



# Det späda barnet som anhörig

– Hur kan vi forma hållbara strukturer för att uppmärksamma det späda barnets behov när en förälder har en psykisk sjukdom?

Dokumentation från ett seminarium, 1-2 februari 2010.



**STIFTELSEN**  
**Allmänna Barnhuset**

Det späda barnet som anhörig – Hur kan vi forma hållbara strukturer för att uppmärksamma det späda barnets behov när en förälder har en psykisk sjukdom?

Dokumentatör: Eva Gärdsmo Pettersson

Foto: Carl Johan Erikson

Copywright: Stiftelsen Allmänna Barnhuset

Tryck: Edita Västra Aros, 2010

# Förord

Bakgrunden till seminariet, var diskussioner som förts i ett preventionsnätverk med representanter från olika verksamheter om vikten av att specifikt lyfta fram spädbarnets behov av stöd när det finns en psykiskt sjuk förälder. Detta blev än mer angeläget när den nya lagstiftningen i Hälso- och Sjukvårdslagen kom. Den innebär i korthet att personal har skyldighet att beakta barns behov av information, råd och stöd när det finns en psykiskt sjuk förälder. En arbetsgrupp, ”Spädbarnet som anhörig”, bildades då inom ramen för det utvecklingsarbete med fokus på barn som anhöriga till psykiskt sjuka föräldrar som Allmänna Barnhuset driver tillsammans med Socialstyrelsens nationella utvecklingsstöd för psykiatrifrågor.

Arbetsgruppens arbete ledde till att ett antal nyckelpersoner från såväl Vuxenpsykiatri, Kvinno- sjukvården, Barnhälsovården, Barn- och ungdomspsykiatri, Socialtjänsten samt nationella aktörer som SKL, Socialstyrelsen och Socialdepartementet, inbjöds till ett arbetsseminarium med fokus på det späda barnet. Syftet med seminariet var att samla kunskap och identifiera behov för att utveckla varaktiga strategier för hur offentliga verksamheter bättre kan uppmärksamma och samverka för att stödja det späda barnet som anhörig.

Vi som tillsammans ingick i den arbetsgrupp som planerade seminariet och som även hade möjlighet att delta i diskussionerna på Sättra Bruk, vill gärna framhålla den positiva och kreativa andan som rådde under dagarna. Ett behov som blev tydligt var att det är nödvändigt med en struktur för samverkan kring de blivande och nyblivna föräldrar som mår psykiskt dåligt. Denna samverkansstruktur måste vara etablerad innan familjen blir aktuell. På seminariet presenterades också förslag till möjlig ansvarsfördelning för insatser på olika nivåer, nationellt, regionalt och lokalt.

Vi hoppas och tror att denna rapport, som är en dokumentation av den forskning som presenterades och de diskussioner som pågick, kan vara ett bra stöd i det fortsatta viktiga arbetet att samverka för att stödja det späda barnet som anhörig till en förälder med psykisk sjukdom.

Stockholm juni 2010

*Maria Dunerfeldt*  
*projektledare*  
*Utvärderingsenheten inom*  
*Barn- och Ungdomspsykiatri*

*Marie-Louise Söderberg*  
*utvecklingsamordnare*  
*Psykiatri Södra Stockholm*

*Ann Gardeström*  
*utredare*  
*Socialtjänst- och*  
*arbetsmarknadsförvaltningen*

# Innehåll

■ Förord	5
■ Presentation av föreläsarna	7
■ Inledning och bakgrund	8
■ Perinatal psykisk ohälsa/sjukdom – tidig intervention, behandling och tvärfackligt samarbete	10
■ Hur blir det för barnet? Det späda barnet som anhörig	17
■ Kan det späda barnet vara anhörig? Reflektioner ur ett vuxenpsykiatriskt perspektiv	23
■ Två goda exempel på tvärprofessionella samverkansmodeller kring psykisk skörhet/sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap	
Stockholms län: Tvärprofessionella samverkansteam	25
Malmö Stad: ALMA – förankrad samverkan kring föräldrar och barn	27
■ Resultat av processinriktat grupparbete	29
■ Sammanfattning och framtida utmaningar	31
■ Seminariedeltagare	33
■ Barnhusets böcker & rapporter	34

# Presentation av föreläsarna

**Birgitta Wickberg** leg. psykolog, docent i psykologi vid Göteborgs Universitet och kliniskt verksam som mödra/barnhälsovårdpsykolog i VG-regionen samt södra Bohuslän. Hennes forskning rör framförallt depression under graviditet och spädbarnstid. Hon har validerat en screeningskala (EPDS) för depression post partum och utvärderat stödjande samtal (counselling) inom svensk barnhälsovård. Metoderna finns beskrivna i en skrift från Folkhälsoinstitutet *Post partum depression – nedstämdhet och depression i samband med barnafödande* (Wickberg & Hwang, 2003) och rekommenderas i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för depression och ångesttillstånd (2010).

**Kerstin Neander**, fil. dr, socionom, Marte Meo supervisor, Psykiatriskt Forskningscentrum, Örebro läns landsting och dagvårdsverksamheten Gryningen i Karlskoga. Kerstin var 1978 med och startade ”Gryningen”, en Karlskogabaserad dagvårdsverksamhet för familjer med barn i åldrarna 0-6 år som hon också var föreståndare för fram till 2000. Verksamheten är en samverkan mellan barnpsykiatrien inom Örebro läns landsting och socialtjänsten i Karlskoga kommun. Under de senaste nio åren har hon arbetat deltid på Gryningen och genomfört en forskarutbildning vid Örebro Universitet. Den utbildningen resulterade i avhandlingen, *Indispensable Interaction: Parents’ perspectives on parent-child interaction and beneficial meetings*, som lades fram vid Örebro Universitet i december 2009. Ett forskningsarbete som handlar om samspelsbehandling, baserad på verksamheten vid Gryningen och ytterligare tre liknande verksamheter.

**Ingela Heimann**, leg. läkare, psykiatriker med en gedigen bakgrund inom vuxenpsykiatrien. Hon har arbetat många år i olika befattningar i den kliniska verksamheten, bl a som överläkare och verksamhetschef. Hon arbetar idag som tillsynsläkare på Socialstyrelsen, Tillsynsavdelningen Region Sydväst.

# Inledning och bakgrund

Anne-Marie Larsson, Stiftelsen Allmänna Barnhuset, [anne-marie.larsson@allmannabarnhuset.se](mailto:anne-marie.larsson@allmannabarnhuset.se)

Socialstyrelsens nationella utvecklingsstöd för psykiatrifrågor m.m. (fd NU!-enheten) och Stiftelsen Allmänna Barnhuset driver ett gemensamt projekt med fokus på barn som anhöriga till föräldrar med psykisk sjukdom/ohälsa. Projektledare är Anne-Marie Larsson, Allmänna Barnhuset och Mårten Jansson, Socialstyrelsen.

Till projektet har knutits en arbetsgrupp med personer som har speciell kompetens inom området och kommer från olika delar i landet. Projektets uppdrag är att utveckla strategier för och kunskap om hur offentliga verksamheter bättre kan;

- uppmärksamma och stödja barnen
- samverka kring insatser för barnen
- följa upp hur barnen uppmärksammas samt mäta effekterna av stödinsatser.

Seminarier i Sättra Bruk är en del av det arbetet.

I uppdraget ingår också att skapa förutsättningar för ett nationellt nätverk för professionella.

En viktig del i projektet har varit de *dialogseminarier* som har genomförts i samarbete med regionala aktörer i fyra regioner i landet; Skåne, Västmanland, Jönköping och Västerbotten. Till seminarierna har verksamma inom vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, primärvården och socialtjänsten bjudits in. Sammanlagt har åtta dialogseminarier genomförts, varav två dialogseminarier i varje region med ett års mellanrum. Syftet har varit att följa upp den process som påbörjades vid första seminariet utifrån hur man kan bli bättre på att uppmärksamma barnen.

Ett annat uppdrag har varit att utveckla en hemsida för professionella som möter barn som anhöriga dvs barn som har en förälder med psykisk sjukdom/ohälsa. Hemsidan innehåller bland annat information om forskning, metoder att samtala med barn och föräldrar, utbildningar, utvecklingsarbeten samt tips om material tex skönlitteratur, facklitteratur och olika informationsfilmer. Hemsidan är tänkt att vara en inspiration för hur verksamheter kan bli bättre på att arbeta utifrån ett barnperspektiv. På hemsidan finns också möjlighet att anmäla sig till lokala nätverk för att lättare kunna

samverka och stödja varandra i det lokala arbetet. **Hemsidan finns på adress: [www.barnsomanhoriga.se](http://www.barnsomanhoriga.se)**

Projektet avslutas 2010 och kommer att avrapporteras i form av en bok.

## Ny lagstiftning från 1 januari 2010

En ny lagstiftning med tillägg i HSL (Hälsa- och sjukvårdslagen) 2 g § och LYHS (Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) 2 kap. 1a §, har börjat gälla från den 1 januari 2010. Syftet med den nya lagstiftningen är att stärka barnperspektivet och lyfta barns rättigheter.

## Den nya skrivelsen i HSL lyder:

*Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets föräldrar eller annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med*

1. har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning,
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel

*Detsamma gäller om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider.*

Förtydligande av lagen:

- Med vuxen menas en person som barnet varaktigt bor tillsammans med, även tex familjehemsförälder och styvförälder.
- Med barn menas alla människor under 18 år.
- Stödet ska utgå från barnets bästa och anpassas efter barnets ålder och mognad.

Tillägg i LYHS (2 kap. 1 a §)

*Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd... (samma som ovan).*

## Bakgrund till lagändringen

Av förarbetena framgår följande:

- *Barnpsykiatrikommitténs slutbetänkande 1998*  
I betänkandet föreslogs en skyldighet för vuxenpsykiatri att underrätta sig om barnets situation och ge stöd vid behov. Förslaget ledde inte till lagstiftning.
- *Nationell psykiatrisamordnings slutbetänkande 2006*  
Utredningen ansåg att tydliga rutiner för stöd till barn som anhöriga borde finnas för att tillgodose barns behov av stöd. Vuxenpsykiatri och primärvården har enligt utredningen en central ställning för att upptäcka barnen och initiera stöd, vilket kräver att ett barn- och familjeorienterat arbetssätt utvecklas. Utredningen föreslog inte någon lagändring, utan att regeringen noga skulle följa utvecklingen och om inte behovet av förbättringar tillgodosågs överväga en lagändring.
- *Enkät till samtliga psykiatriska kliniker om stöd till barnen 2006*  
En enkät skickades ut från Nationell psykiatrisamordning och drygt 2/3 av landets psykiatriska kliniker svarade. Drygt hälften uppgav att de hade särskilda rutiner för att uppmärksamma barn, 90% tyckte att något saknades i utbudet.

Det framgår vidare att insatser till barn är prioriterade, att varje barn har rätt att bli uppmärksammat och få stöd och hjälp utifrån behov samt att lagstiftningen har behövt förtydligas för att ytterligare stärka barnperspektivet och lyfta barns rättigheter.

## Övriga initiativ

Regeringen har initierat ett projekt för att utbilda i Beardslees familjeinterventionsmetod, en psykopedagogisk metod som hjälper föräldrar och barn att komma igång med samtal om svåra saker på ett varsamt sätt. Alla landsting erbjuds möjlighet att få utbildning för personal inom psykiatri och primärvården. Vuxenpsykiatri i Västerbotten ansvarar för utbildningarna och till projektet har fem miljoner kronor avsatts. Projektet startade 2008 och pågår t o m 2010.

Av förarbetena framgår att projektet betraktas som ett komplement till en lagreglerad skyldighet som stärker barnperspektivet. Rapport om detta arbete kommer i början av 2011.

## Seminarier "Det späda barnet som anhörig"

Under arbetet med dialogseminarierna blev det tydligt att det fanns ett behov av att särskilt fokusera på vad den nya lagstiftningen innebär för det späda barnet och dess föräldrar när den ena föräldern har en psykisk sjukdom.

När det gäller stöd till denna målgrupp finns organisatoriska problem som handlar om vilken verksamhet som ansvarar för att barnet och dess förälder får stöd utifrån ett familjeperspektiv. Barnet är primärt inte patient utan det är "relationen" mellan barnet och föräldern som blir "patienten". Det är väl känt att psykisk sjukdom under graviditet och spädbarnstid kan påverka anknytningen och barnets kognitiva och emotionella utveckling. Vikten av tidiga insatser för att förebygga att barnet utvecklar psykisk ohälsa är också väl känt. Vuxenpsykiatri ansvarar för den vuxne patienten men hur organiserar stödet till föräldraskapet och "relationen"? Detta var några av de frågor som diskuterades på seminariet.

Syftet med var att samla kunskap och identifiera behov för att utveckla varaktiga strategier för hur offentliga verksamheter bättre kan uppmärksamma och samverka för att stödja det späda barnet som anhörig. För att bättre hjälpa det späda barnet och dess föräldrar behövs en helhetssyn och kompetens från såväl vuxen- och barnpsykiatri, kommunernas individ- och familjeomsorg samt mödra- och barnhälsovården.



# Perinatal psykisk ohälsa/sjukdom

## Tidig intervention, behandling och tvärfackligt samarbete – En forskningsöversikt

*Birgitta Wickberg, docent, leg. psykolog, enheten för mödravård och FOU-enheten, VG-regionen, södra Bohuslän. Birgitta.Wickberg@vgregion.se*

### Varför ökat intresse för psykisk ohälsa i samband med barnafödande?

Intresset för psykisk ohälsa, särskilt depression under spädbarnstiden, har ökat under de senaste decennierna inom forskning, i klinisk verksamhet och bland föräldrar. Det finns framförallt tre orsaker till detta:

*Barnet* – Spädbarnsforskningen har visat på vad det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn betyder för barnets fortsatta utveckling. Man har också funnit att en depression hos mamman kan ha långvariga negativa effekter för barnets utveckling. Det är bl a spädbarnsforskningen som bidragit till att det här området i så hög grad blivit tvärfackligt och tvärvetenskapligt.

*Unik tidsperiod* – Graviditeten och tiden efter barnets födelse är en unik tidsperiod för familjen då parrelationen, föräldraskapet och barnets beteende och utveckling har en ömsesidig påverkan på varandra. Alla delarna hänger ihop och riskerar att påverkas negativt av psykisk ohälsa hos föräldern, t ex en depression hos mamman (Hwang & Wickberg, 2001). Det är också en period när spädbarnet är totalt beroende av sin nära miljö och strukturerna runt familjen.

*Möte med hälsovården* – Det är i Sverige också en unik period vad gäller mötet med hälsovården. Mödra- och barnhälsovården möter så gott som alla blivande och nyblivna föräldrar och kan fånga upp tidiga tecken på psykisk ohälsa eller sjukdom.

### Traditionell syn på psykisk ohälsa efter förlossningen (post partum)

Tidigare har man ofta beskrivit psykisk ohälsa efter förlossningen som tre helt olika områden. ”*Maternity blues*”, är det ”normala” tillstånd, tre till fem dagar efter förlossningen, då ungefär varannan kvinna får kraftiga humörsvängningar och ofta pendlar mellan kraftigt lyckorus och stark självtvivel eller nedstämdhet. För de flesta normaliseras tillståndet ganska snabbt, men för de kvinnor där det inte går över inom ett par veckor finns en risk att utveckla en depression.

*Depression* efter förlossningen (post partum), är en lindrig till måttlig depression och drabbar ungefär 8 - 15% av alla nyblivna mammor under de första månaderna efter förlossningen. För ca en tredjedel uppstår symtomen redan under graviditeten. Depression i samband med spädbarnstiden var länge ett dolt problem. På senare tid har kunskapen om den här typen av nedstämdhet ökat väsentligt. Ett omfattande forskningsarbete har lett till att metoder implementerats inom hälsovården för att tidigt upptäcka kvinnor med depressioner i samband med barnafödande.

*Puerperalpsykos* är ett allvarligt psykiskt sjukdomstillstånd, som finns beskrivet sedan länge. Det psykotiska tillståndet uppstår hos 1-2 kvinnor per tusen förlösta och kräver psykiatrisk vård.

Numera omfattar forskningen kring psykisk ohälsa i samband med barnafödande ett brett spektrum av reaktioner; från lindriga till måttliga och svåra depressioner, ångesttillstånd, posttraumatisk stresssyndrom (PTSD) utlöst av förlossningen och olika problem i den tidiga mor- barnrelationen. Dessutom har tidsspannet utökats till att omfatta graviditeten och de första sex månaderna efter förlossningen (perinatal). Forskningen har hittills huvudsakligen rört relationen mamma-barn men man studerar nu alltmer hur nyblivna pappor mår och pappa-barnrelationen. Det är t ex området för leg. psykolog Pamela Massoudis pågående avhandlingsarbete.

Två internationella forskningssällskap har inriktningen psykisk ohälsa och sjukdom under graviditet och spädbarnstid (Marcé Society) respektive spädbarns psykiska hälsa (World Association for Infant Mental health, WAIMH). Även World Psychiatric Association (WPA) har en nybildad sektion för perinatal psykiatri. Forskningen inom området är tvärfacklig och involverar bl a psykiatri, pediatrik, utvecklingspsykologi, neurovetenskap och endokrinologi. Den omfattar ett brett spektrum av psykiatriska problem och fokus är alltmer på prevention och behandling.

Kunskapen om effekterna för barnet av perinatal psykisk ohälsa eller sjukdom har ökat under de senaste åren. Hur länge mammans sjukdomsepisod varar och tidpunkten för när hon insjuknar, vilka stress-sårbarhetsfaktorer respektive skyddande faktorer som finns samt pappans psykiska hälsa, är faktorer som visat sig ha betydelse för hur barnet påverkas.

## Hur vanligt är det med psykiatriska problem post partum?

En kort beskrivning av omfattningen av de här problemen visar grovt sett nedanstående förekomst. Siffrorna varierar mellan länder och mellan olika områden inom ett land. Både i internationella studier t ex i en meta-analys av 59 studier (O'Hara & Swain, 1996) och i svenska studier har frekvensen depressiva symtom/depression visat sig vara omkring 12%. Ungefär hälften av kvinnorna uppfyller kraven för diagnosen egentlig depression.

Däremot är en puerperalpsykos mycket ovanlig, 1-2 promille av alla förlösta kvinnor drabbas. Denna frekvens har visat sig ganska stabil i flera tidsepoker och i olika kulturer. Även om orsaken anses vara biologisk kan psykosocial stress, som sömnbrist, bidra till att psykoson bryter ut.

Det kan i det här sammanhanget nämnas att en undersökning från Göteborg (Rydén, 2004) visade att endast 1,1% av alla gravida kvinnor och föräldrar till spädbarn (0-18 månader gamla) fått vård inom psykiatri, såväl öppen som slutna vård inberäknad. De flesta kvinnor med perinatal psykisk ohälsa upptäcks och får stöd och behandling inom primärvården.

## Depression och ångest under graviditeten

Under det senaste decenniet har forskningen alltmer omfattat också graviditeten och hela barnafödandets period. Två stora studier har nyligen gjorts i Sverige,

en nationell (Rubertsson et al 2005) och en från Umeå (Andersson et al, 2003). I den ena användes en självskattningsskala, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) och i den andra en kort intervju (PrimeMD) för att mäta depressionsgrad. Även om tidpunkterna och mätmetoderna skilde sig åt i de två studierna fick man liknande resultat, 8 - 10% av kvinnorna visade depressiva symtom/depression och drygt 6% hade ett ångesttillstånd under graviditeten. I Umeåstudien visades dessutom att förekomsten 10,2% bestod av 3,1% lindrig och 7,1% måttlig depression.

## Depressiva symtom/depression post partum

En undersökning i Göteborg (Wickberg & Hwang 1997) och Rubertssons m fl nationella undersökning från 2005, visade liknande prevalenstal. I båda undersökningarna ombads mammorna att fylla i EPDS då barnet var två månader gammalt. I Göteborgsstudien fick mammorna fylla i EPDS ytterligare en gång, då barnet var tre månader. Drygt fyra procent av mammorna hade höga poäng (12 och mer, vilket indikerar depression) vid båda dessa tillfällen. I den nationella studien fick mammorna besvara EPDS tre gånger; i tidig graviditet, två månader och ett år efter förlossningen. Tre procent av alla mammor föll ut med höga poäng på EPDS vid alla tre tillfällen.

Forskningen har visat att det är hur länge depressionen varar, t ex långvariga eller återkommande depressiva symtom, snarare än diagnosen depression i sig, som innebär en risk för att samspelet mellan mor och barn kan störas och därigenom påverka barnets fortsatta kognitiva och emotionella utveckling (Luoma, 1999). Att 3% av alla spädbarnsmammor i en stor, nationell svensk undersökning visat återkommande eller långvariga tecken på depression är en utmaning för hälsovården och kräver genomtänkta och riktade insatser till denna sårbara grupp.

### Göteborg (Wickberg, 1997)

n= 1.655

2 månader 12,5%

3 månader 8,3%

2 och 3 mån. 4,3%

### Nationell (Rubertsson et al. 2005)

n=2.674

2 månader 12,3%

–

grav., 2 mån, 1 år 3%

De vanligaste riskfaktorerna för depression hos nyblivna mammor är depression i anamnesen, problem i förhållandet till partnern och flera stressande livshändelser (O'Hara, 1999). Dessa riskfaktorer fann man även i den nationella svenska undersökningen (Rubertsson m fl 2005). För de kvinnor som hade höga EPDS-poäng (dvs 12 poäng och däröver) vid alla tre mätstillfällena var bilden emellertid annorlunda. Två eller flera svåra livshändelser under året före graviditeten ökade risken att drabbas av en depression med mer än tre gånger. Därefter kom faktorerna annat modersmål än svenska och arbetslöshet.

### Stress/ångest hos den blivande mamman – påverkan på barnet

Forskningen har under de senaste åren fokuserat alltmer på effekterna av hög grad av stress och ångest under graviditeten snarare än på effekterna av prenatal depression.

- Tidigare studier har visat en koppling mellan höga nivåer av stress/oro under graviditeten och prematurfödelse och låg födelsevikt (Wadhwa 2005).
- Flera prospektiva studier har visat att långvarig stress/ångest hos kvinnan under graviditeten ökar risken för kognitiva och emotionella problem hos barnet (O'Connor et al 2002; van den Berg et al, 2005; Talge et al, 2007).
- Bakomliggande mekanism anses vara att kvinnor med hög stress och ångest under graviditeten får en påverkan på HPA-axeln (hypothalamus-hypofysbi-njureaxel) vilket ger högre nivåer av kortisol och noradrenalin. Detta stimulerar produktionen av CRH (cortisol releasing hormone) i placenta, vilket i sin tur påverkar fostrets HPA-axel med ökad mängd kortisol som följd. Detta tycks innebära risk för bestående förändringar i form av kronisk aktivering, något som kan relateras till ökad sårbarhet för stress i framtiden (Talge et al, 2007).

Den hittills största undersökningen är från Storbritannien och omfattar cirka 7000 kvinnor (O'Connor et al. 2002). Stress/oro mättes under graviditeten och två månader efter partus. Man kontrollerade för socioekonomiska faktorer, rökning, alkohol samt depression och ångest efter förlossningen. Ångest i sen graviditet visade sig fördubbla risken för ADHD-liknande problem (hyperaktivitet och uppmärksamhetsproblem) hos pojkar vid fyra år, och hos både pojkar och flickor vid åtta års ålder.

Denna och andra studier (se Talge et al, 2007, för en översikt) ger visst stöd för begreppet "fetal programming", dvs fostrets fysiologiska anpassning till de karaktäristika som kännetecknar den intrauterina miljön. Detta är ett spännande forskningsområde, där betydelsen av individuell sårbarhet och motståndskraft samt andra faktorer i fostrets och det nyfödda barnets miljö, ännu är okända. Det saknas också behandlingsstudier som reducerar stress och oro hos gravida kvinnor.

### Hur påverkas barnet av mammans depression postpartum ?

Under de senaste 20 åren har forskningen varit intensiv kring effekterna för barnet, både på kortare och längre sikt, om mamman eller pappan drabbas av en depression efter barnets födelse. Några ofta citerade studier får exemplifiera detta omfattande forskningsfält.

- Luoma (1999) studerade effekten av långvariga, lindriga depressioner för barnets kognitiva och emotionella utveckling.
- Murray & Cooper (2003) och medarbetare har i en rad studier undersökt kopplingen mellan mammans depression postpartum, kvaliteten i mor-barn relationen och dess betydelse för den kognitiva utvecklingen hos barnet.
- Campbell (2004) Mammans depressiva symptom och lyhörighet/känslighet för barnet är prediktorer för anknytning vid 36 månaders ålder.
- Mahon (2005) Mammans egen anknytningsstil modererar effekten av mammans depression.

### Hur påverkas spädbarnets kognitiva utveckling?

Lynn Murray (2003), en av de framträdande forskarna på området, har beskrivit tänkbara mekanismer för hur denna påverkan kan ske.

- Bristande överensstämmelse i föräldrarnas svar. Barnet kan inte koppla samman eget beteende och omgivningens svar.
- Okänsligt svar eller brist på svar påverkar barnets förmåga att hålla kvar uppmärksamheten.
- Påträngande föräldrabetende stör eller stressar barnet.
- Minskad imitation av barnets uttryck under samspillet påverkar barnets förmåga att skilja ut sig från andra.

Spädbarnets hjärna är under intensiv utveckling. Spädbarnets omsorgsmiljö påverkar hjärnans utveckling med risk för bestående effekter på sikt för barnet om inte hjälp sätts in tidigt som kan reparera skadorna. Det är i detta sammanhang, som betydelsen av spädbarnsverksamheter kommer in, för att kunna erbjuda en kvalificerad och effektiv behandling till föräldrar och spädbarn med stora svårigheter i sin interaktion.

## Mödra- och barnhälsovårdens uppgifter

Mödra- och barnhälsovården utgör en unik arena för tidiga preventiva insatser. Det är den enda instans som når så gott som alla blivande föräldrar och spädbarnsfamiljer. I ett internationellt perspektiv är detta faktiskt näst intill unikt.

I mödra- och barnhälsovårdens riktlinjer ingår att erbjuda generella insatser, som hälsoundersökningar, hälsoinformation/folkhälsoarbete, profylax mot specifika sjukdomar och föräldrastöd, men också att erbjuda riktade insatser till särskilt sårbara grupper. Att barnmorskan och BVC-sjuksköterskan har tillräckligt med tid avsatt är kanske den enskilt viktigaste förutsättningen för att upptäcka psykisk ohälsa hos blivande föräldrar och spädbarnsföräldrar. Det krävs också tillgång till kunskapsbaserade metoder och en fungerande vårdkedja (stegvis vård).

### Mödra- och barnhälsovårdens riktade insatser

- Barnmorska och BVC-sjuksköterska ger extra stöd
- MHV-BHV psykolog för bedömning eller behandling.

Mödra- och barnhälsovårdspsykologen är en lättillgänglig resurs (om det finns adekvat barnunderlag). Man arbetar likartat över landet och har en lång tradition av att arbeta förebyggande inom primärvården.

MHV/BHV-psykologens arbetsuppgifter är:

- Konsultation (bedöma lämplig vårdnivå, vara lättillgänglig remissinstans, konsult vid stödsats, länk MVC/BVC).
- Bedömning/utredning (spädbarnsföräldrar/spädbarn).
- Psykologisk behandling (korttidspsykoterapi).

## Tidig upptäckt av psykisk ohälsa inom mödrahälsovården

De riktlinjer för hur arbetet inom mödrahälsovården bör bedrivas "Hälsovård före, under och efter graviditet" (SOS rapport 1996:7) som kom för snart 15 år sedan, var huvudsakligen medicinskt inriktade. Det har självklart hänt mycket kunskapsmässigt sedan dess och olika lokala och regionala program för psykisk hälsa under graviditeten har utvecklats. I flera länders riktlinjer, t ex i Storbritannien (Nice, 2007) finns ett strukturerat arbetssätt beskrivet. Ett exempel på detta är hur en anamnes bör tas på tidigare allvarliga psykiska sjukdomstillstånd och nuvarande psykisk hälsa. Detta är viktigt med tanke på den kunskap som finns om återfallsrisk för kvinnor med tidigare psykiska sjukdomstillstånd.

Ett sådant arbetssätt prövas nu inom mödrahälsovården i Södra Bohuslän, där barnmorskan vid det första hälsosamtalet uppmanas att fråga alla gravida kvinnor om deras psykiska hälsohistoria.

*Har du haft/har någon allvarlig psykisk sjukdom? (schizofreni, bipolärsjukdom, psykos, allvarlig depression). Har du behandlats inom psykiatrin? Öppenvård, slutenvård? När var det? Hur länge?*

*Har du haft något allvarligt psykiskt sjukdomstillstånd i samband med tidigare graviditet och förlossning (inklusive psykos i postpartum-perioden, allvarlig depression)?*

*Har du någon gång tidigare haft en depression? Ängest, andra psykiska problem t ex ätstörningar?*

Barnmorskan frågar vidare allmänt om hur kvinnan mår, om nuvarande psykisk hälsa och ställer två nyckelfrågor om depression:

*Har du under den senaste månaden ofta känt dig nere, deprimerad eller haft känslor av hopplöshet?*

*Har du under den senaste månaden ofta saknat intresse för att göra saker eller inte kunnat glädja dig åt saker och ting?*

Om kvinnan svarar ja på någon av dessa frågor kan barnmorskan erbjuda henne att fylla i en självskattningssenkät för att få underlag för ett samtal och stöd för fortsatt planering av ev insatser tillsammans med kvinnan.

## Tidig upptäckt av psykisk ohälsa inom barnhälsovården

Kan man förebygga depression post partum? I en artikel i the Lancet (Brockington, 2004) sammanfattas kunskapsläget på följande sätt. Universell prevention har inte visat sig effektiv medan selektiv prevention till sårbara grupper har visat sig vara betydelsefull. Tidig upptäckt och tidig behandling är det som rekommenderas.

Socialstyrelsens nyligen publicerade Nationella riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom (2010), rekommenderar att hälso- och sjukvården bör genomföra screening för depression av alla kvinnor sex till åtta veckor efter förlossningen. Riktlinjerna är avsedda för hela hälso- och sjukvården, från lindriga till allvarliga tillstånd (BUP, primärvård, vuxenpsykiatri).

Vid depressiva symtom eller lindrig depression hos kvinnor efter förlossning rekommenderas att i första hand erbjuda sk personcentrerad counselling, vilket är en stödjande samtalsmetod.

Vid medelsvår egentlig depression hos kvinnor efter förlossning rekommenderas i första hand psykologisk behandling med KBT, interpersonell terapi. Därefter rekommenderas psykodynamisk korttidsterapi och läkemedelsbehandling med antidepressiva medel.

### *Stegvis vård för depression post partum*

- Personcentrerad counselling (Holden et al, 1989; Wickberg & Hwang 1996; Murray & Cooper, 2003)
- Interpersonell terapi (brist på terapeuter i Sverige än så länge, välkänd metod internationellt), KBT, psykodynamisk terapi (O'Hara et al. 2000; Appleby et al. 1997; Dennis & Hodnett 2007)
- Läkemedelsbehandling (Wisner, 2004)
- Samspelsbehandling (Forman et al. 2007; Mahon et al. 2008)
- "Mother-baby-units" (Glangeaud-Freudenthal 2008), enheter inom psykiatrin med tvärfackliga specialistteam finns i framförallt Storbritannien, Australien, Frankrike.

## Spädbarnsverksamheter i Sverige

Enligt Broberg och medarbetare (2008) fanns det 1990 sammanlagt 31 spädbarnsverksamheter i Sverige, ofta som sk mellanvårdsformer (Socialstyrelsen 1993).

Systematisk uppföljning och utvärdering saknades eller var utförda internt och med kvalitativa metoder. Endast en systematisk utvärdering var gjord (Wadsby m fl 1998). Många spädbarnsverksamheter har sedan dess lagts ner, vilket innebär att hjälp till de mest behövande spädbarnsfamiljerna saknas på många håll. Validerade behandlingsprogram med bestämd tidsram behöver tas fram i ökad utsträckning, något som sannolikt skulle öka möjligheterna att få resurser för sådan verksamhet.

En kartläggning av spädbarnsverksamheter i Göteborg och södra Bohuslän visade nyligen på stora brister i tillgången på samspelsbehandling för spädbarnsfamiljer (Josefsson, 2007). Kartläggningen genomfördes genom att en enkät skickades till alla chefer för individ - och familjeomsorg samt alla MHV/ BHV-psykologer i Göteborg och Södra Bohuslän. (n= 61).

- Birkahemmet ingick ej då fokus är på skyddsaspekt och omsorgssvikt, heldygnsvård, kräver biståndsbeslut.
- Fem spädbarnsverksamheter (en av dessa är numera nedlagd); socialtjänsten huvudman, BUP inte representerad, en tjänst kommer från primärvården. Man har tillgång till socionom, barnsjuksköterska, barnmorska. Vuxenpsykiater, barnpsykiater och psykolog saknades helt.
- 74% angav resurserna som otillräckliga, 26% som tillräckliga.
- 65% av psykologerna uppgav att det inte fanns tillgång till samspelsbehandling. Endast 11% uppgav att de kunde remittera till annan instans.
- Det visar på en tydlig lucka i vårdkedjan. Det saknades beslut om var i organisationen spädbarnsverksamheterna skall ligga, kommun och landsting oense om finansieringen.

## Forskning samspelsbehandling

Det finns en stor mängd kunskap och forskning kring samspelsbehandling.

Empiriskt prövade metoder för behandling av samspelsvårigheter finns internationellt och bör enligt Broberg och medarbetare (2008) prövas i Sverige. Exempel på sådana metoder är: WWW-metoden (Cohen, 1999) och VIPPP-metoden (Meesman, 2008) och COS-metoden (grupp) (Marvin, 2002 ).

Broberg (2008) redovisar en metaanalys av 70 studier, där syftet varit att öka föräldrars lyhörddhet (Bakermans & Kranenburg, 2003) och en utvärdering av 15 verksamheter med anknytningsbaserad behandling, särskilt för multiriskfamiljer (Egeland et al, 2000). Behandlingsprogram för föräldra-barnpar med riskfaktorer har visat bäst resultat för irriterat spädbarn, psykosociala svårigheter, psykiska föräldraproblem (O'Connor & Zeanah, 2003).

Sammanfattningsvis råder det ingen brist på kunskap och forskning. Det är snarare hur kunskapen ska nå ut i praktiken som är frågan och som bör diskuteras.

## Hur ska ny kunskap och nya behandlingsmetoder nå ut i praktiken?

Birgitta Wickbergs personliga reflektioner:

*Utbildning och fortbildning* bör kunna erbjudas kontinuerligt på ett likande sätt som sker i Norge. Man har där en forskningsverksamhet kopplad till den kliniska verksamheten inom regional barn- och ungdomspsykiatri i tre regioner (Trondheim, Bergen och Oslo). R-BUP erbjuder tvärfacklig 2-årig späd- och småbarnsutbildning på halvfart för socionomer, psykologer, sjuksköterskor och andra som arbetar inom det här området. Även Holland erbjuder preventionsprogram vid flera universitet.

*Implementering – långsiktiga satsningar.* Implementering tar ofta orimligt lång tid. Trots att flera program är väl beprövade och beforskade internationellt har de inte prövats i svensk hälsovård. Det gäller t ex en

metod för hembesök och familjestöd av särskilt utbildade BVC-sjuksköterskor under graviditet och spädbarnstid (Olds et al 1995, 1998, 2002, 2006). Programmen används i USA och England och har visat goda långtidseffekter. De har rekommenderats i en rad svenska utredningar de senaste decennierna, men ännu inte prövats i praktiken.

*Vad är problemet?*

Ett stort problem är att samspelebehandling för föräldrar och spädbarn ofta faller ”mellan stolarna”. Vem bär ansvaret? Landsting – kommun, sjukvård – hälsovård, vuxenpsykiatri -barnpsykiatri?

*Uppfylls kraven på god vård?*

God vård innebär att vården skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, och ges i rimlig tid. Mot bakgrund av forskningsläget är det en viktig fråga att besvara hur kriterierna för god vård uppfylls när det gäller nyblivna föräldrar med psykiska sjukdomstillstånd som också har svårigheter i relationen till spädbarnet?

Har kunskapsbaserade behandlingsmetoder för samspelebehandling i tillräckligt hög grad implementerats i Sverige? Sker det inom rimlig tid?

*Hur ser det ut?*

Hur bör balansen vara mellan universella insatser, riktade insatser och behandling? Finns tillgång till specialistinsatser (team) i varje primärvårds område för kvalificerad bedömning av mamman, barnet, och deras samspel? Finns behandlingsmöjligheter för spädbarnsfamiljer med allvarlig problematik?

En skiss över möjliga insatser på olika nivåer

### NATIONELL

Socialstyrelsen

Kompetenscentrum för späd - och småbarnsforskning (riktlinjer, nätverk)

### REGIONAL

BUP-klinik

Spädbarnsverksamhet,

daglig behandling/ ev.inläggning  
metodutveckling, fortbildning

### LOKAL

BUP-mottagning/BHV

Spädbarnsverksamhet

Specialistteam för bedömning,  
behandling, glesare

Nära samarbete med socialtjänsten en förutsättning

## Referenser

- Andersson L., Sundstrom-Poromaa I, Bixo M. et al. (2003). Point prevalence of psychiatric disorders during second trimester of pregnancy; a population based study. *Am J Obstet Gynecol*, 189: 148-54..
- Broberg A., Risholm Mothander P., Granqvist P., Ivarsson T. (2008). Anknýtning i praktiken, Natur & Kultur.
- Brockington I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *The Lancet*. 363: 303-310.
- Campbell S.B., Brownell C.A., Hungerford A. et al (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development and Psychopathology*, 16, 231-252.
- Hwang P. & Wickberg B. (2001). Föräldrastöd och spädbarns psykiska hälsa. Statens Fokhälsoinstitut.
- Mahon C., Barnett B., Kowalenko N. et al (2005). Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles, and the mediating role of insecure attachment style. *J. of Affective Disorders*, 84, 15-24.
- Magnusson M., Blennow M., Hagelin E., Sundelin C. (2009). Barnhälsovård – att befrämja barns hälsa, Liber.
- Murray L., Cooper P., Wilson A. et al. (2003). Controlled trial of the short- and long term effect of psychological treatment. *Br J. Psychiatry*, 182, 420-427.
- O'Connor T.G., Heron J., Golding J. et al. (2002). Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years. Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br. J. Psychiatry*, 180, 505-508.
- O'Hara M.W. & Swain A.M. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis, *International review of Psychiatry*, 8, 37-54.
- Olds D.L., Sadler L., Kitzman H. (2006). Programs for parents of infants and toddlers: recent evidence from randomised trials. *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 3/4, 355-391.
- Rubertsson C., Wickberg B., Gustavsson P. (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum: prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 97-104.
- Talge N., Neal C, Glover V.(2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J. of Child Psychology and Psychiatry*, 48:3/4, 245-261.

Referenslistan är, av utrymmesskäl, ett urval av de viktigaste referenserna. Kontakta Birgitta Wickberg för en fullständig förteckning, Birgitta.Wickberg@vgregion.se

# Hur blir det för barnet?

## Det späda barnet som anhörig

*Kerstin Neander, Fil. dr, Socionom, Marte Meo supervisor, Psykiatriskt Forskningscentrum, Örebro läns landsting och dagvårdsverksamheten Gryningen i Karlskoga. kerstin.neander@orebroll.se*

Det är inte känt hur stor andel av de späda och små barnen i Sverige som har en förälder som lider av psykisk sjukdom. En aktuell studie från 2009 (Maybery et al.) visar att 23,3% av alla barn i Australien har en förälder med psykisk sjukdom/ohälsa, men vad motsvarande andel är i vårt land är alltså inte känt.

### Teoretiska perspektiv

Det finns en rad teoretiska perspektiv som kan vara användbara för att belysa dessa barns situation.

- Anknytningsteorin
- Bronfenbrenners utvecklingsekologiska modell (Se figur på nästa sida)
- Risk och skyddsfaktorer, (eller snarare betydelsen *processer* som är riskfyllda eller skyddande)

Dessa teoretiska perspektiv utgör också grunden för BBIC (Barns behov i Centrum), ett handläggnings- och dokumentationssystem för utredning, planering och uppföljning i social barnvård som används inom socialtjänsten i så gott som alla kommuner i Sverige. Syftet med BBIC är att stärka barnperspektivet och delaktigheten för barn, unga och deras familjer. BBIC ska också skapa enhetlighet över landet när det gäller utredningar samt förbättra kvaliteten i den sociala barn- och ungdomsvården. Systemet ger en bra gemensam teoretisk referensram för arbetet med barn.

#### *Anknytningsteori*

Anknytningsteorin handlar djupast sett om människan som en social varelse som behöver andra människor för att (över)leva. För barnet är det centralt att kunna få beskydd vid upplevd fara.

Barn kan inte låta bli att knyta an. Anknytningen är tvingande för barnet, vilket innebär att det inte kan låta bli att knyta an till sin vårdare oavsett dennes lämplighet. Anknytningen som sådan är beroende av fysisk närhet mellan barnet och dess vårdare under barnets första levnadsår.

Kvaliteten på anknytningen varierar kraftigt beroende på hur lyhört och samstämt det känslomässiga samspe-

let mellan barnet och dess vårdare är. Ett litet barn som har varit utsatt för fysisk misshandel kan vara minst lika starkt anknutet till sin vårdare som ett barn som har haft det bra. Det gäller som behandlare att förstå att styrkan i anknytningen inte är ett mått på kvalitén.

Barnet utvecklar under sina första levnadsår olika anknytningsmönster utifrån de förutsättningar som samspelet med vårdaren ger. Dessa mönster är sedan relativt stabila och barnets erfarenheter får betydelse för barnets syn på sig själv och på sin omgivning. Barns anknytningsmönster klassificeras på följande sätt.

#### • *Trygg anknytning*

Barnet utvecklar en trygg anknytning när samspelet är förutsägbart för barnet och barnet får tillräckligt mycket erfarenheter av att föräldern hör, förstår och vill hjälpa barnet. Barnet utvecklar en god balans mellan utforskande och trygghetssökande.

#### • *Otrygg undvikande anknytning*

Barnet har en erfarenhet av att föräldern visat att han/hon inte är så förtjust i barnets klängiga behov. Barnet når en optimal närhet genom att inte ge uttryck för behov av tröst och omsorg, och visar därför inte något behov av att använda föräldern som en trygg bas. Detta leder till en betoning av utforskande på bekostnad av upplevd trygghet.

#### • *Otrygg ambivalent anknytning*

Utvecklas när föräldern är "oförutsägbart lyhörd". Det är svårt för barnet att läsa föräldern, och samspelet sker på den vuxnes villkor. Barnet får inget förtroende för sin egen förmåga. Samspelet präglas av barnets sökande efter trygghet som inte riktigt lyckas, vilket går ut över förmågan att utforska världen.

#### • *Desorganiserad anknytning*

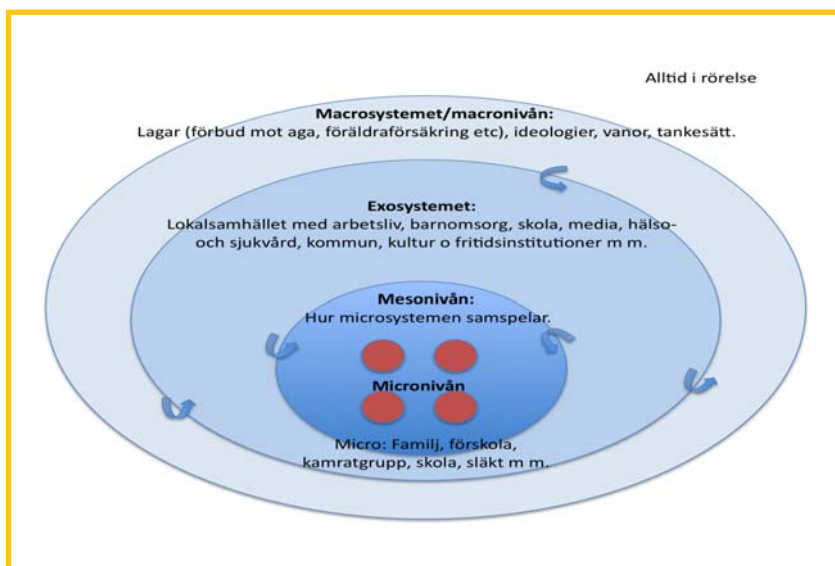
Samspelet bygger i hög grad på rädsla. Samma person som väcker rädsla är den som skall skydda barnet mot fara. Barnet hamnar i en omöjlig konfliktsituation och kan inte utveckla någon integrerad strategi för att få kontakt med anknytningspersonen.



Mest väsentliga anknytningsmönster ur risk-/skyddsprocesshänseende, är den trygga respektive den desorganiserade anknytningen. De desorganiserat anknutna barnen måste snabbt få hjälp. De känner inte att de kan få skydd av sin förälder. Utan ”en trygg hamn” lämnas barnet utan strategi att utforska världen och att utvecklas och det är förödande.

Modellen beskriver samspelet mellan barnet och de olika miljöer som omger det. Barnet agerar i olika sammanhang eller mikrosystem. Den direkta påverkan på det späda barnet är störst i familjen, men barnet påverkas också av de andra mikrosystemen, av hur dessa samarbetar och av system på de andra nivåerna.

*Bilden nedan är en tolkning av Bronfenbrenners ekologiska system (fritt efter Lagerberg & Sundelin 2000).*



#### *Risikfaktorer/processer och skyddsfaktorer/processer*

I enlighet med modellen ovan kan man definiera risk- och skyddsfaktorer för barnets utveckling på en rad olika nivåer. Exempel på **risikfaktorer som kan hänföras till föräldrarna/samspelet**, är våld, missbruk, psykisk sjukdom, begåvningshandikapp, kriminalitet, arbetslöshet, föräldrarnas oförmåga att utgöra ”en trygg bas”, brutalitet och nyckfullhet i barnuppfostran samt fattigdom. När det gäller fattigdom förekommer det i Sverige i första hand relativ fattigdom, vilken utgör en stor riskfaktor. Med relativ fattigdom i Sverige menas en disponibel inkomst som är mindre än 60 procent av landets medianinkomst. Barn till ensamstående och barn till utlandsfödda har en ökad risk för att växa upp i relativ fattigdom. Hälften av barnen till ensamstående utlandsfödda, lever i relativ fattigdom i Sverige idag.

Exempel på **skyddsfaktorer som kan hänföras till föräldrarna/samspelet** är trygg anknytning, frånvaro av separation från vårdaren och psykisk hälsa och social trygghet hos vårdaren.

Det är anhopningen av riskfaktorer och skyddsfaktorer som har betydelse för barnets utveckling. Slutsatsen är att barn och ungdomar bör förses med så många skyddsfaktorer/skyddande processer som möjligt. Eftersom en trygg anknytning är en viktig skyddsfaktor för ett barn, är samspeletsbehandling ett sätt att stärka barnets skyddande faktorer.

#### **Samspeletsbehandling vid fyra verksamheter i Sverige – kliniska erfarenheter och resultat från en studie**

De verksamheter som gav det empiriska underlaget till Kerstin Neanders avhandling var *Gryningen* i Karlskoga, *Lundvivegården* i Skövde, *Lindan* i Lindesberg och *Björkdungen* i Örebro.

Grundbulten i behandlingsarbetet är en *samarbetsrelation* mellan föräldern/föräldrarna och behandlaren. En grundläggande princip är att målet för behandlingen formuleras i dialog mellan föräldrarna och behandlaren och baseras på föräldrarnas egen beskrivning av problemen och på vilka förändringar de vill uppnå. Uppdraget till verksamheterna handlar alltid om samspel mellan föräldrar och barn, men kan kompletteras av uppdrag som t ex handlar om föräldrarnas psykiska hälsa. Verksamheterna vänder sig i lika hög grad till pappor som till mammor.

Behandlingen består av ett antal element/beståndsdelar som kombineras utifrån familjens behov enligt principerna för ”stepped care” – det vill säga att man utifrån en gemensam bas bygger på behandlingen med delar som är anpassade efter varje familjs specifika behov.

Dessa delar är:

- *Samspeletsbehandling ”In video”* – Marte Meo metoden  
Denna metod bygger på att behandlaren filmar samspelet mellan förälder och barn. Detta erbjuder en möjlighet till gemensam observation och reflektion kring barnet och dess behov.

- *Samspelsbehandling "In vivo"*

I samspelsbehandling "in vivo" använder behandlaren och föräldern sig av vanliga vardagliga situationer som utgångspunkt. Föräldern uppmanas att bli mer uppmärksam på vad barnet riktar sin uppmärksamhet mot, barnets initiativ till dialog, känslouttryck, rytm och barnets behov av bekräftelse, vägledning och beskydd. Syftet med detta är att öka föräldrarnas förmåga att mentalisera, det vill säga att föreställa sig hur världen uppfattas ur barnets perspektiv, vilket sannolikt är av avgörande betydelse i föräldraskapet.

- *Samspelsbehandling "In verbis"*

I samtal sätts föräldrarnas representationer i fokus, till exempel hennes/hans inre bilder av barnet eller av sig själv som förälder. Fokus kan också läggas på föräldrarnas egen anknytningshistoria.

- *Samarbete med nätverket runt familjen*

I överensstämmelse med det ekologiska perspektivet, förekommer ofta samarbete med familjens privata och professionella nätverk.

Studien *Parents' assessment of parent-child interaction interventions – a longitudinal study in 101 families*, som ingår i avhandlingen, bygger på ett konsekutivt urval av de föräldrar som påbörjade behandling under tre år vid någon av dessa verksamheter. Totalt accepterade 154 föräldrar (94 mammor och 60 pappor) i 101 familjer att ingå i studien. De 101 familjerna hade sammanlagt 118 barn som deltog i behandling. Av dessa var 44 (37%) flickor och 74 (63%) pojkar. Barnens åldrar varierade vid behandlingens början från ofödd (behandlingen startade under graviditeten) till 12 år, med en medianålder på tre år.

Syftet med studien var att beskriva dessa familjer avseende föräldrarnas upplevelse av stress i föräldraskapet, föräldrarnas anknytningsmönster, föräldrarnas psykiska hälsa och tillfredsställelse med livet, föräldrarnas tillgång till socialt stöd och barnens problem vid behandlingens början. Syftet var vidare att undersöka långsiktiga och kortsiktiga förändringar avseende samma aspekter som de som mättes vid behandlingens start. Mätningar gjordes vid tre tillfällen. Den första mätningen (T1) när behandlingen startade, den andra mätningen (T2) sex månader senare och den tredje mätningen (T3) genomfördes arton månader efter starten. Bortfallet från studien var mycket begränsat.

Föräldrarna i de 101 familjer som deltog i interventionen uppvisade avsevärd problemtynad då behandlingen började och barnens problem var av den art och

grad som man annars återfinner inom barnpsykiatrisk behandling, och bestod företrädesvis i aggressivt beteende. Efter sex månader konstaterades en tydlig trend i riktning mot en positiv utveckling för föräldrar och barn, och denna positiva utveckling förstärktes efter 18 månader. Resultaten tyder på att onda cirklar kan vändas till goda cirklar. Mycket få familjer avbröt behandlingen, och bortfallet från studien var också mycket begränsat. Studien i dess helhet finns tillgänglig för fri nedladdning på [www.capmh.com/content/3/1/8](http://www.capmh.com/content/3/1/8).

Såväl studien som kliniska erfarenheter visar att en stor andel av föräldrarna – särskilt mödrarna – har dålig psykisk hälsa. I studien skattades föräldrarnas psykiska hälsa med GHQ, ett självskattningsinstrument för psykisk hälsa. Även när behandlingen inte hade som uttalat mål att förbättra den psykiska hälsan hos föräldern/föräldrarna tycktes den ofta ha den effekten.

Det späda barnet erfar föräldrarnas psykiska ohälsa i det vardagliga samspelet, som består av ett oändligt antal "mikrosekvenser".

- Barnet känner när föräldern inte är känslomässigt närvarande.
- Samspelet kan uppfattas som skrämmande.
- Samspelet är oförutsägbart – även späda barn har förväntningar.
- Barnet drabbas av "affektsmitta" – det späda barnet lever i känslornas värld. Glädje smittar liksom depressiva känslouttryck.
- Barnet anpassar sig efter situationen.

Ett viktigt mål för samspelsbehandlingen är att öka barnens möjlighet att erfar att de har tillgång till en "trygg bas". En central fråga för föräldrarna blir då om de kan vara/bli en trygg bas för sitt barn även om de själva inte känner sig trygga. Frågan kan vara en utgångspunkt i resonemanget kring samspels- och anknytningsbehandling eftersom den är konkret och begriplig både för föräldrar och personal. För att utveckla en trygg anknytning behöver barnet erfar:

- Att föräldern inte upplevs som skrämmande.
- Att föräldern är förutsägbart.
- Att spädbarnet upplever kontinuitet i omvårdnaden.
- Att föräldern accepterar och stödjer barnets behov av utforskande och trygghet, och att barnet vet att det har tillgång till en trygg bas när anknytnings-systemet aktiveras vid upplevd fara.

- Att föräldern har förmågan att prioritera barnets behov framför sina egna.
- Att föräldern är lyhörd för barnets behov.

Ett annat viktigt begrepp inom samspelsbehandling är mentalisering/reflekterande funktion. Med dessa begrepp avses föräldrarnas förmåga att föreställa sig "mental states", t ex tankar, känslor och intentioner hos sig själv och barnet. Det handlar om föräldrarnas medvetenhet om att barnet kan uppleva andra känslor än det visar, förmågan att förstå att olika personer kan se på samma händelse på olika sätt, en förmåga att räkna in sitt eget mentala tillstånd när man tolkar en annan människas beteende samt förmågan att erkänna effekten som det egna mentala tillståndet har på en annan människas beteende. Det handlar alltså om föräldrarnas förmåga och vilja att föreställa sig hur världen upplevs ur barnets perspektiv.

En god reflekterande funktion gör att man ser människors beteende som meningsfulla genom att tillskriva dem tankar och känslor. En person med god reflekterande funktion har ofta ett tryggt anknutet barn. Det kan vara en hjälp för en förälder som brottas med psykisk ohälsa att inte vara så fokuserad mot de inre processerna utan att istället kunna fokusera på barnens processer.

En utgångspunkt i behandlingsarbetet är att föräldrar vill sina barn väl och gör så gott de kan. Med tidigt stöd kan många föräldrar få hjälp att reglera sitt samspel med barnet. Det finns alltså anledning till hoppfullhet, men samtidigt visar ny kunskap att icke fungerande samspel är mer alarmerande än man tidigare trott. Spädbarnet riskerar inte bara känslomässiga störningar utan även bestående skador om möjligheterna till ett utvecklingsstödande samspel är alltför dåliga under spädbarnstiden.

#### *Tänker vi olika om mammor och pappor?*

Forskningen och interventionerna har hittills fokuserat på mammorna. Det finns dock forskningsresultat som visar att pappornas psykiska problem medför en lika stor risk för barnets utveckling (Ramchandani & Psychogiou 2009). Möjligen löper pojkar en större risk att påverkas i sin utveckling än flickor och påverkan tar sig mer uttryck i beteendestörningar än emotionella störningar. King-Hele (2007) har också kunnat koppla en viss förhöjd risk för plötslig spädbarnsdöd med psykiska problem hos pappan.

Den kliniska erfarenheten från arbete med spä- och småbarnsfamiljer är att det är viktigt att verkligen utgå från barnets perspektiv när en av föräldrarna lider av psykisk sjukdom. Det finns en tendens bland vårdgivare att alltid utgå från att det är mamman som bör vara barnets första vårdare. Om mamman är psykiskt sjuk under graviditeten, planerar man ofta för att pappan ska kunna "rycka in" som första vårdare under perioder, men målet är att mamman på sikt ska vara nummer ett för barnet. Om en bedömning av situationen ger vid handen att barnets behov av en trygg bas bättre kan tillgodoses om pappan får axla ansvaret som mer permanent första vårdare är det istället viktigt att reflektera med familjen kring detta. Pappan kan då behöva ett mycket tydligt stöd för att förstå betydelsen av att han axlar det största ansvaret för barnet. Syftet är att öka möjligheten för barnet att uppleva att det har kontinuerlig tillgång till en trygg bas, vilket kan bli lugnare också för mamman och därmed bättre för hela familjen.

Om en blivande pappa har en psykisk sjukdom, väcker det däremot i regel inte samma oro. Fortfarande bedöms pappans psykiska sjukdom som ett mindre problem för barnet. I samspelsbehandlingen sätts barnet i fokus och vad den psykiska ohälsan betyder för barnet – oavsett om det är mamma eller pappa som brottas med sådana problem.

Eftersom samspelsbehandlingen bygger på en samarbetsrelation mellan behandlare och föräldrar har det varit viktigt att studera hur föräldrar har uppfattat behandlingen. En kvalitativ delstudie inom ramen för avhandlingen, *Bridging the gap – the co-creation of the therapeutic process*, fokuserade på detta.

Studien visade bland annat följande:

- Föräldrarnas stora rädsla möter behandlarnas tilltro till förändring. Denna rädsla och skillnader i makt och förtrogenhet med sammanhanget innebär ett gap, en klyfta, i början av behandlingen.
- Ansvaret att skapa en samarbetsrelation vilar på behandlaren, men både föräldrar och behandlare axlar det ansvaret.
- Avgränsade uppdrag – globala förändringar. Föräldrarna beskriver förändrade inre bilder av sig själva, av barnet och av samspelet dem emellan.

Den ideala behandlaren enligt föräldrarna i den här studien, är en kunnig, vanlig, vänlig person som kan medge att han eller hon kan ha fel.

Föräldrarna beskrev i en annan delstudie, *Important meetings with important persons*, också betydelsefulla möten utanför behandlingssammanhanget – med t ex barnhälsovård, socialtjänst och förskola.

- Goda (välgörande) möten kan uppstå också när förutsättningarna är dåliga, till exempel när kontakten mellan en socialsekreterare börjat med en anmälan mot familjen eller familjen har många tidigare negativa erfarenheter.
- Föräldrar uppfattar ”goda avsikter” och personligt engagemang.
- Vardagliga händelser, ”ordinary magic”, har betydelse för att skapa välgörande möten. Ansiktsuttryck, tonfall och andra uttryck för ett personligt engagemang har betydelse – det behöver inte vara några extraordinära insatser.
- ”Man måste veta varför man är på jobbet” – de professionella poängterade betydelsen av att vara medveten om målet med sin verksamhet.
- Nya berättelser ersatte de gamla, negativa bilder och berättelser om föräldrar och/eller barn kan omformuleras som en följd av dessa möten.

### **Hur kan vi skapa hållbara strukturer för att ge stöd till det späda barnet och dess föräldrar? Några reflektioner.**

- Våga se problemen (avser alla som i sin yrkesutövning kommer i kontakt med föräldrar och barn).
- Våga benämna svårigheterna på ett tydligt och respektfullt sätt.
- Verka för att de generella systemen (mödrahälsovård, barnhälsovård, förskola, familjecentraler) är av god kvalitet.
- Tillgodose behovet av samspelsbehandling för de familjer som behöver mer stöd än det som kan ges inom ramen för de generella systemen.

- Samverka kring dessa familjer – och se till att familjerna får en huvudroll i samverkan. Lär av goda exempel som redan fungerar.
- Tänk utifrån barnets behov av en trygg bas – hur kan det bäst tillgodoses? Kontinuitet och förutsägbarhet är viktiga kvaliteter för barns utveckling,
- Glöm inte bort familjens eget nätverk – men ställ inte heller orealistiska krav.
- Om ett barn som lever i en utsatt situation utvecklar förtroendefulla relationer med andra – t ex inom förskola eller med en kontaktfamilj – värna då dessa relationer.
- Lita på att det går att utveckla goda relationer med familjer som brottas med svårigheter.
- Verka för att de insatser som planeras är av långsiktig karaktär – och inte ifrågasätts efter kort tid.
- Tänk på att även små barn behöver ha information – med hänsyn tagen till sin utvecklingsnivå – om föräldrarnas svårigheter.

## Litteraturtips

Broberg, A., Risholm Mothander, P., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008) *Anknytningsteori i praktiken*. Natur och Kultur, Stockholm.

Ciccotti, S. (2006) *Baby psykologi. 100 vetenskapliga rön som hjälper oss att förstå spädbarn*. Karneval förlag, Stockholm.

Hindberg, B. (2003) *Barn till föräldrar med utvecklingsstörning*. Gothia, Stockholm.

Lagerberg, D., Sundelin, C. & Centrum för utvärdering av socialt arbete. (2000) *Risk och prognos i socialt arbete med barn: forskningsmetoder och resultat*. Gothia: Centrum för utvärdering av socialt arbete, Stockholm.

Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M. & Crase, L. (2009) Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin* Vol.33, 22-26.

Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M. & Crase, L. (2009) Prevalence of parental mental illness in Australian families. *Psychiatric Bulletin* Vol.33, 22-26.

Neander, K. (2009). *Indispensable Interaction. Parents' perspectives on parent-child interaction interventions and beneficial meetings*. Örebro university, Örebro.

Neander, K. (1996) *Möten i Gryningen: erfarenheter från psykosocialt behandlingsarbete med spädbarns- och småbarnsfamiljer* Natur och Kultur, Stockholm.

Ramchandani, P. & Psychogiou, L. (2009) *Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development*. *The Lancet* Vol.374, 646-653.

Rydén, G. & Wallroth, P. (2008) *Mentalisering. Att leka med verkligheten*. Natur och Kultur, Stockholm.

Skerfving, A. (2005) *Att synliggöra de osynliga barnen – om barn till psykiskt sjuka föräldrar*. Gothia, Stockholm.

# Kan det späda barnet vara anhörig?

## Reflektioner ur ett vuxenpsykiatriskt perspektiv

*Ingela Heimann, leg. läkare, psykiatriker, Socialstyrelsen  
Ingela.Heimann@socialstyrelsen.se*

Ingela Heimann utgår från det vuxenpsykiatriska perspektivet på det späda barnet som anhörig och ställer sig inledningsvis frågan varför vuxenpsykiatrin inte kommit längre i sin syn på patienten som familjemedlem och som förälder. Ur ett rent vuxenpsykiatrisk perspektiv ses på de flesta kliniker fortfarande inte det späda barnet som en anhörig.

### Psykiatrin då

Patienten inom vuxenpsykiatrin har traditionellt setts som en individ, inte som en person som ingår i ett socialt nätverk. Psykiatrin har i princip betraktat sin behandling av patienten som det enda som påverkar patientens hälsa, även om patienten kanske bara träffar sin läkare en gång i månaden. Vad som påverkar patienten under resterande tid i det sociala nätverk hon eller han befinner sig i, har sällan tagits med i behandlingsbilden.

Ett skäl till att anhöriga normalt hållits utanför, har varit sekretessen. Ett annat har varit att man inom vuxenpsykiatrin på många håll är rädd att anhöriga, om de blandas in, kommer att ställa krav och försvåra arbetet. Det har heller inte funnits några incitament att ägna sig åt patienternas familjer. Familjearbete gav t ex på den tiden man räknade pinnar, inga sådana över huvudtaget. Familjearbete gav inga intäkter. Klinikerna har därför ansett att man har mer än fullt upp med patienterna.

### Psykiatrin idag

Psykiatrin utvecklas ständigt och det har hänt en del även inom synen på anhöriga, även om det hittills har gått långsamt framåt. Man inser idag att patienterna kan ha en familj; det finns leksaker i väntrummen, det förekommer t o m i behandlingsrummen, det finns en familjepärm för patienterna på klinikerna, det finns ofta en familjestödare på kliniken och man frågar rutinmässigt de patienter det gäller om de har barn och hur dessa i så fall mår.

Det finns idag en ökad kunskap om anhörigas roll som kunskapsbärare. Det är många inom psykiatrin som söker ny kunskap och som vill arbeta på ett annat sätt. Fortfarande dominerar individsynen på patienten och fortfarande är tids- och resursbristen en tröskel att ta sig över.

På politisk nivå börjar det nu också krävas att barn till patienter inom vuxenpsykiatrin ska synliggöras. Detta skall också vara tydligt i beställningen och resultat ska efterfrågas och barnperspektivet ska rendera ekonomisk ersättning. Det ställer nya krav på chefer inom vuxenpsykiatrin att agera för en förändring. En förändringsprocess kräver att cheferna är med och driver frågan. Det behöver rent praktiskt byggas upp nya samverkande strukturer för att kunna ta hand om barnen till de psykiskt sjuka föräldrarna. Inom vuxenpsykiatrin finns varken den kompetensen eller de resurserna.

### Hur agera i praktiken?

En struktur för samverkan kring de blivande föräldrar som mår psykiskt dåligt måste börja innan barnet är fött. För att nå en sådan krävs det en diskussion om:

- *Ansvar* – Att tillsammans med patienten lyfta ansvarsfrågan och få patienten att ta ansvar för sitt blivande barn! Att som behandlare inte ta över ansvaret utan stärka patienten/förälderns eget ansvar. Det är svårt att prata med patienten om detta om man som behandlare inte vet hur man lyfter frågan med patienten/föräldern. Det gäller även i frågor som sexövergrepp, missbruk, etc. Det finns ofta ett behov av samverkan mellan primärvård, socialtjänst och psykiatri.
- *Samspel* – om risken finns att patienten inte kommer att kunna ta hand om sitt blivande barn, hur kan man hjälpa patienten att klara det? Vad finns det för alternativ om man i nuläget inte tror att patienten ens med stöd kan klara av att ta hand om barnet? Den andra föräldern?

- *Nätverk* – Nätverksmöten kring patienten borde alltid finnas. Vilka finns runt patienten, hur ser familjestrukturen ut?
- *Omställning* – Vården måste ta ett gemensamt grepp om att hjälpa till att se patienten som blivande förälder. Familjearbete måste efterfrågas av beställarna. Det måste byggas nya strukturer kring en fungerande förändring. Man behöver bestämma vad man vill åstadkomma och ge stöd och resurser för det som ska genomföras samt följa upp. För detta krävs en långsiktighet.

### Lär av goda exempel

Det finns många goda exempel runt om i landet som kan vara till stöd för hur en samverkande struktur kan utformas. Ett sådant är Mödra- barnhälsovårdsteamet i Haga i Göteborg, där det finns barnmorskor som är

specialutbildade för att arbeta med blivande mammor och mammor med beroendeproblematik. Mödrarna går dit under graviditeten och man följer även upp under första året sedan barnet föds. Mödra- och barnhälsovårdsteamet har också utvecklat ett kompetenscentrum dit andra vårdcentraler kan ringa och få stöd i hur de ska gå vidare med sina patienter. Teamet har ett upparbetat samarbete såväl organisatoriskt som kring den enskilda patienten med ett psykiatriskt beroendeteam. Samverkan kring psykiskt sjuka skulle kunna fungera på liknande sätt.

Två goda exempel på tvärprofessionella samverkansmodeller kring psykisk skörhet/sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap

Stockholms län

## Tvärprofessionella samverkansteam

År 2000 startade på Södermalm i Stockholm på enskilda medarbetares initiativ och utifrån behov ett samverkansteam med representanter från mödra- och barnhälsovård, socialtjänst, barn- och vuxenpsykiatri och Södersjukhusets kvinnoklinik.

Modellen har spridit sig och hösten 2009 fanns 34 liknande samverkansteam i Stockholms län. Teamen bildas utifrån lokala förutsättningar med en strukturerad modell för arbetet. Samverkansteamerna är väl förankrade i de olika verksamheterna och i deras ledningar. Skyldighet att samverka finns inskrivet i alla verksamheters uppdrag.

Målgruppen är föräldrar med tidigare psykiatrisk anamnes och/eller de som uppvisar psykisk ohälsa under graviditeten eller nyföddhetsperioden. Merparten av de som blir aktuella i samverkansgruppen identifieras under graviditeten och följs en bit in i barnets första år eller till dess att adekvata insatser är etablerade. Målsättningen är att finna denna grupp så tidigt som

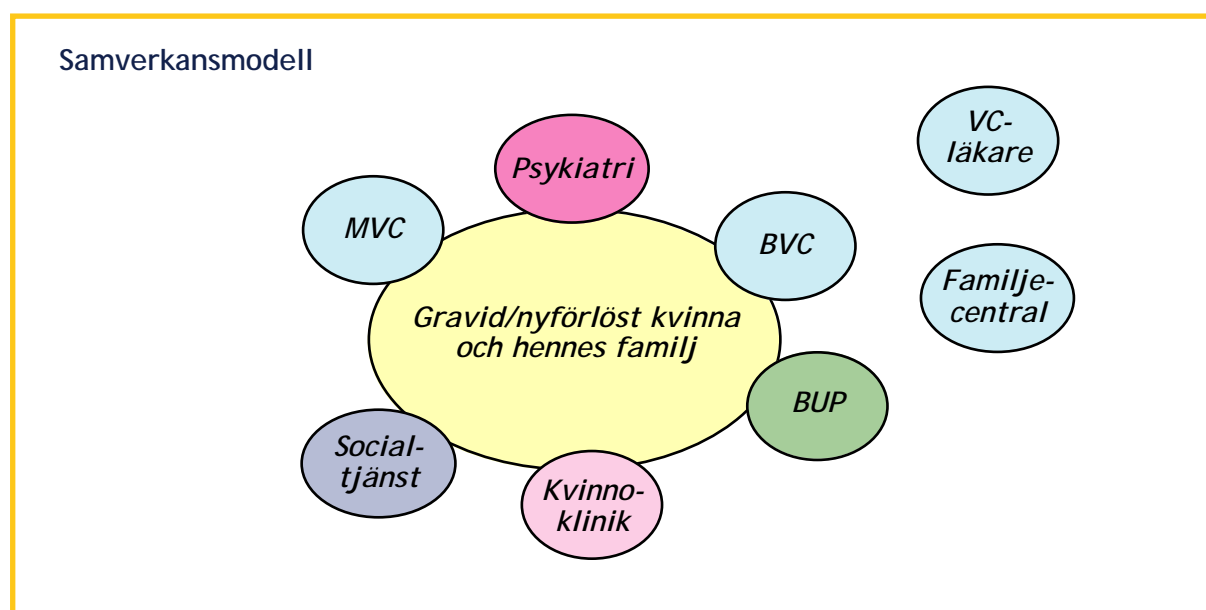
möjligt för att på bästa sätt planera stödinsatser och eventuell behandling. Här finns möjlighet till samplanering mellan de olika verksamheterna så att föräldrarna har ett frekvent och regelbundet stöd.

Syftet är att samverka utifrån den enskilda familjens behov för att erbjuda adekvat vård och omsorg samt skapa en vårdplan och ett professionellt nätverk runt familjen. Målet är att skapa trygghet för blivande och nyblivna föräldrar och barn genom att uppmärksamma levnadsvillkor, behov och risker ur ett medicinskt, socialt och psykologiskt perspektiv. Samverkan ökar personalens kunskap och möjliggör ökad trygghet i bemötande och behandling. Detta stöd bidrar samtidigt till prevention av psykisk ohälsa hos barnet.

### Samverkan på två nivåer

Samverkan sker på två nivåer, dels i de tvärprofessionella samverkansteamerna och dels i vårdplaneringsmöten med den enskilda familjen och deras privata och professionella nätverk.

*Schematisk bild av organisationen*





*Samverkansteam* träffas oftast en gång per månad, för falldragning och konsultation. Ärenden diskuteras anonymt i gruppen. Med patientens medgivande kan identiteten röjas för inblandade. Vid mötet förs minnesanteckningar enligt en strukturerad mall för uppföljning av samtliga ärenden. Varje verksamhet för journalanteckningar på sedvanligt sätt.

#### *Vårdplaneringsmöte i tidig graviditet*

En framgångsrik metod har visat sig vara vårdplaneringsmöte med patienten och de berörda vårdgivarna. Dessa möten har som syfte att skapa en gemensam vårdinsats och planering. Sekretessen undanröjs genom patientens medgivande och närvaro. Ibland bokas flera möten. Det första planeras i mitten av graviditeten. Här deltar kvinnan och hennes nätverk, barnmorskan inom mödrahälsovården, kontaktperson inom psykiatri och vid behov en läkare från kvinnokliniken.

#### *Vårdplaneringsmöte inför förlossning och tidigt föräldraskap*

För många kvinnor är det särskilt viktigt med ett specifikt stöd i samband med förlossningen och den närmaste tiden efter. Vid det andra vårdplaneringsmötet planeras och förbereds förlossning, amning, BB-tid och den allra första tiden hemma. Vid detta möte deltar förutom barnmorska, förlossningsläkare och sjuksköterska från BVC, och när det behövs även BUP och socialtjänsten. En vårdplan skrivs i kvinnans journal. Här skall också framgå vilka personer som skall kontaktas innan hemgång från BB. Under BB-vistelsen är det viktigt att kvinnan ges möjlighet till tillräcklig nattsömn, vilket betyder att barnet kan behöva matas med flaska.

BB-personalen bör ha extra uppmärksamhet på mammas psykiska tillstånd och omsorgen om barnet. Mamman/familjen kan ha extra behov av trygghet och avskildhet, föreslå en vårdtid på minst tre dygn. Vid behov görs en psykiatrisk bedömning innan hemgång och BVC kontaktas så att ett tidigt hembesök kan planeras.

Efter hemkomsten från BB erbjuder BVC ett hembesök på tid där båda föräldrarna eller annan stödperson är hemma. Vid besöket läggs särskild tonvikt på familjens situation och planering för den närmaste framtiden. Det nyfödda barnets behov av omsorg diskuteras utifrån familjens förutsättningar. Om det finns syskon i familjen bör deras situation särskilt uppmärksammas.

BVC bör fortsättningsvis erbjuda hela familjen en tät och regelbunden kontakt med möjlighet till stöd och hjälp att förstå det lilla barnets behov och signaler.

I de fall kvinnan vårdas inom psykiatriens heldygnsvård skall följande uppmärksammas:

- Vem tar hand om barnet?
- Amning
- Medicinering – nattsömn
- Kontakt med socialtjänst?
- Är vård i hemmet ett alternativ?

#### *Fortsatt stöd*

Det är viktigt att de nyblivna föräldrarna får ett fortsatt stöd från de redan etablerade kontakterna. Det kan finnas behov av att båda föräldrarna är hemma en längre tid efter barnets födelse. Mamman kan då sjukskrivas för att ge möjlighet för pappan att ta ut föräldraledighet. Familjen bör vara aktuell i samverkansteamets tills familjens situation är stabil eller planerade stödinsatser är etablerade och fungerande. Vid misstanke om omsorgsvikt eller att barnet riskerar att fara illa är all hälso- och sjukvårdspersonal skyldiga att anmäla detta i enlighet med socialtjänstlagen 14 kap 1§.

### **Vårdprogram**

Ett vårdprogram för psykisk sjukdom i samband med graviditet och barnafödande är framtaget av utvecklingsgruppen för tvärprofessionella samverkansgrupper kring psykisk skörhet/sjukdom under graviditet och tidigt föräldraskap i södra och sydöstra Stockolm. Där finns såväl de samverkande enheternas respektive ansvar angivet, liksom arbetsgången för den tvärprofessionella samverkan kring familjen.

### **Sekretesslagen ger stöd för samverkan**

Sekretesslagen 14:2 ger möjlighet att utbyta uppgifter mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i de fall det behövs för att den enskilde skall få nödvändig vård, behandling eller annat stöd. De grupper som omfattas av denna bestämmelse är barn, missbrukare och närstående till dessa, samt gravida kvinnor och deras närstående om det behövs för nödvändig insats för det väntade barnet.

# ALMA – förankrad samverkan kring föräldrar och barn

ALMAs arbete riktar sig mot föräldrar och deras barn, under graviditeten och under förskoleåldern. Arbetet är förankrat på politisk nivå samt på ledningsnivå inom medverkande verksamheter, mödra- och barnhälsovård, barn- och vuxenpsykiatri, socialtjänst samt förskola. ALMA är organiserat i en styrgrupp, en utvecklingsgrupp samt en barnombudsgrupp. Organisationen av arbetet innebär att många personer, från chefer till dem som arbetade praktiskt i verksamheterna, kontinuerligt får information och möjlighet att påverka arbetets inriktning.

En övergripande funktion (heltid) som *utvecklingsledare* har inrättats, vars uppgift är att utifrån de prioriteringar som görs, arbeta för att utveckling sker. Utvecklingsledaren är en sammanhållande länk mellan de organisatoriska grupperna, d v s styrgrupp, utvecklingsgrupp och barnombud, som finns inom ALMA och som beskrivs nedan.

## Styrgrupp

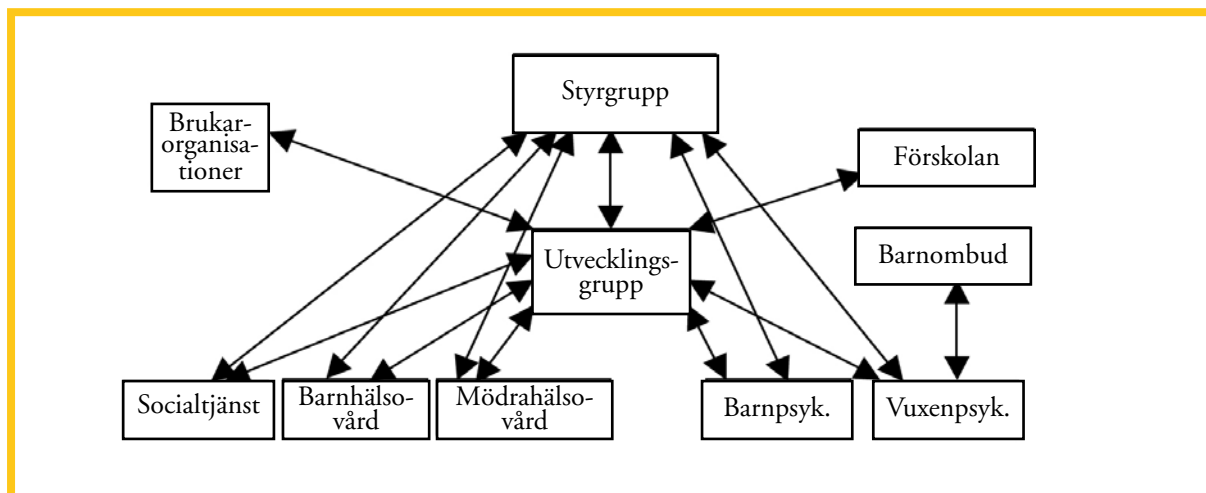
Chefer från socialtjänst, barn- och vuxenpsykiatri, mödra- och barnhälsovård bildar styrgruppen, vars uppgift är att fatta beslut så att arbetet bibehåller sitt innehåll och styrs mot uppställda mål, d v s att utveckla samverkan och metoder i att stödja föräldrar med psykisk ohälsa och deras barn.

## Utvecklingsgrupp

Utvecklingsgruppen består av företrädare för medverkande verksamheter. Gruppens uppgift är att gemensamt arbeta mot uppställda mål, d v s utveckla samverkan mellan verksamheterna, uppmärksamma barnens och föräldrarnas behov av stöd och/eller behandling samt att få till stånd och erbjuda gemensamma adekvata insatser. Medlemmarnas uppgift är dessutom att vara länk till och från sin verksamhet, så att utvecklingsgruppens arbete förankras i det dagliga arbetet och att synpunkter och förslag från fältet fångas upp. Inom utvecklingsgruppen bildas arbetsgrupper kring specifika utvecklingsområden som t ex ”Insatser under graviditeten, förlossning och första tiden därefter” eller ”Kompletterande anknytningsperson på förskola”.

## Barnombud på psykiatrins vårdavdelningar

På varje psykiatrisk vårdavdelning finns ett eller två barnombud. Deras uppgift är att uppmärksamma föräldraskapet och barnen, sprida information till kollegor om exempelvis konsultationsteam och mamma-grupp, samt att göra miljön så välkomnande som möjligt när barn besöker sina föräldrar. Barnombuden träffas med regelbundenhet, ungefär var sjätte vecka, tillsammans med kuratorer från psykiatrins öppenvård, för gemensamma frågor kring barn och föräldraskap.



## Verksamhetsövergripande fortbildning

En av förutsättningarna för utveckling av samverkan inom området, kan vara att ha en grundläggande kunskap om vad små barn har behov av, hur föräldrarnas svårigheter kan påverka graviditeten och föräldraskapet, vilka risker som kan finnas för barnet samt kunskap om vilka skyddande faktorer vi idag känner till och vilken lagstiftning som råder inom olika verksamhetsområden. Ett erbjudande om fortbildning har utformats till varje verksamhet.

Som ett komplement till denna riktade fortbildning arrangeras även en verksamhetsövergripande studiedag årligen där personal från olika verksamheter gemensamt kan ta del av kunskap som presenterades av forskare och praktiker.

Som ytterligare en del erbjuds kontinuerligt en studiecirkel för personal på vuxenpsykiatriens vårdavdelningar ”Det barn inte vet har de ont av” med ledning från BUP, som syftar till en kunskapsutveckling kring samtal om föräldraskap och information till barnen.

## Samverkan med brukarorganisationer

Med utgångspunkten i att föräldraskap är ett viktigt och känsligt område, togs inledningsvis kontakt med företrädare för Intresseföreningen för Schizofreni (IFS), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Intresseföreningen för Depressionssjukdomar (LIBRA) samt Mentala Nätverket. Detta för att presentera syftet med samverkan samt få till stånd en dialog.

## Gemensamma insatser

Medverkande verksamheter som kommer i kontakt med föräldrar under graviditet, förlossning och under spädbarnsåret, dvs mödra- och barnhälsovård, KK, barn- och vuxenpsykiatri samt socialtjänst, har tillsammans utarbetat riktlinjer för samverkan under graviditet, förlossning och första tiden därefter.

Kort beskrivs stöd- och behandlingsinsatser nedan.

### *Konsultationsteam*

I varje stadsdel finns ett tvärfackligt team för konsultation, ett så kallat konsultationsteam. Dessa team som träffas en gång/månad, består av representanter för medverkande verksamheter. Hit kan personal som möter gravida kvinnor, spädbarns- och småbarnsföräldrar beställa tid för att rådgöra kring möjligt stöd och/eller behandling. Är familjen inte vidtalad genomförs kon-

sultationen utan att familjens identitet röjs. Möjligt stöd eller behandling diskuteras utifrån teamets sammanlagda kompetens. En konsultation blir ofta inledningen till ett samverkansarbete mellan familjen och olika vårdgivare.

### *Samspelsbehandling*

Viktiga aspekter av föräldrarnas uppgifter i samspelet med sitt barn t ex förmågan till kontinuitet, förutsägbarhet och lyhördhet diskuteras såväl vid konsultation som vid samverkan. Behovet av att arbeta med den tidiga relationen mellan förälder och barn blir ofta tydligt. På Viktoriagården, BUP, har under 30 år utvecklats terapeutiska metoder för såväl ett arbete under graviditeten som under spädbarns- och småbarnsåren och dit remitteras många föräldrar i ett tidigt skede.

### *Familjestöd*

Familjestöd, som är en kommunövergripande verksamhet, erbjuder praktisk hjälp i hemmet till småbarnsfamiljer och finns som en kompletterande insats till exempelvis behandling inom vuxenpsykiatri och/eller samspelsbehandling på Viktoriagården. Redan under graviditeten kan en planering göras för familjestöd, som kan beviljas del av dagen, vissa dagar i veckan och även heldagar. Via familjestödsverksamheten erbjuds även föräldrar med psykisk ohälsa en så kallad Sommarverksamhet. En lågröskelverksamhet som inte är behandlande utan ett stöd under sommarperioden, där föräldrarna och barnen träffar andra föräldrar och barn under strukturerade former i trevlig miljö. Sommarverksamheten ersätter inte kontakt med andra vårdgivare utan är ett komplement.

### *Mammagrupp*

Mammagruppen är ursprungligen ett förslag från brukarorganisationerna. Den har fokus på barn och föräldraskap och vänder sig till mammor med minst ett barn under sex år. Gruppledare är två kuratorer, inom vuxen- respektive barnpsykiatri. Mammor anmäler sig själva till gruppen som träffas en och en halv timme, var fjortonde dag på en familjecentral.

### *Föräldratelefon*

Samverkan med brukarorganisationerna resulterade även i en föräldratelefon för föräldrar med psykisk ohälsa. Föräldrar välkomnas att ringa till föräldratelefonen för att rådgöra om var man kan söka hjälp.

### *Informationsmaterial*

Informationsbroschyr till föräldrar och personal finns. Dessutom har det färdigställts en bok som alla små barn vars förälder vårdas på avdelning får.

# Processinriktat arbete

## Grupparbete kring följande frågeställningar

### Vad är specifikt med det späda barnet som anhörig?

- Ställ frågor till föräldrarna.
- Risk för bestående skador – kan ej vänta.
- Vad händer efter slutenvård?
- Stötta den andre föräldern.
- Vad vågar vi se? Vi vill inte se att spädbarn far illa. Vad gör vi?
- Vilken rätt har barnet?
- Barnet är helt beroende av andras kunskap.
- Krävs stor kunskap förstå barnet.
- Spädbarnet kan visa somatiska symtom, t ex tillväxtproblem.
- Samspelsbehandling viktigt – vad finns det för stöd resten av dygnet?

### Vad betyder det för barnet om mamman eller pappan är psykiskt sjuk?

- Spelar ingen roll för barnet om det är mamman eller pappan som är psykiskt sjuk.
- För omgivningen/samhället anses det vara ett större problem om mamman är sjuk.
- MVC – tala även med pappan om hans psykiska och neuropsykiatriska tillstånd. Möjligt utifrån nya lagen.

### Vad betyder/hur tolkas:... att särskilt beakta barns behov av stöd... som det formuleras i den nya lagstiftningen?

- Stöd till nätverket.
- Stöd till primär vårdgivare.
- Ställ fråga om de lever med barn.
- Viktigt hur man ställer frågor.

### Diskussion kring organisatoriska förutsättningar

Grupperna diskuterade en kombination av följande tre frågeställningar:

1. Vilka möjligheter och strategiska hinder finns det för att kunna implementera den nya lagstiftningen?
2. Hur kan vi forma och sprida hållbara modeller för samverkan; lokalt, regionalt och nationellt?
3. Vilka initiativ behöver tas och av vem/vilka på nationell, regional och lokal nivå?

### 1. Möjligheter/hinder + initiativ

#### Hinder

Okunskap om barn är en stressfaktor för vuxenpsykiatri.  
Könsmaktordningen, befintlig maktstruktur.  
Upplevelse av brist på tid och resurser.

#### Möjligheter

Involvera all sjukvård, inte bara vuxenpsykiatri.  
Samverkan – vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, BVC, MVC, Socialtjänst.

#### Initiativ

Skapa ett nationellt forum – (idé BBIV – Beakta Barn i Vården).

Initiativtagare: SKL - involvera ovanstående verksamheter samt få med Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut. Ev. ett myndighetsuppdrag att se till att lagstiftningen implementeras.



#### På grundnivå

- Alla (vuxenpsykiatri, barnpsykiatri, MVC, BVC och socialtjänst) har interna strukturer för att uppmärksamma psykisk sjukdom hos föräldrar till spädbarn.

- Upptäcks sådan, vet man som personal var man kan få hjälp att hantera situationen – en fungerande samverkansstruktur finns,
- Alla åtgärder/kontakter följs upp. Nationell statistik samlas in.
- Krav att samverka – ej frivillig verksamhet.

### På nivå 2

- Upptäcks förälder till spädbarn med allvarlig psykisk sjukdom ska man som personal veta var man kan få hjälp att hantera situationen – fungerande samverkansstrukturer var föräldern kan få hjälp, var barnet kan få hjälp och var barnet/ föräldern kan få gemensam samsjuktbehandling.
- Särskilda resursteam bildas på regional nivå. Uppbyggnaden av dessa kan se olika ut beroende på behov och förutsättningar. Varje familj har kontakt med ett specialistteam som är flexibelt.
- Ett nationellt forum för spädbarnskunskap behövs och nationell statistik och utvärderingar.

### Implementering av den nya lagstiftningen

- Regeringsuppdrag, landstingsfråga, chefsförankrat.
- Verksamhetschef har ansvar att följa lagstiftningen. Det tar dock tid att nå ut med information om lagändringar.
- Tillsyn finns även idag genom Socialstyrelsen.
- Viktigt involvera verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.
- Yrkesföreningar som läkarförbundet, Svensk sjuksköterskeförening, m fl.
- Barnombudsmannen.

### 2. Forma och sprida hållbara modeller för samverkan + initiativ

#### Lokal nivå

- Samverkan på chefsnivå – t ex genom en styrgrupp.
- Utvecklingsgrupp – för att utveckla arbetet med dessa familjer.
- Se socialtjänsten som en resurs i den tidiga insatsen.
- Samverkan ska ingå i beställaruppdraget.
- Bygga in utvärdering.

- Samverkansteam träffas en gång per månad, alla yrkesgrupper har sitt resp. ansvarsområde. Arbetar kring en familj, från graviditet fram till några månader efter förlossning.
- Dokumentation behövs samt vidareutveckling.

#### Regional nivå

- Viktigt med politisk förankring.
- Kommun och landsting – gemensamma avtal.
- Regionala vårdprogram.
- Vårdtyngdsersättning krävs för hållbarhet/kontinuitet.
- Utbildningsinsatser.
- Utveckla långsiktiga insatser kring dessa familjer.
- Utvärdering/uppföljning – idag saknas kunskap om hur det går för barnen/familjerna.

#### Nationell nivå

- Kompetenscentrum späda barn- uppdrag från regeringen.
- Initiativ – Socialstyrelsens UPP-centrum (Utvecklingscentrum för barns psykiska hälsa). Ett centrum inrättat av Socialstyrelsen på regeringens uppdrag. Nya barnskyddslagen ger lagstöd för uppföljning.

### Hur kommer det späda barnet märka att vi uppmärksammar det?

- Det kommer få någon (mamma eller annan vårdgivare) att få en trygg anknytning till.
- Många av dessa föräldrar gör svåra livsval. Kommer förhoppningsvis stärka barnets möjligheter att tackla detta – en lugnare tillvaro.
- Det späda barnet behöver inte bekymra sig/utsättas för stress. Andra tar bekymren istället för barnet.

# Sammanfattning och framtida utmaningar

Ett syfte med seminariet har varit att samla kunskap och identifiera behov för att offentliga verksamheter bättre ska uppmärksamma och samverka för att stödja det späda barnet som anhörig till en förälder med psykisk sjukdom. Ett annat syfte har varit att identifiera behov för att utveckla varaktiga strategier för att kunna ge stöd i ett tidigt skede.

Det som är specifikt för det späda barnet som anhörig är att det är totalt beroende av sin närmiljö och strukturerna runt familjen. Barn knyter alltid an till sin förälder, även när föräldern inte förmår utöva ett tryggt föräldraskap.

Inom forskningen har intresset för psykisk ohälsa under spädbarnstiden ökat dels beroende på att vi vet mer om vad det tidiga samspelet mellan föräldrar och barn betyder för barnets fortsatta utveckling dels för att det är en unik period i familjen. Det finns idag kunskap om att brister i spädbarnets omsorgsmiljö kan påverka barnet både kognitivt och emotionellt och ge effekter på lång sikt. Sammanfattningsvis kan sägas att vi har god kunskap om vikten av att tidigt uppmärksamma och ge stöd för att förebygga psykisk ohälsa hos spädbarnet. Detta betonas genomgående både av föreläsare och deltagare i seminariet.

Samtidigt som vi har mer kunskap idag har både föreläsare och deltagare uttryckt en oro över brister i stödet till de minsta barnen och deras föräldrar just i familjer där det finns stora behov av stöd.

Det saknas idag stöd till de mest behövande spädbarnsfamiljerna och att det finns en tydlig lucka i vårdkedjan. Ca 3% av alla mammor med spädbarn är i behov av genomtänkta och riktade insatser för att klara sitt föräldraskap. Forskning visar att för denna grupp har just selektiv prevention visat sig effektiv och betydelsefull. Vid en kartläggning gjord i Göteborg och Södra Bohuslän framkommer att flera spädbarnsverksamheter har lagts ner och under tiden Kerstin Neander bedrivit sitt forskningsprojekt har två av de fyra enheter hon studerat lagts ner. Liknande erfarenheter framkommer från flera andra håll i landet. Det finns stora brister i tillgången på samspelsbehandling, där föräldrar med svårigheter i föräldraskapet kan få hjälp och stöd att reglera samspelet.

En uppgift för seminariet var att identifiera behov för att utveckla strukturer och varaktiga strategier. En struktur för samverkan kring de blivande föräldrar som mår psykiskt dåligt måste börja innan barnet är fött. Att i ett tidigt skede ge stöd till det späda barnet och föräldrarna ställer extra stora krav på samverkan mellan olika verksamheter och klara utarbetade rutiner för hur, när och vad som ska göras. Organisationen för stöd till föräldraskapet och "relationen" mellan föräldern och det späda barnet behöver få en form inom svensk hälsovård. För att klara det behövs en helhets-syn och kompetens från såväl vuxen- och barnpsykiatrin, kommunernas individ- och familjeomsorg samt mödra- och barnhälsovården.

Ett behov som blivit tydligt är att det måste finnas etablerade samverkansstrukturer redan innan en familj blir aktuell för att tidigt identifiera hur man bäst kan hjälpa familjen och vem som gör vad. Utifrån den samverkan kan det sedan bildas speciella team som arbetar direkt med familjen.

På seminariet presenteras två goda exempel på samverkansstrukturer som utvecklats i Stockholms län respektive Malmö stad som kan tjäna som inspiration för andra. Det finns också behov av att samverkan finns med i beställaruppdraget och att det ges en "pinne" för samverkan.

När det gäller behandling, finns idag en stor mängd kunskap och forskning kring metoder för samspelsbehandling. Samtidigt finns ett stort problem med att samspelsbehandling för föräldrar och spädbarn ofta faller "mellan stolarna". Det behöver bli tydliggjort var ansvaret ska ligga för att utveckla en stödstruktur som innehåller samspelsbehandling. Är det landsting eller kommun, sjukvård eller hälsovård, vuxenpsykiatri eller barnpsykiatri som ska ansvara för detta?

Det behövs professionella inom olika verksamheter som har speciell kunskap just om det späda barnet. För att bygga upp hållbara strukturer för att uppmärksamma och ge stöd finns ett behov av utbildning och fortbildning som erbjuds kontinuerligt och mångprofessionellt till personer som arbetar kliniskt i Sverige, på liknande sätt som i t ex Norge eller Holland. Det kan bidra till att beprövade och beforskade internationella

metoder som utvärderats också kan nå ut snabbare i praktisk verksamhet än vad som sker idag.

På seminariet har förslag till möjlig ansvarsfördelning för insatser på olika nivåer presenterats:

*Nationell nivå* – Socialstyrelsen, Kompetenscentrum för spädbarn- och småbarnsforskning, riktlinjer och nätverk.

*Regional nivå* – BUP-klinik, Spädbarnverksamhet, daglig behandling/ev inläggning, metodutveckling, fortbildning.

*Lokal nivå* – BUP/BHV/MVC/Socialtjänst/Vuxenpsykiatri, Samverkansteam/specialistteam, Spädbarnsverksamhet, Samspelsbehandling/Nätverksarbete.

### Utmaningar för framtiden

- Våga se spädbarnet! För det behövs närhet och kunskap.
- Utöka möjligheten till samspelsbehandling.
- Etablera strukturer för samverkan på lokal och regional nivå.
- Samverkan behöver efterfrågas av beställarna.
- Specialistteam lokalt och regionalt.
- Ökad kunskap hos professionella genom utbildning och fortbildning.
- Inrätta ett nationellt spädbarnscentrum.
- Initiera projekt där man introducerar utvärderade metoder i Sverige.
- Långsiktighet – både vad gäller att utveckla strategier och strukturer och vad gäller att ge stöd.

# Seminariedeltagare

Olav Bengtsson	BUP-divisionen, Stockholms län	Olav.Bengtsson@sll.se
Ulla Björklund	Kvinnosjukvård & Förlossning Södersjukhuset	ulla.bjorklund@sodersjukhuset.se
Rickard Broddvall	Socialdepartementet Enheten för hälso- och sjukvård	rickard.broddvall@social.ministry.se
Bitte Davidsson	Bromma stadsdelsförvaltning Stockholm	bitte.davidsson@bromma.stockholm.se
Maria Dunerfeldt	BUP-divisionen Stockholms län	maria.dunerfeldt@sll.se
Agneta Ellström	Mödrahälsovård/Gynekologi V-regionen	agneta.ellstrom@vgregion.se
Conny Gabrielsson	Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning Stockholms län	conny.gabrielsson@sll.se
Ann Gardeström	Socialtjänst- och arbets- marknadsförvaltningen Stockholm	ann.gardestrom@saf.stockholm.se
Gunilla Hagberg-Tegenrot		gunilla.hagberg-tegenrot@skane.se
Birthe Hagström	Sociala Resursförvaltningen, Malmö	Birthe.Hagstrom@malmo.se
Ingela Heimann	Socialstyrelsen Regionala tillsynsenheten i Göteborg	Ingela.Heimann@socialstyrelsen.se
Christina Klintemo	Vuxenpsykiatri Stockholms läns sjukvårdsområde	christina.klintemo@sll.se
Anne-Marie Larsson	Stiftelsen Allmänna Barnhuset	anne-marie.larsson@allmannabarnhuset.se
Anncharlotte Lindfors	Sachsska Barnsjukhuset, Barnhälsovårdsenheten Stockholms län	anncharlotte.lindfors@sodersjukhuset.se
Pamela Massoudi	Spädbarnsverksamheten BUP Växjö	pamela.massoudi@kronoberg.se
Kerstin Neander	Örebro läns landsting Psykiatriskt Forskningscentrum	kerstin.neander@telia.com
Solveig Svensson	Vuxenpsykiatri Växjö, VÄXJÖ	solveig.svensson@ltkronoberg.se
Marie-Louise Söderberg	Psykiatri Södra Stockholm Stockholms län	marie-louise.soderberg@sll.se
Henri Toivonen	Barnhälsovården, Skaraborg	henri.toivonen@vgregion.se
Cathrine Udén	Psykiatri sydöst Stockholms län	catherine.uden@sll.se
Birgitta Wickberg	Enheten för mödravården och FOU V-regionen, Södra Bohuslän	birgitta.wickberg@vgregion.se
Ing-Marie Wieselgren	Sveriges Kommuner och Landsting	ing-marie.wieselgren@skl.se



## Barnhuset har gett ut följande böcker

(Kan laddas ner från Barnhusets hemsida)

Att bygga kompetens för kvalificerade utredningar av barn och unga – Analys av situationen i sju kommuner i Uppsala län för personalförsörjning av utredande socialsekreterare, 2010:2, *Anna-Lena Lindquist* (red.)

Att lära av fosterbarn – åtta års arbete med intervjuer av före detta fosterbarn, 2010:1, *Kristian Tilander & Monica Westberg*

NU – inte senare! Om att hjälpa barn i tid och om klok samhällsekonomi, 2009:3, *Bitte Lundborg*

Jag finns också! Om att vara syskon till en bror eller syster med svår sjukdom eller funktionsnedsättning, 2009:2 (ny redigerad utgåva)

Barn som lever med skyddade personuppgifter, 2009:1, *Barbro Hindberg m.fl.*

Att göra skillnad – könsperspektiv i socialt arbete med barn och ungdomar, 2008:3, *Ingrid Claezon*

Utsatt barndom – olika vuxenliv. Ett longitudinellt forskningsprojekt om barn i samhällsvård, 2008:2, *Gunvor Andersson*

Självskadebeteende – forskning, behandling och metoder för att förebygga psykisk ohälsa hos unga, 2008:1, *Rigmor Stein* (red.)

## Barnhuset har gett ut följande rapporter

(Kan laddas ner från Barnhusets hemsida)

Psykisk hälsa hos mammor som utsatts för våld av sin partner – för och efter deltagande i Bojens grupprogram, Delrapport 2, 2010, *Karin Grip, Anders Broberg, Kjerstin Almqvist*

Att läsa är livsviktigt – om familjehemsplacerade barns läsning och skolgång, 2010, *Gia Kjellén*

Att lämna en destruktiv relation – mammor som utsatts för våld av sin före detta partner berättar om sin situation och hur de hanterat den, Delrapport 1, 2009, *Jenny Lundgren, Stina Hillman & Anders Broberg*

Sexuell exploatering av barn och ungdomar – vad vet de som möter barnen? En inventering av kunskaps- och resursbehov, 2008

Sexuell exploatering av barn och ungdomar. Sammanställning av aktuell kunskap och forskning 2004-2008, *Gisela Priebe*

Böcker och rapporter utgivna tidigare finns på Barnhusets hemsida [www.allmannabarnhuset.se](http://www.allmannabarnhuset.se)

Rapporten innehåller en forskningsöversikt över vad vi idag vet om tidig intervention, behandling och tvärfackligt samarbete när det gäller perinatal psykisk ohälsa/sjukdom. Den visar bl a på att för denna grupp har just selektiv prevention visat sig effektiv och betydelsefull.

Det saknas idag stöd till de mest behövande spädbarnsfamiljerna och det finns en tydlig lucka i vårdkedjan. Organisationen för stöd till föräldraskapet och "relationen" mellan föräldern och det späda barnet behöver få en form inom svensk hälsovård. Ett flertal spädbarnsverksamheter har lagts ner i landet och det finns stora brister i tillgången på samspelsbehandling, där föräldrar med svårigheter i föräldraskapet kan få hjälp och stöd att reglera samspelet.

Rapporten lyfter också fram nödvändigheten av en struktur för samverkan kring de blivande och nyblivna föräldrar som mår psykiskt dåligt. Det behövs en helhetssyn och kompetens från såväl vuxen- och barnpsykiatri, kommunernas individ- och familjeomsorg samt mödra- och barnhälsovården.

Vi hoppas och tror att denna rapport kan vara ett bra stöd i det fortsatt viktiga arbetet att samverka för att stödja det späda barnet som anhörig till en förälder med psykisk sjukdom. Detta blir än mer angeläget utifrån den nya lagstiftningen i Hälso- och Sjukvårdslagen.

Allmänna Barnhuset är en statlig stiftelse med uppdrag att stödja metod- och kunskapsutveckling i arbetet med utsatta barn och ungdomar. Barnhuset ger anslag till socialt inriktad barn- och ungdomsforskning, anordnar konferenser och seminarier för att sprida kunskap samt ger ut böcker i aktuella frågor. Barnhuset driver också egna utvecklingsprojekt.

Böcker och rapporter kan beställas från Stiftelsen Allmänna Barnhusets hemsida [www.allmannabarnhuset.se](http://www.allmannabarnhuset.se)