



Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det?

Rapport från en nationell studie

Ulf Axberg, Gisela Priebe, Maria Afzelius & Lina Wirehag Nordh

Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det?

Rapport från en nationell studie

© 2019 Författarna och Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FÖRFATTARE Ulf Axberg, Gisela Priebe, Maria Afzelius & Lina Wirehag Nordh

LAYOUT Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

FOTO Symbolbilder.se

ISBN 978-91-87731-63-1

TRYCKERI Webbversion

Förord

Denna rapport är den första från en flerårig studie inom specialistpsykiatri för vuxna som genomförts av flera universitet på uppdrag av Socialstyrelsen, inom ett regeringsuppdrag om stärkt stöd till barn som anhöriga. Rapporten beskriver hur barn har det i familjer där minst en vuxen får specialistpsykiatrisk vård för depression, med flera diagnoser.

Skattningarna av barnens hälsa har gjorts inom ramen för en effektstudie, men är intressanta resultat i sig – med tydliga implikationer för vården om att uppmärksamma barns behov i enlighet med 5 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen.

Huvudsyftet med studien i sin helhet har varit att jämföra resultaten av olika interventioner för att stödja barn som anhöriga till föräldrar som vårdas inom vuxenpsykiatri. Resultaten från denna del kommer att redovisas längre fram. Eftersom det har varit svårt att rekrytera familjer till studien kommer resultaten vad gäller effekter att bli deskriptiva snarare än att kunna ge tydliga besked om evidens.

Rapporten publiceras i Nationellt kompetenscentrum anhörigas rapportserie Barn som anhöriga. Socialstyrelsen och Nationellt kompetenscentrum anhöriga har ett nära samarbete för att stärka stödet till barn som anhöriga. I det arbetet lyfter vi bland annat behovet av att utveckla samverkan mellan barn- och ungdoms- respektive vuxenpsykiatri för att ge adekvat vård anpassad till behoven hos både barn och vuxna vid psykisk ohälsa i familjen.

Agnes Lundström, utredare

Avdelningen för kunskapsstyrning för socialtjänsten
Vägledning socialtjänst 2
Socialstyrelsen

Innehåll

Förord	3
Innehåll	5
Sammanfattning	7
Summary	9
Om rapporten och dess syfte	11
Inledning.....	13
Om psykisk ohälsa generellt	13
Vuxenpsykiatri och barnen.....	14
Vuxenpsykiatriens roll	14
Psykisk ohälsa hos en förälder som risk	15
Interventioner.....	19
Nivåer av prevention/behandling	19
Stöd och behandling i internationellt perspektiv	20
Insatser inom vuxenpsykiatri i Sverige.....	20
Beardslees familjeintervention.....	21
Föra barnen på tal	23
Övriga insatser som användes av behandlarna i studien.....	23
Hur studien har genomförts	25
Deltagare.....	26
Vilka frågeformulär som använts	28
Hur data har analyserats.....	29
Vad vi har kommit fram till.....	31
Föräldrarnas skattning av barnens hälsa/ohälsa	31
Barnens självskattningar av sin psykiska hälsa/ohälsa	32
Föräldrarnas upplevelse att kunna hantera barnens beteenden	33
Föräldrarnas skattning av sin egen psykiska hälsa respektive ohälsa	35
Föräldrarnas skattning av parrelationen	37
Familjemedlemmarnas skattning av klimatet och funktionen i familjen	38
Hur ska studiens resultat förstås i en bredare kontext? Diskussion	40
Studiens resultat i relation till en undersökning från Norge	40
Är prevention alltid tillräcklig?	40

Studiens styrkor och begränsningar	41
Vad betyder våra resultat för den kliniska vardagen?	42
Om att göra studien – vad har vi lärt oss?	43
Fortsatt forskning och utveckling.....	44
Tack	46
Referenser	47

Sammanfattning

Psykisk ohälsa hos vuxna som depression, ångest eller bipolär sjukdom är idag ett betydande folkhälsoproblem. Många av de drabbade är föräldrar till minderåriga barn. Psykisk ohälsa hos föräldern påverkar barnens utveckling och välmående, men sambandet medieras av föräldraförmågan och relationen mellan barnet och föräldern. Sammantaget finns på gruppnivå en ökad risk att barnen också utvecklar psykiska problem, även om det inte behöver vara så i varje enskilt fall.

Barns behov av information, råd och stöd ska enligt Hälso- och sjukvårdslagen beaktas när en förälder lider av psykisk ohälsa. Det finns idag ett flertal interventioner som kan användas för att tillgodose detta behov. Samtidigt behöver man utvärdera hur dessa interventioner fungerar i Sverige.

Denna rapport handlar om en kartläggning av hur barn vars föräldrar är patienter inom den specialiserade vuxenpsykiatri har det med avseende på psykisk hälsa och generell familjesituation. Kartläggningen ingår i ett större forskningsprojekt vars syfte är att göra en utvärdering av interventioner (Beardslees familjeintervention, Föra barn på tal och reguljär behandling/övriga insatser) för stöd till barn i åldern 8 till 17 år med föräldrar med depression, dystymi, ångeststörning och/eller bipolär sjukdom.

Totalt ingår föräldrar, både patienter och deras partners, till 88 barn i studien och 19 barn har gjort egna skattningar. De fick fylla i ett antal frågeformulär, där föräldrarna skattade barnens psykiska hälsa, sitt eget psykiska mående, sin generella livssituation, sin relation till eventuell nuvarande partner, sin upplevelse av att kunna hantera barnens beteende och olika aspekter av klimat och funktion i familjen. Barnen skattade sin egen psykiska hälsa samt vissa aspekter av klimat och funktion i familjen.

Resultaten visar att föräldrar i vår studie rapporterar signifikant högre nivåer av psykisk ohälsa hos barnen än föräldrar i en normgrupp i den vanliga befolkningen. Barn rapporterar större symptombelastning än föräldrarna när det gäller emotionella problem, hyperaktivitet/ouppmärksamhet och total problembelastning. De föräldrar som är patienter rapporterar som väntat lägre psykiskt välmående än sina partners, men även i partnergruppen finns det flera som uppger en egen psykisk problematik på klinisk nivå. Patienter och deras partner ger en samstämmig bedömning av sin relation; betydligt fler än i en normalgrupp anger bekymmersamt höga nivåer av stress i relationen.

Insatser för barn som anhöriga ses ofta som indikerade preventioner i syfte att minska risken för psykisk ohälsa i vuxenåldern, men det finns utifrån studiens resultat mycket som talar för att det istället kan finnas behov av tidig behandling.

Studien pekar på vikten av att man som professionell inom vuxenpsykiatri i enlighet med lagstiftningen tar reda på om det finns barn i familjen, även ställer frågor om hur

patienten upplever att barnet mår psykisk och fysiskt, vilka övriga personer som finns omkring barnet och hur tillgängliga de är som stöd för barnet, hur relationerna mellan olika familjemedlemmar är, samt hur föräldraskapet upplevs.

Summary

Mental illness in adults such as depression, anxiety or bipolar disorder are a significant public health problem. Many of those suffering with mental illness are parents of underage children. A parents' mental illness affects children's development and well-being, but this association is mediated by parental skills and the relation between child and parent. In summary, at a group level there is an increased risk that the children also develop mental illness, even if that does not hold true in every case.

If a parent is mentally ill the child's need for information, advice and support must be considered, according to the Swedish Health Care Act. Several different interventions are available that can be used in order to meet this need. At the same time, an evaluation will be required to see how these interventions might work in a Swedish context.

This report concerns a study on how children with parents that are patients in adult psychiatry manage their mental health and general family situation. The study is part of a larger research project aimed at evaluating interventions (Beardslee Family Intervention, Let's talk about children and treatment as usual/other interventions) for supporting children 8 to 17 years of age that have parents with depression, dysthymia, anxiety and/or bipolar disease.

In total, parents, both patients and their partners, of 88 children are included in the study as well as 19 children. They answered several questionnaires. Parents estimated their children's mental health, their own psychological wellbeing, their life situation in general, their relationship with their current partner, their experience of controlling their child's behaviour and different aspects of family climate and function. Children reported their own mental health and some aspects of family climate and function.

The results show that parents in our study report significantly higher levels of mental ill-health in their children than parents in a non-clinical norm group. Children report higher symptom load than parents concerning emotional problems, hyperactivity/inattention and total problem score. Those parents that are psychiatric patients report as expected lower psychological wellbeing than their partners, but also several partners indicate psychological problems of their own on a clinical level. Patients and their partners give a consistent estimation of their relationship. Considerably more participants as compared to a normal group report concerningly high stress levels in their relation.

Interventions for children as next of kin are often regarded as indicated preventions that aim to decrease the risk for mental illness in adulthood, but the results of this study indicate that there may be need for early treatment instead. The study points out the importance that practitioners in adult psychiatry in agreement with the law

find out if there are children in the family. They should also ask how the patients perceive their child's psychological and physical wellbeing, if there are other significant people around the child and how available they support the child, as well as how relations between other family members are and how parenthood is experienced.

Om rapporten och dess syfte

Hösten 2013 fick Göteborgs Universitet ett uppdrag av Socialstyrelsen att göra en utvärdering kring interventioner för stöd till barn i åldern 8 till 17 år med föräldrar med psykisk ohälsa som depression, dystymi, ångeststörning och/eller bipolär sjukdom. I uppdraget ingick också att göra en kartläggning kring hur barnen vilkas föräldrar är patienter inom vuxenpsykiatri har det, med avseende på psykisk hälsa och generell familjesituation. Denna rapport handlar om kartläggningen av hur barnen har det.

För att genomföra uppdraget etablerades ett samarbete mellan Göteborgs Universitet, Lunds Universitet och Malmö Universitet. Vidare deltog Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Region Östergötland, Region Kronoberg samt Region Västerbottens i samarbetet.

I rapporten ger vi först en bakgrund till varför denna kartläggning har gjorts och dess angelägenhetsgrad. Därefter följer ett kapitel med hur studien har genomförts och olika överväganden som gjorts. Efter detta kapitel presenteras resultaten av studien. Vi avslutar med en diskussion av våra resultat, men även kring att göra denna form av studier i en klinisk vardag.

Inledning

Om psykisk ohälsa generellt

Depression är en av de vanligaste formerna av psykisk ohälsa i världen och uppskattningsvis är 300 miljoner människor drabbade (WHO, 2018). Depression är en allvarlig, återkommande, psykisk sjukdom med ett stort lidande för den enskilda personen, men också för anhöriga och familj (Beardslee, 2002). Sjukdomen utgör ett betydande folkhälsoproblem som också omfattar sociala och ekonomiska konsekvenser för både individen och samhället (Sobocki, Lekander, Borgström, Ström & Runeson, 2007).

Depression är den vanligaste formen av psykisk ohälsa i höginkomstländer, som exempelvis Sverige (Allebeck, Moradi & Jacobsson, 2006). Risken att någon gång i livet insjukna i en depression är ca 23 procent för män och 36 procent för kvinnor (Socialstyrelsen, 2017a). I Sverige drabbas ungefär 25 procent av befolkningen av ångestsyndrom, och det är två till tre gånger vanligare att kvinnor drabbas än män (Socialstyrelsen, 2017a). Enligt statistik från Försäkringskassan är psykiatriska diagnoser den vanligaste orsaken till sjukskrivning, och beräknades ligga bakom 44 procent av sjukskrivningarna år 2016. I allmänhet tar det också längre tid för personer sjukskrivna i psykiatriska diagnoser att komma tillbaka till arbetet jämfört med genomsnittet för alla diagnoser (Försäkringskassan, 2017a). Förstämningssyndrom är den näst vanligaste psykiatriska diagnosen (Försäkringskassan, 2017b). En form av depression är dystymi, en ihållande depression som innebär att man är nedstämd större delen av dagen flertalet dagar under minst två år (American Psychiatric Association, 2013).

Bipolär sjukdom drabbar runt 60 miljoner personer i världen (WHO, 2018). Sjukdomen betecknas av återkommande episoder av förhöjt stämningsläge, mani eller hypomani, som växlar med episoder av depression. Sjukdomen är livslång och kan variera i svårighetsgrad och varaktighet (Svenska Psykiatriska Föreningen, 2014).

Primärvården har ett basansvar för personer med lindrig till måttlig psykiatrisk problematik, medan personer med mer komplex psykiatrisk ohälsa är i behov av vård i den specialiserade psykiatrin (Socialstyrelsen, 2017b). Gränsdragningen mellan primärvården och specialistpsykiatrin är inte alltid självklar och det händer att patienter hamnar mellan stolarna (Joelsson & Johansson, 2018). För att förbättra samverkan mellan psykiatri och primärvård och bidra till en ökad jämlikhet och tillgänglighet samt stimulera till förbättringar i verksamheterna finns det sedan 2008 en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), nuvarande Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Det innebär att ett antal regioner har gjort överenskommelser mellan specialistpsykiatri och primärvård för att underlätta ansvarsfördelningen kring patienter med psykisk ohälsa (Uppdrag Psykisk Hälsa).

Ansvarsfördelningen och hur samarbetet organiseras ser olika ut i de olika regionerna och kan även vara olika för barn och unga respektive vuxna (SKL, 2018).

Vuxenpsykiatri och barnen

Flera internationella studier visar att mellan 25 och 30 procent av de patienter som söker vuxenpsykiatrisk vård är föräldrar till minderåriga barn (Boenisch-Alert m.fl., 2013; Korhonen, Pietila & Vehvilainen-Julkunen, 2010; Tchernegovski, Hine, Reupert & Maybery, 2018). I våra grannländer Finland (Korhonen, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen, 2010) och Norge (Lauritzen & Reedtz, 2016) finns liknande resultat.

Hjern och Manhica (2013) genomförde en kartläggning av antalet barn i Sverige som har en förälder med allvarlig psykisk ohälsa. Undersökningen visar att 5,7 procent av barnen födda 1987–1989 under sin uppväxt hade minst en förälder som vårdats inneiggande för psykisk ohälsa. Även om det inte går att ur statistiken utläsa hur många av dessa barn som har en förälder med depression och/eller ångestillstånd, kan man utifrån omfattningen av epidemiologiska undersökningar anta att en betydande andel av barnen har en förälder med en depression och/eller ångest. Ännu fler barn är drabbade om man också räknar in de föräldrar som är i kontakt med psykiatrisk öppenvård eller som behandlas för depression och/eller ångest i primärvården. I Sverige har kartlägningsstudier visat att ungefär en tredjedel av patienter inom vuxenpsykiatri har barn under 18 år (Östman & Eidevall, 2005; Skerfving, 2007). I en registerstudie inom vuxenpsykiatri i Psykiatri Skåne (Priebe & Afzelius, 2015) framkom ett betydligt lägre antal patienter som också var registrerade som föräldrar (12,5 %, 12,9 %). Undersökningen gjordes vid två mättillfällen, år 2013 och 2014. Resultatet visar en betydande underrapportering av barn till föräldrar med psykisk ohälsa, och att få insatser ges till barnen och deras familjer. Vid en uppföljning av antalet patienter med minderåriga barn som registrerats 2016, framkom en marginell ökning (13,9 %). Vid denna uppföljning ingick också en enkätundersökning till personal som genomgått utbildning i barnfokuserade interventioner, och undersökningen visade att få interventioner utfördes (Priebe & Afzelius, 2017).

Vuxenpsykiatrins roll

Kunskapen om att barn till föräldrar med psykisk sjukdom kan riskera att själva utveckla egen psykisk ohälsa har uppmärksammats i flera decennier (Maybery & Reupert, 2009). Många föräldrar med psykiska problem har kontakt med vuxenpsykiatri, och för vuxenpsykiatri blir det en viktig roll att identifiera och uppmärksamma barnens behov. I flera länder, såsom tex Finland och Australien, finns arbetsätt inom vuxenpsykiatri för att involvera den psykiskt sjuka föräldern, deras barn och familjen i vården (Beardslee, Solantaus, Morgan, Gladstone & Kowalenko, 2013). I Sverige och Norge finns psykiatriska verksamheter som använder sig av barnombud, ett tilläggsuppdrag till ordinarie arbete, för att systematiskt uppmärksamma patienter

som föräldrar till minderåriga barn (Lauritzen & Reedtz, 2016; Östman & Afzelius, 2011). Psykisk ohälsa kan också behandlas inom primärvården, där medarbetaren kan initiera stöd, behandling eller prevention till föräldern och barnen (Beardslee m.fl., 2013; Hafting m.fl., 2019).

Flera undersökningar och studier pekar på att det finns olika hinder inom vuxenpsykiatri för att uppmärksamma barnen, såsom det traditionellt individcentrerade arbetssättet inom vuxenpsykiatri som kan bidra till att patientens barn glöms bort (Goodyear m.fl., 2017; Maybery & Reupert, 2006; Price-Robertson, Obradovic & Morgan, 2017; Priebe & Afzelius, 2017; Skogøy m.fl., 2018). Kunskap om att arbeta med familjer och barn saknas ofta hos personalen, och verksamheten saknar rutiner. Flera studier pekar på vinsten av att utveckla ett familjeorienterat synsätt inom vuxenpsykiatri så att även systemet kring patienten uppmärksammas i vården, och det faller sig då naturligt att även prata om och med patientens barn (Falkov, 2011; Foster, Goodyear, Grant, Weimand & Nicholson, 2019; Foster m.fl., 2016; Foster, O'Brien & Korhonen, 2012; Maybery & Reupert, 2009; Price-Robertson m.fl., 2017).

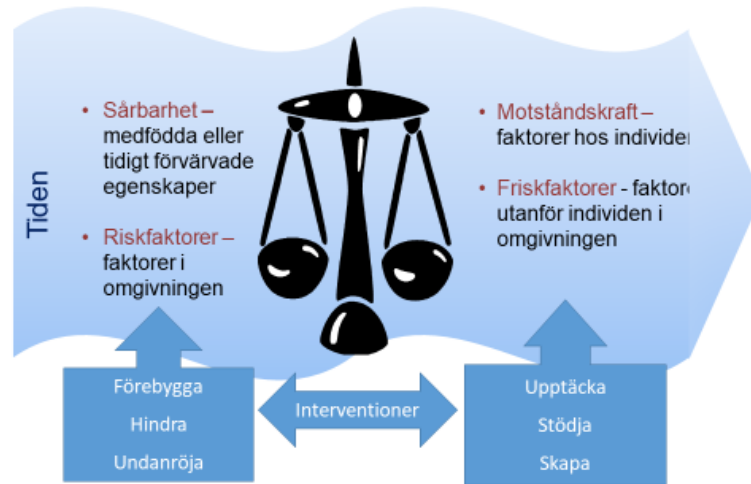
I förarbetena inför det svenska lagtillägget i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) har tidigare utredningar (Regeringen, 2008) föreslagit en skyldighet för vuxenpsykiatri att underrätta sig om patienter har minderåriga barn, deras situation och att vid behov ge stöd. År 2010 infördes ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen för att ytterligare betona vikten av att uppmärksamma barnen (HSL 2017:30, 5 kap. 7 §). Bestämmelsen innebär att hälso- och sjukvårdens verksamheter och dess personal är skyldiga att särskilt beakta barnets behov av information, råd och stöd när en förälder eller någon annan vuxen som barnet bor med har en psykisk sjukdom, är allvarligt somatiskt sjuk, missbrukar eller spelar om pengar, eller hastigt avlider.

Liknande lagtillägg finns i Norge, Finland och Storbritannien. I Norge gjordes det nyligen en uppföljning av hur lagen efterföljs och resultatet visar att implementeringen av lagen skilde sig åt mellan olika sjukhus. Slutsatserna blev att ändring av lagen är värdefull, men att det behövs mer för att säkra alla anhöriga barns samma rätt till skydd och stöd (Skogøy m.fl., 2018).

Psykisk ohälsa hos en förälder som risk

Idag finns en stor enighet om att barns utveckling bäst förstås utifrån ett samspel mellan biologiska, psykologiska och sociala faktorer (Lewis & Rudolph, 2014). Det handlar om ett komplicerat samspel mellan barnets medfödda eller tidigt förvärvade egenskaper (sårbarhet) och faktorer i barnets uppväxtmiljö som ökar risken för en negativ utveckling (riskfaktorer). Samtidigt så finns det medfödda faktorer hos barnet som kan göra det mer ”robust” (motståndskraft) och faktorer i miljön som kan ge barnet stöd och hjälp till en positiv utveckling (friskfaktorer). Detta perspektiv medför att interventioner kan inriktas på att såväl upptäcka, stödja och skapa motståndskraft och

friskfaktorer, som att förebygga, hindra och undanröja sårbarhets- och riskfaktorer, vilket illustreras i figur 1.



Figur 1. En stress – sårbarhetsmodell.

Under sin utveckling har barnet ett antal så kallade utvecklingsuppgifter som det ska lösa under sin uppväxt med hjälp av sin närmaste omgivning. Den första utvecklingsuppgiften är att lära sig knyta an till en eller ett par vuxna. Andra utvecklingsuppgifter som följer är till exempel att utveckla sin sociala förmåga för att kunna samspela med kamrater och vuxna som inte är ens anknytningspersoner och att utveckla förmågan till känslomässig reglering (Broberg, Almqvist, Mothander & Tjus, 2015). Förmågan att lösa tidigare utvecklingsuppgifter påverkar hur vi löser senare uppgifter. Det betyder att ju oftare vi misslyckats i lösandet av tidigare uppgifter desto sämre rustade blir vi att lösa kommande utvecklingsuppgifter, vilket kan leda till att vi hamnar i en negativ utvecklingsspiral. På samma sätt kan tidigare lyckade lösningar av utvecklingsuppgifter göra det lättare att lösa senare uppgifter, vilket kan bidra till en positiv utvecklingsspiral. Det är dock viktigt att tänka på att detta inte är ett deterministiskt perspektiv på utveckling utan snarare probabilistiskt. Det betyder att hur vi har det under våra tidiga år ökar sannolikheten för att utvecklingen går i en riktning, men det är inte en gång för alla givet. De nya färdigheter och förmågor som vi utvecklar över tiden samt nya erfarenheter kan alltid medföra att utveckling kan ta en ny riktning, såväl positivt som negativt. En viktig aspekt av detta perspektiv är att skillnaden mellan den mest positiva och den mest negativa utvecklingen är som minst när barnet är i yngre förskoleåldern och som störst under tonåren. En konsekvens av detta är att förutsättningarna att lyckas med att rätta till en utveckling som kommit på avvägar är störst ju färre utvecklingsuppgifter som barnet hunnit misslyckas med, det vill sägs så tidigt som möjligt (Broberg m.fl., 2015).

Barn som lever med en mamma eller pappa med psykisk sjukdom har en ökad risk att själva utveckla olika former av psykisk ohälsa som depression, uppförandestörning och ångesttillstånd (Ashman, Dawson & Panagiotides, 2008; S. H. Goodman m.fl., 2011; Gross, Shaw & Moilanen, 2008; Hosman, van Doesum & van Santvoort, 2009b; Korhonen, Luoma, Salmelin, & Tamminen, 2012; Marmorstein, Malone & Iacono, 2004; Pilowsky, Wickramaratne, Nomura & Weissman, 2006). Ett exempel på detta är att en av de största riskfaktorerna för att ungdomar ska få depression är att de har en förälder som drabbats av depression. Risken är tre till fyra gånger större än hos ungdomar vars föräldrar inte har depression (Weissman m.fl., 2006). Depression hos barn och ungdomar som har en förälder som varit eller är drabbad av depression tycks dessutom debutera tidigare, pågå under längre tid och medföra en större funktionsnedsättning än hos de barn och ungdomar som inte har en förälder som har eller har haft samma problematik (Goodman, 2007). Longitudinella studier visar att 40 procent av barn som var anhöriga till en förälder med depression själva drabbades i vuxen ålder (Rasic, Hajek, Alda & Uher, 2014). Ett annat exempel är att barn som är anhöriga till en förälder med bipolär sjukdom har nio gånger ökad risk att diagnostiseras med bipolär sjukdom och ökad risk för en rad andra psykiska sjukdomar (Lau m.fl., 2018). Tio procent av barnen till förälder med bipolär sjukdom drabbas själva som vuxna (Rasic m.fl., 2014).

Det som bidrar till denna ökade risk kan handla om såväl ärftliga (genetiska) som miljömässiga (psykologiska och sociala) faktorer samt hur miljön påverkar hur och vilka gener som uttrycks (epigenetik). Teoretiska modeller har tagits fram för att beskriva hur psykisk ohälsa hos en omvårdnadsperson påverkar deras barn. I dessa modeller ingår genetiska faktorer, faktorer hos barnet, faktorer hos förälder, i familjen och i den omgivande miljön (Goodman & Gotlib, 1999; Hosman m.fl., 2009b; Reupert & Kowalenko, 2013). En förälders psykiska ohälsa kan påverka barnet antingen direkt, genom föräldrarnas beteende, känslor och kognitioner, eller indirekt, genom stressorer i familj eller omgivande miljö som kan förknippas med föräldrarnas psykiska ohälsa, såsom våld i familjen, isolering och fattigdom (van Santvoort m.fl., 2015). I en nationell kartläggning av våld mot barn i Sverige, där elever i årskurs 9 samt årskurs 2 på gymnasiet tillfrågats om utsatthet för våld under sin uppväxt, rapporterar 39 procent av eleverna som angav att de levde med en vuxen med psykisk sjukdom att de utsatts för tre eller fler former av misshandel (Landberg, Jernbro & Janson, 2017). Motsvarande siffra för barn som inte angav att de levde med en förälder med psykisk sjukdom var fem procent.

Föräldraförmågan och föräldra-barnrelationen har allt tydligare pekats ut som några av de viktigaste faktorerna som påverkar barnets framtida hälsa, och då framför allt deras psykiska hälsa och välbefinnande (Stewart-Brown & Schrader-McMillan, 2011). Föräldrarnas omsorg och förmåga att svara på barnets signaler tillsammans med förmågan att sätta rimliga gränser är inte bara av betydelse när barnet är litet, utan påverkar också barn i mellanbarndomen och tonåringar. Föräldrar som är patienter inom vuxenpsykiatri har att hantera egna svårigheter och samtidigt upprätthålla sin föräldrafunktion. Många studier pekar på att föräldrar som lider av psykisk ohälsa

ofta uppvisar svårigheter i sitt föräldraskap (Oyserman, Bybee, Mowbray & Hart-Johnson, 2005; Oyserman, Mowbray, Meares & Firminger, 2000; Riley m.fl., 2008). Depression hos mammor har t.ex. visat sig vara starkt kopplat till användande av tvingande och fientliga föräldrabetenden (Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000; Shay & Knutson, 2008) och hög grad av kritik (Frye & Garber, 2005). Låg grad av känslomässig värme, hård och/eller inkonsekvent uppfostran, bristande lyhördhet samt orimliga förväntningar på barnets förmåga utifrån har visat sig öka risken för att barnet ska utvecklas i negativ riktning (Campbell, 2002; Farrington, 2005; Parent m.fl., 2011; Snyder, Cramer, Afrank & Patterson, 2005; Thompson, Hollis & Richards, 2003; Webster-Stratton & Taylor, 2001).

Det är inte bara föräldrarnas psykiska ohälsa i sig som påverkar barnets risk att självt utveckla psykisk ohälsa, utan risken påverkas också av hur länge föräldern är sjuk, hur gammal föräldern var när den psykiska ohälsan startade, när i barnets utveckling detta skedde, samsjuklighet, missbruk, våld eller psykisk ohälsa hos båda föräldrarna (Hosman m.fl., 2009b; van Santvoort m.fl., 2015). Antalet eller mängden av riskfaktorer som barnet utsätts för under uppväxten har en stark koppling till risken för att barnet utvecklar egen psykisk ohälsa eller psykiatrisk problematik (Appleyard, Egeland, van Dulmen & Sroufe, 2005).

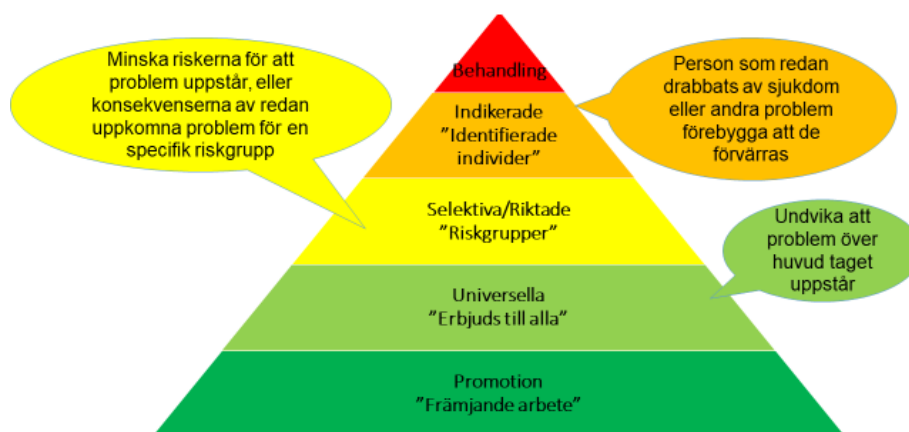
Samtidigt är det viktigt att komma ihåg att inte alla barn som växer upp med en förälder med psykisk ohälsa utvecklar egen psykisk ohälsa. Förutom motståndskraft hos barnet självt så kan det finnas skyddande faktorer i omgivningen som minskar risken att barnen utvecklar egen psykisk ohälsa. Dessa är inte beroende av om föräldern har psykisk ohälsa, eller en specifik diagnos, utan fungerar skyddande på en generell nivå. Det kan handla om att det finns en annan stöttande förälder, barnets egen förmåga att hantera och lösa problem, i vilken utsträckning barnet kan använda aktiva bemästringsstrategier (coping), hur öppen barnet kan vara i sin relation och kommunikation med föräldern, fysisk aktivitet, socialt stöd från övriga i familjen och från vänner eller lärare (Collishaw m.fl., 2016; Hosman m.fl., 2009b; Mahedy m.fl., 2018; Van Loon, Van De Ven, Van Doesum, Hosman & Witteman, 2015). Vidare kan påverkan av en förälders psykiska ohälsa på barnet medieras av föräldrarnas förmåga att trots sina svårigheter utöva en lyhörd omvårdnad, kunna upprätta en varm och nära relation i kombination med förutsägbarhet samt förmåga att sätta ramar och gränser anpassade till barnets utveckling och behov (Elgar, Mills, McGrath, Waschbusch & Brownridge, 2007).

Utifrån kunskap kring olika risk- och friskfaktorer finns möjlighet att tillskapa interventioner på förebyggande (preventiv) nivå baserade på en stabil forskningsgrund (Siegenthaler, Munder & Egger, 2012; Thanhauser, Lemmer, de Girolamo & Christiansen, 2017). När det görs är det viktigt beakta att preventiva program bör främja flera skyddande faktorer över olika av barnets funktionsområden (Collishaw m.fl., 2016).

Interventioner

Nivåer av prevention/behandling

Interventioner kan göras på flera olika nivåer vilket illustreras i figur 2. Dels kan beslut fattas på politisk nivå om olika samhällsinsatser som syftar till att främja individers välmående och positiva utveckling generellt, vilket benämns som promotion (Alfredsson, Broberg & Axberg, 2015). Exempel på sådana insatser kan vara genomförande av föräldraförsäkring, kortare arbetstid för småbarnsföräldrar etc. *Prevention* handlar om att förebygga, hindra eller undanröja faktorer som ökar risken för ohälsa och/eller stödja, stärka eller skapa faktorer som skyddar eller främjar en hälsosam utveckling. Preventiva åtgärder kan sättas in på flera nivåer, beroende på hur de är riktade (Muñoz, Mrazek & Haggerty, 1996). *Universell prevention* vänder sig till samtliga i en viss population utan hänsyn till eventuella riskfaktorer eller individuella behov. *Selektiv prevention* riktar sig till grupper av individer baserat på någon gemensam riskfaktor, som till exempel barn till föräldrar som uppvisar psykisk ohälsa. *Indikerad prevention* riktar sig till individer som anses vara i uppenbar risk för att utveckla hälsoproblem, vanligen på grund av en redan förhöjd symtomnivå, och insatsen anpassas således till de individuella behoven. Gränsen mellan indikerad prevention och *tidig behandling* kan vara svår att dra. Detsamma gäller mellan de universella, selekterade och indikerade nivåerna. Ibland brukar de selektiva och indikerade interventionerna därför också kallas för *riktade insatser* (Offord, Kraemer, Kazdin, Jensen & Harrington, 1998).



Figur 2. Olika nivåer för interventioner.

Stöd och behandling i internationellt perspektiv

Med utgångspunkt i att barn som är anhöriga till en förälder som uppvisar psykisk ohälsa löper en förhöjd risk att själva utveckla olika former av ohälsa, samt att det finns risker för barnets generella utveckling, till exempel när det gäller kognitivt, socialt och emotionellt fungerande, förordas tidig upptäckt och preventiva insatser. Insatserna bör innehålla dels generella faktorer oberoende av vilken diagnos föräldern har, men också diagnos-specifika faktorer. (Hosman, van Doesum & van Santvoort, 2009a). En viktig aspekt är att barnen får adekvat information och uppmärksammas inom alla verksamheter som möter föräldrar som uppvisar psykisk ohälsa. Det behövs dock fortfarande mer forskning kring detta område, då vi ännu inte vet tillräckligt om hur och till vilka interventionerna ska riktas (barn, förälder, familj), innehållet i interventionerna (terapi eller psykoedukation) eller intensitet (mätt som programmets längd) för att avgöra hur de är kopplade till programmets effektivitet (Reupert & Maybery, 2016).

Insatser inom vuxenpsykiatri i Sverige

Kunskapen om att barn till föräldrar med psykisk sjukdom kan löpa risk för att själva utveckla psykisk ohälsa är känt sedan minst ca 25 år inom vuxenpsykiatri i Sverige (Östman & Afzelius, 2011). I en del regioner har man infört barnombud med ett specifikt uppdrag att uppmärksamma patienternas barn. I samband med att lagtillägget i HSL tillkom påbörjades 2008 ett projekt initierat av regeringen där landsting och primärvård erbjöds möjlighet att utbilda personal i Beardslees familjeintervention, en metod som introducerats i Västerbotten år 2004 (Cederström & Pihkala, 2015; Renberg, 2007). I de statliga utbildningsinsatserna, som avslutades 2011, prioriterades personal som arbetar inom vuxenpsykiatri.

Ändå är det vanligast att ingen insats ges, även om det är känt för vården att patienten har minderåriga barn. Inom vuxenpsykiatri i Region Skåne hade år 2013 så många som 72 procent av de minderåriga barnen som hade registrerats i patientdatabasen respektive deras familjer inte fått någon insats. Motsvarande siffra för år 2014 var 70 procent (Priebe & Afzelius, 2015). Även om det är troligt att inte alla insatser som faktiskt gavs också registrerades i patientdatabasen, är det rimligt att utgå från att det vanligaste är ingen insats.

Det finns idag ett stort antal interventioner med fokus på barn till föräldrar med psykisk sjukdom, varav några används i Sverige. Vissa riktar sig till både barn och föräldrar, tillsammans eller i olika konstellationer. Andra riktar sig direkt till barnet, ofta i form av gruppinterventioner. Slutligen finns det interventioner som vänder sig till föräldern/föräldrarna utan att barnet självt är delaktigt. Sex grundläggande familjefokuserade praktiker har identifierats som återkommer i många interventioner: kartläggning/bedömning, psykoedukation, instrumentellt, emotionellt och socialt stöd, vårdplanering för familjen och målsättande; allians mellan familjen och vårdgivare samt

koordination av vården och insatserna för familjen, ofta med barnfokus (Foster m.fl., 2016). Man kan också gradera insatserna på ett kontinuum från korta, lågintensiva interventioner, som Föra barnen på tal, till mer långvariga och intensiva insatser (Foster m.fl., 2019). Till de senare skulle man kunna räkna Beardslees familjeintervention, stödgrupper och familjeterapi som pågår under en längre tid.

I den föreliggande studien inkluderades enbart barn och föräldrar som fick någon form av insats. I första hand var vi intresserade av att utvärdera två interventioner, Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal, vilka beskrivs relativt utförligt nedan. Behandlarna som deltog i studien beskrev även att de använde en rad andra modeller och interventioner. Dessa presenteras mer översiktligt. De 35 medarbetare som deltog i studien genomförde 62 separata insatser, varav 21 var Beardslees familjeintervention, 12 var Föra barnen på tal och 29 var andra insatser.

Beardslees familjeintervention

Beardslees familjeintervention (BFI), är en preventiv, psykoedukativ och manualiserad familjeintervention utvecklad i USA (Beardslee, 2002), främst för familjer där föräldern har en depression och har barn i åldern 8 till 17 år. Det övergripande målet med interventionen är att minska risken för att barn till deprimerade föräldrar själva drabbas av depression eller annan ohälsa, d.v.s. en selektivt preventiv insats som riktar sig till barn som inte utvecklat en egen problematik, men som tillhör en grupp med förhöjd risk att utveckla psykisk ohälsa. Med hjälp av interventionen vill man medvetandegöra och stärka skyddande faktorer hos barnet självt, i familjen, hos föräldrarna och i det omgivande nätverket. Stor vikt läggs på att öppna upp en kommunikation kring föräldrarnas psykiska sjukdom i familjen, vilket kan verka avlastande och minska skuld, självanklagelser och skam hos barnet. Syftet är också att stärka föräldrarnas förståelse för de skyddande faktorer som barnet har, såsom skola, kamrater, fritidsintressen med mera, och att stödja dessa i relation till sina barn.

Beardslees familjeintervention omfattar fem samtal i olika familjekonstellationer med cirka två veckors mellanrum, följt av två uppföljningssamtal. De två första samtalen är med föräldrarna eller föräldern på temat föräldrarnas livshistoria, sjukdomen och hur den har påverkat familjen och barnen. Föräldrarnas/föräldrarnas eventuella oro och funderingar kring barnet/barnen tas upp. Risk- och skyddsfaktorer kartläggs för respektive barn. Föräldrarna kan formulera frågor som de vill att behandlarna tar upp under träffen med barnet. Vid den tredje träffen samtalar barnet och medarbetaren själva. Om det finns fler barn i familjen intervjuas varje barn för sig. Barnet får då beskriva sin nuvarande situation i skolan och hemma, sina intressen och fritidsaktiviteter, svara på frågor om relationen till föräldrarna och vem eller vilka andra vuxna som barnet eventuellt kan vända sig till, om det finns saker som barnet oroar sig för samt om barnet har frågor som det skulle vilja ställa till föräldern. Fjärde samtalet är ett planeringssamtal med föräldrarna om hur familjesamtalet ska gå till. Föräldrarna

och medarbetare går tillsammans igenom vad barnet har beskrivit, frågor eller funderingar som barnet har och planerar tillsammans med föräldrarna, utifrån föräldrarnas önskemål om vad de vill och kan berätta, hur familjesamtalet ska läggas upp. Femte samtalet är ett familjesamtal, där de teman som planerats tas upp. Föräldrarna uppmantras att själva berätta för sitt barn om sin situation, ta upp barnets frågor som kom fram i barnsamtalet och så vidare. Efter en månad hålls ett uppföljningssamtal och ytterligare ett efter sex månader.

BFI ska inte användas vid akuta kriser i familjen eller vid psykotiska skov. Metoden ska heller inte användas om föräldern inte förstår att den psykiska ohälsan kan vara skadlig för barnen, eller vid pågående missbruk (Cederström & Pihkala, 2015). För att använda metoden krävs utbildning som är både teoretisk och praktisk. För att delta i utbildningen krävs ingen specifik grundutbildning, men erfarenhet av att arbeta med psykosocialt utsatta människor. Framförallt är det socionomer, sjuksköterskor och skötare som är utbildade i metoden (Cederström & Pihkala, 2015).

Metoden är utvärderad i en RCT-studie i USA (Beardslee, Gladstone, Wright & Cooper, 2003; Beardslee, Wright, Gladstone & Forbes, 2007) och en i Finland (Solantaus, Paavonen, Toikka & Punamaki, 2010) – båda dock utan jämförelse med kontrollgrupp. Den amerikanska utvärderingen rörde barn till föräldrar med depression eller affektiva syndrom och jämförde BFI med en insats som utgjordes av två psykoedukativa gruppträffar. BFI förbättrade föräldrarnas beteende och förhållnings-sätt gentemot barnen mer än vad den psykoedukativa insatsen gjorde. Både BFI och de psykoedukativa gruppträffarna förbättrade barnens grad av inåtvända symptom och familjens fungerande. Den finska utvärderingen jämförde BFI med Föra barnen på tal (FBT), en föräldrastödjande intervention där medarbetaren inte träffar barnen. Enligt resultatet minskade barnens emotionella symtom och ångest betydligt i båda grupperna efter ett och ett halvt års uppföljning, och barnens prosociala förmågor hade ökat. Ingen förändring kunde ses i graden av utåtagerande symtom hos barnen. Vid fyra månaders uppföljning kunde man se att BFI gav en snabbare förbättring medan det tog längre tid efter FBT innan förbättringar kunde ses. Vid uppföljningen ett och ett halvt år från interventionen var förbättringen likvärdig för grupperna som fått BFI respektive FBT (Solantaus m.fl., 2010). En svensk avhandling fann att familjer som genomgått BFI rapporterade överlag positiva effekter av interventionen (Pihkala, 2011). Metoden visade sig också säker och användbar, dvs inte skadlig. I avhandlingen ingick föräldrar som inte bara hade en depressionsdiagnos, utan även andra diagnoser, såsom t.ex. psykosjukdom och personlighetsstörning.

Metoden har i Sverige visat sig vara framgångsrik även med andra diagnoser än depression (Pihkala, Cederström & Sandlund, 2010). Metoden används också i familjer med psykosjukdom (Strand & Rudolfsson, 2017) och i familjer med missbruk (Pihkala, Dimova-Bränström & Sandlund, 2017).

Föra barnen på tal

Föra barnen på tal (FBT) är också en manualbaserad metod för att förebygga psykiska problem hos barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Samtalen förs enbart med föräldern/föräldrarna. Interventionen är kortare än BFI och inte lika strikt bunden till en manual, utan finns i flera versioner med olika omfattning, såsom t.ex. en miniversion. Syftet är, som i BFI, att stärka föräldraskapet och stödja barnens utveckling.

Till stöd för samtalen används en manual och loggbok (Solantaus, 2010), som medarbetaren går igenom tillsammans med föräldern/föräldrarna på ett strukturerat sätt. Man kartlägger också tillsammans med föräldrarna barnens livssituation utifrån olika åldersperioder. Med hjälp av loggboken kan man också redan under föräldrarnas graviditet börja samtal om det kommande föräldraskapet.

FBT omfattar två träffar med föräldern/föräldrarna (Solantaus, 2010). Dessa träffar fokuserar på hur deras barn har det, skyddande faktorer i barnets omgivning och nätverk som föräldrarna kan stärka. Föräldrarna uppmuntras också att ta initiativ till att inleda samtal med barnet om den egna situationen och psykiska problem. Som stöd till samtalen kan föräldern använda handboken "Hur hjälper jag mitt barn" (Solantaus & Ringbom, 2013).

En svensk studie undersökte i vad mån den psykiatriska slutenvården använde sig av FBI (Kejving, Sandlund & Pihkala, 2014), och fann att metoden användes sällan. Personalen angav tidsbrist, korta vårdperioder och att det var ett svårt och känsligt ämne.

Liksom i BFI krävs inte att medarbetaren har någon psykoterapeututbildning. Bägge metoderna kräver förkunskaper i form av utbildning och regelbunden handledning (Cederström & Pihkala, 2015).

Övriga insatser som användes av behandlarna i studien

Om medarbetare hade använt en annan insats än Beardslees familjeintervention eller Föra barnen på tal ombads de att kort beskriva insatsen. Svaren visar både att man hade använt specifika metoder för barn som anhöriga och deras familjer och att barnperspektivet hade utgjort en del i föräldrarnas behandling utan att någon speciell metod hade använts.

Två metoder som har utvecklats specifikt för barn som anhöriga och deras familjer nämndes:

- Barnkraft eller "Skapa förståelse tillsammans" (Söderblom & Inkinen, 2009) – parallella stödgrupper för barn och föräldrar med psykisk ohälsa. Barn och föräldrar får i sina stödgrupper möjlighet att utbyta tankar och känslor med andra i liknande situation. Man deltar i tio gruppträffar, varav tre är gemensamma för barn och föräldrar. Innan de deltar i gruppträffarna har varje familj två enskilda samtal med personalen och man har också ett avslutande

samtal med den enskilda familjen. Stödgruppsmodellen är en vidareutveckling av tankar från Beardslees familjeintervention och syftar till att främja kommunikationen om föräldrarnas sjukdom inom familjen, öka den ömsesidiga förståelsen av sjukdomen och främja andra skyddsfaktorer för barnen. Intervjuer med en liten grupp barn och föräldrar som har deltagit i en stödgrupp i Sverige visar att metoden blev väl mottagen av familjerna och att det fanns små, positiva effekter i barnens psykiska mående och livskvalitet (Pihkala & Söderblom, 2015).

- ALMA – är en modell för samverkan mellan Malmö stad och hälso- och sjukvården kring föräldrar med psykisk ohälsa och deras späda och små barn. Samverkan involverar socialtjänst, barn- och vuxenpsykiatri samt mödra- och barnhälsovård och det finns bland annat tvärprofessionella konsultationsteam dit personal som möter barnfamiljer med svårigheter kan vända sig. Modellen har beskrivits i en doktorsavhandling (Hagström, 2010) och lett vidare till ALHVA, en hembaserad behandling för riskutsatta spädbarn och deras föräldrar (Hagström & Lindberg, 2017).

Flera av de svarande nämnde att de hade genomfört insatsen inom ramen för en psykoterapeutisk behandling som i sig inte endast fokuserade på barnen. Exempel på detta är familjesamtal, parsamtal, systemisk narrativ terapi och kognitiv psykoterapi (schematerapi).

Slutligen nämnde flera att de inte hade använt någon specifik metod eller gav exempel på vad de hade gjort utan att hänvisa till någon metod. Till denna kategori hör till exempel anpassad psykopedagogisk intervention, att medarbetaren tog upp barnperspektivet i en individuell kontakt och frågade barnen om deras situation och mående.

Hur studien har genomförts

I förarbetena till studien kontaktade forskargruppen några nätverk av professionella inom vuxenpsykiatri för att diskutera val av procedur vid rekrytering av deltagare, centrala områden att undersöka och val av frågeformulär samt olika etiska aspekter av studien. En ansökan om prövning gjordes, vilken också godkändes (Regionala Etikprövningsnämnden i Göteborg Dnr: 1029-13). Efter det kontaktades ledningen på central och lokal nivå inom flera olika vuxenpsykiatriska verksamheter och tillfrågades om eventuellt deltagande i studien. Därefter etablerades ett samarbete med 46 olika enheter från Skåne i söder till Västerbotten i norr. Vid de enheter som deltog utsågs en forskningsambassadör/kontaktperson som hade ansvar för kontakten mellan enheten och forskargruppen. Medarbetare tillfrågade först patienten om de fick ge information om studien, om föräldern sa ja till detta fick patienten muntlig och skriftlig information om studien. Patienten ombads att ta med sig informationen hem och fundera på en eventuell medverkan. Om patienten tackade ja till medverkan, tilldelades hen ett kodnummer och därefter delades skriftliga formulär ut, alternativt en länk till ett säkert web-formulär för att svara digitalt. Om patienten hade en nuvarande eller före detta partner tillfrågades denne också om medgivande till att även hen kunde få information om studien för ett eventuellt deltagande. Hade patienten barn som var över tio år gamla, ställdes även frågan om barnet, efter information och samtycke från barnet och samtliga vårdnadshavare, kunde tillfrågas om deltagande. Om det fanns flera barn mellan tio och 17 år, kunde ett eller flera tillfrågas, samtycka och delta, beroende på vårdnadshavarnas samtycke. Om barnet var mellan åtta och tio år gammalt, var det enbart föräldrarna som svarade på frågor om barnets hälsa.

För att ingå i studien (inklusion) skulle följande kriterier vara uppfyllda:

1. minst en förälder behandlas inom vuxenpsykiatri för depression, dystymi, ångeststörning eller bipolär sjukdom
2. det finns ett eller flera barn i åldrarna 8–17 år
3. föräldern är ny patient eller återkommer efter en tidigare avslutad kontakt och en intervention med fokus kring barnen planeras

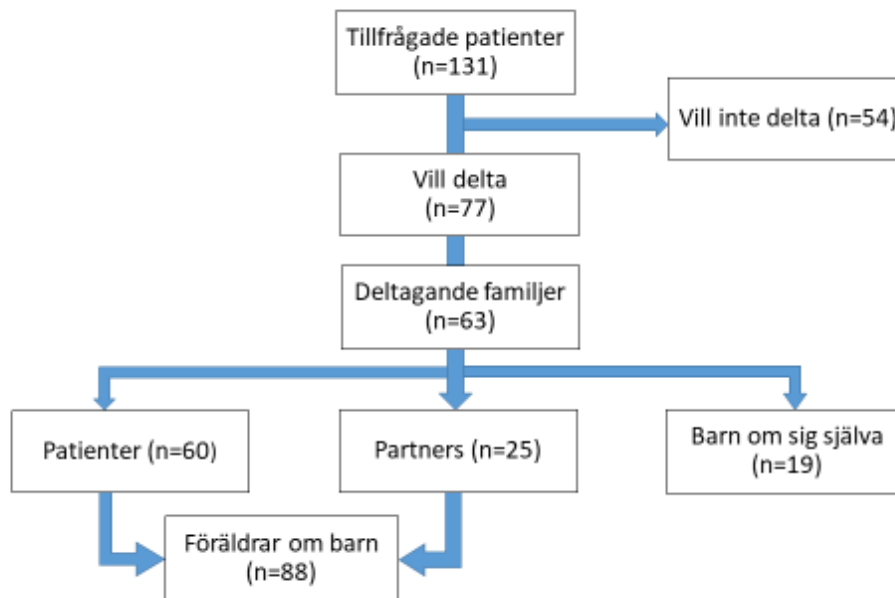
Kriterierna för att inte tas med i studien (exklusion) var:

1. föräldern har ett pågående primärt missbruk eller beroende av alkohol eller droger, schizofreni, pågående allvarlig familjekris (t.ex. skilsmässa, vårdnadstvist) eller annan pågående livskris som försvårar deltagande i interventionen
2. barn som själva har en pågående behandling för depression eller ångestproblematik (däremot kan syskon som inte är i behandling delta).

3. barn som är tvångsplacerade (däremot kan frivilligt placerade barn delta)
4. föräldern/föräldrarna eller barnen talar inte tillräckligt bra svenska för att självständigt kunna fylla i formulären

Deltagare

Den föreliggande studien bygger på data från öppenvård och heldygnsvård i specialistpsykiatri. Det innebär att psykiskt sjuka föräldrar i de familjer som deltog i studien har en mer allvarlig psykiatrisk problematik än patienter som får vård för psykisk ohälsa inom primärvården. Att gränssnittet mellan primärvård och specialistpsykiatri är olika i olika regioner kan ha påverkat patientsammansättningen i de olika regionerna som ingick i studien. I figur 3 nedan redovisas flödet för deltagare i studien.



Figur 3. Flöde deltagare.

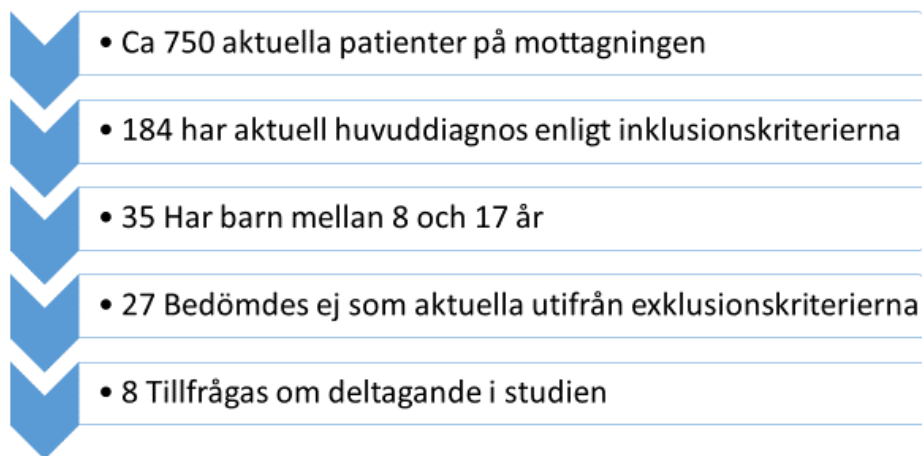
Totalt ingår föräldrar till 88 barn i studien och 19 barn har gjort egna skattningar. Barnens åldrar varierar från åtta till 17 år, medel för gruppen är tolv år. 51 barn (59 %) hörde till en yngre grupp (8–12 år) och 36 barn (41 %) till den äldre (tonåringar, 13–17 år). För ett barn saknade vi uppgifter om ålder. Nära hälften, 48 (43 %) av barnen var flickor och 50 (57 %) pojkar. Det stora flertalet var födda i Sverige, 85 av barnen (97 %), två (2 %) i Norden och ett barn (1 %) utanför Norden. Ungefär hälften av barnen, 48 (55 %), bodde med båda sina föräldrar, vilket kan jämföras med situa-

tionen för tolvåringar generellt i befolkningen, där 68 procent bor med sina ursprungliga föräldrar (SCB specialsökning i Befolkningsstatistik¹). Växelvis boende angavs för 28 (32 %) av barnen och tio barn (12 %) bodde med en förälder och hade umgänge med den andra föräldern. Ett barn (1 %) hade inget umgänge, och för ett barn saknade vi uppgifter om boendet. Eftersom ingången till studien skulle vara att studera effekter av selektivt preventiva metoder, så exkluderades barn som hade en pågående kontakt med barn- och ungdomspsykiatri (BUP) för egen ångest- eller depressionsproblematik. Detta till trots så visade det sig att 20 procent av barnen hade haft en tidigare kontakt med BUP. Detta innebär att vi kan utgå från att minst 20 procent av barnen haft kontakt med BUP, men att det sannolikt är fler.

Vi har fått skattningar från totalt 85 föräldrar (59 % kvinnor och 41 % män). Den absoluta majoriteten av föräldrarna (86 %) var födda i Sverige. Nio procent var födda utanför Europa och fem procent i övriga Europa. Av de föräldrar som svarat på frågeformulär om sig själva och barnen fick 60 (71 %) insatser från vuxenpsykiatri (VUP) och 24 (29 %) var partner till den som hade kontakt med vuxenpsykiatri. Den vanligaste diagnosgruppen för dem med kontakt med VUP var bipolär sjukdom (40 %), följt av depression (35 %) och olika former av ångesttillstånd (20 %). För resterande saknade vi uppgifter.

Den grupp föräldrar och barn som deltog i studien är kraftigt selekterad på flera olika nivåer, så de kan inte betraktas som representativa för VUP generellt. Samtidigt som detta är en brist ur ett representativitetsperspektiv, så ger det också en styrka i hur resultaten från studien kan tolkas. Med stor sannolikhet kan vi utgå från att de uppgifter vi fått in inte berör de barn som är allra mest utsatta, utan tvärtom de barn där förutsättningarna är mer gynnsamma. Vi kan alltså utgå från att bilden av barnens utsatthet i denna rapport inte är en överdriven, utan snarare utgör en kraftig underskattning. Hur har då urvalet påverkats i de olika stegen? Till att börja med har valet av inklusions- och exklusionskriterier begränsat urvalet från start, t.ex. att patienterna ska vara föräldrar till barn 8–17 år och avgränsningar i diagnoser (bipolär sjukdom, depression och ångesttillstånd). Vidare ska en barninriktad intervention vara aktuell. I flera av interventionerna ingår att situationen inte ska vara akut, utan ha stabiliserats någorlunda. Därefter har den aktuella medarbetaren gjort en bedömning utifrån kliniska grunder av om det är lämpligt att fråga föräldern om ett eventuellt deltagande. Hur detta ser ut ser ut illustreras med ett flödesschema i figur 4 nedan, hämtat från en öppenvårdsmottagning i vår studie, där personalen gjorde en stickprovsundersökning av flödet vid ett specifikt tillfälle.

¹ <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>



Figur 4. Rekrytering av deltagare för studien.

För att få en uppfattning om hur många av de föräldrar som har tillfrågats om deltagande som också tackat ja till ett första steg med information muntligt och skriftligt och därefter i nästa steg tackat ja till deltagande, använde vi oss av ett bas-datablad, där aktuell medarbetare fyllde i om patienten tillfrågats om deltagande i studien samt om de tackat ja. Totalt tillfrågades 131 patienter om deltagande i studien, varav 77 (59 %) tackade ja. I slutänden var det 63 (48 %) familjer som deltog.

Vilka frågeformulär som använts

De barn- och familjeinriktade interventioner som ges inom vuxenpsykiatri är i huvudsak av sekundär eller selektiv preventiv karaktär, i det att barnen antas ännu inte ha utvecklat egen psykisk problematik, men löper en ökad risk för psykisk ohälsa i framtiden. Effekter av primär- och sekundärpreventiva insatser är vanligtvis små, samtidigt som de ur ett folkhälsoperspektiv kan ha stor betydelse (McCartney & Rosenthal, 2000). Utifrån detta valde vi att, utöver en beskrivning av eventuell psykisk ohälsa hos barnen, också undersöka risk- och skyddsfaktorer som kan mediera psykisk ohälsa hos barnen. De frågeformulär som den vuxne besvarade om sig själv och barnet, utöver bakgrundsfrågor kring ålder, kön, boende, vårdnad etc., var:

- *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)*, som avser att mäta olika aspekter av föräldrarnas egna psykiska mående (Evans, 2000). Formuläret består av 34 frågor som täcker fyra olika områden: problem/symtom, fungerande i allmänhet och i relationer, risker som man är utsatt för och utsätter andra för samt subjektivt välbefinnande. Formuläret har prövats och normerats i Sverige (Elfstrom m.fl., 2013).

- *Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)*, som består av 14 frågor om depression- och ångestsymtom och det finns kliniska gränsvärden framtagna (Zigmond & Snaith, 1983).
- *Livssteget*, där man gör en global skattning av hur man upplever sin livssituation i nuläget, för ett år sedan, samt hur man tänker att det kommer att vara ett år fram i tiden, från värsta till bästa tänkbara liv (Cantril, 1965).
- *Dyadic Adjustment Scale (DAS-4)*, som handlar om hur man upplever att parrelationen fungerar (Sabourin, Valois & Lussier, 2005).
- *Family Assessment Device (FAD)*, som handlar om hur kommunikationen och det emotionella klimatet i familjen upplevs. Formuläret består av 60 frågor, som täcker sju olika områden, hur man kan hantera och lösa problem i familjen, tydlighet och innehåll i kommunikation, hur tydliga man är och hur man fungerar i sina olika roller, den känslomässiga responsiviteten, hur engagerad man är känslomässigt, hur man upplever familjemedlemmarnas beteenden samt hur familjen fungerar generellt (Epstein, Baldwin & Bishop, 1983).
- *Parental locus of control – perceived parental control (PLOC-PPC)*, är en delskala ur ett längre formulär, där föräldern skattar i vilken utsträckning hen tycker sig kunna hantera sitt barns olika beteenden (Hagekull, Bohlin & Hammarberg, 2001).
- *Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)* består av 25 frågor kring om föräldern upplever att barnet har svårigheter på olika områden samt om barnets förmåga att samverka och skapa positiva sociala relationer till andra (pro-social förmåga) (Goodman, 1999). När det gäller svårigheterna finns fyra delskalor (emotionella problem, hyperaktivitetsproblem-ouppmärksamhetsproblem, kamratproblem) som kan räknas ihop till en generell total problemskala. Utöver detta finns även en skala som handlar om vilken påverkan eventuella problem har för barnet i hemmet, med kamrater, i skolan samt på fritiden.

Barn över tio år fick själva skatta SDQ samt tre delskalor ur FAD (kommunikation, känslomässig reaktivitet samt generellt fungerande).

Hur data har analyserats

Svaren på de olika formulären från föräldrar och barn har bearbetats och analyserats statistiskt på olika nivåer. Vi har dels jämfört patienters, partners och barnens skattningar på gruppnivå, dels har vi även gjort jämförelser mellan individer, det vill säga mellan ett barn och en förälder i samma familj. I tillägg till detta så har vi gjort jämförelser med normdata och kliniska gränsvärden, det vill säga när värdena ligger på sådana nivåer att det indikerar att problemen är betydande och att man skulle kunna

vara i behov av stöd för att hantera dem. Generellt har vi betraktat våra resultat som statistiskt säkerställda då p -värdet² i våra statistiska beräkningar varit under 0,05. Vid några tillfällen har vi dock valt att redovisa p -värden som legat under 0,10 och då har vi valt att kalla dem för marginellt statistiskt säkerställda. Vi har också valt att redovisa effektstorlekar i form av Cohen's d . Ofta brukar en effektstorlek på 0,20 anges som liten, 0,50 måttlig och över 0,80 som stor (Cohen, 1992). De flesta statistiska beräkningarna som t -tester, ANOVA, Chi-2, och linjära regressioner, har gjorts i statistikprogrammet *IBM Statistics SPSS 24*. För beräkning av effektstorlekar har en Excel-fil framtagen av Daniel Lakens använts (Lakens, 2013).

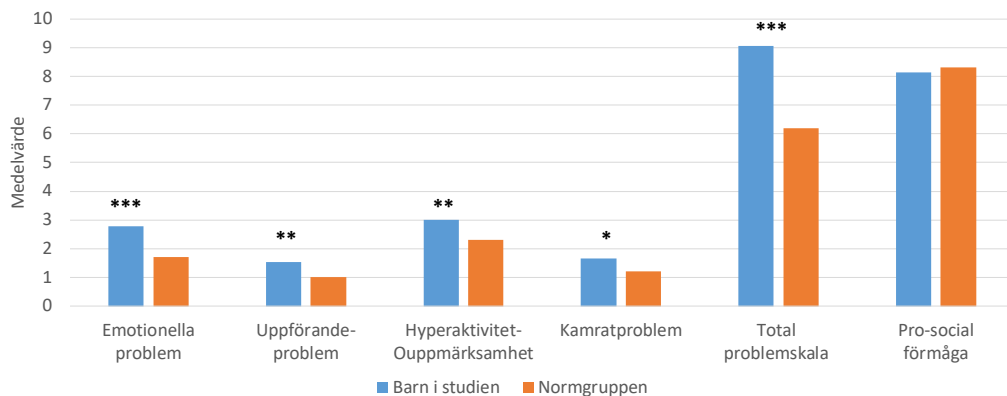
² p -värdet är en beräkning som görs för att säkerställa att resultatet med stor sannolikhet inte beror på slumpen. Ofta använts 5 % som en gräns för statistiskt signifikanta (säkerställda) skillnader.

Vad vi har kommit fram till

Föräldrarnas skattning av barnens hälsa/ohälsa

I det här kapitlet presenteras hur föräldrarna har skattat att barnen har det. När man läser detta är det viktigt att komma ihåg det som beskrivs under avsnittet om deltagare – att det har skett ett urval av föräldrar vid flera tillfällen. Detta medför att resultaten ska förstås ur perspektivet att den grupp barn som vi beskriver sannolikt är de barn som har de bästa förutsättningarna.

I Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) finns olika frågor kring barnet som t.ex. om barnet ofta har raseriutbrott eller häftigt humör, om det är omtänksamt och tar hänsyn till andra människors känslor etc. Svaren skattas från att det inte stämmer (=0), stämmer delvis (=1) till stämmer helt (=2). Det finns svenska normer för barn i åldern 10–13 år för SDQ som vi använt för våra jämförelser (Bjornsdotter, Enebrink & Ghaderi, 2013). Ju högre värde desto större är symtombelastningen. I figur 5 nedan redovisas medelvärden för hur föräldrarna i studien har skattat barnens symtombelastning i jämförelse med barn från normgruppen. På gruppnivå är skattningarna statistiskt säkerställt på högre nivåer av problem än för barn i allmänhet på samtliga områden.



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Figur 5. Föräldrarnas skattning av barnens psykiska ohälsa/hälsa (SDQ).

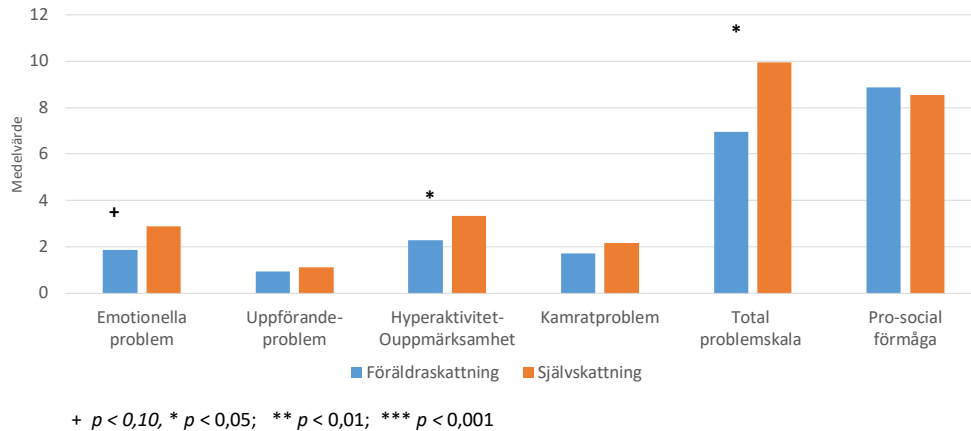
Skillnaderna mellan barnen till föräldrarna med psykisk ohälsa och barnen i normgruppen var måttliga när det gäller total problembelastning ($d = 0,56$) och emotionella problem ($d = 0,58$). De var mellan små och måttliga för uppförandeproblem ($d = 0,43$), hyperaktivitet och ouppmärksamhet ($d = 0,33$) samt kamratproblem ($0,30$). Det fanns inga skillnader mellan grupperna när det gäller barnens pro-sociala förmåga, det vill säga förmågan att samverka och skapa positiva sociala relationer med andra.

Skattningarna av flickornas emotionella problem var statistiskt säkerställt högre än skattningarna av pojkarnas ($p < 0,05$, $d = 0,52$). Skillnaden var måttlig. I övrigt fanns det inga statistiskt säkerställda skillnader mellan könen.

Föräldrarna skattade högre nivåer hos de yngre barnen i åldern 8–12 år av emotionella problem (statistiskt säkerställda, $p < 0,01$, $d = 0,62$), uppförandeproblem ($p < 0,05$, $d = 0,44$) och problem totalt ($p < 0,05$, $d = 0,44$), jämfört med skattningar för 13–17-åringarna. Sannolikt speglar dessa skillnader en större utsatthet hos de yngre barnen och inte enbart att det skulle vara skillnad generellt mellan åldersgrupperna. Vid en jämförelse med brittiska normer för yngre (5–10 år, $n=5855$) respektive äldre (11–15 år, $n=4443$) barn är effektstorleken på skillnaden mellan åldersgrupperna försumbar, då den varierar från 0,00 till (emotionella problem) till 0,07 (total problematik) (Meltzer, Gatward, Goodman & Ford, 2003).

Barnens självskattningar av sin psykiska hälsa/ohälsa

Det är bara 17 barn som har skattat sina egna psykiska problem och sin pro-sociala förmåga på SDQ. Resultaten får därför tolkas med stor försiktighet. Ett annat bekymmer är avsaknaden av svenska normdata, så det går inte att uttala sig hur barnen i studien skattar sig själva i jämförelse med barn i allmänhet. Det vi har kunnat göra är att jämföra barnens skattningar med föräldrarnas (figur 6).



Figur 6. Barnens respektive föräldrarnas skattning av psykisk ohälsa/hälsa (SDQ).

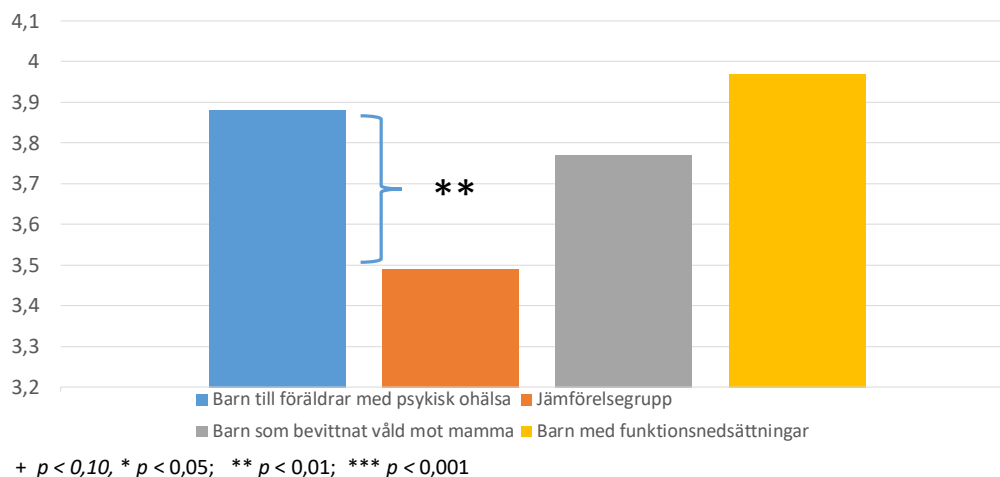
På samtliga problemorienterade delskalor och totalskalan låg barnens skattningar av psykisk ohälsa högre än föräldrarnas. Denna skillnad var statistiskt säkerställd för den totala problemskalan ($p < 0,05$, $d = 0,53$) samt hyperaktivitet och ouppmärksamhet ($p < 0,05$, $d = 0,48$). För emotionella problem var skillnaden på gränsen till statistiskt säkerställd ($p = 0,05$, $d = 0,38$). Skillnaderna vid uppförandeproblem och kamratproblem var inte statistiskt säkerställda.

Barnen och föräldrarna har också skattat hur mycket eventuella problem påverkar dem i deras vardag. Även här finns en statistiskt säkerställd skillnad som gränsar till stor ($p < 0,01$, $d = 0,74$). Skillnaderna i samstämmigheten mellan barnens och föräldrarnas skattningar var i linje med hur det ser ut i allmänhet. Ofta skiljer sig ungdomars och föräldrars skattningar åt, ungdomarnas skattningar av problem ligger högre än föräldrarnas (Rescorla m.fl., 2013).

Det är också värt att notera att de föräldrar som frågat sina barn om de vill delta i studien, där barnen tackat ja och svarat på frågeformulären, skattar barnens mående i allmänhet som bättre än hela gruppen föräldrar. Skillnaden är på gränsen till statistiskt säkerställd (total problemskala; $p = 0,06$, $d = 0,39$). Detta indikerar att där det finns skattningar från barnen har det skett ytterligare ett urval, där de som mår sämst sannolikt inte blir synliggjorda i de siffror som presenteras.

Föräldrarnas upplevelse att kunna hantera barnens beteenden

Föräldrarna ombads svara på i vilken utsträckning de tyckte att de kunde hantera barnens olika beteenden. Medelvärden för föräldrarna i studien jämfördes med dels en jämförelsegrupp (Hagekull m.fl., 2001), dels med föräldrar från en studie kring barn som bevittnat våld mot mamma, respektive föräldrar till barn med funktionsnedsättningar (Grip & Broberg, 2013), (se figur 7).

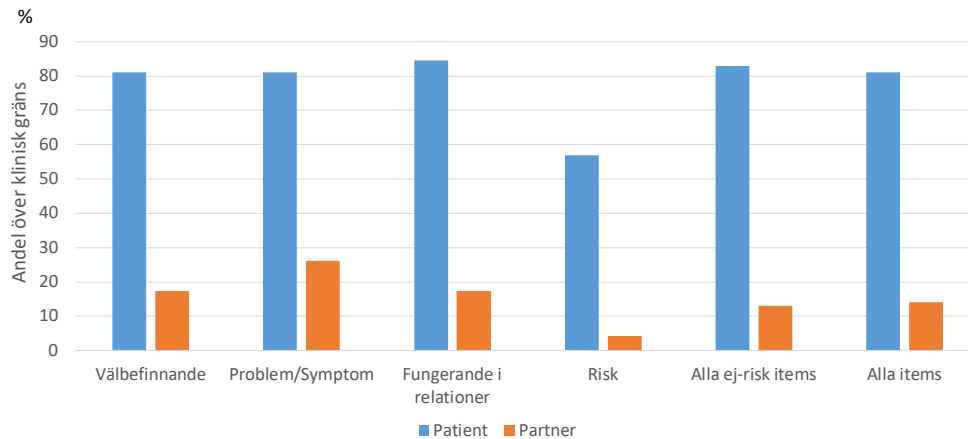


Figur 7. Föräldrarnas upplevelser av att kunna hantera barnens beteende (PLOC-PPC).

I jämförelse med de skattningar som föräldrar till barn som bevittnat våld respektive barn med funktionsnedsättningar gjort fanns inga statistiskt säkerställda skillnader. Däremot fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan föräldrarnas skattningar i den aktuella studien och jämförelsegruppen ($p < 0,01$, $d = 0,60$). Det kan bero på att jämförelsegruppen inte är riktigt representativ utifrån hur urvalen gjorts till denna studie och till jämförelsegruppen. Barnen i jämförelsegruppen var nio år, medan de i den aktuella studien var mellan åtta och 17 år. I jämförelsegruppen var 49 procent flickor och 51 procent pojkar, mot 43 respektive 57 procent i den aktuella studien. Det fanns dock inga statistiskt säkerställda skillnader mellan föräldrarnas skattningar vare sig när det gäller flickor respektive pojkar, yngre respektive äldre barn i den aktuella studien. Det talar för att det kan finnas andra förklaringar till denna skillnad, till exempel att många barn till föräldrar med psykisk ohälsa i större utsträckning anpassar sig och sina beteenden till föräldrarna och därmed också blir lättare att "hantera". Det fanns också tydliga samband mellan hur föräldrarna skattade barnens psykiska mående och deras skattningar av i vilken omfattning de upplevde att de kunde hantera barnens beteenden. Ett starkt samband fanns för de barn som enligt föräldrarna hade uppförandeproblem ($r = -0,67$, $p < 0,01$). Där upplevde föräldrarna större problem med att hantera barnens beteenden. Sambanden med de andra delskalorna var också statistiskt säkerställda, men mer måttliga (emotionella problem $r = -0,36$, hyperaktivitet-ouppmärksamhet $r = -0,33$, och kamratproblem $r = 0,41$).

Föräldrarnas skattning av sin egen psykiska hälsa respektive ohälsa

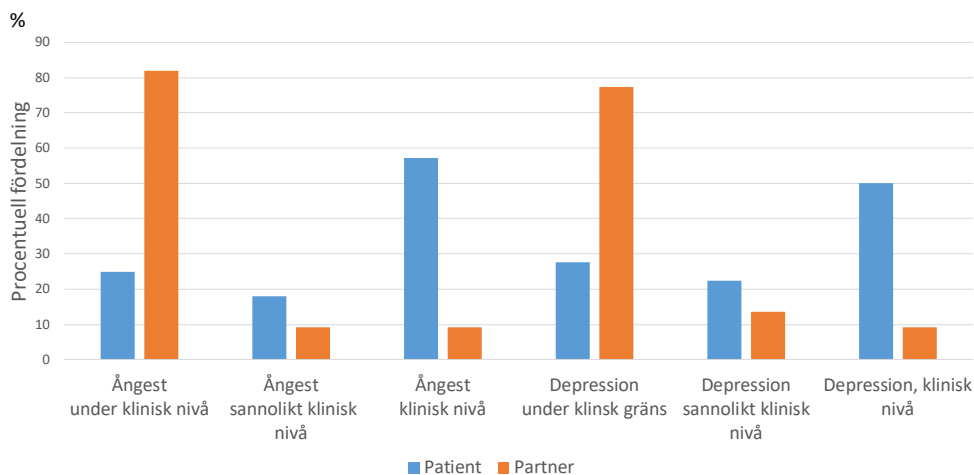
I figur 8 nedan redovisas hur stor andel av föräldrarna som skattar att de ligger över kliniska gränsvärden på CORE-OM. Detta innebär att problemen är på en sådan nivå att de sannolikt kräver klinisk uppmärksamhet. Samtliga delskalor redovisas så att ju högre stapel, desto större är problematiken kring respektive område.



Figur 8. Föräldrar om sitt egna psykiska mående (CORE-OM).

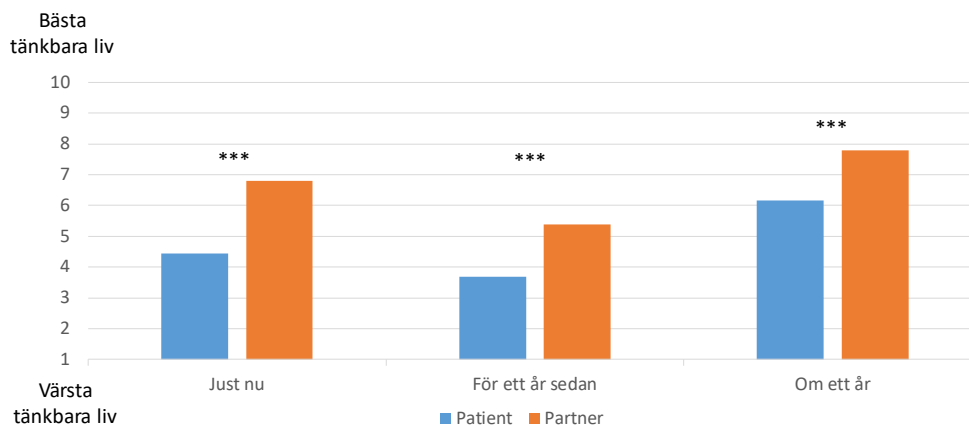
Att de som själva är patienter inom vuxenpsykiatrin redovisar höga kliniska nivåer är förväntat. Det som däremot kräver extra uppmärksamhet är att så många av deras partners, upp till en fjärdedel när det gäller problem/symtom, rapporterar en egen problematik på klinisk nivå. Ur barnens perspektiv medför detta att en stor grupp inte bara har en omvårdnadsperson som mår dåligt, utan det finns risk att båda gör det. En betydelse av detta resultat är att det inte går att "ta för givet" att det finns en annan omvårdnadsperson som är psykiskt och fysiskt tillgänglig för barnet, utan detta behöver kartläggas.

Resultaten går igen när vi tittade mer specifikt på depression och ångest hos föräldrarna. I figur 9 nedan redovisas andelen som ligger under, sannolikt på respektive över klinisk nivå. Bland patienterna rapporterar närmare 60 procent att de har ångest och hälften att de har depression över en klinisk nivå. Majoriteten av partners rapporterar ångest och depression under klinisk nivå. Men andelen partners som skattar att de ligger på en sannolik eller klinisk nivå är cirka en femtedel, när det gäller såväl depressiva problem som ångest. I vilken utsträckning detta beror på en egen problematik eller på livssituationen med en partner som har allvarlig psykisk ohälsa kan vi inte uttala oss om.



Figur 9. Föräldrar om sin egen depression och ångest (HAD).

I patienternas och deras partners skattning av sin generella livssituation uppgav partners att situationen var bättre såväl i nutid som i dåtid och hade en större optimism inför framtiden (Figur 10).



+ $p < 0,10$, * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

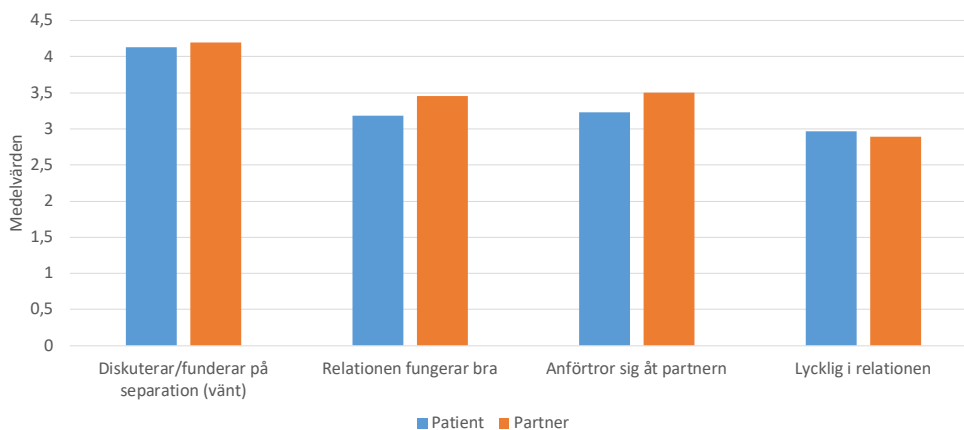
Figur 10. Föräldrar om sin livssituation generellt (Livsstegen).

Det är värt att notera att den förändring som såväl patienter som deras partners upplevt över tid, och som de hoppas på inför framtiden, är statistiskt säkerställda. Storleken på den upplevda förändringen under det senaste året har varit gränsande till måttlig ($d = 0,40$) hos patienterna och stor hos partners ($d = 0,80$). När det gäller tankarna hur de kommer att ha det ett år framåt i tiden är skillnaden stor ($d = 0,88$) hos pati-

enterna och måttlig för partners. Det är positivt att såväl patienter som partners upplever att det har skett en förändring till det bättre och har en viss optimism inför framtiden. Det kan också vara ett uttryck för att ett av inklusionskriterierna var att en intervention med fokus på barnen planerades. Några av interventionerna har som förutsättning att medarbetaren har bedömt att situationen inte är akut samt att den är tillräckligt stabil för en familjeintervention. Positiva förväntningar inför framtiden verkar vara en skyddande faktor och har visat sig vara betydelsefulla när det gäller att minska antalet återfall i depressiva perioder, samt kunna mildra negativa effekter av livshändelser som skapar stress (Kleiman m.fl., 2017).

Föräldrarnas skattning av parrelationen

Patienterna och de partners som deltog i studien skattade också hur de upplevde relationen utifrån hur ofta de diskuterat eller funderat på separation, om man tycker att relationen fungerar bra i allmänhet samt i vilken utsträckning man anförtror sig till sin partner. Skattningarna gjordes på en skala som gick från Aldrig (=0) till Hela tiden (=5). Vidare så ställdes en avslutande fråga om hur lycklig man är i relationen som gick från Extremt olycklig (= 0) till att man upplever relationen som perfekt (=6). I Figur 11 nedan har svarsalternativet på fråga 1, vänts så att ett högre värde på samtliga frågor innebär ett mer positivt svar.



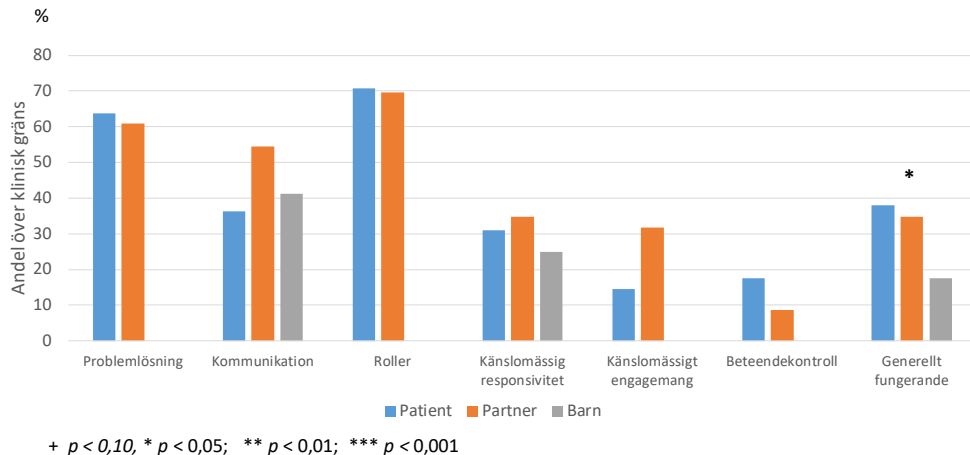
Figur 11. Föräldrars skattning av relation till nuvarande partner (DAS-4).

De föräldrar som är patienter respektive partners skattar på gruppnivå över lag mycket lika i kring sin upplevelse av relationen. Det föreligger inga statistiskt säkerställda skillnader på gruppnivå. Även när skattningarna jämförs i dyader, dvs. inom respektive par så är överrensstämelsen hög med korrelationer som sträcker sig från 0,58 till 0,71 på de olika frågorna. Av föräldrarna i studien är det över 38 procent (såväl patienter som partners) som skattar bekymmersamt höga nivåer av stress rela-

tionen. Sabourin med kollegor (2005) har redovisat nivåer som ligger på under 25 procent i en allmänhet. Det finns alltså en ansevärd grupp av barn som lever i en familj där föräldrarelationen är ansträngd vilket är en riskfaktor.

Familjemedlemmarnas skattning av klimatet och funktionen i familjen

De olika familjemedlemmarna skattade hur de upplevde att familjen som sådan fungerar och familjeklimatet. I figur 12 nedan redovisas hur stor andel i procent som skattade på nivåer som utifrån amerikanska normer (Ryan, Epstein, Keitner, Miller & Bishop, 2005), indikerar att problemen är betydande, det vill säga att de ligger över kliniska gränsvärden och att man skulle kunna vara i behov av stöd för att hantera dem.



Figur 12. Familjemedlemmarna om klimat och funktion i familjen (FAD).

FAD har sju delskalor som täcker sju olika områden (problemlösning, kommunikation, roller, känslomässig responsivitet, känslomässigt engagemang, beteendekontroll samt generellt fungerande). Barnen skattade enbart tre av dessa skalor (kommunikation, känslomässig responsivitet och generellt fungerande). En jämförelse (ANOVA) mellan patienter, partners och barn visade inga statistiskt säkerställda skillnader på gruppnivå på någon av de sju delskalorna. Barnen skiljde sig från föräldrar och partners då de skattade det generella fungerandet som mindre problematiskt. Däremot fanns det inga skillnader i hur de upplevde att kommunikationen fungerade eller den känslomässiga responsen. Även om samstämmigheten mellan föräldrar och barn var förhållandevis hög på gruppnivå så fanns det inga statistiskt säkerställda samband mellan barnens och föräldrarnas skattningar när vi analyserade dem på familjenivå.

De vuxna upplevde i stor utsträckning kliniska nivåer (ca. 70 %) kring hur de olika familjemedlemmarna fungerar i sina olika roller³. När det gäller förmågan att hantera och lösa problem som påverkar familjens fungerande skattade ca. 60 procent att de hade svårigheter på klinisk nivå. Som jämförelse kan det nämnas att i en amerikansk studie, där en förälder hade en depression, låg nivåerna på dessa områden i paritet med de som framkom i vår studie (ca. 73 procent över klinisk gräns när det gällde problemlösning och 68 procent för problemlösning). Det var betydligt färre som låg över klinisk gräns i jämförelsegruppen där det inte förekom psykisk ohälsa och där ca. 26 procent skattade över klinisk gräns på båda områdena (Ryan m.fl., 2005).

Även när det gäller skattningarna av hur tydlig och direkt kommunikationen är i familjen upplever många att de ligger på en problematisk nivå. Det är på denna delskala som barnen i störst utsträckning upplever problem. Här finns det också tydliga skillnader mellan grupperna, som dock inte är statistiskt säkerställda.

³ Med roller avses hur tydliga de olika rollerna i familjen är och hur de olika familjemedlemmarna utifrån sina roller fungerar när det gäller att ge varandra stöd, uppmuntran och hantera olika situationer.

Hur ska studiens resultat förstås i en bredare kontext? Diskussion

Studiens resultat i relation till en undersökning från Norge

En liknande studie som vår, där bland annat barnens mående undersöktes, har genomförts i Norge (Ruud m.fl., 2015). I denna multicenterstudie undersöktes bland annat hur barn i åldern 0–17 år mådde som hade föräldrar med somatisk eller psykisk sjukdom eller missbruk. Det specificerades inte närmare vilken psykisk sjukdom föräldrarna led av. Knappt 200 barn inkluderades i studien. Barn som var åtta år eller äldre svarade själva på frågor om sitt mående, medan föräldrarna svarade på frågor om sina barn. När det gäller barn i åldern 8 till 17 år hade de i psykiatrigruppen lägre värden för upplevd livskvalitet och trivsel i vardagen jämfört med barnen i den somatiska eller i missbruksgruppen. För alla tre grupper gäller att föräldrarna i jämförelse med barnens egna svar undervärderar barnens välmående i relation till vänner och socialt stöd medan de övervärderar barnens trivsel och fungerande i skolan. Jämfört med normalpopulationen rapporterade barnen med psykiskt sjuka föräldrar lägre genomsnittsvärden för livskvalitet.

Resultaten i vår studie bekräftar dessa fynd, dvs barn med psykiskt sjuka föräldrar mår på gruppnivå sämre än barn i en normalpopulation. Vi ser också i båda studier att föräldrar i båda studier inte alltid beskriver barnens välmående eller problematik på samma sätt, vilket understryker att det inte är tillräckligt att endast använda de vuxnas beskrivning som underlag i forsknings- eller andra sammanhang.

Är prevention alltid tillräcklig?

Ingången till denna studie var att de insatser som görs framförallt har en (sekundär) preventiv karaktär. Utifrån de resultat som vi kommit fram till kan detta antagande behöva omprövas. För många barn uppväger de skyddande faktorerna (motståndskraft och friskfaktorer) den sårbarhet och risk som det kan medföra att leva med en förälder med psykisk ohälsa. Preventiva insatser kan bidra till att såväl upptäcka, stödja och skapa motståndskraft och friskfaktorer som att förebygga, hindra och undanröja sårbarhets- och riskfaktorer – och därmed främja en positiv utveckling. Samtidigt finns det en anmärkningsvärt stor andel av barnen, för vilka det faktiskt inte handlar om preventiva insatser, utan där barnen redan har utvecklat en egen problematik. För dem kan krävas såväl indikerade insatser som behandling med fokus på barnets hälsa och utveckling. Ytterligare en aspekt är att barnen i denna studie var

åtta år och äldre. Det betyder att barnet redan har gått igenom ett flertal centrala utvecklingsuppgifter. Förutsättningarna för att främja en positiv utveckling och lyckas med att rätta till en utveckling som kommit på avvägar är störst ju färre utvecklingsuppgifter som barnet hunnit misslyckas med. Detta innebär att barnen bör uppmärksammas så tidigt som möjligt.

Studiens styrkor och begränsningar

Till studiens styrkor hör att inte endast mödrar med psykisk sjukdom inkluderades, vilket ofta är fallet i internationella studier (Folkhälsomyndigheten, 2016), utan också fäder. En annan styrka är att patienter, partners och barn mellan tio och 17 år tillfrågades om att delta i studien, inte enbart patienterna. Detta är viktigt med tanke på delaktighet. Det är också värdefullt att få barnens egen skattning av sitt mående, eftersom det kan skilja sig från föräldrars och andra vuxnas bedömning. Såväl barnens egna skattningar som föräldrarnas, och de skillnader som finns mellan dem, ger viktig information ur såväl forsknings- som ett kliniskt perspektiv (De Los Reyes m.fl., 2011; Rescorla m.fl., 2013).

Samtidigt som det finns starkt forskningsstöd för att psykisk ohälsa hos en förälder utgör en risk för barnets framtida utveckling och psykiska hälsa finns det få studier som fokuserar på barnens mående medan de är barn som belyser att riskerna inte enbart finns i framtiden, utan kommer till uttryck redan under barndomen. Vår studie är i nuläget den största i Sverige som belyser dessa frågor.

Studien har några begränsningar. För det första inkluderades sannolikt inte familjer när patientföräldern mådde som sämst, eller familjer där patientföräldern mådde mycket dåligt under en lång tid, utan snarare familjer där patientföräldern mådde något bättre än genomsnittliga patienter redan vid första datainsamlingstillfället. Det har att göra med praktikerns bedömning av om och när familjen kan tillgodogöra sig en insats samt delta i forskningsprojektet och fylla i frågeformulären. Det kan också vara så att familjer där patientföräldern mådde relativt sett bättre än andra var mer benägna att tacka ja till att delta i studien. Majoriteten av familjerna får aldrig någon insats (Priebe & Afzelius, 2015) och man kan förmoda att många av dessa mår sämre än de familjer som ingår i denna studie.

För det andra nåddes inte målet att rekrytera föräldrar till totalt 300 barn till studien, varav 100 skulle få Beardslees familjeintervention, 100 Föra barn på tal och 100 reguljära insatser, trots att ett stort antal psykiatriska enheter var engagerade i studien. Totalt kunde sammanlagt 88 barn och deras familjer rekryteras. Det påverkar möjligheten att jämföra olika interventioner och deras effekter. Liknande svårigheter att rekrytera ett tillräckligt stort antal deltagare i ordinarie verksamheter har också noterats i andra studier (Pihkala & Söderblom, 2015; Ruud m.fl., 2015). En snedfördelning i undersökningsgruppen, där familjer med allvarlig sjukdom är underrepresenterade, beskrivs också i den norska multicenterstudien om barn som anhöriga till föräldrar

med fysisk och psykisk sjukdom eller missbruk som har kontakt med specialistsjukvården (Ruud m.fl., 2015).

För det tredje var det svårt att få tillförlitliga uppgifter om patientföräldrarnas diagnos. Det optimala hade varit om en praktiker med anknytning till forskningsprojektet hade kunnat träffa patienterna för att ställa en oberoende diagnos, men det har inte varit möjligt av praktiska skäl. Istället rapporterade medarbetaren vilken diagnos eller vilka diagnoser patienten hade vid inklusionstillfället i studien enligt diagnosmanualerna ICD-10 och DSM-IV/DSM-V. Medarbetaren rapporterade också vilken vårdpersonal som hade satt diagnosen. Vi hade alltså ingen kontroll över hur diagnosen hade ställts och av vem.

Vad betyder våra resultat för den kliniska vardagen?

Resultaten pekar på att det är angeläget att man som professionell inom vuxenpsykiatri i sin behandlingsplanering, utöver fokus på den individuella patienten, även ställer frågor kring:

- Om den patient man möter har barn – vilket ju är en skyldighet enligt lag.
- Hur patienten upplever barnets mående. Även i vår kraftigt selekterade grupp finns det en stor andel barn där föräldrarna skattar att barnen ligger över kliniska gränsvärden när det gäller psykiskt mående.
- Vilka övriga personer som finns omkring barnet och hur de mår. Ta inte för givet att, om det finns två omvårdnadspersoner, den andra föräldern är fysiskt och/eller psykologiskt tillgänglig för barnet.
- Hur tillfredställande patienten upplever relationen till en eventuell partner
- Hur patienten upplever sitt föräldraskap. Här fanns det starkaste sambandet med barnens mående. Det är alltså inte bara viktigt att undersöka föräldrars psykiska mående, utan även mer specifikt ställa frågor kring hur det påverkar deras föräldraskap.

Att ställa frågor kring detta kan göras på flera olika sätt. Samtidigt är det en fördel att det görs systematiskt och med standardiserade metoder. Utifrån detta är det värt att notera att de frågeformulär som använts i den modell som vi testat samtliga är korta och lättadministrerade. (HADS – 14 frågor, varav sju om ångest och sju om depression, DAS-4 – fyra frågor, PLOC-PPC – 10 frågor). Samtidigt är det ett problem för kliniker att lättillgängliga gränsvärden och svenska normer ofta saknas. Ska det i en klinisk vardag vara enkelt att ställa frågor kring detta bör sådana uppgifter göras mer lättillgängliga samt att den information man får blir meningsfull i bedömning och planering av insatser.

Om att göra studien – vad har vi lärt oss?

Denna studie är en så kallad verksamhetsutvärdering (eng. effectiveness trial), där interventioner utvärderas när de ges i ordinarie verksamhet, i motsats till modellutvärderingar, där interventioner utvärderas när de ges under optimala forskningsförhållanden (eng. efficacy trial) (Sundell, 2012). Det innebär att studien har genomförts i nära samarbete med praktiker inom psykiatrisk öppenvård eller heldygnsvård i olika verksamheter och i olika regioner. Det har krävts ett omfattande fältarbete och en särskild metodik för att bygga upp och bibehålla engagemanget under den relativt långa tid som datainsamlingen har pågått. I det här avsnittet vill vi delge några av de erfarenheter vi har samlat under den här processen.

Det var relativt lätt att förankra deltagandet i forskningsprojektet hos ledningen för de olika verksamheterna. Man kände till Hälso- och sjukvårdslagens krav om att beakta barns behov av information, råd och stöd och var angelägen om att bidra till kunskapsutvecklingen inom området. Nästa steg var att komma i kontakt med praktiker som hade direktkontakt med patienter och deras familjer som kunde rekryteras som forskningspersoner. Det skedde genom personliga besök i verksamheterna, på arbetsplatsträffar, möten för barnombud eller liknande. Även här var intresset för forskningsprojektet i många fall positivt. När det inte finns strukturer för medverkan i forskningsprojekt som en del i det dagliga arbetet, är det dock lätt hänt att forskningen försvinner ur medvetandet. Det är dels en fråga om begränsade (tids-)resurser, men även om rutiner och värdering av forskningsuppgifter. Det underlättade betydligt när det fanns möjlighet att engagera samordnare med forskningserfarenhet i verksamheterna. Praktikerna hade också en lathund med tydliga instruktioner för genomförandet av rekrytering och datainsamling till sitt förfogande, som uppdaterades efter hand.

En lärdom från projektet är att det hade behövts mer närvaro av forskare på plats för att påminna om studien och lösa frågor om genomförandet. Det väcker frågan om det är bättre att satsa på ett fåtal verksamheter under datainsamlingsfasen, eller, som vi valde att göra i detta projekt, att inkludera så många verksamheter som möjligt. En satsning på ett fåtal verksamheter underlättar en tät kontakt mellan forskare och praktiker, men innebär samtidigt en belastning för verksamheterna som förmodligen kräver ett tillskott av resurser. Det innebär också en sårbarhet, eftersom till exempel omorganisationer, personal- och chefsbyten snabbt kan förändra en verksamhets förutsättningar att delta i forskning. Oavsett om få eller många verksamheter inkluderas i forskningen är sannolikheten stor att datainsamlingen tar lång tid, framför allt om både före-, efter- och uppföljningsmätningar ska göras.

För att bibehålla intresset och engagemanget för projektet skickades regelbundet nyhetsbrev till medarbetarna och separata nyhetsbrev till cheferna. Regionala möten och kostnadsfria konferenser en gång per termin för medarbetare som rekryterades eller ville rekrytera deltagare gav värdefulla möjligheter att utbyta erfarenheter och tipsa varandra om olika sätt att engagera kollegor eller reda ut oklarheter och svårigheter kring datainsamlingen. I vissa fall anpassades rutinerna för datainsamlingen till följd

av medarbetarnas kommentarer. I konferenserna deltog inbjudna talare med presentationer om ämnen som var relaterade till projektet och mot slutet av projektet kunde även preliminära resultat förmedlas. En viktig aspekt av konferenserna var att skapa en win-win-situation, där engagerade praktiker inte enbart bidrog med att rekrytera forskningsdeltagare, utan även fick möjlighet till vidareutbildning och fördjupning som kunde komma till användning i det dagliga arbetet.

Kliniska studier i ordinarie verksamheter innebär både utmaningar, varav några har beskrivits ovan, och styrkor. En styrka är att interventioner utvärderas under realistiska förhållanden, en annan att projektet kan bidra till verksamheternas utveckling samt att resultaten sprids direkt till praktiken. Under projektets gång bildades en kärngrupp av engagerade medarbetare som rekryterade forskningsdeltagare och deltog i möten och konferenser. Vid utvärderingen under den avslutande konferensen våren 2018 uttryckte några att de hade velat bli inkluderade ännu mer i forskningsprocessen. Det skulle vara värdefullt att mer systematiskt kunna utveckla en modell för medarbetares aktiva deltagande i forskningsprojekt redan på ett tidigt stadium.

Fortsatt forskning och utveckling

Det förekommer att flera medlemmar i familjen, både barn och vuxna, drabbas av psykisk ohälsa och har kontakt med vuxenpsykiatri respektive barn- och ungdomspsykiatri. För barnens del kan den psykiska ohälsan vara relaterad till föräldrarnas ohälsa och barnet kan också ha egen psykisk ohälsa utöver det. Det var också anledningen till att barn med en egen pågående vårdkontakt på grund av ångest och depression exkluderades i vår studie. Det finns idag, så vitt vi vet, inga uppgifter om hur vanligt det är i Sverige att både vuxna och barn i samma familj har kontakt med vården på grund av psykisk ohälsa. Ytterligare kontakter, med till exempel socialtjänsten, kan också vara aktuella. Det är också oklart hur vanligt det är med samverkan mellan olika vårdgivare och vilka metoder som används i dessa fall. Detta är ett område i behov av forskning, fördjupning och utveckling.

Den forskning som hittills finns i Sverige om barn till psykiskt sjuka föräldrar fokuserar på familjer där föräldern är i kontakt med specialistpsykiatri, men många föräldrar med lindriga eller måttliga psykiska besvär har istället kontakt med primärvården. Gränsdragningen mellan första linjen och specialistpsykiatri kan i praktiken vara svår (Joelsson & Johansson, 2018; Leander & Nelde, 2014). Dessutom gäller Hälso- och sjukvårdslagens krav att beakta barnens behov inom hela sjukvården, oavsett svårighetsgraden av föräldrarnas psykiska besvär. Här behövs både implementering av interventioner och forskning.

Ökad barn- och familjekompetens hos personalen i verksamheter där målgruppen är vuxna behövs. Det behövs en generell kompetens hos alla medarbetare, inte enbart hos specialintresserade barnombud. Det handlar om utvecklingen mot ett familjeori-

enterat arbetssätt (Priebe & Afzelius, 2017), med en mer relationsinriktad syn på behandling och återhämtning än den uteslutande individorienterade synen som ofta är förhärskande i vård och behandling vid psykisk ohälsa (Price-Robertson, Obradovic & Morgan, 2017). Det är bekymmersamt att grundutbildningen i vårdyrken som läkare, sjuksköterska, psykolog och socionom ofta är begränsad när det gäller att utveckla förmåga att samtala med barn eller flera familjemedlemmar samtidigt. Det leder till en osäkerhet som gör att många medarbetare undviker barn- och familjesamtal i sitt yrkesliv.

Tack

Tack till Socialstyrelsen för finansiering av studien och särskilt till Merike Hansson för värdefullt stöd och ett oändligt tålamod. Tack även till alla kunniga medarbetare i Region Västra Götaland, Region Skåne, Region Östergötland, Region Kronoberg och Region Västerbotten som tillsammans med oss arbetade med rekrytering av deltagare och datainsamling – ingen nämnd och ingen glömd. Sist men inte minst vill vi tacka de familjer, både vuxna och barn, som bidrog genom att fylla i långa frågeformulär. Utan er ingen studie!

Referenser

- Alfredsson, E., Broberg, A. & Axberg, U. (2015). *Föräldrastöd & tonåringar. Rapport till Länsstyrelserna*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet
- Allebeck, P., Moradi, T. & Jacobsson, A. (2006). *Sjukdomsördan I Sverige och dess riskfaktorer. Svensk tillämpning av WHO:s "DALY-metod" för beräkning av sjukdomsörda och riskfaktorer*. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitutet, Karolinska Institutet
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed. ed.): American Psychiatric Publishing, Inc., Arlington, VA.
- Appleyard, K., Egeland, B., van Dulmen, M. H. & Sroufe, L. A. (2005). When more is not better: the role of cumulative risk in child behavior outcomes. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(3), 235-245. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00351.x
- Ashman, S. B., Dawson, G. & Panagiotides, H. (2008). Trajectories of maternal depression over 7 years: relations with child psychophysiology and behavior and role of contextual risks. *Dev Psychopathol*, 20(1), 55-77. doi:10.1017/S0954579408000035
- Beardslee, W. R. (2002). *When a parent is depressed*. Boston: Little, Brown and Company.
- Beardslee, W. R., Gladstone, T. R., Wright, E. J. & Cooper, A. B. (2003). A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112(2), e119-131.
- Beardslee, W. R., Solantaus, T. S., Morgan, B. S., Gladstone, T. R. & Kowalenko, N. M. (2013). Preventive interventions for children of parents with depression: international perspectives. *Med J Aust*, 199(3 Suppl), S23-25.
- Bearslee, W. R., Wright, E. J., Gladstone, T. R. & Forbes, P. (2007). Long-term effects from a randomized trial of two public health preventive interventions for parental depression. *J Fam Psychol*, 21(4), 703-713. doi:2007-18728-016
- Bjornsdotter, A., Enebrink, P. & Ghaderi, A. (2013). Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 7(1), 40. doi:10.1186/1753-2000-7-40
- Boenisch-Alert, S., Holtz, K., Müller, A. G., Bramesfeld, A., Hierse, F., Schützwahl, M., . . . Kocalevent, R. D. (2013). Mentally ill parents in psychiatric outpatient care: results of the study 'HELP-S for Children'. *International Journal of Mental Health Promotion*, 15(5), 254-262. doi:10.1080/14623730.2013. 844917

- Broberg, A. G., Almqvist, K., Mothander, P. R. & Tjus, T. (2015). *Klinisk barnpsykologi – Utveckling på avvägar* (2 ed.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Campbell, S. (2002). *Behavior problems in preschool children: clinical and developmental issues* (2 ed.). New York: Guilford Press.
- Cantril, H. (1965). *The Pattern of Human Concerns*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Cederström, A. & Pihkala, H. (2015). Beardslee familjeintervention- en hälsofrämjande intervention för barn i riskmiljöer. I U. Järkestig Berggren, L. Magnusson & E. Hansson (Eds.), *Att se barn som anhöriga- Om relationer, interventioner och omsorgsansvar* (pp. 271-287). Kalmar: Linnéuniversitetet: Nationellt kompetenscentrum anhöriga (Nka).
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Collishaw, S., Hammerton, G., Mahedy, L., Sellers, R., Owen, M. J., Craddock, N., . . . Thapar, A. (2016). Mental health resilience in the adolescent offspring of parents with depression: a prospective longitudinal study. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 49-57. doi:10.1016/S2215-0366(15)00358-2
- De Los Reyes, A., Youngstrom, E. A., Pabón, S. C., Youngstrom, J. K., Feeny, N. C. & Findling, R. L. (2011). Internal Consistency and Associated Characteristics of Informant Discrepancies in Clinic Referred Youths Age 11 to 17 Years. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(1), 36-53. doi:10.1080/15374416.2011.533402
- Elfstrom, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M. & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clin Psychol Psychother*, 20(5), 447-455. doi:10.1002/cpp.1788
- Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A. & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior. *J Abnorm Child Psychol*, 35(6), 943-955. doi:10.1007/s10802-007-9145-0
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. doi:http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x
- Evans, J. M.-C. F. M. M. B. K. A. J. C. G. M. C. (2000). CORE: Clinical Outcomes in Routine Evaluation. *Journal of Mental Health*, 9(3), 247-255. doi:10.1080/jmh.9.3.247.255
- Falkov, A. (2011). *The family model handbook: An integrated approach to supporting mentally ill parents and their children*. Hove: Pavilion Publishing.
- Farrington, D. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clin Psychol Psychother*, 12, 177-190.
- Folkhälsomyndigheten. (2016). *Förebyggande insatser till barn i familjer med missbruk, psykisk sjukdom och våld. En systematisk översikt av översikter*. Solna: Folkhälsomyndigheten.

- Foster, K., Goodyear, M., Grant, A., Weimand, B. & Nicholson, J. (2019). Family-focused practice with EASE: A practice framework for strengthening recovery when mental health consumers are parents. *Int J Ment Health Nurs*, 28(1), 351-360. doi:10.1111/inm.12535
- Foster, K., Maybery, D., Reupert, A., Gladstone, B., Grant, A., Ruud, T., . . . Kowalenko, N. (2016). Family-focused practice in mental health care: An integrative review. *Child & Youth Services*, 37(2), 129-155. doi:10.1080/0145935x.2016.1104048
- Foster, K., O'Brien, L. & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: a family-focused approach. *Int J Ment Health Nurs*, 21(1), 3-11. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x
- Frye, A. A. & Garber, J. (2005). The relations among maternal depression, maternal criticism, and adolescents' externalizing and internalizing symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 33(1), 1-11.
- Försäkringskassan. (2017a). *Psykiatriska diagnoser. Lång väg tillbaka till arbete vid sjukskrivning. Korta analyser 2017:1*. Stockholm: Försäkringskassan.
- Försäkringskassan. (2017b). *Sjukfrånvarons utveckling 2017. Sjuk- och rehabiliteringspenning. Socialförsäkringsrapport 2017:13*. Stockholm: Försäkringskassan, Analys och prognos.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(5), 791-799.
- Goodman, S. H. (2007). Depression in mothers. *Annu Rev Clin Psychol*, 3, 107-135. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091401
- Goodman, S. H. & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev*, 106(3), 458-490.
- Goodman, S. H., Rouse, M. H., Connell, A. M., Broth, M. R., Hall, C. M. & Heyward, D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14(1), 1-27. doi:10.1007/s10567-010-0080-1
- Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., Allchin, R., Fraser, C., Fernbacher, S. & Cuff, R. (2017). Thinking families: A study of the characteristics of the workforce that delivers family-focussed practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(3), 238-248. doi:10.1111/inm.12293
- Grip, K. & Broberg, A. G. (2013). *Utvärdering av stödinsatser för mammor som utsatts för våld i en nära relation av en manlig partner*. Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs Universitet
- Gross, H. E., Shaw, D. S. & Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*, 36(5), 693-709. doi:10.1007/s10802-008-9224-x

- Hafting, M., Gullbrå, F., Anderssen, N., Rørtveit, G., Smith-Sivertsen, T. & Van Doesum, K. (2019). Overcoming Clinician and Parent Ambivalence: General Practitioners' Support of Children of Parents With Physical or Mental Illness and/or Substance Abuse. *Frontiers in Psychiatry*, 9. doi:10.3389/fpsy.2018.00724
- Hagekull, B., Bohlin, G. & Hammarberg, A. (2001). The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study. *International Journal of Behavioral Development*, 25(5), 429-437.
- Hagström, B. (2010). *Kompletterande anknytningsperson på förskola*. (Doktorsavhandling). Malmö högskola, Malmö.
- Hagström, B. & Lindberg, A. (2017). ALHVA – hembaserad behandling för riskutsatta spädbarn och deras föräldrar. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(4), 415-425.
- Hjern, A. & Manhica, H. A. (2013). *Barn som anhöriga till patienter i vården – hur många är de?* (Nka Barn som anhöriga 2013:1). Retrieved from Kalmar:
- Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M. & van Santvoort, F. (2009a). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Advances in Mental Health*, 8(3), 250-263. doi:10.5172/jamh.8.3.250
- Hosman, C. M. H., van Doesum, K. T. M. & van Santvoort, F. (2009b). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263. doi:10.5172/jamh.8.3.250
- Joelsson, B. & Johansson, L. (2018). *Samverkan mellan primärvård och specialistpsykiatri – Två sidor av samma mynt*. (Examensarbete i omvårdnad på avancerad nivå, Specialistsjuksköterske-programmet). Högskolan Väst, Trollhättan.
- Kejving, G., Sandlund, M., & Pihkala, H. (2014). Att förstärka barnperspektivet på en vuxenpsykiatrisk avdelning – angeläget men svårt. *Socialmedicinsk tidsskrift*(4), 391-399.
- Kleiman, E. M., Chiara, A. M., Liu, R. T., Jager-Hyman, S. G., Choi, J. Y. & Alloy, L. B. (2017). Optimism and well-being: a prospective multi-method and multi-dimensional examination of optimism as a resilience factor following the occurrence of stressful life events. *Cognition and Emotion*, 31(2), 269-283. doi:10.1080/02699931.2015.1108284
- Korhonen, M., Luoma, I., Salmelin, R. & Tamminen, T. (2012). A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *J Affect Disord*, 136(3), 680-692. doi:10.1016/j.jad.2011.10.007
- Korhonen, T., Pietila, A. M. & Vehvilainen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry?--a questionnaire survey. *Scand J Caring Sci*, 24(1), 65-74. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x

- Korhonen, T., Pietilä, A.-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? – a questionnaire survey. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(1), 65-74. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00686.x
- Lakens, D. (2013). Calculating and Reporting Effect Sizes to Facilitate Cumulative Science: A Practical Primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4. doi:10.3389/fpsyg.2013.00863
- Landberg, Å., Jernbro, C. & Janson, S. (2017). *Våld löser inget! Sammanfattning av en nationell kartläggning om våld mot barn* Retrieved from Stockholm:
- Lau, P., Hawes, D. J., Hunt, C., Frankland, A., Roberts, G. & Mitchell, P. B. (2018). Prevalence of psychopathology in bipolar high-risk offspring and siblings: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27(7), 823-837. doi:10.1007/s00787-017-1050-7
- Lauritzen, C. & Reedt, C. (2016). Child responsible personnel in adult mental health services. *Int J Ment Health Syst*, 10(1). doi:10.1186/s13033-016-0098-y
- Lewis, M. & Rudolph, K. (Eds.). (2014). *Handbook of developmental psychopathology* (3rd ed. ed.): Springer Science + Business Media, New York, NY.
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E. & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*, 20(5), 561-592.
- Mahedy, L., Harold, G. T., Maughan, B., Gardner, F., Araya, R., Bevan Jones, R., . . . Collishaw, S. (2018). Resilience in high-risk adolescents of mothers with recurrent depressive disorder: The contribution of fathers. *J Adolesc*, 65, 207-218. doi:10.1016/j.adolescence.2018.03.016
- Marmorstein, N. R., Malone, S. M. & Iacono, W. G. (2004). Psychiatric disorders among offspring of depressed mothers: associations with paternal psychopathology. *Am J Psychiatry*, 161(9), 1588-1594. doi:10.1176/appi.ajp.161.9.1588
- Maybery, D. & Reupert, A. (2006). Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*, 40(8), 657-664. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01865.x
- Maybery, D. & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16(9), 784-791. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01456.x
- McCartney, K. & Rosenthal, R. (2000). Effect size, practical importance, and social policy for children. *Child Dev*, 71(1), 173-180.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R. & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry*, 15(1-2), 185-187. doi:10.1080/0954026021000046155
- Muñoz, R. F., Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1996). Institute of Medicine report on prevention of mental disorders: Summary and commentary. *American Psychologist*, 51(11), 1116-1122. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.51.11.1116

- Offord, D. R., Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Jensen, P. S. & Harrington, R. (1998). Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(7), 686-694. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199807000-00007
- Östman, M. & Afzelius, M. (2011). Children's representatives in psychiatric services: what is the outcome? *Int J Soc Psychiatry*, 57(2), 144-152. doi:10.1177/0020764008100605
- Östman, M. & Eidevall, L. (2005). Illuminating patients with children up to 18 years of age--a 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nord J Psychiatry*, 59(5), 388-392. doi:10.1080/08039480500330164
- Oyserman, D., Bybee, D., Mowbray, C. & Hart-Johnson, T. (2005). When mothers have serious mental health problems: parenting as a proximal mediator. *J Adolesc*, 28(4), 443-463. doi:10.1016/j.adolescence.2004.11.004
- Oyserman, D., Mowbray, C. T., Meares, P. A. & Firminger, K. B. (2000). Parenting among mothers with a serious mental illness. *Am J Orthopsychiatry*, 70(3), 296-315.
- Parent, J., Forehand, R., Merchant, M., Edwards, M., Conners-Burrow, N., Long, N. & Jones, D. (2011). The relation of harsh and permissive discipline with child disruptive behaviors: does child gender make a difference in an at-risk sample? *J Fam Viol*, 26, 527-533.
- Pihkala, H. (2011). *Beardslees preventiva familjeintervention för barn till föräldrar med psykisk sjukdom. Svenska familjers erfarenheter.* (Doktorsavhandling). Umeå universitet, Umeå.
- Pihkala, H., Cederström, A. & Sandlund, M. (2010). Beardslee's Preventive Family Intervention for Children of Mentally Ill Parents: A Swedish National Survey. *International Journal of Mental Health Promotion*, 12(1), 29-38. doi:10.1080/14623730.2010.9721804
- Pihkala, H., Dimova-Bränström, N., & Sandlund, M. (2017). Talking about parental substance abuse with children: eight families' experiences of Beardslee's family intervention. *Nordic Journal of Psychiatry*, 1-7. doi:10.1080/08039488.2017.1308009
- Pihkala, H. & Söderblom, B. (2015). *Tre metoder som stöd för barn till föräldrar med psykisk ohälsa. Projekt rapport. Västerbottens Läns landsting.* Stockholm: Folkhälsomyndigheten.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P., Nomura, Y. & Weissman, M. M. (2006). Family discord, parental depression, and psychopathology in offspring: 20-year follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(4), 452-460. doi:10.1097/01.chi.0000198592.23078.8d
- Price-Robertson, R., Obradovic, A. & Morgan, B. (2017). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, 15 (2), 108-120. doi:10.1080/18387357.2016.1243014

- Priebe, G. & Afzelius, M. (2015). *Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk- Hur efterföljs lagen. En utvärdering av implementeringen i Psykiatri Skåne*. Lund: Lunds universitet, Region Skåne.
- Priebe, G. & Afzelius, M. (2017). Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk- på väg mot ett familjefokuserat arbetssätt i vuxenpsykiatri?. *Socialmedicinsk tidskrift*, 94(4), 496-504.
- Rasic, D., Hajek, T., Alda, M. & Uher, R. (2014). Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull*, 40(1), 28-38. doi:10.1093/schbul/sbt114
- Regeringen. (2008). *Regeringens proposition 2008/09:193. Vissa psykiatrifrågor m.m.* Stockholm: Sveriges Riksdag
- Renberg, H. (2007). *Nationell kartläggning- stöd till barn vars föräldrar har kontakt med psykiatri*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Rescorla, L. A., Ginzburg, S., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Almqvist, F., Begovac, I., . . . Verhulst, F. C. (2013). Cross-informant agreement between parent-reported and adolescent self-reported problems in 25 societies. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 42(2), 262-273. doi:10.1080/15374416.2012.717870
- Reupert, A. & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37(2), 98-111. doi:10.1080/0145935X.2016.1104037
- Reupert, A. E., D, J. M. & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *Med J Aust*, 199(3 Suppl), S7-9.
- Riley, A. W., Valdez, C. R., Barrueco, S., Mills, C., Beardslee, W., Sandler, I. & Rawal, P. (2008). Development of a family-based program to reduce risk and promote resilience among families affected by maternal depression: theoretical basis and program description. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11(1-2), 12-29. doi:10.1007/s10567-008-0030-3
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Amlund Hagen, K., Hellman, A., Hilsen, M., . . . Weimand, B. M. (2015). *Barn som pårørende – Resultater fra en multisenterstudien*. Akershus: Akershus universitetssykehus HF.
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W. & Bishop, D. S. (2005). *Evaluation and treating families: The McMaster approach*: Routledge/Taylor & Francis Group, New York, NY.
- Sabourin, S., Valois, P. & Lussier, Y. (2005). Development and validation of a brief version of the dyadic adjustment scale with a nonparametric item analysis model. *Psychol Assess*, 17(1), 15-27. doi:10.1037/1040-3590.17.1.15
- Shay, N. L. & Knutson, J. F. (2008). Maternal depression and trait anger as risk factors for escalated physical discipline. *Child Maltreat*, 13(1), 39-49. doi:10.1177/1077559507310611

- Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 51(1), 8-17 e18. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.018
- Skerfving, A. (2007). *Patienternas barn-två registerstudier vid vuxenpsykiatri i Södra Stockholm*. Stockholm: FoU-enheten, Psykiatri Södra.
- SKL. (2018). *Uppdrag psykisk hälsa – Tillsammans förbättrar vi primärvårdens arbete med psykisk ohälsa – Kartläggning: samarbetet mellan primärvård och psykiatri – Vuxenpsykiatri*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Skogøy, B. E., Sørgaard, K., Maybery, D., Ruud, T., Stavnes, K., Kufås, E., . . . Ogden, T. (2018). Hospitals implementing changes in law to protect children of ill parents: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 609. doi:10.1186/s12913-018-3393-2
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J. & Patterson, G. R. (2005). The contributions of ineffective discipline and parental hostile attributions of child misbehavior to the development of conduct problems at home and school. *Developmental Psychology*, 41(1), 30-41.
- Sobocki, P., Lekander, I., Borgström, F., Ström, O. & Runeson, B. (2007). The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005. *European Psychiatry*, 22(3), 146-152. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2006.10.006
- Socialstyrelsen. (2017a). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2017b). *Stöd till riktade insatser inom området psykisk hälsa. Uppföljning och analys av överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting. Slutrapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Solantaus, T. (2010). *Föra barnen på tal – när en förälder har psykisk ohälsa*. Helsingfors: Finska Institutet för hälsa och välfärd (THL).
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S. & Punamaki, R. L. (2010). Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 19(12), 883-892. doi:10.1007/s00787-010-0135-3 [doi]
- Solantaus, T. & Ringbom, A. (2013). *Hur hjälper jag mitt barn? Handbok för föräldrar med psykiska problem*. Helsingfors: Institutet för Hälsa och Välfärd.
- Stewart-Brown, S. L. & Schrader-McMillan, A. (2011). Parenting for mental health: what does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. *Health Promot Int*, 26 Suppl 1, i10-28. doi:10.1093/heapro/dar056
- Strand, J. & Rudolfsson, L. (2017). A qualitative evaluation of professionals' experiences of conducting Beardslee's family intervention in families with parental psychosis. *International Journal of Mental Health Promotion*, 19(5), 289-300. doi:10.1080/14623730.2017.1345690
- Sundell, K. (red.) (2012). *Att göra effektutvärderingar*. Stockholm: Gothia förlag.

- Svenska Psykiatriska Föreningen. (2014). *Bipolär sjukdom. Kliniska riktlinjer för utredning och behandling*. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Söderblom, B. & Inkinen, M. (2009). *Skapa förståelse tillsammans – Stödgrupper för barn och föräldrar med psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.
- Tchernegovski, P., Hine, R., Reupert, A. E. & Maybery, D. J. (2018). Adult mental health clinicians' perspectives of parents with a mental illness and their children: single and dual focus approaches. *BMC Health Serv Res*, 18(1), 611-611. doi:10.1186/s12913-018-3428-8
- Thanhauser, M., Lemmer, G., de Girolamo, G. & Christiansen, H. (2017). Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry*, 30(4), 283-299. doi:10.1097/ycp.0000000000000342
- Thompson, A., Hollis, C. & Richards, D. (2003). Authoritarian parenting attitudes as a risk for conduct problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 12, 84-91.
- Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H. & Witteman, C. L. M. (2015). Factors Promoting Mental Health of Adolescents Who Have a Parent with Mental Illness: A Longitudinal Study. *Child & Youth Care Forum*, 44(6), 777-799. doi:10.1007/s10566-015-9304-3
- van Santvoort, F., Hosman, C. M., Janssens, J. M., van Doesum, K. T., Reupert, A. & van Loon, L. M. (2015). The Impact of Various Parental Mental Disorders on Children's Diagnoses: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 18(4), 281-299. doi:10.1007/s10567-015-0191-9
- Webster-Stratton, C. H. & Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance abuse, delinquency, and violence in adolescence through interventions targeted at young children (0-8 Years). *Prevention Science*, 2(3), 165-192.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D. & Verdelli, H. (2006). Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*, 163(6), 1001-1008. doi:10.1176/ajp.2006.163.6.1001
- WHO. (2018). *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Rapporter Barn som anhöriga

Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det? Rapport från en nationell studie. BSA 2020:1, Nka, Linnéuniversitetet. Axberg, U., Priebe, G., Afzelius, M. & Wirehag Nordh, L.

Alla barn ska få möjlighet till hälsa och personlig utveckling – Barn som anhöriga. Heins, A. BSA 2019:1 Inspirationsmaterial, Nka, Linnéuniversitetet.

Späd- och småbarnsverksamheter/team i Sverige – en kartläggning. Furmark, C., Neander, K. BSA 2018:2, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Unga och radikalisering. Andreasson, J., Johansson, T., Magnusson, L. BSA 2018:1, Nka, Linnéuniversitetet.

Föräldraskapsinsatser för föräldrar med ADHD: kartläggning av aktuellt kunskapsläge som grund för utformning av anpassad insats. Hirvikoski, T., Lindström, T., Nordin, V., Jonsson, U. & Bölte, S., BSA 2017:3, Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Children as next of kin in Sweden. Hjern, A., Berg, L., Arat, A., Klöfvermark, J., Manhica, H., Rostila, M., Vinnerljung, B., Hovstadius, B., Ericsson, L., & Magnusson, L. BSA 2017:2, Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga till flyktingföräldrar med post-traumatisk stress – en litteraturstudie. Hjern, A. & Klöfvermark, J. BSA 2017:1, Nka, Linnéuniversitetet.

Barn och unga som utövar omsorg. Nordenfors, M., & Melander, C. BSA 2016:6. Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Effekter av anknytningsbaserade interventioner för yngre barn och deras omvårdnadspersoner en kunskapsöversikt. Bergman, A-S och Hanson, E. 2016:5, Nka och Linnéuniversitetet.

Stödprogram riktade till barn och/eller föräldrar när en förälder missbrukar alkohol eller andra droger – en kunskapsöversikt. Järkestig-Berggren, U och Hanson, E. 2016:4, Nka, Linnéuniversitetet.

Samverkan kring gravida med missbruksproblem: En studie av Mödra-Barnhälsovårdsteamet i Haga. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2016:2. Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Barn till föräldrar med cancer – hur många berörs och vilka är konsekvenserna i ett livsloppsperspektiv? Berg, L & Hjern, A. 2016:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsoekonomisk analys FAS, Nka, Linnéuniversitetet. Ericson, L, Hovstadius, B, Magnusson, L. 2015:10. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade insatser till gravida och spädbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol, narkotika och läkemedel och psykisk ohälsa: en nationell kartläggning av barnhälsovård, mödrahälsovård och socialtjänst. Heimdahl, K & Karlsson, P. 2015:9. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – ekonomisk studie av samhällets långsiktiga kostnader. Hovstadius, B, Ericson, L, Magnusson, L. 2015:8. Nka, Linnéuniversitetet.

Föräldraskap hos vuxna med ADHD eller Autismspektrumtillstånd, konsekvenser för barnet samt metoder för stöd. Systematisk kunskapsöversikt. Janeslätt, G & Hayat Roshanay, A. 2015:7. Nka, Linnéuniversitetet.

Att se barn som anhöriga – om relationer, interventioner och omsorgsansvar. **Antologi**. Red. Järkestig Berggren, U, Hanson, E & Magnusson, L. 2015:6, Nka. Linnéuniversitetet.

Kunskapsunderlag för pedagoger om barn och elever med medfödda skador av alkohol. Rangmar, J. 2015:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Stuprör, hängrännor och rännkrokar, Alexanderson, K & Jess, K. 2015:4. Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Barn som anhöriga, Rapport från Linnéuniversitetets och Nationellt kompetenscentrum anhörigas arbete, 2012–2014, Magnusson, L & Hanson, L. 2015:3. Nka, Linnéuniversitetet.

Hälsa och välbefinnande hos barn och ungdomar som har en förälder med progredierande neurologisk sjukdom, Ferm, U, Jenholt Nolbris, M, Jonsson, A, Linnsand, P & Nilsson, S. 2015:2. Nka Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga – Fyra utvecklingsregioners arbete för att se och möta barn enligt paragraf 2 g i hälso- och sjukvårdslagen, Gustavsson, L, & Magnusson, L. 2015:1. Nka, Linnéuniversitetet.

Unga omsorgsgivare i Sverige. Melander, C, Nordenfors, M och Daneback, K. 2014:5. Nka, Göteborgs Universitet.

Att växa upp med förälder som har missbruksproblem eller psykisk sjukdom – hur ser livet ut i ung vuxen ålder? Rapport 4 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:4. Nka. Linnéuniversitetet, CHES.

Hälsa och sociala livsvillkor hos unga vuxna som förlorat en förälder i dödsfall under barndomen. Rapport 3 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Arat A, Rostila M, Berg L & Vinnerljung B. Nka Barn som anhöriga 2014:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHES.

Utvärdering av Barotraumatemet. Bergh Johannesson K, Bondjers K, Arnberg F, Nilsson D, Ängarne-Lindberg T & Rostila M. Nka Barn som anhöriga 2014:2. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga när en förälder avlider. En kunskapsöversikt om effekt av metoder för stöd till barn. Bergman A-S, & Hanson E. Kunskapsöversikt 2014:1. Nka.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med psykisk ohälsa: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:6. Nka, Linnéuniversitetet.

Riktade psykosociala insatser till gravida och småbarnsföräldrar med problematiskt bruk av alkohol och narkotika: en litteraturstudie. Heimdahl K & Karlsson P. Nka Barn som anhöriga 2013:5. Nka, Linnéuniversitetet. Pdf-fil.

Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Nka Barn som anhöriga. Rangmar J & Fahlke C. Kunskapsöversikt 2013:4. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga: hur går det i skolan? Rapport 2 från projektet ”Barn som anhöriga” från CHES, Stockholms universitet/Karolinska Institutet i samarbete med Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Hjern A, Berg L, Rostil M & Vinnerljung B. Rapport 2013:3. Nka, Linnéuniversitetet, CHES.

Barn som är anhöriga till föräldrar med allvarlig fysisk sjukdom eller skada. Järkestig Berggren U & Hanson E. Nka Barn som anhöriga 2013:2. Kunskapsöversikt. Nka, Linnéuniversitetet.

Barn som anhöriga till patienter i vården - hur många är de? Rapport 1 från projektet ”Barn som anhöriga” – en kartläggning 2013:1. Hjern A & Manhica H. Kalmar: Nka. Linnéuniversitetet, CHES.

Publikationerna kan beställas/laddas ner via Nka:s webbplats www.anhoriga.se/publicerat

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga

Box 601 – 391 26 Kalmar

Tel: 0480-41 80 20

E-post: info@anhoriga.se

Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri – hur har de det?

Rapport från en nationell studie

Nka: Barn som anhöriga

2020:1

ISBN 978-91-87731-63-1

www.anhoriga.se