

GÖTEBORGS UNIVERSITET  
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**“Vi stannade ju för barnen”**

- Psykodynamikers upplevelser av yttre krav i barn-  
och ungdomspsykiatri

Joakim Roos

Självständigt arbete 30hp  
Examensarbete  
PM2519  
Vårtermin 2021

Handledare: Mats Eklöf

## “Vi stannade ju för barnen”

### - Psykodynamikers upplevelser av yttre krav i barn- och ungdomspsykiatri

Joakim Roos

**Sammanfattning.** Offentlig verksamhet i Sverige är ofta toppstyrd och med ekonomiska incitament, vilket kan medföra motsättningar mellan auktoriteter och deras anställda. I denna studie undersöktes hur psykodynamiskt intresserade psykologer och psykoterapeuter verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri beskriver och hanterar yttre krav och styrningar. Genom sju semistrukturerade intervjuer framkom aspekter specifikt kopplade till ett psykodynamiskt intresse, exempelvis en upplevelse av att bli sedd som utdaterad och att behöva kämpa för sitt perspektiv. Det framkom även mer allmänna upplevelser av arbete i barn- och ungdomspsykiatri, så som stor påverkan av högt söktryck till verksamheten och att biomedicinska synsätt kan påverka negativt. Resultaten diskuteras i ljuset av professionellt utrymme, etisk stress, kognitiv belastning, proceduriell rättvisa samt individ- och samhällsperspektiv gällande de svårigheter som framkom.

Motsättningar mellan psykodynamiskt orienterade behandlare och kognitiva beteendeterapeuter har sedan lång tid tillbaka, men också mycket nyligen, präglat dels en offentlig debatt (Böckman et al., 2020; Kriisa, 2020b; Svenska Psykoanalytiska Föreningen, 2020), dels gjort sig gällande på arbetsplatser på olika vis. Detta, i samband med hälso- och sjukvårdens allt tydligare prioritering av kostnadseffektivitet och produktivitet, har gjort att psykodynamiska förhållningssätt i den offentliga vården ifrågasatts på många håll i landet. Syftet med denna studie var att undersöka hur psykodynamiskt orienterade psykologer och psykoterapeuter verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri beskriver och hanterar de olika yttre krav och styrningar som påverkar deras arbetssätt. För att sätta psykodynamikers upplevelser av sitt arbete i en kontext kommer inledningsvis de organisatoriska, strukturella, juridiska och etiska ramarna som psykologen/psykoterapeuten har att förhålla sig till beskrivas.

### **Att vara psykodynamiskt orienterad**

Att vara psykodynamiker hänvisar till psykologiska teorier som fångas under begreppet psykodynamisk teori. Det finns många olika definitioner av begreppet, men i en sammanfattning av huvuddrag (Summers & Barber, 2012) går det att se tydliga kopplingar mellan psykodynamisk teori och terapi, och flera av de idéer som återfinns hos stora psykoanalytiker som Klein (1952) och i nyttgivet samlingsverk av Freud (2008). Begreppet psykodynamisk terapi är dock inte enhetligt, och för att understryka otydligheten i begreppet hade man med 14 olika former av psykodynamisk terapi i en meta-analys, men samtliga analyserades likväl under samma paraplybegrepp (Leischenring & Leibing, 2003).

Att vara psykodynamiskt orienterad inbegriper således ett brett spektrum men har även ett antal huvuddrag som delas med psykoanalytisk teori. Begreppet kommer dock inte definieras närmare inom ramarna för detta arbete. De legitimerade psykologer och psykoterapeuter som intervjuats har själva identifierat sig som psykodynamiskt orienterade, utan närmare beskrivning.

## **Psykologer och psykoterapeuter inom barn- och ungdomspsykiatri**

Legitimerade psykologer och psykoterapeuter inom barn- och ungdomspsykiatri har ett personligt ansvar kopplat till arbetet de utför (SFS 2010:659, 6 kap. 2 §), men delar även detta ansvar med andra yrkeskategorier (Liff & Andersson, 2009), vilket kan tänkas medföra rolloklarhet och ansvarsdiffusion.

**Arbete inom barn- och ungdomspsykiatri.** Vården inom barn- och ungdomspsykiatri räknas som specialistpsykiatri och bedrivs på landstingsnivå. Inom verksamheten finns inga givna ramar för vilken typ av arbete olika professioner utför då det finns betydande lokala och regionala variationer kring hur mottagningarna är organiserade. Ett exempel på detta är att man i Göteborgsområdet delat upp mottagningar sett till nybesök, utredningar och olika typer av behandlingar; andra kommuner kan ha en enda mottagning som tar emot all specialistpsykiatrisk problematik och utför sina egna nybesök. Således är inte heller arbetet som bedrivs av legitimerade psykologer och psykoterapeuter vare sig enhetligt eller självklart.

Liff och Andersson (2009) beskrev andra relevanta aspekter som direkt eller indirekt påverkar psykologens och psykoterapeutens arbete i barn- och ungdomspsykiatri. En aspekt är att mottagningens överläkare är ansvarig för patienterna vilka befinner sig antingen under utredning eller behandling, men även de patienter som står på väntelistan. Författarna ger exemplet att det finns en personligt knuten risk till överläkaren om en patient på väntelistan exempelvis självskadar. En annan aspekt som belyses är enhetschefens ansvar för mottagningens resurser, och att varje patient på det viset i någon mån kan uttryckas vara en "risk" för enhetschefen. Vad författarna även nämner är att "det är närmast omöjligt att bedöma resursbehovet för en behandling i förväg" (Liff & Andersson, 2009, s. 257).

**New Public Management.** New Public Management (NPM) har länge präglat offentlig verksamhet (Almqvist, 2004), vilket även innefattar barn- och ungdomspsykiatri. Begreppet är förhållandevis brett, men kan i korthet sägas ha grundtanke i att betrakta medborgarna som konsumenter och att den offentliga sektorn ska orienteras för att främja kostnadseffektivitet (Liff, 2015). Kritik mot NPM innefattar det ökade fokuset på administrativa uppgifter (till följd av stort fokus på olika typer av mätningar och annan typ av dokumentation), att det professionella utrymmet minskar och att styrandeformen är extra svår att tillämpa i just sjukvård (SOU 2018:38). Appliceringen av NPM har förvisso bidragit med vissa positiva aspekter, som att i högre utsträckning mäta och utvärdera sina insatser, men inte sällan på bekostnad av att enheter fokuserar enbart på sitt enskilda uppdrag med mycket lite tid och utrymme för att fokusera på helhetsbilden gällande patientens situation (Bringselius, 2017; SOU 2018:47). I en kvalitativ studie med psykologer pekade man ut ett antal negativa konsekvenser av just NPM, vilka bland andra var upplevelse av begränsat handlingsutrymme, stor resursbrist, samt en situation där man tvingades välja mellan kvantitet och kvalitet (Fransson & Hussein, 2019). Avseende kvantitet och kvalitet beskriver en annan kvalitativ studie av Liff och Andersson (2009)

att de första insatserna inom barn- och ungdomspsykiatri blir kortare och mindre omfattande. Detta skulle kunna tolkas som en konsekvens av att försöka klara av vårdgarantin och att i statistiken ha tagit emot så många patienter som möjligt, utan större hänsyn till kvalitativa aspekter. Författarna beskrev även att specifika kompetenser koncentreras på olika mottagningar, vilket de menar leder till att det blir svårare för barn och unga med multipla diagnoser (som är vanligt förekommande i specialistpsykiatri) att få den behandling de behöver.

Sammanfattningsvis går det att säga att arbetet som psykolog och psykoterapeut inom barn- och ungdomspsykiatri kan innebära svårigheter utifrån att den professionelle inte själv äger ansvar för vårdprocessen utan delar detta ansvar med andra, exempelvis en chef och en överläkare, trots att man som legitimerad psykolog och psykoterapeut har ett personligt professionsansvar kopplat till sin legitimation. Vidare påverkas den professionelles roll av den styrning som finns, och inom den offentliga sektorn idag präglas den professionelles roll till stor del av kostnadseffektivitet, stark styrning, och produktionskrav. I studier har man sett att motsättningar mellan behandlare i psykiatri och dess ledning tenderar att förminska och förenklas, och att dessa motsättningar enligt hierarkisk ordning faller till förmån för ledningens strävan (Arman, Liff & Wikström, 2014).

## Styrdokument

Legitimerade psykologer och psykoterapeuter är således hierarkiskt underordnade inom organisationen, och utöver denna underordning har de också en mängd lagar och riktlinjer att förhålla sig till. Lagar och riktlinjer kan tänkas bidra till ytterligare rolloklarhet, men även en tänkbar belastning i att väga det personliga behandlingsansvaret mot organisationens strävan för kostnadseffektivitet, och att dessutom tolka in och värdera det ibland motsägelsefulla innehållet i lagar och riktlinjer.

**Lagar.** All vårdpersonal i Sverige har ett antal föreskrifter och lagar att förhålla sig till avseende hur vården bedrivs. Om dessa föreskrifter och lagar inte efterföljs kan den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten komma att få sin legitimation eller sitt yrkesutövande prövat, exempelvis då anmälan till Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) görs.

Det finns en uppsjö relevanta paragrafer som kan presenteras inom ramen för vad psykologens och psykoterapeutens arbete innebär, men de tre huvudsakliga lagarna att förhålla sig till är Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30), Patientsäkerhetslag (SFS 2010:659) samt Patientlag (SFS 2014:821). Då det kan finnas situationer när dessa lagar står i konflikt med varandra, exempelvis i vård som involverar både barn och föräldrar, kan den enskilde psykologen behöva göra svåra prioriteringar.

**Socialstyrelsens riktlinjer.** Utöver lagar finns även riktlinjer för hur olika tillstånd i barn- och ungdomspsykiatri kan behandlas. I Sverige är Socialstyrelsens (2020) prioriteringslista vedertagen. Såväl prioriteringslistan som själva framställningen av densamma har ifrågasatts från olika håll i många år - exempelvis i Psykologförbundets tidning (Hjelm, 2020; Örn, 2018; Kriisa, 2020a). Socialstyrelsen använder sig av ett internationellt, men likväl omstritt, sätt att bedöma evidens (Socialstyrelsen, 2020). Bedömningssystemet kan sägas vara systematiskt "... men lämnar mycket utrymme för subjektiva bedömningar, vilket gör att rekommendationen kan liknas vid ett expertutlåtande." (Roback & Carlsson, 2009, s. 22). Socialstyrelsen använder sig av en

egen anpassning av systemet, som även innefattar att bedöma kostnadseffektivitet (Prioriteringscentrum, 2017). Högst värderade är randomiserade kontrollerade studier, ofta förkortade RCT, vilka inte sällan använder sig av en experimentell design som inom psykologisk forskning har ifrågasatts för att brista i ekologisk validitet (Kennedy-Martin, Curtis, Faries, Robinson & Johnston, 2015; Rothwell, 2006; Shean, 2014).

I riktlinjerna för barn och unga från Socialstyrelsen (2020) prioriteras korttids-PDT genomgående mycket lågt. I vissa fall får det ingen prioritering alls till följd av bristande underlag, och i enstaka fall förekommer metoden med prioritering 10 - den lägsta möjliga, efter bland annat KBT (och IPT vid depression), men även lägre prioritering än farmakologisk behandling och behandlingar såsom psykopedagogisk behandling. Längre psykodynamisk terapi benämns inte alls i Socialstyrelsens riktlinjedokument. Gällande psykopedagogisk behandling förklaras det som följer: "Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande." (s. 34). Att exkludera en terapimetod till följd av bristande vetenskapligt underlag men samtidigt inkludera en annan med samma förutsättningar kan tänkas ge upphov till tveksamhet hos behandlarna kring riktlinjernas pålitlighet, då de som träffar patienterna ska applicera riktlinjerna i praktiken.

**En inblick i andra riktlinjer för psykologisk behandling.** Riktlinjer tillhörande såväl andra länder som internationella riktlinjer går också att titta på, jämsides de svenska. I stor utsträckning baseras dessa andra riktlinjer på samma forskningsmassa som Socialstyrelsen (2020) har utvärderat. Efter genomgång av åtta olika riktlinjedokument tycks det finnas en samsyn att det vetenskapliga underlaget för psykodynamiska terapier vid olika psykiatriska tillstånd är tunt, men majoriteten av riktlinjer väljer ändå att inkludera metoden på ett eller annat sätt, dock sällan med högsta prioritet. Vissa länders riktlinjer var inte heller helt tydliga med sin prioriteringsordning, vilket skulle kunna tolkas som att valet av behandlingsmetod i stor mån anses vara upp till den professionelle att bedöma (American Psychological Association, 2019; Bauer, Pfennig, Severus, Whybrow, Angst & Möller, 2013; Finska läkarföreningen Duodecim, 2020; National Institute for Health and Care Excellence, 2019; Parikh et al., 2016; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2010; Sundhedsstyrelsen, 2016; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, 2017).

Det är tydligt, med de styrdokument som finns till för att sätta en riktning på psykologens och psykoterapeutens arbete, att det finns en uppsjö med olika budskap att förhålla sig till, och att den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten slits i många olika riktningar gällande vad som är "rätt sätt" att utöva sitt yrke. En tänkbar konsekvens är att den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten blir underminerad i sin handlingsfrihet i samband med alla dessa dokument, vilka kan tänkas ha som följd att man som behandlare börjar tvivla på sin egen bedömningsförmåga. Det kan vara värt att fundera kring om ett implicit budskap kan bli att legitimerade psykologers och psykoterapeuters profession inte ska innefatta bedömning av lämplig behandlingsmetod, utan endast att utföra de behandlingar som rekommenderats från andra håll.

**Evidens, och applicering av densamma.** Som tydligt ovan präglas riktlinjer av synen på och värderingen av olika typer av evidens. Socialstyrelsen (2020) har använt sig av en internationellt vedertagen metod som kallas för GRADE. Med alla sådana metoder sker en, av personer i auktoritetsposition, värdering gällande vilken typ av kunskap som ska bli mest tongivande. Denna värdering kan kopplas till en politisk arena, och exempelvis har synen på RCT-studier som gyllene standard för evidens påpekats vara alltför dogmatisk (Bullock, 2004). Författaren påpekar att RCT-studier mycket riktigt kan

vara den bästa typen av studie i vissa typer av forskning, men ofta mindre applicerbar när det rör sig om sociala eller beteendemässiga undersökningsfrågor, där verkligheten ofta är mer komplex än vad som fångas i RCT-studier.

Hur evidens appliceras är inte heller någon självklarhet. Om än riktlinjer just är tänkta att ge riktning för de legitimerade psykologernas och psykoterapeuternas arbeten är det inte ovanligt att det upplevs finnas en diskrepans mellan riktlinjer och den kliniska vardagen. För att underlätta applicering av evidens finns ett arbetssätt tänkt att bättre kunna appliceras på den specifika verksamheten som kallas evidensbaserad praktik (Socialstyrelsen 2021). Modellen bygger på en sammanvägning av fyra källor: 1) Bästa tillgängliga kunskap, 2) Personens situation samt kontextuella omständigheter, 3) Personens erfarenhet och önskemål, samt 4) Professionell expertis. Genom begreppet evidensbaserad praktik vidgas synen på evidens, genom att föra in fler källor än enbart forskning, på ett sätt där patienten som individ får större inflytande, och den legitimerade psykologens eller psykoterapeutens bedömning spelar också större roll.

Nackdelar med evidensbaserad praktik är att det kan tänkas öka arbetets kravnivå ytterligare, och dessutom bidra med än mer rollklarhet sett till att det då blir fler motsägelsefulla budskap gällande vem som sätter riktningen för arbetet och för de metoder som rekommenderas användas (Eklöf, 2017). Att ägna sig åt evidensbaserad praktik kan således i teorin ge den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten en känsla av kontroll, men i hierarkiska organisationer som fokuserar på kostnadseffektivitet finns risk för ökad rollklarhet och ytterligare intressekonflikter inom organisationen.

## Etik

Det är rimligt att hävda att alla arbeten som innebär såväl direkt kontakt med, som ett ansvar för, andra människors liv i stor mån innefattar betydande etiska och moraliska aspekter. Att förhålla sig till de etiska aspekterna och samtidigt förhålla sig till yttre krav och styrningar kan leda till påfrestande situationer (Kukora, Laventhal, Keefer & Fern, 2018).

**Etiska riktlinjer.** Parallellt tidigare nämnda lagar och riktlinjer finns även etiska riktlinjer som legitimerade psykologer i Sverige har att förhålla sig. Det finns en väsentlig åtskillnad mellan etiska riktlinjer och lagar. Etiska riktlinjer reflekterar ett förbunds åsikt och normerande budskap, och lagar är i sin natur tvingande. Denna skillnad mellan riktlinjer och lagar är viktig att ha i åtanke när deras respektive innehåll övervägs. De etiska riktlinjerna gör det tydligt att man som psykolog bör hålla sig uppdaterad kring den senaste kunskapen och de metoder som reflekterar samhällets behov, samtidigt som det också tydliggörs att psykologer bör arbeta utifrån såväl vetenskap som beprövad erfarenhet (Psykologförbundet, 1998).

Liknande punkter lyfts i de etiska riktlinjer som finns för legitimerade psykoterapeuter, där det förtydligas att behandlaren ansvarar för sitt arbete, och att detta arbete bygger på tanken om människors lika värde samt "humanistiska och demokratiska ideal" (Riksföreningen PsykoterapiCentrum, 2011, s. 1). Som vårdgivare regleras, liksom psykologers arbete, även psykoterapeuters arbete av de lagar som reglerar sjukvården i stort.

En kontrast i de etiska riktlinjerna för psykoterapeuter jämfört med psykologer är att Psykologförbundet har ett etikråd, vilka kan besluta om uteslutning ur förbundet – en funktion psykoterapeuternas största intresseförening PsykoterapiCentrum inte tycks ha.

**Etisk och moralisk stress.** Etisk stress är ett begrepp vilket beskrivs som den slitning som uppstår inom en person då det finns flera “rätta” förhållningssätt, vilket skapar en förvirring och i förlängningen stress, inom individen gällande vilken handling som är den mest korrekta (Kukora et al., 2018). Författarna exemplifierar detta genom en konflikt mellan en individs värderingar och arbetsgivarens och andra uppdragsgivares intressen. Moralisk stress beskrivs på liknande sätt, där individen har en tydlig uppfattning om vad som vore rätt att göra i en given situation, men att det finns förutsättningar i omgivningen som försvårar eller omöjliggör individens föredragna agerande (Lützen, Blom, Ewalds-Kvist & Winch, 2010).

Forskning bland sjukvårdspersonal har funnit att etisk stress kan medföra stora negativa konsekvenser, såsom stressrelaterade sjukdomar och utmattningssyndrom, för individer som länge eller intensivt exponeras för etisk stress (Mullen, Morris & Lord, 2017; Severinsson, 2008). I en studie såg man att den mest stressande faktorn i yrket var underbemanning, vilket ledde till etiska påfrestningar (Ulrich et al., 2010). Utöver den tydliga negativa inverkan det kan ha på individen kan även organisationen drabbas, genom att individen upplever sig mindre nöjd med sitt jobb och blir mer benägen att säga upp sig (DeTienne, Agle, Philips & Ingerson, 2012; O'Donnell et al., 2008).

Sammantaget är den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten under påverkan av olika myndigheter, organisationer och dokument med olika intressen i vilken typ av arbete som ska utföras, samtidigt som den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten även står i förbindelse till sig själv och sina värderingar. Den legitimerade bär förvisso själv “ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.” (SFS 2010:659, 6 kap. 2 §) men det finns också en rad olika förslag kring hur detta ska göras, såväl genom riktlinjer som genom lagar, och man kan anta att det kräver en stor kognitiv ansträngning då den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten behöver göra en avvägning mellan ansvaret för fullgörandet av arbetsuppgifterna och yttre påtryckningar. Vidare går det att tänka att alla dessa olika “rätta” förhållningssätt – lagar, riktlinjer, egen bedömning, patientens önskemål, föräldrars önskemål, chefens önskemål, jargong i offentliga debatter, och dylikt – är tänkbara källor till etisk stress hos den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten.

## **Tidigare forskning kopplad till yttre styrningar i psykiatri**

Endast ett fåtal studier berör legitimerade psykologers och psykoterapeuters upplevelser och hanteringssätt av yttre styrningar, och inga av dessa studier är gjorda på en svensk population. Ett examensarbete (Leander & Nellde, 2014) på Psykologprogrammet i Göteborg berörde det närliggande ämnet etisk stress hos primärvårdspsykologer, och fann att det förekom en etisk slitning framför allt rörande resursbrist, vilken mynnade ut i en press att ha kortare vårdkontakter jämsides en uppfattning hos behandlarna om att längre behandling skulle ha varit mer gynnsam för patienten. Det blev även tydligt att behandlaren hamnade i ett slags avvägning mellan “att arbeta med den patient som fanns i rummet just för stunden, eller att väga in de patienter som väntade på kontakt” (Leander & Nellde, 2014, s. 30). En studie gjord i USA (Austin, Rankel, Kagan, Bergum & Lermeyer, 2005) fann ett antal strategier psykologer använder sig av för att hantera etiska dilemman (eller *moral distress* som författarna benämner det). Dessa strategier var bland annat att prioritera patientens bästa genom att bryta mot regler, eller att säga upp sig.

## Syfte och undersökningsfrågor

Syftet med denna studie var att undersöka hur psykodynamiskt orienterade psykologer och psykoterapeuter verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri beskriver och hanterar de olika yttre krav eller styrningar som påverkar deras arbetssätt. De huvudsakliga frågeställningarna för arbetet var som följer:

- Hur upplever psykodynamiskt intresserade psykologer och psykoterapeuter inom barn- och ungdomspsykiatri sitt arbete sett till yttre krav och styrningar?
- Hur hanteras dessa yttre krav och styrningar, och vilken påverkan får de?

## Metod

### Deltagare

Intervjuer genomfördes med totalt sju personer. Grundkriterier för deltagande i studien var psykolog- eller psykoterapeutlegitimation, samt psykodynamiskt eller psykoanalytiskt intresse, och att vid någon tidpunkt de senaste fem åren ha arbetat i barn- och ungdomspsykiatri (BUP).

Initialt hade åtta personer anmält intresse, varav en drog tillbaka sitt intresse innan intervju hann genomföras. Respondenterna tillfrågades ej om sin könstillhörighet, men jag bedömer att det var tre män och fyra kvinnor som deltog i studien. Respondenternas erfarenheter av barn- och ungdomspsykiatri representerade fyra olika län. Vidare var sex av sju deltagare legitimerade psykologer, och en var legitimerad psykoterapeut med socionomutbildning i grunden. Av de sex psykologerna var tre även legitimerade psykoterapeuter. Fyra av de sex psykologerna hade även påbörjat eller avslutat en specialistutbildning. Information om typ av specialistutbildning inhämtades ej. Av samtliga sju deltagare hade fem kvar sin anställning på BUP, övriga två arbetade sedan tre till fyra år tillbaka med psykologisk behandling inom annan verksamhet.

Respondenterna rekryterades genom bekvämlighetsurval. Författaren arbetar själv inom BUP och tillfrågade dels kollegor om de själva ville vara med eller om de kände någon som kunde vara intresserad, dels rekryterades respondenter genom en Facebook-grupp riktad mot psykologer inom BUP. Sex av respondenterna kom från nämnda grupp på Facebook. I tillfrågan som skickades ut via e-post och i Facebook-gruppen framgick information om intervjuens och studiens syfte. Bland annat framgick en önskan om att intervjua personer som stött på motstånd i sina psykodynamiska eller psykoanalytiska insatser, och hur dessa personer förhåller sig till och förhandlar yttre krav. Utöver detta framgick praktisk information kring intervjun, samt information gällande frivillighet, konfidentialitet, och möjlighet att avbryta deltagande i studien om man så önskar. Tiden mellan denna information och att intervjuerna ägde rum var ungefär fem månader.

Psykoanalytiska insatser nämns i tillfrågan, men i arbetet skrivs endast om psykodynamisk terapi. Detta för att öka textens läsbarhet och för att ingen av respondenterna uppfattades arbeta mer klassiskt psykoanalytiskt. Ytterligare värt att notera är användandet av begreppet *motstånd* i tillfrågan, ett begrepp som inte är i fokus i



arbetets slutliga utförande. Begreppet uteslöts då det upplevdes ha negativ prägel, och ersattes då av yttre krav och styrningar.

## **Instrument**

Intervjuerna genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Intervjuerna inleddes med en fråga som syftade till att respondenten skulle få redogöra, mycket kort, för sin utbildning och arbetslivserfarenhet. Därefter ställdes en öppen fråga kring vad det var som lockade till deltagande i studien, utifrån tillfrågan (se bilaga 1). Merparten övriga frågor tog tydlig inspiration från Critical Incident Technique (Flanagan, 1954). Exempel på en fråga med denna ansats var *“Kan du ge ett exempel på en eller flera situationer i arbetet där du tvingats fatta beslut eller göra prioriteringar som gått emot dina centrala värderingar?”*. Samtliga frågor följdes upp med följdfrågor och uppmaningar om att delge fler exempel på situationer, för att få så uttömmande svar som möjligt på varje område. För hela intervjuguiden, se bilaga 2.

## **Tillvägagångssätt**

Två av intervjuerna genomfördes på respondenternas arbetsplatser, och resterande fem via det digitala mötesrummet Zoom. Samtliga intervjuer tog mellan 45 och 60 minuter. Respondenterna fick ingen särskild information gällande intervjuerna, utöver den tillfrågan som redan skickats ut, vilken även lästes upp för de respondenter som efterfrågade detta, då en av frågorna hänvisade just till tillfrågan. Respondenterna informerades om att arbetet omfattas av forskningsetiska krav, och samtliga respondenter gav samtycke till deltagande i studien, till inspelning av intervjuerna samt till att deras uttalanden kan komma att användas som citat.

**Förförsök/förstudie.** Den första intervjun i studien användes även som pilotintervju. Utifrån denna intervju lades fråga kring evidens till som stående fråga (dock ej i intervjumallen) – ett område som innan pilotintervjun bara var ett observandum. Detta då evidens i pilotintervjun tycktes utgöra ett viktigt diskussionsområde.

## **Databearbetning**

Efter varje intervju antecknades tankar och idéer gällande teman och händelsesamband som dykt upp under intervjun. När all datainsamling ägt rum transkriberades allt material i löpande text, utan dokumentation av material som bedömdes ovidkommande i förhållande till studiens syfte. Med ovidkommande material avses bland annat småljud och pauser som inte ansågs vara meningsbärande. Därefter gjordes ytterligare antecknande av tankar utifrån allt materials transkribering. Sedan gjordes en första, textnära kodning av materialet med abduktiv ansats, delvis färgat av studiens frågeställning, men likväl dök nya tankar upp under kodningens gång. Exempel på tankar som dök upp var begrepp som proceduriell rättvisa och professionell agens (Eklöf, 2017), vilka i sin tur var med och färgade den fortsatta kodningen. Databearbetningen kan beskrivas ha haft en epistemologisk position i kritisk realism och en ontologisk position åt det idealistiska hållet (Willig, 2013). Kodningen gjordes med avstamp i tematisk analys (Braun & Clarke, 2006), men inte utifrån något specifikt analysupplägg. Koderna från den

första omgången lästes sedan igenom, och det gick att konstatera att det fanns flera tydliga kategorier som respondenterna berört - av vilka flera återfinns i det slutgiltiga resultatet. Koderna arbetades igenom totalt fem gånger för att filtrera ut de teman som utgör slutprodukten.

Samtliga citat som förekommer i arbetet är avidentifierade och skrivna så att de inte går att koppla till specifika personer eller arbetsplatser. Exempelvis har alla benämningar av kön bytts ut till "hen" eller "X". Samtliga citat har skrivits om för att underlätta läsningen, men utan att ändra innebörden i respondenternas uttalanden.

## Resultat

Resultaten redovisas utifrån 3 huvudteman och 20 underteman. Inledningsvis presenteras ett tema som belyser upplevelser av att hamna i spänningsfältet mellan ett personligt och professionellt ansvar, och organisationens påbud. Därefter ett tema med respondenters berättelser om olika organisatoriska faktorer som utgjort ett stöd eller försvårat deras arbete i barn- och ungdomspsykiatri, och slutligen ett tema som fokuserar på de sätt respondenterna, i egenskap av att vara psykodynamiskt intresserade, hanterat organisatoriska faktorer och yttre styrningar.

Frågeställningarna för arbetet var som följer:

- Hur upplever psykodynamiskt intresserade psykologer och psykoterapeuter inom barn- och ungdomspsykiatri sitt arbete sett till yttre krav och styrningar?
- Hur hanteras dessa yttre krav och styrningar, och vilken påverkan får de?

### Tema ett: I spänningsfältet mellan det egna ansvaret och yttre styrningar

Som legitimerad psykolog eller psykoterapeut besitter man dels ett formellt, dels ett personligt etiskt ansvar för vården. I flera berättelser förekom exempel som indikerade att det ansvar man besitter inte lätt fogar sig med barn- och ungdomspsykiatrins olika styrningar. Följande undertema belyser olika aspekter av att hamna i kläm mellan det egna ansvaret och yttre styrningar, exempelvis genom att behöva ta ställning för vissa patientgrupper som organisationen riskerar glömma bort, genom att bli misstrodd och ibland fråntagen den bedömning man som professionell gör, eller genom att bli påverkad och hämmad av evidens och riktlinjer.

**Ett personligt ansvar för vården man ger.** Flera respondenter vittnade om det ansvar man som legitimerad psykolog eller psykoterapeut har för patienten. Ett sätt som nämndes att ta ansvar för patienten var att låta patienten vara delaktig i sitt vårdval, något som inte är helt enkelt när man jobbar med barn och unga. En respondent belyste detta genom beskrivningen att "[Patienten] ska få vara med och välja utifrån preferens, och sen är det ju jättesvårt för patienter för de flesta vet ju inte vad som finns utan de litar ju på oss" (Respondent 6). Således blir behandlaren bedömning än viktigare, och just aspekten att patienten litar på behandlaren förstärker ansvaret den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten har. Något som lades fram som en svårighet i relation till det personliga ansvaret i bedömningen var det lagliga ansvar man har som legitimerad psykolog och psykoterapeut, med en rädsla för att det skulle kunna leda till problem med Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO) om det händer något vid användning av metoder

som inte är högsta rekommendation. Således är det, jämsides det personliga ansvaret att ge den vård man som legitimerad psykolog eller psykoterapeut bedömer vara bäst för patienten, även en avvägning gentemot de riktlinjer som finns och eventuella konsekvenser det kan leda till om de frångås.

**Att själv bedöma om patienten i behandling eller i kön ska prioriteras.** Vissa respondenter tyngdes av bedömningsansvaret gentemot de patienter som står på kö till verksamheten. Detta kunde leda till att det skapas en slitning då man ställs inför att fatta prioriteringsbeslut, om patienten man träffar eller patienten på väntelista bör prioriteras:

*”Sen tycker jag man kan slitas fram och tillbaka i det. Liksom vad är att ta ansvar för de patienter vi har? Det är ju dels de patienter som kommer varje vecka men det är ju också de patienter som söker och inte kommer fram”*  
(Respondent 5)

**Evidens och riktlinjer kryper in under skinnet.** Evidens och riktlinjer kan ha stor påverkan på psykologers och psykoterapeuters välbefinnande i en organisation som barn- och ungdomspsykiatri. Bland annat upplevdes evidens vara viktigt för att minska självtvivel i om de metoder man ägnar sig åt har effekt, men också som ett argumentationsmedel för att kunna försvara psykodynamiska metoder. Vidare påverkade riktlinjer genom att kunna inducera en professionell stress och en osäkerhet då man ägnar sig åt metoder som inte rekommenderas i riktlinjer – samtidigt som flera respondenter ansåg att rådande riktlinjer inte passar verksamhetens målgrupp.

Här går det att se hur man som legitimerad psykolog eller psykoterapeut hamnar i kläm mellan den egna bedömningen och verksamhetens syn på evidens och riktlinjer, där en av följderna kan bli att man börjar tvivla på sig själv och det arbete man ägnar sig åt.

**Kampen för att få göra en egen bedömning.** Flera respondenter var tydliga med att den professionella bedömningen var mycket viktig, närmast oersättlig, i arbetet - en respondent sa sig vara i princip redo att säga upp sig om hen skulle känna att denna bedömning plockades bort. Andra respondenter beskrev sig ha kämpat på många olika vis, och ibland under lång tid, för att få arbeta med metoder de bedömde kunna vara mest hjälpsamma för patienterna.

**Organisationen förmedlar misstro för respondenternas kompetens.** Några respondenters upplevelser av bedömningar i relation till patienter har präglats av misstro och stark styrning från ledningshåll, särskilt när det gäller att avsluta patientärenden: *”Jag blev hotfull och besvärlig, jag gick ju inte med på det där att begränsa mina behandlingar av några andra anledningar än att dom [patienterna] var färdigbehandlade”*. (Respondent 6), därmed en resurskrävande kamp för att få arbeta på ett sätt man kan stå för. En annan respondent beskriver ett liknande scenario präglat av misstro och att bli åsidosatt i sin bedömning: *”Vi blir inte betrodda att vi kan avgöra och bedöma och har kunskap om när det är läge att avsluta ett ärende eller en patient. Där har jag ju fått ge med mig i lägen där jag inte var så övertygad.”* (Respondent 4).

**De små barnen faller mellan stolarna.** Det förekom även berättelser om hur respondenter befarat att psykiatrins yngsta patienter riskerar att falla mellan stolarna, vilket ledde till att de som arbetade med patientgruppen kände ett personligt ansvar:

*”Att vara en sån som står upp för dom svagaste, alltså små barn med trauma kan ju inte själva stå där och skära sig eller göra suicidförsök som ungdomar kan, utan då var det min och mina kollegors [ansvar] att göra deras röst hörd”*  
(Respondent 6)

På liknande vis upplevde en respondent att verksamheten inte förstod att små barn är en unik patientgrupp som kräver andra arbetsmetoder än ungdomar och vuxna gör, och respondenten fick även i hans fall ta striden för de små barnen:

*” ‘Men ska vi ha ett barnterapium med Erikamaterialet [vedertaget psykodynamiskt material] och måste vi ha det?’ Då säger jag ‘hur ska vi kommunicera med små barn? Barns språk är leken och då måste vi ha material för att leka med barn’. Det går inte att sitta och prata med en femåring” (Respondent 1)*

Här ses exempel på hur respondenter upplevt sig behöva ansvara för hela patientgrupper, och inte bara för de individer de träffar i behandling – en påfrestande roll att behöva ta, som syns i respondenternas berättelser.

**Framtvingade beslut och uppoffring för patienterna.** Några respondenter gav exempel på sätt som organisationen tvingat dem till ageranden de inte kunde stå för. En respondent beskrev hur hen hamnade i kläm då chefen tvingat fram behandlingsavslut, och respondenten stod inför *”... ett etiskt dilemma - hur ska jag förmedla det här till patienterna? Jag kunde inte heller säga att min verksamhetschef straffar mig.”* (Respondent 6). Andra respondenter beskrev en rädsla för att hamna i etiska dilemman på grund av verksamhetens påbud. För en respondent fanns erfarenheten av att en hierarkiskt överordnad kollega lovat behandling till en patient, utan behandlarens samtycke *”... med psykiater som försöker kräva att en patient ska få en psykologisk insats eller lovar en patient men där jag inte tycker att jag delar den bedömningen.”* (Respondent 2).

Slutligen beskrev en respondent sin upplevelse av att befinna sig i en destruktiv verksamhet som i slutändan ledde till en i princip framtvingad uppsägning. Respondenten beskrev sin upplevelse av att hamna i spänningsfältet mellan det egna ansvaret för patientens bästa och organisationens påbud genom en analogi:

*”Man börjar anpassa sig, till slut tappar man: När började det här? Och man försöker liksom för barnens skull, precis som en misshandlad kvinna som liksom ‘varför går hon inte bara?’. Då vet vi att när kvinnan går, då kan han ha ihjäl både henne och barnen. Då gör man inte det, och lite så tror jag är den bästa metaforen för att vara där, att vi stannade ju för barnen”* (Respondent 6)

## **Tema två: Faktorer i organisationen som resurs eller hinder**

Följande tema belyser respondenternas olika upplevelser av organisationen, och organisatoriska faktorer som antingen främjat eller hindrat deras arbete. Respondenterna delgav ett brett spann av upplevelser, där några fått arbeta i princip utan motsättningar, och andra har upplevt sig utsatta och motarbetade av organisation, ledning och medarbetare. I viss mån beskrivs komplexiteten av specialistpsykiatri som en belastning i sig, men utöver detta fanns det en rad faktorer som påverkade respondenternas tillvaro, och i vissa fall ledde till avsevärda negativa konsekvenser.

**Friktionsfritt arbete.** Några respondenter beskrev erfarenheter av att psykodynamiska förhållningssätt välkomnats av verksamheten. En respondent kopplar arbetsplatsens öppenhet för psykodynamiska arbetssätt till att det länge funnits sådana

traditioner på hans specifika arbetsplats, genom uttalandet *“/.../ det kan nog vara mycket utifrån min arbetsplats, att det är en mottagning där det har funnits mycket familjeterapeutiska traditioner.”* (Respondent 3). En annan respondent har upplevt att så länge hen är öppen med hur hen arbetar, så bemöts det sällan med motstånd. Utifrån dessa berättelser går det att urskilja att respondenter upplever att kultur och tradition på arbetsplatsen påverkar verksamhetens syn på psykodynamiska förhållningssätt, men även att öppenhet med sina metoder kan påverka hur kollegor och överordnade förhåller sig till psykodynamiska arbetssätt.

**”Det är liksom som att man är någon slags dinosaurie som har överlevt”.** I kontrast till föregående tema delgavs berättelser om att i egenskap av psykodynamiker känna sig annorlunda och utanför. Denna känsla härstammar i respondenternas utsagor från bland annat hur organisationen gjort sig av med sådant som har med psykodynamisk terapi att göra, hur medarbetare pratat om psykodynamisk terapi, eller att vara den enda psykodynamikern på sin arbetsplats. Exempelvis beskrevs självkänslan kunna påverkas av dels en allmän diskurs om att psykodynamiska metoder inte skulle fungera, dels att kollegor på arbetsplatsen har en förlöjligande jargong kring psykodynamisk terapi. En respondent beskrev sin upplevelse av att metoden man tror på i princip raderas från arbetsplatsen, och att detta påverkat respondentens syn på sig själv:

*”Man tar bort och rensar bort /.../ man tar bort sandlådan överallt, du vet den där Erikasandlådan, ja men det behövs inte. Så att det är liksom som att man är någon slags dinosaurie som har överlevt. /.../ Det är inte så lätt att värdera sig själv”* (Respondent 4)

En annan respondent beskriver en tidigare känsla av att vara annorlunda och fel, som ändrades när det kom nya, psykodynamiskt intresserade, kollegor till arbetsplatsen, vilka *“... är kanske mer intresserade av att jobba dynamiskt än med KBT, så nu känns det som att jag är inte lika ensam längre, och det är okej att vara psykodynamiker.”* (Respondent 1).

Här blir det tydligt att kollegor, organisationens budskap och omgivningen (i form av en allmän diskurs) haft negativ påverkan på respondenterna, och lett till försämrade självkänsla, samt en känsla av att vara passé och ensam – känslor som också kunde mildras med stöd från kollegor.

**Barn- och ungdomspsykiatri är en krävande verksamhet.** Flera respondenter berörde aspekter som relaterar till barn- och ungdomspsykiatri som verksamhet. En sådan aspekt var att barn- och ungdomspsykiatri är en komplex och krävande verksamhet med en patientgrupp som ställer stora krav på såväl enskild personal som på organisationen. Att arbeta med komplexa svårigheter hos patienter - vilket patienterna som kommer till specialistpsykiatri bör ha - kräver mycket av personalen, och än mer om det dessutom innebär kontakt med komplexa föräldrar. En respondent beskrev hur det *”tär på krafterna”* (respondent 1) med situationer där patientens föräldrar på olika vis utgör hinder för behandling. En annan påfrestning var väntetider och högt söktryck. En följd av dessa faktorer var att det som erbjuds till patienterna är mindre än vad respondenterna önskar kunna ge. Detta kan bli påfrestande och ge en känsla av att man inte riktigt kan stå för det arbete som bedrivs i barn- och ungdomspsykiatri: *”Ja det där etiska dilemmat där man tvingas träffa folk, man säger ’Välkommen till BUP’ och har ett nybesök, och sen vet man att de inte kommer få någon jättebra vård, utan de får bara vänta”* (respondent 4). Söktrycket beskrevs kunna leda till försämrade behandlingskvalitet och att patienter inte får den vård de behöver.

Genom utsagorna är det tydligt att de legitimerade psykologerna och psykoterapeuterna upplever betydande påfrestning genom hur verksamheten ut, med komplexa patient- (och ibland även föräldra-) ärenden, i kombination med ett stort söktryck – faktorer som inte beskrevs nödvändigtvis vara kopplade till ett psykodynamiskt intresse, men likväl kunde utgöra en stor belastning.

**Man vantrivs om chefen inte förstår verksamheten.** Just organisationens budskap, och framför allt överordnades förhållningssätt till psykodynamiska metoder, var ett tydligt område i flera respondenters berättelser. Bland annat kopplas chefens erfarenhet och utbildning till upplevelser om att arbeta friktionsfritt. Respondenterna ger exempel på goda erfarenheter av chefer som beskrivs som psykodynamiker, psykoanalytiker eller psykolog - men tonvikten tycks ligga på huruvida chefen har erfarenhet av (barn-)psykiatri eller inte. En annan viktig chefsaspekt tycks vara huruvida chefen förmedlar tilltro till sina anställda, och om chefen förhåller sig till riktlinjer som ett stöd snarare än ett tvingande dokument. Bägge förhållningssätt beskrevs kunna underlätta arbetsvardagen för respondenterna.

I kontrast till de främjande faktorerna fanns motsvarande beskrivning om att oförståelse och bristande erfarenhet från ledningshåll kan leda till att man som legitimerad psykolog eller psykoterapeut upplever sig överdrivet styrd av sina överordnade. En respondent beskrev denna styrning som mycket frustrerande, särskilt när ens överordnade inte förstår arbetet som utförs, att *“Det blir så löjligt att någon ska tala om för mig som inte har så mycket klinisk erfarenhet.”* (Respondent 4). Vidare gavs beskrivningar om chefer som slaviskt följer de riktlinjer som finns – men också beskrivningar om hur chefer bestämmer en viss behandling trots frånvaro av riktlinjer för en viss patientgrupp. Detta ledde i en respondents fall till stora motsättningar i arbetsgruppen och en upplevelse hos respondenten att chefen var mycket oförstående kring det arbete som faktiskt bedrivs.

**Medicinska och effektiviserande förhållningssätt tär på behandlarna.** Flera respondenter berättade om erfarenhet av att organisationen i stor mån präglats av stället, i termer av att tydligt förhålla sig till riktlinjer och styrdokument, men också av kostnadseffektiviserande åtgärder. Sådana förhållningssätt, samt biomedicinska synsätt, har haft tydlig negativ påverkan på flera respondenter. Det medicinska paradigmet beskrevs ha som effekt på vården att psykiska svårigheter jämföras med somatiska sjukdomar, och att psykologisk behandling betraktas kunna doseras likt mediciner. Detta förhållningssätt beskrevs vara oförenligt med psykiatri, och att exempelvis läkare kan ha en helt annan grundsyn på psykiskt lidande än den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten ofta har. Denna syn beskrevs också kunna ha som effekt att patientens individualitet förminskas. Patienten som individ upplevdes även kunna förminskas genom att mätbarhet och statistik var så högt prioriterade i verksamheten. Jämsides effekten det kan ha på relationen till patienten kan även fokuset på att räkna pinnar (vilket är antalet besök man avverkar per dag) bidra till att en som legitimerad psykolog eller psykoterapeut känner sig bortglömd och en upplevelse att inte betyda mer än de pinnar man producerar, oavsett vad man är bra på.

Rigida och effektiviserande förhållningssätt i organisationen utgjorde hinder för flera respondenter, och en respondent krävdes göra stora uppoffringar för att utföra ett fullgott arbete med sin yrkesidentitet i behåll:

*”Det är väldigt lätt att bli utbränd - jag har varit utbränd. /.../ Man hade kunnat göra det mycket enklare för sig på nåt sätt men där är jag så att jag inte vill och kan ändra på mig själv utan jag är engagerad och lägger mera jobb eller investerar från mig själv också på ett annat sätt, och med den*

*fabriksmodellen så kan du tänka dig att det blir liksom det blir för mycket”*

(Respondent 4)

Andra respondenter vittnar om liknande erfarenheter, av att ha fått kämpa mycket med, och lidit mycket av, riktlinjefokuserade organisationer. Bland annat beskrev en respondent hur hen känt att väsentliga och identitetsnära (psykodynamiska) delar hos hen själv trycktes undan, eftersom organisationen inte upplevdes ha utrymme för andra förhållningssätt än KBT.

Således beskrevs effektivisering, organisatorisk stelhet och det medicinska paradigmet vara stressande för respondenterna. En stressor kunde vara att delar hos den enskilde patienten riskerar att missas, och att då vården riskerar bli förknippad med stora brister. Detta, i samband med att engagemang och investering i sitt arbete inte uppmuntras eller får plats, utan fokus ligger på de pinnar man producerar, kan leda till stora konsekvenser, däribland utbrändhet, som en respondent vittnade om.

**Omorganisation eller mardröm?** Vissa respondenter gav specifika exempel på de kontraster som blivit just då stora organisatoriska förändringar ägt rum, och de förändringar som omorganisationerna medfört beskrevs i starkt negativa ordalag. Förändringarna innebar att tidigare, fungerande, arbetssätt ogiltigförklarades och att behandlarna fräntogs mycket av sin autonomi. En respondent talar om en omorganisation med en omedelbar effekt i form av stress, förvirring och besvikelse, men också ihållande konsekvenser, vilka skulle kunna beskrivas som ett hot mot identiteten:

*”Jag brukar få sån här ‘har det här verkligen hänt? Kan det här vara riktigt eller har jag drömt?’, att jag ibland tvivlar på min egen upplevelse. Det är så konstigt och jag har ägnat väldigt mycket tid att försöka begripa det”*

(Respondent 6)

En annan respondent beskriver att stora och hastiga förändringar fick tydliga negativa effekter:

*”Sen så plötsligt då ändrades det om. Ny chef, som bara var intresserad av det här med pinnar och prestationer och att det ska vara patienter in och ut. Ja hela det här nya systemet, hen var väldigt förtjust i det och efter det så har jag inte mått så bra om man säger så”* (Respondent 4)

**Kunskap och kompetens tas inte tillvara.** Fokus på effektivisering samt organisationens upptagenhet av manualer och kvantitativa skattningar bidrog till att mer komplex psykoterapeutisk erfarenhet och kunskap inte togs tillvara och därmed heller inte kom patienterna inom specialistpsykiatrin tillgodo. Detta kunde leda till en upplevelse hos terapeuten att dess kompetens började förtunnas och förloras:

*”Man tappar den bedömningen och liksom tillgång till allt det där som man lär sig under ett psykologprogram eller under ett arbetsliv men som inte riktigt går att sätta en siffra på. Om man tänker en verksamhet där man strikt följer manual, följer skattningsskalor, så tror jag att fem års högskolestudier är i överkant för vad man behöver kunna”* (Respondent 5)

Det förekom även utslätning i form av att alla personalkategorier skulle göra allt. Detta bidrog till att specialistkompetens slösades bort samt till en upplevelse av att hindras från att tillämpa hela sin kompetens.

## **Tema tre: Att som psykodynamiker förhålla sig till organisatoriska förutsättningar**

Följande tema ämnar belysa hur respondenterna, just i egenskap av att vara psykodynamiker hanterat olika svårigheter som organisatoriska förutsättningar kan innebära. Att vara psykodynamiker syftar till att vara en person med psykodynamisk teori- och metodinriktning, vilket brukar förknippas med en egen tradition av terapeutiska metoder och förhållningssätt. Respondenterna gav exempel på en bred palett med tillvägagångssätt. Många av dem innebar olika typer av förhandling – med sig själva eller med omgivningen. Inte sällan beskrevs hanteringssätten vara krävande på olika sätt, till exempel genom kognitiv belastning. Andra förhöll sig genom att inte förhandla alls, med berättelser om att i hemlighet arbeta psykodynamiskt.

**Känna sig udda i egenskap av att vara psykodynamiker.** Ett förhållningssätt som beskrevs var att i möten med kollegor förvänta sig ifrågasättanden på arbetsplatsen, med tanken om att kollegor har uppfattningen att man är udda som psykodynamiker: *“Folk vet att jag är mer psykodynamiskt lagd /.../ och där kan jag ha någon slags föreställning om att folk kommer tycka att jag är flummig eller mossig eller konstig.”* (Respondent 3). Respondenten resonerade kring detta som en internaliserad osäkerhet och internaliserad tanke om sig själv, i egenskap av psykodynamiker, som udda. Ett annat exempel var att föregå denna typ av motsättningar genom att, i samtal med kollegor, ge brasklappar då ett psykodynamiskt perspektiv skulle framföras, återigen med tanken om att kollegorna skulle tycka det var konstigt eller annorlunda. Dessa två sätt kan båda antas vara krävande processer, där man som psykodynamiker får bära på en känsla av utanförskap och att vara annorlunda, och i möte med andra försöka föregå deras föreställningar om en.

**Att lägga ett filter över sitt språk för att bli förstådd.** Några respondenter beskrev hur de frångår det psykodynamiska sättet att uttala sig i samband med exempelvis journalföring, i multidisciplinära team eller för att verksamheten är medicinskt eller KBT-inriktad, för att det i sådana sammanhang riskerade bli obegripligt. Om än respondenterna kunde se en nytta i att formulera sig annorlunda och inte lade särskilt stor vikt vid det, fanns också en känsla av att det är en krävande process – uttryckt i termer av *“dubbelt arbete”* (respondent 5). Respondenten förklarade att det hen formulerar för sig själv, i mer psykodynamiska termer, inte kan användas i kollegiala sammanhang och att det därför krävs det en ansträngning i att omformulera till en begreppsvärld som förekommer i manualer.

**Att komma undan med att jobba psykodynamiskt.** Några respondenter förhandlade på olika sätt med omgivningen för att få arbeta med psykodynamiska metoder. Ett sätt som förekom var att ta på sig att arbeta med de svårare, och mer krävande, patienterna i organisationen. I något fall fanns det en struktur upprättad för att endast de mest komplexa fallen skulle få psykodynamisk behandling, *“... där det kanske inte skulle funka med KBT heller, utan de behöver nåt mer - en längre kontakt och en mer djupgående kontakt”* (Respondent 1).

Ett annat sätt var att inte koda sina besök som psykodynamisk terapi. En respondent beskrev att hen fått acceptera att det är så det kommer vara, med en känsla av att hens metoder inte får plats i organisationen: *“Du vet, man kodar vad man har för behandling och där är det ytterst sällan jag skriver psykodynamiskt eller nåt utan jag kallar det för nåt annat... Jag vet inte, jag har legat lågt med det på jobbfronten”*



(Respondent 4). Således har respondenten upplevt sig tvungen att hemlighålla betydande delar av den professionella identiteten.

**Att brottas med sig själv för att klara arbetsvardagen.** En annan typ av förhandling som respondenterna talade om var förhandling med sig själva. Här vittnade respondenterna om att viljan att hjälpa barnen och ungdomarna i verksamheten inneburit både små och stora inre förhandlingar för de psykodynamiskt inriktade psykologerna och psykoterapeuterna, till exempel genom att låta självvärdet påverkas negativt, eller att arbeta med KBT trots att det bär emot. För någon handlade det om att kämpa med självvärde i relation till det arbete som utförs i barn- och ungdomspsykiatri, någon annan beskrev det som att hen *”stannade för barnen”* (Respondent 6) trots att hen visste att det inte var hållbart i det långa loppet.

Andra typer av förhandlingar var mer acceptansartade: *”livet det går inte ihop, alltid finns det skuld någonstans”* (Respondent 5), och någon annan beskriver det som att hen upplever att den inre förhandlingen *”bryter samman”* (Respondent 7) och att det är svårt att befinna sig i en KBT-inriktad organisation när respondentens hjärta ligger hos det psykodynamiska, något som blivit en tärande process med tiden.

**Man kan inte ta det psykodynamiska ur psykodynamikern.** Ytterligare något som beskrevs av några respondenter var hur man som psykodynamiskt orienterad behandlare parallellt i KBT-behandlingen också, relativt automatiserat, implementerar psykodynamiska aspekter. Trots beskrivningen som automatiserad implementering upplevdes det även vara kognitivt belastande:

*”Det blir ju mer tröttande för mig själv. Alltså dels så ska jag då någonstans ha hand om patienten i det, att ha patienten i fokus i samtalet, i att försöka tona in kring vad det är för patient jag har. Vad är det den egentligen kommer med förutom det den säger? - och där är man ju genast inne på det psykodynamiska, det går inte att komma undan, och samtidigt då följa en manual”* (Respondent 7)

**För att inte gå under i en dysfunktionell organisation.** Respondenterna nämnde även andra sätt för att hantera de (ofta påfrestande) organisatoriska förutsättningarna. Bland annat nämndes handledning som ett sätt att minska risken att bli sjuk i arbete med den komplexa patientgruppen. I förhållande till chefen beskrevs å ena sidan att förhålla sig genom att strunta i vad chefen tycker och prioritera den egna bedömningen, å andra sidan att skapa förståelse för att chefen också befinner sig i liknande dilemman och avvägningar som en själv. I relation till kollegor uttrycktes en stor vikt vid att ha kollegor med psykodynamiskt intresse för att minska känslan av utanförskap och att ensam stå för perspektivet:

*”Det är tröttsamt att vara i försvarsställning och jag tror att det är för oss att stå ut så ska man inte utsätta sig för att vara den enda psykodynamikern på mottagningen, utan man får liksom bonda med andra som tänker och jobbar lika. Stötta varandra - då blir man starkare, man blir inte så utsatt”* (Respondent 1)

## Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur psykodynamiskt orienterade psykologer och psykoterapeuter verksamma inom barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

beskriver och hanterar de olika yttre krav eller styrningar som påverkar deras arbetssätt. I stort går det att konstatera att beskrivningarna om yttre krav eller styrningar täckte ett brett spektrum, där vissa respondenter inte upplevt sig ha blivit drabbade, och andra drabbats dagligen, ibland med allvarliga konsekvenser. Hanteringssätten var också många, från att inte berätta om de metoder man arbetar med till att kämpa med alla sina krafter för sitt perspektiv.

Antagandet om att begreppet etisk stress skulle vara applicerbart på detta arbete var till stor del sprunget ur ett liknande examensarbete av Leander och Nellde (2014), och antagandet tycks vara korrekt. Vissa respondenters upplevelser kan förklaras utifrån etisk stress, exempelvis i de beskrivningar som gavs om att tvingas avsluta behandlingar utan att som behandlare dela den bedömningen. Detta område berörs senare under arbetets diskussionsdel.

Följande diskussion ämnar utgå från syftet och på ett bredare sätt diskutera de resultat som redogjorts för. Först belyses upplevelsen av att arbeta i barn- och ungdomspsykiatri med psykodynamiskt intresse, för att därefter diskutera respondenternas upplevelse av professionellt utrymme, och detta i ljuset av olika begrepp. Slutligen berörs ett behandlar-, patient-, och samhällsperspektiv, med fokus på de konsekvenser stressorererna på legitimerade psykologer och psykoterapeuter kan tänkas få.

## **Psykodynamiskt intresse som specifik svårighet**

Detta arbete hade ett specifikt fokus kring yttre styrningar upplevda av psykodynamiskt intresserade psykologer och psykoterapeuter verksamma i barn- och ungdomspsykiatri. De aspekter som kunde kopplas till psykodynamiskt intresse var framtvungade uppsägningar, upplevd misstro från chef och kollegor, samt en känsla av att vara utdaterad och konstig. Respondenternas förhållningssätt till svårigheterna var flera. Bland annat innefattades att inte redogöra för ett psykodynamiskt arbetssätt, att alliera sig med andra psykodynamiker, beredskap att säga upp sig vid påtvingade metodval, samt att i stor mån kämpa för sitt perspektiv. Dessa upplevelser och förhållningssätt är troliga att utgöra påfrestningar för respondenterna. Den ytterligare stressor det för en del respondenter utgjorde att vara psykodynamiskt intresserad, ihop med barn- och ungdomspsykiatriens mer inbyggda påfrestningar, så som högt söktryck, en komplex patientgrupp och en new public management (NPM) styrning, ger bilden av en mycket krävande vardagssituation för flera av respondenterna. I några respondentutsagor förekom också att arbetsomständigheterna orsakat sjukdom hos respondenter eller deras kollegor. I dessa berättelser var de negativa konsekvenserna till följd av effektivisering och verksamhetens rigida förhållningssätt till riktlinjer och styrdokument – vilket också kan sammankopplas med en snävare syn på vilka behandlingsmetoder som överordnade anser lämpliga. Psykodynamisk terapi består ofta av fler behandlingssessioner (Shedler, 2010), vilket kan ge upphov till motsättningar mellan behandlare och deras överordnade i verksamheter med stort fokus på kostnadseffektivitet.

## **Det professionella utrymmet**

Ett annat område flera respondenter berörde var upplevelsen av inflytande i olika beslut. För att beskriva den professionelles inflytande i arbetet kan Bringeslius (2014) begrepp *professionellt utrymme* användas, med beskrivningen att det är ”*utrymmet för de*

*professionella att utöva sitt omdöme i det dagliga arbetet”* (s. 4). Brist på professionellt inflytande har i en studie kopplats till lägre arbetstillfredsställelse bland läkare, och i en annan studie kopplats till ökad omsättning av socialarbetare (Stoddard, Hargraves, Reed, Vratil, 2001; Zheng, Liu, Wang & Chen, 2021).

Även i denna studie var värdesättandet av det professionella utrymmet tydligt. I respondenternas utsagor framgick att den professionella bedömningen kan påverkas av olika aspekter. Bland dessa aspekter återfanns riktlinjer och evidens, och kanske särskilt ledningens förhållande till dessa två begrepp. Chefens position i relation till riktlinjer och evidens kan tänkas påverkas av en ansvarsroll vad gäller ekonomi och patientsäkerhet, så som nämns av dels Liff (2015), dels av Liff och Andersson (2009). Således kan man tänka att chefens ansvar för såväl kostnadseffektivitet som patientsäkerhet kan bli bakgrund till att vissa respondenter upplevde ha mycket litet professionellt utrymme. Detta då chefens formella ansvarsposition kan hamna i strid med respondenternas formella kompetens och arbetslivserfarenhet, i den mån att respondenternas bedömning och upplevelse underordnas auktoritetspersoners direktiv, exempelvis i frågan om huruvida ett visst patientärende bör avslutas eller ej.

Chefers pragmatiska förhållningssätt till riktlinjer beskrevs även kunna ha positiv påverkan på upplevelsen av professionellt utrymme. Vidare beskrevs individens förhållningssätt positivt kunna påverka upplevelsen av professionellt utrymme, och kanske framför allt en ork att stå på sig och stå upp för sitt perspektiv gentemot chefer, och ibland även gentemot medarbetare. Att stå upp för sitt perspektiv kunde även leda till motsättningar, då det förekom berättelser om stort mått av kämpande från respondenter, vilka likväl blev underminerade, misstrodda och i ett fall tvingad till uppsägning på grund av verksamhetens rigida förhållningssätt till riktlinjer.

Det professionella utrymmet tycks betyda mycket för respondenterna, och att bli misstrodd eller ifrågasatt – och då kämpa för sitt perspektiv eller undertrycka delar av en själv – leder troligt till påfrestningar. Några vittnade om att man kan bli sjuk, i termer av utbrändhet, av rigid yttre styrning. Andra påfrestningar går att identifiera i rädslan om att få stå ansvarig om något går fel vid användning av en metod som inte rekommenderas i riktlinjer, eller att man som behandlare inte ägnar sig åt de metoder man tror skulle gynna patienten som mest. Detta dels på grund av nämnda rädsla, dels av att organisationen inte tillåter det, vilket skulle kunna inducera etisk stress hos individen.

**Etisk och moralisk stress i samband med professionellt utrymme.** Etisk och moralisk stress kan sammanfattas som slitningar kopplade till rätta förhållningssätt, antingen genom närvaron av flera (motstridiga) rätta förhållningssätt, eller svårighet att agera i enlighet med ens uppfattning om vad som är rätt (Kukora et al., 2018; Lützen et al., 2010). I någon mån fångar begreppen de slitningar som flera respondenter beskrivit sig ha upplevt, och således går det också att mena att just etisk och/eller moralisk stress är vad de har kämpat med. Forskning pekar på att denna typ av stressorer kan leda till stressrelaterade sjukdomar och benägenhet att säga upp sig (DeTienne et al., 2012; Mullen et al., 2017; O'Donnell et al., 2008; Severinsson, 2008). Sådana konsekvenser går även att identifiera i respondenternas berättelser, där respondenter berättat om uttröttande strider med sig själva och med organisationen gällande just rätta förhållningssätt. Dessa strider har i respondenternas berättelser kunnat tolkas vara kopplade till beredskap att säga upp sig, samt utbrändhet. Att de (psykodynamiskt intresserade) psykologer och psykoterapeuter i barn- och ungdomspsykiatri som deltagit i studien vittnat om allvarliga mängder etisk och moralisk stress sätter negativ prägel på BUP inför framtida rekrytering av nämnda yrkeskategorier. Vidare bör beaktas att stressade behandlare sannolikt blir

hämmande i sitt arbete då deras energi upptas av annat än arbete med patienter, som ju bör stå i fokus.

Således går det att konstatera att begreppen etisk och moralisk stress är applicerbara på detta arbete, och att den påverkan stressorerna utgjort på respondenterna går att se som en individpåverkan, men i längden drabbas troligt även patienternas vård, och organisationen.

**Proceduriell och organisatorisk rättvisa.** Begreppen proceduriell och organisatorisk rättvisa kan också användas för att framföra ett annat perspektiv på vissa upplevelser respondenterna delgav. Eklöf (2017) beskriver proceduriell rättvisa som individens uppfattning av dennes möjligheter att påverka processer som leder fram till beslut, men också möjligheten att i efterhand ifrågasätta beslut. De utsagor flera respondenter gav av att bli misstrodda i sina bedömningar tyder på låg grad av proceduriell rättvisa. Proceduriell rättvisa, eller det vidare begreppet organisatorisk rättvisa (Colquitt, 2012), går att applicera på fler områden respondenter berörde – exempelvis berättelsen om en psykiater som lovat psykologisk behandling till en patient, utan respondentens samtycke. Att på detta vis bli utelämnad ur beslutsfattandet och på samma gång bli nonchalerad kan utgöra en betydande stressor. Enligt Mengstie (2020) har organisatorisk orättvisa koppling till högre personalomsättning på sjukhus. Detta går att knyta till vad några respondenter berättade, om en benägenhet att säga upp sig eller liknande utifrån att bli underminerad i sin bedömning eller upplevelsen av att inte ha mycket att säga till om vad gäller processer och utfall.

Sammanfattningsvis utgjorde det professionella utrymmet – i vilket proceduriell och organisatorisk rättvisa men även etisk stress kan tänkas ingå – ett centralt fokus hos flera respondenter, och i de fall där utrymmet varit litet delgavs berättelser om negativ påverkan på respondenternas upplevelse av arbetet.

## **Behandlare, patient och samhälle drabbas**

Organisatoriska förutsättningar kan leda, som detta arbete redan framhåvt, till att behandlaren blir drabbad i form av påverkan på såväl professionella som privata aspekter, däribland upplevelse av självkänsla och självvärde, identitet och personligt välbefinnande – i ett arbete som är krävande, utan närvaron av dessa ytterligare påfrestningar. I detta stycke kommer ett argument föras kring hur det inte bara är den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten som riskerar påverkas av yttre krav och styrningar, utan i förlängningen även patienten och samhället. Dock är inte samhällsperspektivet detta arbetes fokus, men det som kommer beröras här kan vara värt betänkande.

Omorganisationer och olika typer av yttre styrningar beskrevs ha lett till utbrändhet, antingen hos dem själva eller hos kollegor, och ibland mindre påtagliga sätt där respondenter vittnade om att bli trötta, eller uppleva sig ensamma och utmattade av att behöva kämpa för att bibehålla självkänsla och identitet. Dessa konsekvenser, som värt att påminnas om ligger utanför arbetet med själva patienten, kan riskera leda till svårigheter eller brister i mötet mellan den legitimerade psykologen eller psykoterapeuten och patienten. Att träffa patienter inbegriper avancerade processer som kräver bland annat god uppmärksamhet, minne, empatisk förmåga, mentalisering och närvaro i rummet. Vid den typen av påfrestningar som flera respondenter vittnade om är det mycket troligt att flera av dessa förmågor blir nedsatta, och således finns risken att patienten inte får den hjälp som behövs. Ett relevant begrepp i sammanhanget är *behandlingströtthet*, vilket

innebär att patienten, kanske särskilt barn eller ungdomar, tröttnar på psykologiska behandlingar, och därefter tappar tro på vården. Således är det av stor vikt att den behandling patienten får är av god kvalitet och utförd av behandlare som orkar genomföra den på ett bra sätt – inte av behandlare som på daglig basis upplever sig illa behandlade av organisationen och kollegor på grund av deras vilja att utföra ett försvarbart arbete, och ibland även på grund av deras metodinriktning. I ett vidare perspektiv drabbas även samhället. Stressrelaterade sjukdomar är mycket kostsamma ur ett samhällsekonomiskt perspektiv (Arbetsmiljöverket, 2021), och därmed bidrar dessa stressorer till ökade samhällskostnader. Den undermåliga vård patienten riskerar få kan också leda till att patienten återvänder till psykiatri flera gånger (i det fall behandlingströtthet inte infinner sig), eller i värsta fall blir illa drabbad av sina psykiska besvär och således också kostar mycket pengar för samhället längre fram, i form av arbetslöshet eller andra funktionsnedsättande svårigheter som belastar samhällets resurser.

## **Slutsats**

Sammanfattningsvis är det tydligt att man som psykodynamiskt intresserad psykolog och psykoterapeut i barn- och ungdomspsykiatri kan stå inför mycket stora prövningar. Upplevelserna sträckte sig från att ha mycket lite svårigheter sett till yttre krav och styrningar, till dagliga upplevelser av hot mot yrkesidentitet, etik och självkänsla. Dessa upplevelser beskrevs påverkas av en mängd yttre och inre faktorer, däribland auktoritetens och kollegors förhållningssätt, men även i viss mån den egna inställningen till sitt psykodynamiska intresse. Vissa hanterade de yttre kraven och styrningarna genom att stå på sig och kämpa, med varierande resultat, medan andra mötte så stora motsättningar att de ibland inte kände sig trygga med att vara öppna med sitt psykodynamiska intresse, och i vissa fall blev respondenterna lidande av stressrelaterade sjukdomar – konsekvenser som riskerar få negativ påverkan på såväl behandlare, patient, och samhälle.

Detta arbetes bidrag är det åskådliggörande av svårigheter som kan uppstå i samband med ett psykodynamiskt intresse i barn- och ungdomspsykiatri, vilka bland andra var höga stressnivåer, utifrån självtvivel och tydligt negativa budskap från auktoritetspersoner gällande metodintresset. Vidare bidrar arbetet med att belysa vikten av att uppleva ett professionellt utrymme, alltså att inte undermineras i sin yrkeskompetens. I detta gick även se en koppling till chefens förhållningssätt till verksamheten, således belyses även chefens betydelse för legitimerade psykologers och psykoterapeuters upplevelse av barn- och ungdomspsykiatri, liksom vikten av medarbetares förhållningssätt. Dessa stressorers praktiska påverkan bör ses i ljuset av såväl ett behandlar-, patient- och samhällsperspektiv för att förstå de långtgående konsekvenser som sådan stress kan innebära.

## **Begränsningar och förslag till framtida forskning**

Denna studie har också ett antal begränsningar. Rekrytering skedde genom bekvämlighetsurval och huvudsakligen på ett socialt media, vilket försvårar för de personer som inte var med i gruppen där det lades ut. Gällande rekrytering kan även den tillfrågan som skickades kan ha varit för tydlig med studiens syfte, och eventuellt

attraherat främst psykodynamiskt intresserade personer som var missnöjda med sin situation, snarare än personer med goda erfarenheter, även om detta också förekom. Under intervjuer fanns en brist på följdfrågor, främst gällande att uppmana till konkretiseringar av upplevelser, hanteringssätt och påverkan, som kan ha bidragit till att väsentlig information missades.

Vidare forskning rekommenderas ägna sig åt alternativ till NPM, exempelvis tillitsbaserad styrning (Bringselius, 2017), med fokus på hur sådana styrningsidéer kan påverka psykologers och psykoterapeuters arbete inom barn- och ungdomspsykiatri.

## Referenser

- Almqvist, R. (2004). Två decennier med 'New Public Management' – Succé eller fiasko? *Kommunal ekonomi och politik*, 8(4), 7-24, <http://hdl.handle.net/2077/20671>
- American Psychological Association. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts*. Hämtad 2020-10-25 från <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf>
- Arbetsmiljöverket. (u.å.). *Se upp för de dolda farorna på arbetsplatsen*. Hämtad 2021-03-16 från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/arbete-med-arbetsmiljon/dolda-faror-i-arbetsmiljon/>
- Arman, R., Liff, R., Wikström, E. (2014). The hierarchization of competing logics in psychiatric care in Sweden. *Scandinavian Journal of Management*, 30(3), 282-291, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.scaman.2014.01.001>
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum V., & Lerner, G. (2005). To Stay or To Go, To Speak or Stay Silent, To Act or Not To Act: Moral Distress as Experienced by Psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197-212, DOI: [10.1207/s15327019eb1503\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327019eb1503_1)
- Bauer, M., Pfennig, A., Severus, E., Whybrow, P. C., Angst, J., Möller, H. J., & World Federation of Societies of Biological Psychiatry. Task Force on Unipolar Depressive Disorders (2013). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The world journal of biological psychiatry*, 14(5), 334–385. <https://doi.org/10.3109/15622975.2013.804195>
- Bringselius, L. (2014). *Vem ska bestämma? Dilemman kring effektivitetsrevisorns professionella utrymme - och riksrevisorns roll*. I M. Isberg, & I. Mattsson (Red.), Riksrevisionen 10 år: Granskning, ansvar, lärande SNS Förlag.
- Bringselius, L. (2017). *Tillitsbaserad styrning och ledning: Ett ramverk*. (2 uppl.) (Samtal om tillit i styrning). Tillitsdelegationen.
- Braun, V., Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Bullock, M. (2004, March). What is evidence and what is the problem? *Psychological Science Agenda*. Hämtad från <http://www.apa.org/science/about/psa/2004/03/bullock>
- Böckman, P., Dåderman, A., Fredrikson, M., Katz, D., Malmaeus, F., Melin, L. ... Öst, L-G. (2020). *Pseudovetenskap frodas i vården och på universiteten*. Hämtad 2021-03-15 från <https://www.dn.se/debatt/pseudovetenskap-frodas-i-varden-och-pa-universiteten/>
- Colquitt, J. A. (2012). Organizational Justice. I S. W. J. Kozlowski (Red.), *The Oxford handbook of organizational psychology*. (s. 526-547). New York: Oxford University Press.

- DeTienne, K.B., Agle, B.R., Phillips, J.C., Ingerson M-C. (2012). The Impact of Moral Stress Compared to Other Stressors on Employee Fatigue, Job Satisfaction, and Turnover: An Empirical Investigation. *Journal of Business Ethics*, 110(3), 377–391.  
<https://doi.org/10.1007/s10551-011-1197-y>
- Eklöf, M. (2017). *Psykosocial arbetsmiljö: begrepp, bedömning och utveckling*. Lund: Studentlitteratur.
- Finska Läkarföreningen Duodecim. (2020). *Depressio*. Hämtad 2020-10-29 från <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327–358.  
<https://doi.org/10.1037/h0061470>
- Fransson, M., Hussein, S. (2019). *Psykologers motivation i skuggan av New Public Management* (Examensuppsats). Lund: Ekonomihögskolan, Lunds Universitet. Hämtad från:  
<https://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOid=9007036&fileOid=9007037>
- Freud, S. (2008). *Psykoanalysens teknik*. (2. utg.) Stockholm: Natur och kultur.
- Hjelm, U. (2018, 5/10). Socialstyrelsen omyndigförklarar behandlingspsykologin. *Psykologtidningen*. Hämtad från <https://psykologtidningen.se/2018/10/05/socialstyrelsen-omyndigforklarar-behandlingspsykologin/>
- Kennedy-Martin, T., Curtis, S., Faries, D., Robinson, S., Johnston, J. (2015). A literature review on the representativeness of randomized controlled trial samples and implications for the external validity of trial results. *Trials*, 16(495).  
<https://doi.org/10.1186/s13063-015-1023-4>
- Klein, M. (1952). The Origins of Transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 33, 433-438.
- Kriisa, L. (2020a, 9/9). Riktlinjerna: JO kritiserar Socialstyrelsens val av expert. *Psykologtidningen*. Hämtad från <https://psykologtidningen.se/2020/09/09/riktlinjerna-jo-kritiserar-socialstyrelsens-val-av-expert/>
- Kriisa, L. (2020b, 25/10). Skyll inte på Freud! *Psykologtidningen*. Hämtad från <https://psykologtidningen.se/2020/10/25/skyll-inte-pa-freud/>
- Kukora, S., Laventhal, N., Keefer, P., Firm, J. (2018). Transgressing Moral Imperatives: Ethical Stress, Virtues and Values Conflict in Pediatric Death. *Pediatric Ethicscope*, 31(1), 40-50.
- Leander, J., Nellde, I. (2014). *Mötet mellan ansvar och begränsningar - etisk stress hos primärvårdpsykologer* (Examensuppsats). Göteborg: Psykologiska Institutionen, Göteborgs Universitet. Hämtad från:  
[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/36924/1/gupea\\_2077\\_36924\\_1.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/36924/1/gupea_2077_36924_1.pdf)
- Leischenring, F., & Leibing, E. (2003). The Effectiveness of Psychodynamic Therapy and Cognitive Behavior Therapy in Treatment of Personality Disorders: A Meta-Analysis. *The American Journal of Psychiatry*. 160(7), 1223-1232.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.7.1223>
- Liff, R., Andersson, A. (2009). Professioners roll i styrning av offentlig verksamhet: Lös koppling som strategi för att hantera komplexitet. I P. Adolfsson & R. Solli (Red.), *Offentlig sektor och komplexitet – om hantering av mål, strategier och professioner* (s. 251-270). Stockholm: Studentlitteratur

- Liff, R. (2015). *Moderna reformer i offentlig sektor - Misslyckande och Succé!* (2015:2). Hämtad från Högskolan i Borås: <http://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:894449/FULLTEXT01.pdf>
- Lützn, K., Blom, T., Ewalds-Kvist, B., & Winch, S. (2010). Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*, 17(2), 213–224. <https://doi.org/10.1177/0969733009351951>
- Mullen, P.R., Morris, C. and Lord, M. (2017), The Experience of Ethical Dilemmas, Burnout, and Stress Among Practicing Counselors. *Counseling and Values*, 62(1), 37-56. <https://doi.org/10.1002/cvj.12048>
- National Institute of Health and Care Excellence. (2019). *Depression in children and young people: identification and management*. Hämtad 2020-10-29 från <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134/resources/depression-in-children-and-young-people-identification-and-management-pdf-66141719350981>
- O'Donnell, P., Farrar, A., Brintzenhofeszoc, K., Conrad, A. P., Danis, M., Grady, C., ... Connie M. Ulrich. (2008). Predictors of Ethical Stress, Moral Action and Job Satisfaction in Health Care Social Workers. *Social Work in Health Care*, 46(3), 29-51. DOI: [10.1300/J010v46n03\\_02](https://doi.org/10.1300/J010v46n03_02)
- Parikh, S. V., Quilty, L. C., Ravitz, P., Rosenbluth, M., Pavlova, B., Grigoriadis, S., ... A. V., Uher, R., & CANMAT Depression Work Group (2016). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 2. Psychological Treatments. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(9), 524–539. <https://doi.org/10.1177/0706743716659418>
- Roback, K., & Carlsson, P. (2009). *Evidensgraderingssystemet GRADE : Ett sätt att granska vetenskaplig kunskap om metoder och arbetsätt i hälso- och sjukvården*. (CMT Rapport 2009:4). Hämtad från Linköping Universitet: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-54031>
- Psykologförbundet. (1998). *Yrkesetiska principer för psykologer i Norden*. Hämtad 2020-09-29 från <https://www.psykologforbundet.se/globalassets/omforbundet/yrkesetiska-principer-for-psykologer-i-norden.pdf>
- Prioriteringscentrum. (2017). *Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning*. Hämtad från Linköpings Universitet: <http://liu.diva-portal.org/smash/get/diva2:1144043/FULLTEXT01.pdf>
- Riksföreningen PsykoterapiCentrum. (2011). *Etiska riktlinjer för psykoterapeuter*. Hämtad 2020-09-29 från <https://psykoterapicentrum.se/dokument/EtikpsykoterapeuterRPC.pdf>
- Rothwell P. M. (2006). Factors that can affect the external validity of randomised controlled trials. *PLoS clinical trials*, 1(1), e9. <https://doi.org/10.1371/journal.pctr.0010009>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Treating depression without using prescribed medication. Booklet for patients and carers*. Hämtad 2020-10-25 från <https://www.sign.ac.uk/assets/pat114.pdf>
- Severinsson, E. (2003), Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing & Health Sciences*, 5(1), 59-66. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2003.00135.x>
- Shean, G. (2014). Limitations of Randomized Control Designs in Psychotherapy Research, *Advances in Psychiatry*, <https://doi.org/10.1155/2014/561452>
- Shedler J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *The American psychologist*, 65(2), 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet



- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet
- Socialstyrelsen. (2020). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Hämtad från Socialstyrelsen: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2020-9-6936.pdf>
- Socialstyrelsen. (2021). *Att arbeta evidensbaserat*. Hämtad 2021-03-09 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/arbetevidensbaserat/>
- SOU 2018:38. *Styra och leda med tillit: Forskning och praktik*. Stockholm: Elanders Sverige AB
- SOU 2018:47. *Med tillit växer handlingsutrymmet: Tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Stockholm: Elanders Sverige AB
- Sundhedsstyrelsen. (2016). *National clinical guideline for the nonpharmacological treatment of unipolar depression. Quick Guide*. Hämtad 2021-02-25 från <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2016/NKR-depression/Nr--29-NKR---Unipolar-dep--quickguide-engelsk.ashx?la=da&hash=06396A68A660B7B898B27C7A90591700F0A42891>
- Stoddard, J.J., Hargraves, J.L., Reed, M., Vratil, A. (2001). Managed care, professional autonomy, and income. *Journal of General Internal Medicine*. 16, 675–684. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2001.01206.x>
- Svenska Psykoanalytiska Föreningen. (2020). *Vår psykologi behöver mångfald och fördjupning inte likriktning*. Hämtad 2021-03-15 från <https://www.psykoanalys.se/blog-1/8otccgz3cdlajijje72h236cyhmpki>
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2012). *Psychodynamic Therapy: A Guide to Evidence-based Practice*. New York: The Guilford Press
- Ulrich, C.M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., Grady, C. (2010), Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research In Psychology*. (3. utg.) Berkshire: Open University Press
- Zheng, G., Liu, H., Wang, Y., Chen, B. (2021). The Embedded Paradox of Organizational Turnover and Professional Autonomy. *Research on Social Work Practice*. Sidnummer saknas, <https://doi.org/10.1177/1049731520984535>
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (2015). *Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*. Hämtad 2020-10-29 från [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0051\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2017-05.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0051_S3_Unipolare_Depression_2017-05.pdf)
- Örn, P. (2018, 24/9). Nationella riktlinjer i fokus på Psykoterapimässan 2018. *Psykologtidningen*. Hämtad från <http://psykologtidningen.se/2018/09/24/nationella-riktlinjer-i-fokus-pa-psykoterapimassan-2018/>

## Bilaga 1

Tillfrågan till deltagande i studien, vilken skickades ut dels i grupp på Facebook, dels via e-post till några enstaka, såg ut som följer:

”Hej! Till mitt examensarbete på psykologprogrammet (GU) söker jag nu personer som jobbar eller de senaste fem åren har jobbat inom barn- och ungdomspsykiatri i Sverige, och som på något vis stött på motstånd i sina psykodynamiskt eller psykoanalytiskt grundade insatser.

Syftet med studien är att undersöka hur psykologer och psykoterapeuter med sådan inriktning förhåller sig till och förhandlar sin arbetssituation med tanke på de yttre krav som ställs av t.ex. Socialstyrelsens riktlinjer, chefer eller normer på arbetsplatsen.

Deltagande i studien innebär att genomföra en intervju tillsammans med mig, antingen i person eller digitalt, beroende på omständigheter. Intervjun beräknas ta ungefär en timma och äga rum kring årsskiftet 2020/2021.

Deltagande i studien är givetvis frivilligt, och det går att avbryta när som helst. I det slutgiltiga arbetet kommer det inte gå att härleda det som sagts till någon specifik deltagare

Om du eller någon du känner är intresserad eller har frågor är du varmt välkommen att höra av dig till mig. Mina kontaktuppgifter är [gusjoakiro@student.gu.se](mailto:gusjoakiro@student.gu.se) samt xxxxxxxxxx, dock är mail att föredra.

Handledare för projektet är Mats Eklöf, GU. Peter Jansson kommer även vara delaktig.

Joakim”

## **Bilaga 2**

1. Berätta kort om din yrkeserfarenhet och din utbildning.
2. Berätta gärna lite kring varför du anmälde dig som intervjudeltagare i studien - vad var det som fångade ditt intresse i min tillfrågan, och hur relaterade du till den?
3. Kan du ge ett exempel på en situation där du förhandlat, antingen internt (d.v.s. med dig själv, dina värderingar) eller externt (d.v.s. med chefer, medarbetare och andra yttre intressenter) gällande din psykodynamiska inriktning?
4. Kan du ge ett exempel på en eller flera situationer i arbetet där du tvingats fatta beslut eller göra prioriteringar som gått emot dina centrala värderingar?
5. Kan du ge exempel på en eller flera situationer i arbetet där du haft en känsla för vad som är rätt att göra, men som förhållanden i organisationen eller liknande försvårat eller till och med omöjliggjort?