De gemensamma beskrivningarna av både bra och mindre bra exempel på övergångar handlar om personal- och tidsbrist, osäkerhet kring rutiner och bristande kunskap om den andra verksamheten får stöd i den forskning som tidigare beskrivits (Belling et al., 2014; Lindgren, Söderberg & Skär, 2014; Perera et al., 2017; Singh, 2009). Genomgående framträder personligt engagemang och aktivt arbete hos personalen i fokusgrupper/intervjuer för att värna om den individuella patienten behov i respektive verksamhet.

Flera av informanterna har lång erfarenhet av arbete inom psykiatri, en del både inom BUP och VUP. Enhetscheferna har framför allt kontakt med patienter och anhöriga då det är något som inte fungerar. Studiens författare upptäckte skillnader i vårdpersonalens erfarenheter vilket kopplades till den enskildes utbildning, profession och behandlingsuppdrag. Författarna tolkar det som att informanterna socialiseras in i sin tjänst, både utifrån profession och organisation. Studiens materiel indikerar att denna socialisering i relation till hanterandet av organisation och organisering av verksamhetens uppdrag bidrar till att skapa de informella rutiner som finns då patienter går mellan verksamheterna.

Frågor som väcks hos författarna är om det kan vara så att vårdpersonalens erfarenhetsbaserade kunskap påverkar och formar övergången för den enskilda patienten. Detta kan bidra till att det uppstår olika kulturer för olika mottagningar då det inte alltid är tydligt vad som påverkar (Forkby 2007).

Under både intervjuer och fokusgrupper förekommer diskussion om behov av individuella bedömningar utifrån patientens behov vilket enligt författarna kan förklaras med de teoretiska begreppen utifrån Meleis teori om övergångar (Meleis, 2007; Schumacher & Meleis, 1994). Det finns möjlighet att skilja på behov av överföring och övergång för patienten. Det verkar som om personalens erfarenhetskunskap ligger till grund för denna särskiljning. Studien indikerar att detta påverkar den planeringen av avslut inom BUP och inför aktualisering inom VUP.

Författarna bedömer att det här finns stor nytta av Singhs (2010) beskrivning av begreppen överföring respektive övergång. Begreppen är likartade men består av olika processer, det tidigare beskriver överföring med avslut av vård inom BUP med aktualisering inom VUP. Medan övergången beskriver en process med till exempel terapeutiska intentioner, samverkan, gemensamma möten och eventuellt en period av parallell vård. Materialet indikerar att det är uppstår svårigheter då patienter remitteras utifrån begreppet överföring med anledning av resursbrist men att patienten har behov av att få en planerad övergång med remiss, gemensamma möten, eventuellt parallell vård samt anhörigas delaktighet i vården. Författarna uppfattar behov av att medvetandegöra erfarenhetskunskapen kring detta och utveckla individuella bedömningar för den enskilda patienten. Det är tydligt att det finns erfarenhetskunskap hos personalen som lyfter fram att det är viktigt att beakta både utvecklingspsykologi och anknytningsteorin och dess betydelse för den unge i artonårsåldern.

Enligt Broberg et al., (2015) så har den unge under adolescensen i uppdrag att knyta samman två olika utvecklingsprocesser från sina tidiga år. Den ena processen är att relationsmässigt våga komma en annan person riktigt nära vilket har sin botten i den tidiga anknytningen. De ska utveckla sin relation till världen utanför den närmaste familjen, hitta sin roll där de känner sig tillfreds och till nytta och är den tid då den unge skapar sin identitet. Adolescensen handlar vidare om att den unge utökar sitt oberoende i takt med en ökande förmåga till eget ansvar för sig själv (Wrangsjö, 2009). Studier visar att i adolescensen är de unga i behov av en kontext, acceptans och stöd för att utvecklas gynnsamt samt att vid problem är det av vikt att stötta familjen så att de kan hjälpa den unge (McGoldrick et al., 2016).

Författarna anser att med hänsyn till den enskildes utveckling gällande självständighet och beroende så behöver vården anpassa sina insatser och vid planering för byte av verksamhet. Det är även av vikt att beakta anknytningsteorin och den enskildes anknytningsmönster vid byte av behandlare, behandlingsform och verksamhet då den unge är i en utvecklingsperiod som kan vara krävande och omvälvande. Det förväntas av den unge att ta utvecklingsmässiga språng ut i självständighet och ansvarstagande. I denna period då den unge ska gå över in i vuxenlivet kan för en del vara krävande och med ökad sårbarhet. Kunskap om anknytningsteorin och anknytningsmönster hos den unge behöver bedömas i planeringen för övergången. Informanterna indikerar att det finns tendenser till större svårigheter hos unga med psykisk ohälsa, neuropsykiatriska funktionsvariationer som försenad utveckling och komplicerade sociala relationer.

Studien visar på att det finns behov av att göra individuella bedömningar och att det inte alltid är tillräckligt att ha myndighetsdagen som referenspunkt för att säkerställa en god vård. Det är av vikt att ta hänsyn till bland annat den kognitiva och emotionella utvecklingen hos den unga.

För författarna är det tydligt att det är av vikt att beakta även dessa parametrar för att kunna göra en allsidig bedömning av vilken form av överföring respektive övergång som bör bli aktuell för den enskilde patienten.

6.2 Vad är det som gör att övergångarna fungerar bra respektive mindre bra?

Det finns i studien exempel både på välfungerande och mindre fungerande överföringar. Överlag så är denna studies informanter mer positiva till patienters övergångar än det material som finns att tillgå i den tidigare forskning som tidigare redovisats. Det är viktigt att komma ihåg att denna studie bygger på personalens erfarenheter och det saknas information från patienter och deras anhöriga. Det är dock intressant att notera att det framkommer en skillnad vilket väcker många frågor om vari dessa kan bestå av, allt från studiens utformning till att personalen endast känner till det som de får veta. Genomgående beskrivs behovet av individuell bedömning utifrån den enskilda patienten för ett gynnsamt avslut inom BUP och inledning av vård inom VUP. Detta tenderar att krocka med resursbrist och långa vårdköer i väntan på kontakt, planering eller behandling. I samband med detta samtalas om informanternas medvetenhet om att det är de resursstarka patienterna och/eller deras anhöriga som kan ha möjlighet att påverka och påskynda vården. Informanternas reflekterar vidare kring hur resursbristen och vårdköerna påverkar den tysta patientgruppen, den grupp som inte är ihärdiga och försöker driva att få snabbare tillgång till vård. Detta är en kunskap som saknas hos personalen. Behovet av individuella bedömningar är i linje med den nya patientlagen (2014:821) som ställer höga krav på tillgänglighet, delaktighet och valmöjlighet i vården.

Vidare finns beslut om att personcentrerad vård ska genomföras och implementeras i hela vårdsystemet i den del av landet som studien genomförts i. Personcentrerad vård bygger på begreppen: partnerskap, patientberättelse och dokumentation varav partnerskap är den mest centrala delen. Det bygger på ömsesidig respekt mellan individer och personal, att individens upplevelse och kunskap om sitt tillstånd ska kopplas samman med personalens professionella kunskap och erfarenhet. Momentet att lyssna till individens berättelse ligger till grund för bedömning och behandlingsinsatser. Utöver detta ska det finnas ett dokument som personen är delaktig i och som följer vårdprocessen (Ekman, 2014).

6.3 Vad har vårdpersonalen och enhetscheferna för erfarenhet av de anhörigas roll?

Generellt är samtliga informanter positiva till föräldrars och anhörigas närvaro i vården och ser dem som en resurs. Men att det även här är viktigt med individuella bedömningar utifrån den unge. För en del är anhöriga väsentliga för att få till stånd en fungerande vård då den unge saknar möjlighet att ta hela ansvaret för att driva sin egen vård. Det kan vara svårigheter som att komma ihåg möten, förnyelse av recept för medicinering eller att förmå sig till att fråga om till exempel medicinska förändringar, eget psykiskt tillstånd och diagnoser. För en del är övergången till VUP en viktig del i frigörelseprocessen, en möjlighet till ökad egen agens utan inblandning av föräldrar eller andra vuxna. För en del unga så har de inte haft stöd av vuxenvärlden under överskådlig tid och får nu chansen att ta över ansvaret för sin egen vård.

6.4 Vilken erfarenhet har vårdpersonalen och enhetscheferna av hur organisationen bidrar till patientens övergång?

När författarna tagit del av informanternas kunskap och erfarenheter i kombination med den tidigare forskningen så beskriver Mulvale et al., (2016) i en sammanfattning ett möjligt samband mellan olikheter gällande vårdfilosofi, vårdgivande och övergångar hos BUP respektive VUP. Denna sammanfattning med tänkbara skillnader belyser och ger möjlighet till förståelse för hur det bidrar till övergångssvårigheter för patienter, anhöriga och personal. Enligt Mulvale et al., (2016) så beskrivs vårdfilosofin för BUP som ett förhållningssätt som utgår från bio-psyko-social utveckling vilket ger möjlighet till psykologiska och systemiska interventioner med en bredd av diagnoser i vårdgivandet. För VUP beskrivs ett diagnostiskt förhållningssätt där medicinska modeller dominerar som vid genomförande av vården ger högre grad av fokus på svåra psykiatriska sjukdomar. Dessa skillnader kan bidra till att vissa av BUP:s patienter inte blir aktuella inom VUP, olikheter i remissförfarandet och avbrott i vårdkedjan.

Mulvale et al., (2016) beskriver vidare att familjen och den sociala kontexten i hög grad är närvarande inom BUP, att den unges behov främst tillgodoses genom dessa sammanhang vilket medför att familjen involveras i vården, att även familjen får stöd samt att samverkan sker med andra aktuella verksamheter för den unge.

Inom VUP ses den unge som en självständig vuxen vars självständighet och ansvarstagande bör respekteras. Det blir en mer begränsad information till anhöriga, medverkan av familjen i vården samt samverkan med andra verksamheter i jämförelse med BUP.

Detta kan medföra lägre grad av familjemedverkan, den unge kan känna sig ensam och avbrott i vårdgivande inom sjukvården och andra verksamheter. Gällande synsätt och förväntningar på den unge beskrivs att BUP har ett mer skyddande och ungdomsfokuserat förhållningssätt medan VUP drivs av respekt för den vuxnes självständighet, ansvar med ett mer kliniskt förhållningssätt där den unges specifika behov kan missas. Dessa skillnader skulle kunna bidra till kulturchock och förlust av skyddsnät för att fånga upp den enskilde. Detta skulle i så fall kunna medföra ett paradigmskifte i synsätt och förklaringsmodeller både verksamhets- och förhållningsmässigt vid övergången för den unge och dess anhöriga

6.5 Konklusion och framtida forskningsfrågor

Denna studie skiljer sig från denna studies tidigare forskning som redogjorts för på så sätt att den indikerar ett mer positivt resultat kring själva övergången för patienten. Viktigt att betona här är att studien saknar både patientens och anhörigas röst och upplevelse. Studien bygger på personalens tankar och erfarenheter av övergången och författarna har mött medarbetare som med starkt engagemang och stolthet delat med sig av sina erfarenheter. Författarna till denna studie har funnit en kunskapsbas som beskriver behov av att individualisera övergångarna beroende på mognad, psykiatriska svårigheter, familjeförhållanden och socioekonomiska förutsättningar. Studiens författare anser att det finns stöd för att familj och anhöriga ses som resurser i vården men med behov av individuell bedömning om det är ett stöd som den unge behöver.

Utifrån studiens analys framkommer att det finns rutiner och riktlinjer som fungerar för en enklare överföring där patienten lever under mer psykosocialt ordnade förhållanden och med entydiga psykiatriska diagnoser. I synnerhet där BUP:s uppdrag kring patienten sammanfaller med VUP:s fortsatta uppdrag och där de professionella använder sig av en uppgiftscentrerad yrkesroll. Genomgående understryks svårigheter med resursbrist vilket blir ett hinder för personalens ambitioner att uppnå goda vård- och behandlingsinsatser formade efter den unges behov.

Vad är det då ur personalens perspektiv som hindrar och hotar att övergångarna mellan BUP och VUP inte fungerar tillfredsställande för patienterna? Studien indikerar att det uppstår problem för de enskilda patienterna om det inte sker en identifiering och organisering av de avsteg eller flexibla metoder som vi uppfattar att samtliga informanterna bedömer att denna patientgrupp har behov av. Här finns ett behov av att artikulera den tysta, dolda erfarenhetskunskap, förhållningssätt och värderingsgrunder som hindrar eller bidrar till en framgångsrik övergång. Vidare finns behov av att systematisera och organisera den yrkesskicklighet som finns i båda verksamheterna och med hänsyn till de olika bakgrunder som format BUP respektive VUP. Studien visar på önskemål om ökad kunskap om den andra verksamheten för att på ett gynnsamt sätt kunna planera för överföring respektive övergång mellan BUP och VUP.

Det framstår mycket tydligt att framtida forskning bör fokusera på patienter och deras anhörigas berättelser om övergången, fånga upp den forskning som redan finns för att fördjupa och komplettera den. Vidare behöver den kunskapen implementeras inom den psykiatriska vården vilket bör vara till god hjälp för att integrera patientlagen från 2014 och riktlinjer om personcentrerad vård.

REFERENSER

- Abidi, Sabina (2017). Paving the way to change for youth at the gap between child and adolescent and adult mental health services. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 62(6), 388–392.
- Andershed, Birgitta., Matz Ewertzon, Anita Johansson (2017). An isolated involvement in mental health care – experiences of parents of young adults. *Journal of Clinical Nursing*, 26(7–8), 1053–1065.
- Belling, Ruth., Susan McLaren, Moli Paul, Tamsin Ford, Tami Kramer, T, Tim Weaver, Kimberly Hovish, Zoebia Islam, Sarah White & Swaran P. Singh (2014). The effect of organisational resources and eligibility issues on transition from child and adolescent to adult mental health services. *Journal of Health Services Research & Policy*, 19(3), 169–176.
- Bremberg, Sven & Christina Dalman (2015). *Begrepp, mätmetoder och förekomst av psykisk hälsa, psykisk ohälsa och psykiatriska tillstånd: en kunskapsöversikt*. Stockholm. Formas, Forte, Vetenskapsrådet och Vinnova2. [<https://forte.se/publikation/begrepp-%20matmetoder/> Hämtad 11 december, 2017].
- Broberg, Anders., Kjerstin Almqvist, Pia Risholm Mothander & Tomas Tjus (2015). *Klinisk barnpsykologi. Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Bridges, William. (1986). Managing organizational transitions. *Organizational Dynamics*, 15(1), 24–33. [<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0090261686900239/> Hämtad 11 december, 2017].
- Butterworth, Sarah., Swaran P. Singh, Max Birchwood, Zoebia Islam, Emily R. Munro, Panos Vostanis, Moli Paul, Alia Khan, & Douglas Simkiss (2017). Transitioning care-leavers with mental health needs: "they set you up to fail!" *Child & Adolescent Mental Health*, 22(3), 138–147.
- Danermark, Berth & Christian Kullberg (1999). *Samverkan - välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, Inger (red) (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.
- Folkhälsomyndigheten (2017) "Nedsatt psykiskt välbefinnande —) Folkhälsomyndigheten". [<https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/folkhalsans-utveckling/halsa/psykisk-ohalsa/nedsatt-psykiskt-valbefinnande> Hämtad 11 december 2017].
- Forkby, Torbjörn (2001). *Från kulturkrock till minibyråkrati. En utvärdering av Ungdomsteamet i Bergsjön*. Göteborg: FoU i Väst. Göteborgsregionens kommunalförbund.

- Forkby, Torbjörn (2007). *Socialt arbete i polisens värld. Samverkans villkor och organisering*. Göteborg: FoU i Väst/Gr.
- Graneheim Hällgren, Ulla. & Berit Lundman (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, (24), ss. 105-112.
- Hovish Kimberly., Tim Weaver, Zoebia Islam, Moli Paul & Swaran P. Singh (2012). Transition experiences of mental health service users, parents, and professionals in the United Kingdom: A qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 251.
- Johansson, Anita (2014): *Ändlös omsorg och utmätt hälsa. Föräldraskapets paradoxer när ett vuxet barn har långvarig psykisk sjukdom*. (Doctoral dissertation), Örebro universitet, Örebro.
- Johansson, Anita., Birgitta Andershed & Agneta Anderzen-Carlsson, (2014). Conceptions of mental health care – from the perspective of parents’ of adult children suffering from mental illness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 496–504.
- Johansson, Anita., Agneta Anderzen-Carlsson, Arne Åhlin, & Birgitta Andershed (2010). Mothers’ everyday experiences of having an adult child who suffers from long-term mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(11), 692–699.
- Johansson, Anita., Agneta Anderzen-Carlsson, Arne Åhlin, & Birgitta Andershed (2012). Fathers’ everyday experiences of having an adult child who suffers from long-term mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(5), 345–345.
- Johansson, Staffan., Peter Dellgran & Staffan Höijer (2015). *Människobehandlande organisationer. villkor för ledning, styrning och professionellt välfärdsarbete*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun.*” Lund: Studentlitteratur. Tredje upplagan.
- Lager, Anton., Marie Berlin, Inger Heimerson & Maria Danielsson (2012). Young people’s health: Health in Sweden. The National Public Health Report 2012. Chapter 3. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(9 suppl), 42–71.
- Leebens, Patricia. K., & Edwin D. Williamson (2017). Developmental Psychopathology: Risk and resilience in the transition to young adulthood. *Child And Adolescent Psychiatric Clinics Of North America*, 26(2), 143–156.
- Lindgren, Eva., Siv Söderberg & Lisa Skär (2014). Managing transition with support: experiences of transition from child and adolescent psychiatry to general adult psychiatry narrated by young adults and relatives. *Psychiatry Journal*, 2014, 457160–457160.
- Lindgren, Eva., Siv Söderberg & Lisa Skär (2015). Swedish Young Adults’ Experiences of Psychiatric Care during Transition to Adulthood. *Issues In Mental Health Nursing*, 36(3), 182–189.

- Lindgren, Eva., Siv Söderberg & Lisa Skär (2013). The Gap in Transition Between Child and Adolescent Psychiatry and General Adult Psychiatry. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 26(2), 103–109.
- McGoldrick, Monica & Carter, Betty (eds.) (2013): The Expanded Family Life Circle: Individual, Family, and Social Perspectives. Boston: Pearson, Allyn & Bacon.
- McGrandles, Amanda & Karen McMahon (2012). Transition from child and adolescent to adult mental health services. *British Journal of Nursing*, 21(17), 1031–1039.
- Meleis, Afaf I. (2007). *Theoretical Nursing: development and progress*. Kina: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins. Femte tryckningen.
- Meleis Afaf I., Linda M. Sawyer, Eun-Ok Im, Hilfiger Messias, DeAhne K. & Karen Schumacher (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28.
- Mulvale, Gillian M., Tram D. Nguyen, Ashleigh M. Miatello, Mark G. Embrett, Patricia A. Wakefield & Glen E. Randall (2016). Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *Journal Of Mental Health (Abingdon, England)*, 1–10.
- Muñoz-Solomando Antonio., Merwyn Townley & Richard Williams (2010). Improving transitions for young people who move from child and adolescent mental health services to mental health services for adults: lessons from research and young people's and practitioners' experiences. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(4), 311–317.
- Nationalencyklopedin [NE]. (2017). Transfer. Tillgänglig: <https://www.ne.se/ordb%C3%B6cker/#/search/norstedts-stora-en-sv?q=transfer> [Hämtad 11 december 2017].
- Nationalencyklopedin [NE]. (2017). Transition. Tillgänglig: <https://www.ne.se/ordb%C3%B6cker/#/search/norstedts-stora-en-sv?q=transition> [Hämtad 11 december 2017].
- Paul Moli., Tamsin Ford, Tami Kramer, Zoebia Islam, Kath Harley & Swaran P. Singh (2013). Transfers and transitions between child and adult mental health services. *The British Journal Of Psychiatry. Supplement*, 54, s36–s40.
- Perera, Rebecca. H., Shane L. Rogers, Stephan L. Edwards, Paul Hudman & Catherine Malone, C. (2017). Determinants of transition from child and adolescent to adult mental health services: A Western Australian pilot study. *Australian Psychologist*, 52(3), 184–190.
- SFS 1949:381 t.o.m. S.F.S 2017:727. Föräldrabalk. Stockholm: Riksdagsförvaltningen. [Hämtad 11 december 2017].
- SFS 2009:400. Offentlighets- och sekretesslag. Stockholm. Riksdagsförvaltningen. [Hämtad 11 december 2017].
- Schumacher, Karen L. & Meleis, Afaf I. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127.

- Socialstyrelsen (2017). "Utvecklingen av psykisk ohälsa bland barn och unga vuxna – Till och med 2016". [<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-29> Hämtad 29 december 2017].
- Singh, Swaran P., Navina Evans, Lester Sireling & Helen Stuart (2005). Mind the gap: The interface between child and adult mental health services. *Psychiatric Bulletin*, 29(8), 292–294.
- Singh, Swaran P., Moli Paul, Tamsin Ford, Tami Kramer, Tim Weaver, Susan McLaren, Kimberly Hovish, Zoebia Islam, Ruth Belling & Sarah White (2010). Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *The British Journal Of Psychiatry: The Journal Of Mental Science*, 197(4), 305–312.
- Singh Swaran P. (2009). Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 386–390.
- Skehan, Brian & Maryann Davis (2017). Aligning mental health treatments with the developmental stage and needs of late adolescents and young adults. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(2), 177–190.
- Vetenskapsrådet (2017). *Forskningsetiska principer*. [<http://www.codex.vr.se/texts/HSR.pdf> / Hämtad 6 oktober, 2017]
- Wibeck, Victoria. (2010). *Fokusgrupper: Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur. Andra upplagan.
- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva (Switzerland): WHO Press; 2009. [http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf. Hämtad 16 november, 2017].
- ”World Health Organization. (2015). Maternal and child mental health”. WHO. [http://www.who.int/mental_health/maternal-child/en/. Hämtad 9 december, 2017]
- Wrangsjö, Björn. (2009). *Familjens livscykel. Om stabilitet och förändring i ett flergenerationsperspektiv*. Falun: Bokförlaget Mareld.

BILAGOR

BILAGA 1

Intervjuguide

Forskningsfrågor	Intervjufrågor
Vad har personalen för erfarenheter av patientens övergång från BUP till VUP?	Möter ni några återkommande uppfattningar från patienterna om hur de uppfattar övergången från BUP till VUP?
	För vilka grupper är övergången mer eller mindre problematisk?
	Kan du ge några exempel på när det fungerat bra respektive mindre bra för patienten?
	Kan det ha öppnats nya möjligheter för patienten i samband med övergången, vilka i så fall?
	När det fungerat mindre bra för patienten, vad har varit svårt / vilka hinder har funnits?
	Skulle du kunna säga att övergången på något sätt påverkar patientens vuxenblivande? <ul style="list-style-type: none">• Ser denna aspekt olika ut för olika grupper / individer?• Kan patientens vuxenblivande påverkas på något sätt genom övergången, ge gärna exempel?
	Utifrån dina erfarenheter, tänker du att det behövs något särskilt stöd till patienten, generellt eller i enskilda fall, för att övergången skall fungera?
	Går det tänka sig att övergången på något sätt hänger samman med patientens beroende och autonomi, i så fall hur, ge gärna exempel.
Vad har personalen för erfarenheter av de anhöriga i samband med övergången från BUP till VUP?	Vad tänker du att föräldrar spelar för roll vid övergången?
	Är det din erfarenhet att de kan vara till hjälp på något sätt?
	Har du erfarenhet av direkt samarbete med föräldrar när en patient går över till vuxenpsykiatri?

	Kan det vara så att föräldrar också kan vara ett hinder patienten vid en övergång, på vilket sätt då?
	Har du några särskilda förväntningar på vad föräldrar skall bidra med?
	Tänker man in föräldrarna och deras eventuella behov av stöd i någon form vid övergången?
	Om man återknyter till frågan om patientens beroende och autonomi, vilken är din erfarenhet kring hur föräldrar kan förhålla sig till detta under en övergång? Ge gärna exempel.
Vad har personalen för erfarenheter om organisationens påverkan vid övergången från BUP till VUP?	Har ni rutiner och riktlinjer för hur ni ska arbeta med övergången?
	Om så, fungerar dessa rutiner och riktlinjer i praktiken?
	Vad kan bli problematiskt med att på förhand följa sådana på förhand formulerade riktlinjer?
	Mer generellt, vad skulle på en organisatorisk nivå kunna främja övergången?
	Återigen till frågan om beroende och autonomi, när man ser till hur övergångarna mellan verksamheterna, kan man säga att organisationen i sig på något sätt främjar eller motverkar övergången.

BILAGA 2

Skövde 2017-06-27



Är du intresserad av att delta i en studie?

Vi, Anna Nordberg och Susann Engman, arbetar som socionomer inom Barn- och ungdomspsykiatri. Anna arbetar i BUP:s mellanvård och Susann på Skövde öppenvårdsmottagning. Vi studerar på psykoterapeutprogrammet, inriktning familj, vid Göteborgs universitet. Till hösten börjar vi det tredje året och kommer skriva en uppsats. Vi vill fördjupa oss i patientens övergång från Barn- och ungdomspsykiatri (BUP) till Vuxenpsykiatri (VUP).

Vår handledare är Torbjörn Forkby, socionom och docent i socialt arbete, verksam vid Institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. Studien stöds även av Anita Johansson, specialistsjuksköterska i psykiatri, medicine doktor i vårdvetenskap och forskningsledare vid FoU-centrum, Skaraborgs sjukhus.

Det finns tidigare evidens för svårigheter för patienter i övergången (transitions) mellan BUP och VUP. Båda verksamheterna tillhör hälso- och sjukvården och flera studier visar att det uppstår svårigheter på patient-, anhörig- och personalnivå.

Syftet med uppsatsen är att studera patientens övergång mellan BUP och VUP med avseende på vilka hinder och möjligheter vårdpersonalen uppfattar i samband med denna övergång.

Detta är en förfrågan om Du vill delta i en studie vars syfte är att fördjupa kunskapen om hur övergången från barn- och ungdomspsykiatri till vuxenpsykiatri ser ut för patienten.

Vi söker Dig som nu arbetar och har arbetat i din verksamhet minst två år. Är Du intresserad, skicka in din intresseanmälan med kontaktuppgifter via mail till Anna Nordberg eller Susann Engman. I det fall fler personer än beräknat anmäler sitt intresse kommer vi att lotta fram deltagare till studien. Vi kommer kontakta dig för mer information och bekräftelse av deltagande.

Studien, dess genomförande och personals deltagande har godkänts av VUP:s verksamhetschef Malin Nilsson och BUP:s verksamhetschef Annelie Sundén Gustafsson.

Projektets genomförande

Om Du tackar ja till att delta i denna studie kommer Du att delta i en fokusgrupp vid ett tillfälle under hösten 2017. En fokusgrupp kan beskrivas som en systematiserad gruppintervju som utgår från deltagarnas uppfattningar, åsikter, attityder eller vilka faktorer som är viktigast i en viss fråga.

Fokusgruppen kommer bestå av 5-6 personer med deltagare från din egen organisation, dvs en grupp från BUP och en grupp från VUP. Tidsåtgång ca tre timmar där Du tillsammans med de övriga i fokusgruppen samtalar kring dina erfarenheter och tankar kring patienters övergång från BUP till VUP.

En av oss kommer att fungera som diskussionsledare och ställa frågor kring olika teman för att stimulera samtalet. Den andre kommer inta en mer reflekterande position med möjlighet till att fördjupa frågor samt föra anteckningar.

Fokusgrupp för VUP:s personal: onsdag den 27 september kl. 9 - ca 11.30.

Fokusgrupp för BUP:s personal: onsdag den 4 oktober kl. 9 - ca 11.30.

Vi inleder med kaffe och smörgås.

Plats: Skaraborgs sjukhus Skövde. Återkommer med lokal.

Dina uppgifter kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Endast de som är ansvariga för studien har tillgång till materialet som förvaras separat i arkivutrymme godkänt för journalhandlingar på Skaraborgs sjukhus. Vid publicering av resultat från studien kommer samtliga deltagarnas anonymiseras så att inte någon enskild person skall kunna identifieras. Resultatet kommer att publiceras i form av en uppsats vid Göteborgs universitet samt eventuellt i en internationell vetenskaplig tidskrift och kommer inte att kunna härledas till Dig som person.

Deltagande i studien och frivillighet

Ditt deltagande i studien är frivillig och kan när som helst och utan närmare förklaring avbrytas. Någon ekonomisk ersättning utgår inte.

Ytterligare information

Om Du anmäl ditt intresse eller har några frågor med anledning av ovanstående är Du välkommen att kontakta nedanstående:

Susann Engman,
socionom

susann.engman@vgregion.se

0702-48 80 10

Anna Nordberg
socionom

anna.m.nordberg@vgregion.se

0769-49 66 44

BILAGA 3



Samtyckesformulär

Medgivande till deltagande i studien "Från barn till vuxen - om övergångar i den psykiatriska vården".

Jag har muntligen och skriftligen informerats om den aktuella studien. Jag samtycker till att delta i studien och känner till att mitt deltagande är frivilligt samt att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Forskningspersonens namnteckning	Datum/.....2017
Namnförtydligande	Tid Kl.....

Projektledarens namnteckning	Datum/.....2017
Namnförtydligande Anna Nordberg	Tid Kl.....

Projektledarens namnteckning	Datum/.....2017
Namnförtydligande Susann Engman	Tid Kl.....

BILAGA 4



Från barn till vuxen – om övergångar i den psykiatrisk av vården

Bakgrundsinformation

Profession:

År i yrket:

Anställning inom psykiatri: