

Barn som är anhöriga till en förälder som behandlas inom specialiserad vuxenpsykiatri

Kapitel 14 i antologin Barn är anhöriga – vågar vi
lyssna på dem?

Nka Barn som anhöriga 2025:2 - särtryck



© 2025 Lina Wirehag Nordh, Gisela Priebe, Maria Afzelius, Ulf Axberg och

Nationellt kompetenscentrum anhöriga™

REDAKTÖRER Rosita Brolin, Ritva Gough, Lennart Magnusson,

Elizabeth Hanson

Ta del av hela antologin på www.anhoriga.se/publicerat/publikationer-barn-som-anhoriga/

Kapitel 14

Barn som är anhöriga till en förälder som behandlas inom specialiserad vuxenpsykiatri

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

Lina Wirehag Nordh är legitimerad psykolog och affilierad forskare till Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Hon disputerade 2023 med en avhandling om barn som är anhöriga till en förälder som behandlas inom specialiserad vuxenpsykiatri och om föräldrar till barn som remitteras till barn- och ungdomspsykiatri. Hon har arbetat många år inom barn- och ungdomspsykiatri och arbetar idag kliniskt och med forskning inom specialiserad barnsjukvård. I sin forskning har hon ett tydligt fokus på hur hela familjen påverkas när en familjemedlem drabbats av psykisk ohälsa eller somatisk sjukdom och på praktiska utvärderingar av förebyggande och behandlande insatser för dessa målgrupper.

Gisela Priebe är professor i psykologi vid Karlstads universitet där hon under åren 2021–2025 även var föreståndare vid Centrum för forskning om barns och ungas psykiska hälsa och uppväxtvillkor (CBU). Hon är legitimerad psykolog och psykoterapeut med inriktning mot familjeterapi och har lång klinisk erfarenhet från både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. År 2009 disputerade hon med en avhandling om ungas erfarenhet av sexuella övergrepp. Hon har sedan fortsatt att forska om barns och ungas utsatthet och psykiska hälsa. Hon har även genomfört studier om sexuella trakasserier i akademien samt sexuellt utsatta vuxnas erfarenheter med tandvården. Sedan ett antal år tillbaka är hon intresserad av forskning om barn som anhöriga, framför allt barn och unga med föräldrar som lider av psykisk ohälsa.

Maria Afzelius är universitetslektor i socialt arbete vid Institutionen för socialt arbete på Malmö universitet. Hon är socionom, legitimerad hälso-och sjukvårdskurator och legitimerad psykoterapeut med inriktning mot familjeterapi. Hon disputerade 2017 med en avhandling om hur familjer med en förälder som har psykisk ohälsa och minderåriga barn får stöd från vuxenpsykiatri och socialtjänst. Aktuella forskningsområden är familjearbete inom vuxenpsykiatri och unga i hemlöshet.

Ulf Axberg är legitimerad psykolog och legitimerad psykoterapeut och arbetar på VID Vitenskapelige Høgskole i Oslo som professor i familjeterapi och systemisk

praxis. Han har framför allt ägnat sig åt interventionsforskning i samarbete med praxisfältet. De områden som varit aktuella är föräldraskapsstöd bland annat till föräldrar inom den specialiserade vuxenpsykiatri, systemiska interventioner i gränslandet mellan skola, socialtjänst och barn- och ungdomspsykiatri, samt insatser när barn lever med våld mellan sina omsorgspersoner.

Sammanfattning

Det här kapitlet handlar om barn som är anhöriga till en förälder som behandlas inom specialiserad vuxenpsykiatri. Mot bakgrund av aktuell internationell och nationell forskning beskrivs resultat från en rad forskningsprojekt som kapitlets författare varit delaktiga i, om barn som är anhöriga till patienter inom denna verksamhet. Inledningsvis lyfts det fram att många barn växer upp med en förälder som har en psykiatrisk diagnos och att ungefär en tredjedel av alla patienter inom vuxenpsykiatri har minderåriga barn. Forskning visar att dessa barn löper en ökad risk att själva drabbas av psykisk ohälsa.

I en nationell studie undersökte vi psykisk ohälsa hos barn som är anhöriga till föräldrar som behandlades för depression, ångest eller bipolär sjukdom inom specialiserad vuxenpsykiatri. Enligt föräldrarnas skattningar hade barnen klart högre nivåer av psykiska besvär jämfört med barn i den generella befolkningen. Ungefär en tredjedel av barnen rapporterade ha psykiska besvär på en så hög nivå att de skulle kunna behöva en egen behandling. Faktorer som yngre ålder hos barnen och föräldrarnas bristande tilltro till sin egen föräldraförmåga var kopplade till högre nivåer av psykiska besvär hos barnen. Dessutom ökade antalet riskfaktorer i barnets livssituation sannolikheten för psykisk ohälsa.

I kapitlet presenteras också en jämförande studie där två förebyggande interventioner som används inom specialiserad vuxenpsykiatri i Sverige, Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal, jämfördes med reguljära insatser. Studien visade att Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal minskade risken för psykisk ohälsa hos barnen och gav föräldrar stöd i sin föräldraroll, vilket stödjer fortsatt användning av dessa metoder inom specialiserad vuxenpsykiatri.

Vidare beskriver kapitlet resultat från registerstudier som undersökt hur lagens intentioner efterlevs i klinisk verksamhet – det vill säga hur många anhöriga barn som identifieras inom vuxenpsykiatri, hur många som får barnfokuserade insatser och hur ofta samverkan sker med andra relevanta verksamheter. Resultaten indikerade att långt ifrån alla anhöriga barn identifierades och att få familjer erbjöds insatser.

Syftet med kapitlet är att sprida forskningsbaserad kunskap om denna grupp av barn och deras livssituation, för att bidra till att förbättra stödet för både barn, föräldrar

och familjer inom specialiserad vuxenpsykiatri och närliggande verksamheter. Vi avslutar kapitlet med reflektioner och förslag på hur detta kan uppnås.

Summary

Children as Next of Kin of Parents Treated in Specialised Adult Psychiatry

This chapter focuses on children as next of kin to parents undergoing treatment within specialised adult psychiatry. It highlights that many children grow up with parents diagnosed with a psychiatric condition, approximately one-third of adult psychiatry patients have children that are minors. Extensive research has shown that these children are at an increased risk of developing mental health issues themselves.

Findings from a national study conducted by the authors showed that children of parents treated for depression, anxiety, or bipolar disorder within specialised adult psychiatry had significantly higher levels of mental health symptoms compared to children in the general population. About one-third of the children were reported to have symptoms severe enough to require treatment of their own. Contributing factors included younger child age and low parental confidence in their parenting abilities. Additionally, the presence of multiple risk factors in the child's environment further increased the likelihood of mental health issues.

The chapter also presents findings on the effectiveness of Beardslee's Family Talk Intervention and Let's Talk about Children. These preventive interventions were shown to reduce the risk of children developing mental health problems and were shown to provide parents with valuable support in their parenting role. The findings support their continued use within specialised adult psychiatry.

Furthermore, the chapter summarises results from register-based studies that examined the implementation of legal provisions in clinical practice– specifically, how many children were identified in adult psychiatry, how many families received child-focused interventions, and how often collaboration occurred with other relevant services. The results indicated that far from all children were identified and that relatively few families were offered support measures.

The chapter aims to disseminate research-based knowledge about this group of children and their life situations, with the goal of improving support for children as next of kin, their parents, and their families within specialised adult psychiatry and related services. The authors conclude with reflections and recommendations for how this can be achieved.

Inledning

Under de senaste decennierna har vi fått allt bättre kunskap om hur många barn som är anhöriga till en förälder med allvarlig psykisk ohälsa och hur det kan påverka barnens psykiska hälsa och livssituation. I Sverige behandlas vuxna med allvarlig psykisk ohälsa inom specialiserad vuxenpsykiatri och sedan bestämmelsen om barn som anhöriga lades till i hälso- och sjukvårdslagen [1] har det inom denna verksamhet bedrivits ett utvecklingsarbete för att implementera arbetssätt som säkrar att anhöriga barn identifieras och erbjuds information, råd och stöd utifrån behov [2]. Redan innan bestämmelsen lades till hade det gjorts olika organisatoriska förändringar inom specialiserad vuxenpsykiatri, för att i större utsträckning uppmärksamma anhöriga barns behov och kunna erbjuda stöd. I början av 2000-talet infördes att medarbetare på enskilda enheter fick tilläggsuppdrag som barnombud, vilket innebar att uppmärksamma patienternas minderåriga barn, ge stöd till familjer och vara ett stöd till kollegor i frågor som handlade om barn [3]. År 2006 startade också en nationell satsning där personal inom vuxenpsykiatri utbildades i olika förebyggande interventioner för barn som anhöriga [4].

Det här kapitlet handlar specifikt om barn som är anhöriga till en förälder som behandlas för ett psykiatriskt tillstånd inom specialiserad vuxenpsykiatri. Med psykiatriska tillstånd avses tillstånd som diagnostiserats inom sjukvården och som oftast kräver behandling (läs mer i Faktaruta på s. 3). Vi som är författare till kapitlet kommer att beskriva resultat från flera forskningsprojekt som vi har bedrivit inom specialiserad vuxenpsykiatri i Sverige och relatera resultaten till aktuell internationell och nationell forskning. De frågor som forskningsprojekten har undersökt belyser hur anhöriga barn rapporteras må psykiskt och vilka omständigheter i deras livssituation som har samband med om de rapporteras ha psykisk ohälsa. Vi har även undersökt effekterna av förebyggande interventioner som används inom specialiserad vuxenpsykiatri. I en rad studier har vi även följt upp hur lagens intentioner efterföljs inom denna verksamhet. Resultaten från forskningsprojekten har publicerats både som svenska rapporter [5–7] och som vetenskapliga artiklar [8–12] som vi hänvisar till för den som vill läsa mer ingående om resultaten.

Syftet med detta kapitel är att sprida aktuell forskningsbaserad kunskap om barn som är anhöriga till en förälder som har kontakt med specialiserad vuxenpsykiatri, för att bidra till ett förbättrat omhändertagande av barn, föräldrar och familjer inom denna och närliggande verksamheter. Kapitlet avslutas med reflektioner och konkreta förslag på hur vården kan utvecklas för att bättre möta barnens behov.

FAKTARUTA: Begrepp inom området psykisk hälsa

Det finns många ord för att beskriva psykiskt lidande och ohälsa. Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har enats kring en modell för att tydliggöra hur olika begrepp förhåller sig till varandra och med vilken betydelse de olika begreppen ska användas. Psykisk hälsa används i denna modell som ett övergripande begrepp, som innefattar två olika dimensioner: *psykiskt välmående* respektive *psykisk ohälsa*. Psykisk ohälsa delas i sin tur upp i *psykiatriska tillstånd* och *psykiska besvär*. Psykiatriska tillstånd avser tillstånd som diagnostiserats inom sjukvården och som ofta kräver behandling, medan psykiska besvär handlar om övergående besvär såsom oro, nedstämdhet eller sömnsvårigheter som uppkommer som en reaktion på något som hänt i individens liv. I detta kapitel kommer vi att använda begrepp och definitioner utifrån denna modell.

Källa: Begrepp inom området psykisk hälsa Version 1.1. utgiven år 2024 av Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, SKR och SBU.

Det handlar om många barn

Från både internationell och nationell forskning vet vi idag att många barn växer upp med en förälder som diagnostiserats med ett psykiatriskt tillstånd. Internationella studier tyder på att det handlar om 10–20 procent av alla barn när förekomst i befolkningen undersökts [13]. I en nyligen publicerad svensk registerstudie framkom att cirka 10 procent av alla barn i Sverige under 18 år hade en förälder som behandlats inom specialiserad vuxenpsykiatri, antingen inom öppen- eller slutenvård [14].

När det gäller andel patienter inom vuxenpsykiatrisk verksamhet som har barn under 18 år så har internationella studier visat att det handlar om mellan 12 och 45 procent av patienterna, där de lägre siffrorna kommer från studier inom heldygnsvård eller från mer specialiserade enheter och de högre siffrorna från allmänpsykiatrisk öppenvård [15]. Många studier från vuxenpsykiatrisk öppenvård finner dock att ungefär 30 procent av patienterna med allvarliga psykiatriska tillstånd har barn under 18 år [13, 15], vilket stämmer väl även för svenska och nordiska studier [16–18].

Förhöjd risk för psykisk ohälsa och/eller andra svårigheter

Mycket forskning har undersökt hur det kan påverka barns psykiska hälsa och livssituation att växa upp med en förälder med ett psykiatriskt tillstånd. Studier har till exempel visat att det är vanligt att anhöriga barn uppvisar förhöjda nivåer av

psykiska besvär, såsom oro och nedstämdhet eller trots och utmanande beteende. Bland barn vars föräldrar har kontakt med vuxenpsykiatri eller socialtjänst på grund av psykisk ohälsa har upp till hälften av barnen (39–50 procent) rapporterats uppvisa subklinisk eller klinisk nivå av psykisk ohälsa [19–21]. Subklinisk nivå syftar på en nivå som ligger strax under ett framtaget gränsvärde på en skattningsskala, där nivån över gränsvärdet benämns som klinisk nivå. Klinisk nivå tyder på att barnet har så pass höga nivåer av psykiska besvär att det är troligt att barnet har ett psykiatriskt tillstånd som det skulle behöva en egen behandling för. Omfattande forskning finns också som visar att barn som är anhöriga till en förälder med ett psykiatriskt tillstånd på gruppnivå har en förhöjd risk att själva diagnostiseras med ett sådant tillstånd, jämfört med barn vars förälder inte har det [22].

Förutom förhöjd risk för psykisk ohälsa har forskare funnit en rad samband med andra svårigheter eller livssituationer som kan påverka psykiskt mående och utveckling negativt. Många anhöriga barn har svårt att klara av sin skolgång och i en svensk rapport har det framkommit att en högre andel inte når godkända betyg i grundskolan [23]. En högre andel barn till föräldrar med psykiatriska tillstånd växer också upp i socialt och ekonomiskt utsatta situationer [14, 24]. Barn till föräldrar som behandlas för antingen somatiska eller psykiatriska tillstånd inom hälso- och sjukvård, tar också ett större ansvar för hushållssysslor och för att ta hand om sin sjuka förälder [25]. Svenska skolungdomar som rapporterar att deras förälder har en psykisk sjukdom, rapporterar att de i högre grad varit utsatta för flera olika former av misshandel, jämfört med barn i familjer där föräldern inte har en sådan sjukdom [26] och ett psykiatriskt tillstånd hos förälder är en riskfaktor för att barn utsätts för försummelse [27]. Samband finns också mellan att vara anhörig till en förälder med ett psykiatriskt tillstånd och att själv i vuxen ålder vara sjukskriven från arbete på grund av egen psykisk ohälsa [28].

I detta avsnitt har vi beskrivit forskning om olika samband som framkommit mellan att växa upp med en förälder med ett psykiatriskt tillstånd och en rad olika svårigheter som barn kan drabbas av under barndomen eller senare i livet. Det är viktigt att komma ihåg att det handlar om samband på gruppnivå och att de inte kan säga något om ett enskilt barns utveckling. Alla anhöriga barn utvecklar inte problem eller svårigheter, beroende på faktorer hos dem själva eller i omgivningen som skyddar dem och främjar en positiv utveckling. Samtidigt är det viktigt att undersöka samband på gruppnivå, för att förstå vilka insatser barn som anhöriga kan behöva generellt.

Psykisk ohälsa hos barn som är anhöriga till patienter inom specialiserad vuxenpsykiatri

För att undersöka hur barn som är anhöriga till en förälder som behandlas inom specialiserad vuxenpsykiatri i Sverige mår psykiskt, genomförde vi mellan år 2014

och 2018 en nationell forskningsstudie med detta som första delsyfte [7, 9]. Studien som helhet fokuserade på barn som är anhöriga till föräldrar som behandlades för depression, ångest eller bipolär sjukdom. Det var Socialstyrelsen som år 2013 tog initiativ till projektet och vi som är författare till kapitlet fick i uppdrag dels att kartlägga barnens psykiska mående, dels att göra en utvärdering av de förebyggande interventioner som användes inom specialiserad vuxenpsykiatri, vilket utgör den andra delstudien från projektet. Vuxenpsykiatriska vårdenheter från fem regioner i Sverige engagerades och familjerna rekryterades i samband med att en förebyggande intervention med fokus på barn mellan 8 och 17 år i familjen genomfördes som en del av patientens pågående kontakt inom vuxenpsykiatri.

Under rekryteringstiden informerades totalt 130 familjer om studien och 85 föräldrar från 63 familjer valde att delta, varav 60 var den förälder som var patient inom vuxenpsykiatri och 25 var partners till patienten. För att ta reda på hur barnen i familjerna mårde psykiskt bad vi föräldrarna att fylla i ett frågeformulär om psykiska besvär hos barnen, *Strength and Difficulties Questionnaire – Parent version* (SDQ-P) [29]. Föräldrarna besvarade frågeformuläret innan familjerna fick den förebyggande interventionen och sammanlagt fick vi in föräldraskattningar om 87 barn. Barnen var i genomsnitt 12 år gamla och 41 procent var flickor och 59 procent pojkar.

Resultatet visade att föräldrarna i studien rapporterade att barnen hade statistiskt säkerställt högre nivåer av psykiska besvär jämfört med hur föräldrar i allmänhet skattar att deras barn mår psykiskt [9]. Ungefär en tredjedel av barnen (34 procent) rapporterades ha psykisk ohälsa över det framtagna gränsvärdet som tyder på ohälsa på klinisk nivå, vilket innebär att barnen skulle kunna behöva en egen behandling. Jämfört med andra studier som undersökt psykiska symtom hos barn vars föräldrar behandlas för psykiatriska tillstånd [19–21] visar vår studie en något lägre andel barn med förhöjda nivåer av psykisk ohälsa. Anledningen till detta är troligtvis att vi i vår studie rapporterat andelen barn med resultat över det framtagna gränsvärdet på frågeformuläret, medan flera andra studier rapporterat andelen barn med resultat både strax under (subklinisk nivå) och över framtaget gränsvärde (klinisk nivå). I vår studie var det också så att vi inte inkluderade information om barn som redan diagnostiserats med ett psykiatriskt tillstånd. Detta berodde på att studien som helhet syftade till att undersöka effekter av förebyggande interventioner, som riktas till barn som inte redan identifierats som barn i behov av olika former av insatser. Ytterligare en aspekt som kan ha påverkat resultatet är urvalsproceduren, där hänsyn togs till att inte föräldrarna skulle vara allt för belastade. Vi bedömer därför att våra resultat inte är en överskattning av andelen barn med höga nivåer av psykisk ohälsa i denna grupp, utan att det är troligt att andelen är högre än det vi har funnit.

För att undersöka psykiska symtom hos barn är det inom forskning och klinisk verksamhet vanligt att ta hjälp av föräldraskattningar. Den skattningsskala som vi har använt i vår studie, SDQ-P, är en skala som är välanvänd i forskning. Instrumentet finns i olika versioner (för föräldrar, barn och lärare), men när det

endast är möjligt att använda en av dessa versioner, så rekommenderas föräldraskattningar för att få en så bred bild av barnets psykiska mående som möjligt [30]. Med det sagt så är det viktigt att understryka att resultatet i vår studie baseras på föräldrarnas uppfattning om barnens mående och inte på barnens egen skattning. När projektet planerades ingick att inkludera både föräldrars och barns skattningar, utifrån att man vet att skattningar från föräldrar och barn kan skilja sig åt [31]. Tyvärr tillfrågades och deltog alltför få barn i studien för att kunna göra några större jämförelser. Av de få skattningar som vi fick in (från 17 barn) kunde vi dock se att barnens skattningar av psykisk ohälsa på SDQ låg högre än föräldrarnas skattningar, vilket var tydligast på den totala problemskalan och på en delskala som mäter hyperaktivitet och ouppmärksamhet där skillnaden var statistiskt säkerställd [7]. Detta pekar på vikten av att i framtida studier även inkludera barnens egna skattningar för att få deras egen beskrivning av psykiskt mående.

Sambandet mellan föräldrars och barns psykiska mående är komplext

Det finns idag en bred enighet inom forskning om att barns utveckling bäst förstås utifrån ett komplext samspel mellan biologiska, psykologiska, sociala och kontextuella faktorer [32]. Utöver de riskfaktorer som kan finnas i barnets uppväxtmiljö och som ökar risken för att barnen utvecklar egna problem eller svårigheter senare i livet, används ibland även begreppet sårbarhetsfaktorer för medfödda eller tidigt förvärvade egenskaper hos barnet som också ökar risken. På motsvarande sätt används begreppet motståndskraft eller resiliens för medfödda eller förvärvade faktorer hos barnet som kan göra det mer ”robust”. I miljön kan det också finnas det som benämns som skyddsfaktorer som handlar om sådant som främjar en positiv utveckling och som kan fungera som ett skydd, särskilt för barn som utsätts för en förhöjd risk [33].

För att bättre förstå vad som påverkar utvecklingen för barn som är anhöriga till en förälder med ett psykiatriskt tillstånd har forskare undersökt en rad olika faktorer relaterade till barnet, föräldern, familjen och omgivningen. Utifrån denna forskning har teoretiska modeller sammanfattat viktiga risk- och skyddsfaktorer för barn som anhöriga som visar på att sambandet mellan föräldrars psykiska mående och hur barnens mående påverkas är mycket komplext [34, 35]. Många faktorer behöver beaktas, till exempel om hur allvarligt och långvarigt föräldrarnas tillstånd är och i vilken utsträckning tillståndet påverkar föräldraskapet, förälder-barnrelationen och familjens fungerande. Faktorer i den utökade familjen och det omgivande samhället spelar även roll för hur barnets utveckling påverkas, liksom egenskaper hos barnet självt [34, 35]. Tidigare forskning har även lyft fram att fler riskfaktorer ökar sannolikheten att barns utveckling påverkas negativt [36]. Att beskriva risk på detta sätt har visat sig värdefullt för att fånga upp vilka barn som har högst risk att utveckla

egna svårigheter. Denna typ av kumulativa riskmodeller¹ är dock begränsade vad gäller att förstå enskilda faktorerers betydelse för barnets utveckling [32, 37].

Faktorer som har samband med förhöjd nivå av psykisk ohälsa hos barn som är anhöriga till patienter inom specialiserad vuxenpsykiatri

I den första delstudien i det nationella forskningsprojektet undersökte vi även samband mellan olika faktorer i barnets livssituation och nivå av psykiska symtom hos barnen. Föräldrarna ombads utöver att skatta barnens psykiska besvär även att besvara frågeformulär om eget psykiskt mående med *Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure* (CORE-OM) [38], om upplevelse av att kunna hantera barnets beteende med delskalan *Perceived Parental Control* från formuläret *Parental Locus of Control* (PLOC-PPC) [39] och om familjens fungerande med formuläret *Family Assessment Device* (FAD) [40]. Föräldern svarade även på en rad bakgrundsfrågor om familjens sammansättning, föräldrarnas utbildningsnivå och sysselsättning, samt barnets kön och ålder.

Resultatet visade att lägre ålder hos barnen och lägre upplevelse hos föräldrar av att kunna hantera sitt barns beteende, hade samband med högre nivåer av föräldrapporterade psykiska symtom hos barnen. Dessa samband har även framkommit i tidigare forskning. Det har till exempel lyfts fram att yngre barn kan vara de vars utveckling påverkas mest i negativ riktning när en förälder inte mår bra [34]. Studier har även visat på samband mellan depression hos mammor och lägre upplevd förmåga i sitt föräldraskap och det har även framkommit samband mellan lägre upplevd föräldraförmåga och högre nivåer av psykisk ohälsa hos barn [41].

I vår studie undersökte vi även om det fanns ett samband mellan antalet riskfaktorer i barnets liv och om barnen rapporterades ha psykisk ohälsa på klinisk nivå [9]. Vi skapade ett index som inkluderade riskfaktorer som lyfts fram i vår egen och andras forskning bestående av följande faktorer:

- lägre ålder på barnet (8–10 år),
- lägre socioekonomisk status hos föräldern (utbildningsnivå och sysselsättning),
- om föräldern var ensamstående,
- höga nivåer av psykisk ohälsa hos föräldern,
- om föräldern hade en lång kontakt med vuxenpsykiatri,
- om föräldern skattade lågt kring sin upplevelse av att kunna hantera sitt barns beteende

¹ Kumulativa riskmodeller innefattar en rad olika riskfaktorer som en individ kan uppvisa och risken att drabbas av svårigheter antas öka med antalet riskfaktorer som barnet uppvisar.

Resultatet visade att barn med fler av dessa riskfaktorer i sitt liv hade större sannolikhet att rapporteras ha psykisk ohälsa på klinisk nivå. Resultatet är i linje med tidigare forskning om så kallade kumulativa riskmodeller [36, 37].

Sammantaget understryker resultaten från den första delstudien i det nationella forskningsprojektet vikten av att identifiera anhöriga barn inom specialiserad vuxenpsykiatri. Resultatet tyder på att en betydande andel av de anhöriga barnen rapporteras ha förhöjda nivåer av psykisk ohälsa. Resultatet understryker vikten av att undersöka många olika risk- och skyddsfaktorer. Att kartlägga många faktorer i familjens liv möjliggör att identifiera barn med många riskfaktorer som har särskilt stor risk för att deras psykiska hälsa och utveckling kan påverkas. En sådan kartläggning kan även ge de professionella en ökad förståelse för såväl vilka områden familjerna behöver hjälp med, som att synliggöra vilka styrkor och resurser som finns hos individerna, familjen och i deras omgivning. Resultatet belyser även att anhöriga barn kan ha behov av olika typer av insatser. För att inte utveckla psykisk ohälsa bör förebyggande interventioner erbjudas, men det behövs även insatser för att hjälpa de familjer där barnen uppvisar psykiska besvär och/eller har höga nivåer av psykisk ohälsa och kanske även har behov av en egen behandling.

Förebyggande interventioner

Baserat på den kunskap som finns om att barn som är anhöriga till föräldrar med ett psykiatriskt tillstånd löper högre risk för egen psykisk ohälsa, förordas det att de får förebyggande interventioner för att minska denna risk [42, 43]. Under de senaste decennierna har en rad olika förebyggande interventioner för denna grupp av barn utvecklats. Interventionerna bygger till stor del på kunskap om olika risk- och skyddsfaktorer och på kunskap om faktorer som är möjliga att påverka. Det finns i alla sociala miljöer faktorer som kan påverkas mer eller mindre [44]. När det handlar om barns utveckling har faktorer relaterat till föräldraskap och kvaliteten på föräldra-barnrelationen lyfts fram som avgörande och aspekter som låter sig väl påverkas med psykosociala interventioner [45, 46].

De förebyggande interventioner för barn som anhöriga som det finns effektutvärderingar av, kan delas in i tre olika typer: 1) de som riktas direkt till barn i grupp (stödgrupper), 2) de som riktas till föräldrar och 3) de som riktas till hela familjen (enskilt eller i grupp) [47]. Innehållet (komponenterna) i interventionerna skiljer sig åt dels beroende på vem interventionen riktas till, dels beroende på vilken teoretisk utgångspunkt metoden har. Den vanligaste komponenten i de olika typerna av förebyggande interventioner är dock psykoedukation² med fokus på föräldrarnas tillstånd och risk- och skyddsfaktorer som kan påverka ett barns utveckling när en

² Psykoedukation innebär att ge individer relevant information och kunskap för att stärka förståelse och förmåga att hantera sin situation.

förälder har ett psykiatriskt tillstånd [48]. Den näst vanligaste komponenten är någon form av färdighetsträning [48]. I stödgrupper för barn görs detta till exempel genom sociala aktiviteter och att lära ut hanteringsstrategier, medan färdighetsträning som riktas till föräldrar och familj i högre utsträckning innehåller föräldrastöd, fokus på hur föräldern kan stärka skyddsfaktorer som främjar barnens utveckling och att stärka kommunikativa färdigheter [49].

Utvärderingar av förebyggande interventioner för barn som anhöriga har visat att de kan minska risken för psykisk ohälsa hos barnen. I metaanalyser som räknat samman resultat från flera enskilda studier, har det visat sig att förebyggande interventioner har en liten, men statistiskt säkerställd effekt på minskning av internaliserade symtom, såsom nedstämdhet och oro, hos barnen [42, 49–51] och att risken att barnet diagnostiseras med ett psykiatriskt tillstånd minskar på kort sikt (långsiktiga studier saknas ännu) [49–51]. I en nyligen publicerad metaanalys av Lannes med kollegor [50] fann de att risken minskade med 50 procent.

Baserat på de metaanalyser som finns tyder resultaten på att förebyggande interventioner kan stödja barnens utveckling och kan minska risken att de utvecklar egna svårigheter och det rekommenderas därför att anhöriga barn erbjuds sådana interventioner [42, 43]. Samtidigt lyfts behovet av mer forskning fram, eftersom antalet effektutvärderingar fortfarande är begränsat. I de metaanalyser som hittills har gjorts, har forskarna inkluderat olika typer av interventioner (riktade till barn, förälder/-rar eller familj) i samma analyser och fler studier behövs för att till exempel jämföra effekt av olika typer av interventioner, eller hur specifika metoder fungerar jämfört med andra. Studier behövs även av hur interventionerna fungerar i olika länder och kulturer och när de används i en klinisk vardag.

Effektutvärdering av förebyggande interventioner som används inom specialiserad vuxenpsykiatri i Sverige

Som vi nämnde inledningsvis i kapitlet hade det redan innan bestämmelsen om barn som anhöriga lades till i hälso- och sjukvårdslagen gjorts en nationell satsning inom specialiserad vuxenpsykiatri i Sverige på att implementera förebyggande interventioner för dessa barn. I flera regioner hade personal utbildats i metoderna Beardslees familjeintervention [52] och Föra barnen på tal [53] och den andra delstudien från vårt nationella forskningsprojekt har undersökt effekten av dessa interventioner jämfört med reguljära insatser. Reguljära insatser inkluderar i vår studie alla andra typer av förebyggande interventioner som familjer erbjöds på de enheter som deltog i projektet. Studien är en så kallad kvasiexperimentell studie³ [54], där familjerna rekryterades i pågående verksamhet i samband med att de erhö

³ En kvasiexperimentell studie är en studie där deltagarna ingår i olika grupper, men där fördelningen inte sker slumpmässigt exempelvis p.g.a. att det inte är möjligt utifrån verksamhetens förutsättningar.

någon av dessa förebyggande interventioner med fokus på barn mellan 8 och 17 år i familjen [8]. Innan vi beskriver resultatet från vår studie, ger vi först lite information om interventionerna vi undersökt.

Beardslees familjeintervention utvecklades ursprungligen i USA och är en av de första förebyggande interventionerna som utvecklades för barn som anhöriga [52]. Interventionen togs fram specifikt för barn till föräldrar med depression, ångest och bipolär sjukdom. Föra barnen på tal utvecklades i Finland, till stor del baserad på Beardslees familjeintervention [53], och dessa två interventioner har därför ett liknande innehåll, men det finns också betydande skillnader. Beardslees familjeintervention riktas till hela familjen i olika konstellationer och omfattar 6–8 möten [55] medan Föra barnen på tal riktas till föräldrar och omfattar 1–2 möten [56]. I båda interventionerna ingår psykoedukation om föräldrarnas tillstånd och om risk- och skyddsfaktorer för anhöriga barn. I båda interventionerna lyfts även vikten av kommunikation i familjen kring föräldrarnas tillstånd fram, men denna komponent genomförs på olika sätt. I Beardslees familjeintervention ingår enskilda samtal med alla familjemedlemmar och även ett familjesamtal som syftar till att öppna upp kommunikationen i familjen. I Föra barnen på tal pratar den professionella med föräldrarna om hur de kan prata med barnen.

Det finns idag både kvalitativ och kvantitativ forskning om Beardslees familjeintervention (för fördjupad beskrivning hänvisas till kapitlet *Om Family Talk: Del I. Glädjen i att arbeta med Beardslees familjeintervention*) och till viss del även om Föra barnen på tal. I studier som undersökt Beardslees familjeintervention lyfts det fram att interventionen bidrar till förbättrad kommunikation och förståelse i familjen kring föräldrarnas diagnos och att föräldrarnas fokus på barnen ökar [52]. Studier har även visat att interventionen har en positiv effekt på familjens fungerande [57, 58] och leder till en minskning av psykiska besvär hos barnen [58–60]. Resultat från studier som undersökt Föra barnen på tal tyder på att denna intervention kan förbättra förälder-barn relationen, föräldraförmåga och föräldrars tilltro till sig själva som föräldrar [61]. Även Föra barnen på tal har visat sig ha en positiv effekt på familjens fungerande och leder till en minskning i psykiska besvär hos barnen [58, 60]. I studier som jämfört effekten av Beardslees familjeintervention med Föra barnen på tal, har det visat sig att psykisk ohälsa hos barnen minskade som effekt av båda interventionerna [58–60], men i en av studierna noterades att effekten kom tidigare i gruppen som fick Beardslees familjeintervention [60]. I detta sammanhang är det viktigt att betona att interventionerna är förebyggande, vilket innebär att de inte syftar till att behandla psykisk ohälsa, utan istället syftar till att minska risken att barnen utvecklar psykisk ohälsa på lång sikt. Det är därför viktigt att undersöka psykiska besvär när förebyggande interventioner utvärderas, men samtidigt vara medveten om att interventionerna inte förväntas minska symtomen utan istället minska risken att de ökar över tid.

I vår studie inkluderade vi även en jämförelsegrupp där alla andra former av förebyggande insatser ingick som familjer fick på de vårdenheter som deltog i studien. Syftet med att inkludera en jämförelsegrupp som kan innefatta väldigt olika typer av insatser, är att jämföra specifika metoder med det utbud som familjerna annars hade kunnat erbjudas. I jämförelsegruppen ingick både andra manual-baserade interventioner för barn som anhöriga och interventioner som inte följde någon specifik manual. I 35 procent av de reguljära insatserna deltog barnen som en del av insatsen.

I denna delstudie utvärderades effekten av interventionerna genom att undersöka om det fanns några skillnader mellan grupperna vad gäller hur föräldrarna skattade att barnens psykiska besvär (SDQ-P) och deras egen upplevelse av att kunna hantera sina barn (PLOC-PPC) förändrades över tid. Föräldrarna hade fyllt i samma frågeformulär vid tre tillfällen; innan interventionen startade, efter sex månader och efter 12 månader. Resultatet baseras på föräldraskattningar från 62 familjer med sammanlagt 89 barn. I familjerna som fått Beardslees familjeintervention ingick 35 barn, i familjerna där föräldrarna fått Föra barnen på tal ingick 16 barn och i familjerna som fått reguljära insatser ingick 38 barn.

Svaren på frågeformulären analyserades med hjälp av den statistiska metoden flernivåanalys, som tar hänsyn till att det ingick upprepade mätningar för samma barn och att flera av barnen ingick i samma familjer. Analyserna visade att det fanns en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna vad gäller hur föräldrarna skattade att barnens psykiska besvär förändrades över tid [8]. Föräldrar som fått Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal rapporterade ingen ökning av barnens psykiska besvär, medan detta rapporterades av föräldrarna i gruppen som fått reguljära insatser. Det framkom också en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna vad gäller hur föräldrarna skattade sin upplevelse av att kunna hantera sitt barns beteenden. Föräldrar som fått Beardslees familjeintervention eller Föra barnen på tal rapporterade en ökad tilltro till sig själv som förälder, till skillnad från föräldrarna som fått reguljära insatser där upplevd förmåga minskade över tid. I analyserna kontrollerade vi för en rad andra faktorer som skulle kunna förklara dessa skillnader, såsom förändring av förälderns psykiska mående och barnets ålder, men dessa kontrollvariabler förklarade inte förändringen av varken barnens psykiska besvär eller föräldrarnas upplevda föräldraförmåga.

I studien undersökte vi även om det var någon skillnad i föräldrarnas skattningar av förändring av barnens psykiska besvär eller egen upplevd förmåga att hantera barnen mellan familjer som fått Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal. Resultatet visade ingen statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna avseende dessa aspekter. Sammanfattningsvis stödjer resultaten i denna studie fortsatt användning av både Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal för att förebygga att anhöriga barn utvecklar psykisk ohälsa på kort sikt och för att ge stöd till föräldrar i sitt föräldraskap. Föra barnen på tal utvecklades ursprungligen som en avgränsad förebyggande intervention avsedd att ge till alla familjer där

föräldern har ett psykiatriskt tillstånd. Ett uttalat syfte är även att ta reda på om familjen är i behov av mer omfattande insatser [53]. Ur ett folkhälsoperspektiv finns det stora vinster med att ge förebyggande interventioner till så många som möjligt i en riskgrupp, eftersom detta ökar möjligheten att åstadkomma en skillnad på gruppnivå [62]. En kortare förebyggande intervention såsom Föra barnen på tal är möjlig att ge till ett större antal familjer och det är därför positivt att vår och andras forskning tyder på att även denna insats kan fungera som stöd för barn och föräldrar. Det är dock viktigt att understryka att en insats inte kan passa alla. Som diskuterats ovan finns det också betydande skillnader mellan Föra barnen på tal och Beardslees familjeintervention, då de är olika omfattande, ingående och vänder sig till antingen enbart föräldrar eller också till barnen och övriga familjemedlemmar. För att möta den enskilda familjens och alla familjemedlemmars behov, behövs det ett brett utbud av möjliga insatser.

I vår studie är det relativt små grupper som ingår och större studier behövs för att bekräfta resultaten och för att kunna få en bättre förståelse för vilken intervention som kan rekommenderas för vilka barn, föräldrar och familjer. Det är i detta sammanhang viktigt att understryka att man utifrån vår studie inte kan dra slutsatsen att de insatser som ingått i reguljära insatser inte har någon effekt. I jämförelsegruppen ingick väldigt olika insatser, allt från mycket korta till längre och mer omfattande och det varierade vilka familjemedlemmar insatserna riktades till. Jämförelsegruppen speglar en bredd av interventioner som familjerna som ingick i studien kunde erbjudas, och vi kan inte uttala oss om de olika insatserna. För att kunna undersöka effekterna av de olika typer av interventioner som ingick i denna grupp hade vi behövt ha många fler deltagare i varje intervention.

Hälso- och sjukvårdens arbete med barn som anhöriga

I ett internationellt perspektiv ser det väldigt olika ut hur professionella inom hälso- och sjukvård arbetar med anhöriga. Det allra mest grundläggande handlar om att personalen uppmärksammar att det finns anhöriga och har kontakt och kommunikation med dem. Det kan också handla om att de anhöriga görs delaktiga i planeringen av vården för patienten. Personal kan också arbeta med insatser riktade direkt till de anhöriga, allt från att bedöma deras behov till att erbjuda psykoedukativa insatser eller annat psykosocialt stöd. I de familjer där de anhöriga behöver mer omfattande stöd som inte kan ges inom verksamheten, kan det bli aktuellt att personalen är behjälplig med att hänvisa eller remittera dem vidare [63]. Hur arbetet med anhöriga utformas beror till stor del på landets lagar och riktlinjer. I Sverige finns det i likhet med flera andra nordiska länder en bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen som tydligt lägger ansvar på personal som möter vuxna patienter att identifiera om de har minderåriga barn och att beakta barnens behov av information, råd och stöd.

Långt ifrån alla anhöriga barn identifieras

För att ta reda på hur lagens intentioner hade omsatts i en klinisk vardag undersökte Priebe och Afzelius [5, 6] andelen anhöriga barn som identifierades inom vuxenpsykiatri några år efter att bestämmelsen infördes. Författarna hade Psykiatri Skånes riktlinjer som utgångspunkt och hämtade uppgifter från en befintlig patientdatabas. Undersökningen var en totalundersökning av de personer som var registrerade som patienter och som var aktuella inom öppen- eller slutenvård under en viss tidsperiod. Det som undersöktes var hur många minderåriga barn som hade registrerats i databasen, vilka insatser dessa barn och föräldrar hade fått, samt fördelningen på föräldrarnas kön, ålder, diagnos, typ av vård och verksamhet samt barnets ålder. Två mätningar gjordes, år 2013 och 2014, och en uppföljning gjordes år 2016. År 2013 var 29 677 patienter aktuella, och antalet barn som var registrerade var 12,5 procent. Året därpå var 29 972 patienter aktuella och antalet registrerade barn 12,9 procent [6]. För år 2016 var andelen patienter där minst ett barn registrerats 13,9 procent [5].

Resultaten visar en viss ökning av antalet registrerade barn över tid, men tyder samtidigt på en underrapportering av antalet patienter som har minderåriga barn i patientdatabasen, om man utgår ifrån att studier visat att ca 30 procent av patienterna inom vuxenpsykiatri har minderåriga barn [17]. Även i Norge, som har en liknande lagstiftning som Sverige, visar studier att patienternas minderåriga barn registreras i lägre omfattning än vad som förväntas [64, 65]. I Norge har det dock skett en ökning av antalet minderåriga barn som identifieras och av antalet professionella som rapporterar att de frågar patienterna om de har barn [65, 66], vilket till stor del beror på och är beroende av fortsatt implementering av lagen och utbildningsinsatser för de professionella.

Få familjer får barnfokuserade insatser

Socialstyrelsen förordar att alla barn till föräldrar som har ett allvarligt psykiatriskt tillstånd kan behöva en basnivå av information och generella råd, medan en mindre andel behöver mer specifika råd eller stödinsatser [67]. I registerstudien från Psykiatri Skåne undersöktes hur stor andel av de patienter där det fanns registrerat minderåriga barn, som också hade fått en insats med fokus på barnen [12]. Som barnfokuserad insats räknades sådant som vuxenpsykiatriens behandlare genomförde tillsammans med patienten, patientens partner eller barnen. Dit hörde att ge information, Föra barnen på tal, Beardslees familjeintervention, samtal med förälder och barn och samtal med barn utan förälder. Kontakt med socialtjänsten och kontakt med barn- och ungdomspsykiatri räknades också in som barnfokuserad insats. I studien framkom att endast en fjärdedel av de patienter där det fanns minderåriga barn registrerade, hade fått en sådan barnfokuserad insats. Den insats som var vanligast förekommande var information, ungefär en femtedel av de familjer där barn registrerats hade erhållit detta. Fler kvinnliga patienter med minderåriga barn

fick barnfokuserade insatser än manliga patienter. Familjer med små barn fick mer sällan insatser än familjer med äldre barn [12].

Registerstudien i Skåne genomfördes några år efter att bestämmelsen infördes, men två mer nyligen publicerade studier från Norge finner fortfarande samma mönster, att få insatser inriktade på barn och familj ges inom vuxenpsykiatri i Norge och att det inte sker i den utsträckning som kan förväntas utifrån hur lagen är skriven [64, 65]. Givetvis kan det vara så att alla insatser som faktiskt ges inte registreras i journalerna. Resultatet från såväl den svenska som de norska studierna tyder dock på att betydligt fler insatser inriktade på barn, föräldrar och familj skulle behöva ges inom vuxenpsykiatri.

Samverkan med andra verksamheter

När inte insatser inom en verksamhet är tillräckliga kan samverkan med andra verksamheter förbättra situationen för både barn och föräldrar. Det finns flera lagrum utöver bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen som uppmärksammar barns och familjemedlemmars behov och som verkar för att familjen får adekvata insatser, såsom till exempel anmälningsplikten (14:1) i socialtjänstlagen [68] och barnkonventionen [69]. I en intervjustudie med personal inom socialtjänsten belyses att kunskapen om psykisk ohälsa och hur de ska bemöta föräldrar med psykiatriska tillstånd inte alltid är tillräcklig. Samarbete mellan socialtjänst och vuxenpsykiatri upplevdes därför som angelägen, men beskrevs som svår att genomföra [11].

I den tidigare nämnda registerstudien i Psykiatri Skåne undersöktes även hur stor andel av de familjer som fått en barnfokuserad insats som också var aktuella för någon form av samverkan [12]. Samverkan definierades i studien som kontakt med socialtjänsten eller barn- och ungdomspsykiatri (BUP). Bland de barn som var registrerade och som fick en barnfokuserad insats var det 13 procent som var aktuella för samverkansinsatser. Samverkan med BUP var låg över lag (3,7 procent). Bland de föräldrar som erhållit någon form av barnfokuserad insats var samverkan vanligare förekommande, än för de föräldrar med barn som inte fått sådana insatser av vården. Sannolikheten för samverkan med andra myndigheter var mer än fem gånger större om vuxenpsykiatrien hade genomfört en barnfokuserad insats, jämfört med om ingen sådan insats genomförts.

Faktorer som kan påverka om barn som anhöriga uppmärksammas och får stöd

Många olika faktorer kan bidra till att anhöriga barn inte uppmärksammas i den omfattning som de borde. Olika organisatoriska hinder som lyfts fram i forskning är att personal inte upplever att de har tid att utföra uppgiften eller att de har en alltför belastad arbetssituation [70, 71]. Det tar också tid att implementera nya lagar, riktlinjer och rutiner [72] och det är avgörande att chefer och andra ansvariga tar en

aktiv del i att se till att lagen omsätts i klinisk verksamhet och stödjer medarbetare i hur de ska prioritera sitt arbete [70]. Andra hinder som lyfts fram handlar om brist på utbildning och kompetens hos medarbetare, men även att behandlare kan vara oroliga för att det ska påverka den terapeutiska alliansen negativt att ställa frågor om barn och föräldraskap [73]. För föräldrar med psykiatriska tillstånd är dock frågor om föräldraskap och barn centrala ämnen; de önskar stöd i att vara så bra föräldrar de kan och många uttrycker oro för sina barn [74]. Flera studier visar att personal inom verksamheter som möter allt från nyblivna föräldrar till vuxna med psykiatriska tillstånd spelar en viktig roll för om barn som anhöriga och familjer får stöd. I intervjuer med personal framkommer att de ofta balanserar mellan vems intresse de ska prioritera och att de då väljer den vuxne patienten [10, 75]. Personalen är ofta medveten om att deras patienter har barn, men har inte tillräcklig kunskap och erfarenhet av att arbeta tillsammans med andra verksamheter som kan erbjuda insatser som behövs [10, 76].

Diskussion och avslutande reflektioner

I Sverige finns det idag tydliga och starka incitament för hälso- och sjukvården att uppmärksamma barn som anhöriga utifrån lagar, riktlinjer, folkhälsomål och forskning, men mycket tyder på att arbetet med barn som anhöriga ännu inte har fått genomslag fullt ut i praktiken. Några år efter att bestämmelsen om barn som anhöriga lagts till pekade registerstudier på att det var långt ifrån alla anhöriga barn som identifierades inom specialiserad vuxenpsykiatri och det var en låg andel som fick barnfokuserade insatser eller var aktuella för samverkansinsatser [6]. Även om studierna ligger ett antal år tillbaka i tiden så visar liknande, mer nyligen publicerade norska studier, på att det fortsatt verkar vara samma mönster inom vuxenpsykiatri och i Sverige har det i den offentliga utredningen "Stärkt stöd till anhöriga" [77] från år 2024, lyfts fram att det behövs fortsatta åtgärder för att öka kunskaperna om hur anhöriga barn kan uppmärksammas och stödjas inom hälso- och sjukvården.

För att säkerställa att barn som är anhöriga till patienter inom hälso- och sjukvården identifieras är lagar och riktlinjer en viktig förutsättning. Hur de anhöriga barnen dokumenteras kan dock skilja sig åt mellan olika verksamheter och regioner. För att säkra att anhöriga barns behov beaktas kan det vara viktigt att barnen dokumenteras i föräldrarnas medicinska journal. Barns behov kan också förändras i takt med ökad ålder eller utifrån att det sker förändringar i förälderns tillstånd. Att dokumentera barnen är ett sätt att säkerställa att deras behov följs upp över tid.

Utifrån att det är föräldern som är patient inom vuxenpsykiatri, är det samtal med föräldern som är startpunkten för att undersöka barnens behov. Frågor behöver ställas om hur barnen har det i skolan, på fritiden och hemma, och vad det finns för stöd runt barnet och familjen. Det är också viktigt att ta reda på vad barnen vet om förälderns situation, vad barnet har för behov av information, råd och stöd, samt om det finns någon oro för barnen. I detta sammanhang är det också viktigt att informera om barns rättigheter och utforska förälderns behov av information om vad

anhöriga barn kan behöva. Viktiga områden att fråga föräldrar om handlar även om hur de upplever föräldraskapet och om föräldern behöver mer råd eller stöd i sin föräldraroll, samt erbjuda eller informera om var de kan få tillgång till detta. Det kan också finnas behov av att, med föräldrarnas samtycke, träffa barnet enskilt eller tillsammans med föräldern eller hjälpa barnet, föräldern eller familjen vidare till stöd inom andra verksamheter.

Även om barn som anhöriga på gruppnivå har en förhöjd risk för psykisk ohälsa, behöver man ta reda på hur det ser ut för det enskilda barnet för att förstå dess behov. Vikten av att kartlägga många risk- och skyddsfaktorer inom olika områden relaterade till barnet, föräldern, familjen och omgivningen var något som resultaten från den nationella forskningsstudien inom vuxenpsykiatri belyste [9]. Genom att kartlägga risk- och skyddsfaktorer i barnets liv kan den professionella få förståelse för familjens helhetssituation, vilket ger viktig information om vilka områden familjen behöver stöd inom, men också vilka resurser och styrkor som man kan bygga vidare på och stärka.

I vissa familjer kan barnens behov handla om att de behöver information och råd, medan det i andra kan behövas mer stöd till barn, föräldrar eller hela familjen. Förebyggande insatser till barn som anhöriga kan också ges indirekt, genom att ge stöd till föräldrarna, eller direkt genom att insatsen även riktar sig till barnen. I effektstudien som vi genomfört inom vuxenpsykiatri undersökte vi effekten av två manualbaserade förebyggande interventioner, Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal, jämfört med andra typer av förebyggande insatser som familjer kunde få i reguljär verksamhet inom specialiserad vuxenpsykiatri [8]. I vissa reguljära insatser deltog barnen direkt, medan det i andra insatser handlade om indirekt stöd genom föräldrarna. Sammantaget stödjer studiens resultat fortsatt användning av både Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal för att förebygga att anhöriga barn utvecklar psykiska besvär på kort sikt och för att stärka föräldrars tilltro till sig själva som föräldrar, vilket i sin tur kan påverka barnens utveckling positivt. De två manualbaserade interventionerna har likheter, men även skillnader och även när studier visar att en intervention på gruppnivå har goda effekter, innebär det dock inte att den passar för alla. Det unika barnet och familjens behov och situation behöver alltid beaktas och inom olika verksamheter behöver det finnas olika metoder med forskningsstöd för att kunna möta olika familjers behov.

Omsorgs- och delaktighetsperspektiv

Kapitlet har sin utgångspunkt i hur vi kan uppmärksamma och erbjuda insatser som kan minska risken för att barn som är anhöriga inom vuxenpsykiatri utvecklar en egen problematik. Med denna utgångspunkt tar vi ett omsorgsperspektiv, som utgår från att barn är under utveckling och därmed sårbara och i behov av vuxna som ansvarar för att de skyddas och får sina behov tillgodosedda för att framgångsrikt utvecklas ut ur barndomen [78]. Samtidigt fångar omsorgsperspektivet inte barnens

perspektiv och aktörskap, det vill säga barnets kompetens och rätt att påverka sitt liv, det som också kallas delaktighetsperspektivet [78]. Dessa två perspektiv står inte i motsättning till varandra och de är båda representerade i barnkonventionen, vilket pekar på vikten av båda perspektiven [79].

På senare år har barns rätt att delta i forskning, alltså ett delaktighetsperspektiv, aktualiserats. Enligt den svenska etikprövningslagen [80] som reglerar forskning som avser människor ska vårdnadshavaren (eller båda vårdnadshavare vid gemensam vårdnad) få information om och ge samtycke till barnets deltagande i forskning, om barnet är under 15 år. Ungdomar som är mellan 15 och 17 år och som inser vad forskningen innebär för dem, ska själva informeras och besluta om sitt deltagande. Barn ses som sårbara personer där riskerna med att delta i forskningen kan förväntas vara högre än för andra och där skälen för deras deltagande behöver särskilt redovisas [81]. I lagstiftningen betonas alltså ett skyddsperspektiv något mer än ett delaktighetsperspektiv. I vårt nationella forskningsprojekt ansträngde vi oss för att få in skattningar från barnen om deras mående och hur de upplevde sin familjesituation, men sammantaget fick vi in så få svar att det inte var möjligt att använda dem som vi önskat. Samtidigt är det viktigt och en rättighet för barn att få göra sina röster hörda även i forskning, vilket pekar på att de studier vi gjort behöver kompletteras med studier med ett tydligt fokus på att fånga barnens perspektiv på att vara anhörig till en förälder inom den specialiserade vuxenpsykiatri. Här kan man dock tänka sig att andra kvalitativa eller mixade metoder kan vara mer lämpade.

Verksamhetsbaserade studier och implementering

Det är även av yttersta vikt att verksamhetsbaserade studier genomförs, då denna typ av studier bidrar med kunskap om de patienter och familjer som behandlare möter i sitt dagliga arbete, samt om hur olika metoder fungerar i en klinisk vardag [54]. Baserat på våra erfarenheter av att bedriva praktisknära forskning vill vi dock belysa de utmaningar som finns för att genomföra studier i pågående klinisk verksamhet. I denna typ av studier är forskare beroende av samverkan med både beslutsfattare och professionella inom verksamheterna. Där kan vi se att det skulle behövas stärkta incitament för verksamheter att vara en del av praktisknära forskningsstudier och att det är avgörande att ledning och chefer är delaktiga och positiva till att det bedrivs forskning i deras verksamheter, samt att medarbetare får utrymme att arbeta med forskning på arbetstid.

Vi har i det här kapitlet visat att det finns alltmer forskning till stöd för olika förebyggande interventioner som kan bidra till att uppmärksamma behov och ge stöd till barn som lever med föräldrar med psykiatriska tillstånd. Det är positivt att det inom vuxenpsykiatri i Sverige finns metoder som kan användas som stöd för barn, föräldrar och familj. Samtidigt är det inte tillräckligt att metoderna finns, utan det blir också en fråga om att de implementeras och hur de implementeras, det vill säga att man gör en skillnad mellan kvaliteten och egenskaperna hos en intervention och hur den har implementerats [82]. Implementering bör inte ses som en enskild

händelse som är avklarad och slutförd när en intervention börjar användas, utan snarare som en kontinuerlig process över tid och som innehåller olika specifika implementeringsstrategier under olika faser av implementeringsprocessen [83]. Det kan till exempel finnas behov av anpassningar av innehåll eller utförande av interventionen i fråga, mer utbildning av de som utför interventionen, eller mer eller annan återkoppling till de verksamheter och personer som berörs av intervention som implementeras, mer eller annan handledning till de som utför den.

Andra implementeringsstrategier är att brukarna engageras än mer i implementeringsprocessen, det kan behövas fler eller kanske färre personer och verksamheter som involveras, eller så behövs förändringar i ledning eller administrativt och även finansieringsformerna kan behöva ses över [83]. Med detta sagt är det viktigt att konstatera att implementeringsprocessen inte kan göras till en fråga om den enskilda medarbetarens individuella ansvar och kompetens, utan att det krävs ett ledarskap och organisatoriska förutsättningar som ger mandat, förutsättningar och stöd till de enskilda medarbetarna att använda metoden [72].

Fler barn, föräldrar och familjer behöver uppmärksammas och erbjudas stöd

Utifrån den forskning som vi som grupp bedrivit inom vuxenpsykiatri vill vi trycka på att barn, föräldrar och familjer behöver uppmärksammas i högre utsträckning, även om vi också kan se att utvecklingen har gått framåt. Det finns idag en ökad medvetenhet om anhöriga barns behov inom specialiserad vuxenpsykiatri och det finns metoder för att minska risken att barnen utvecklar egen psykisk ohälsa. Men, det finns mer att göra för att se till att alla barn uppmärksammas och att alla barn får tillgång till information, råd och stöd som de behöver för att utvecklas och må bra. För att detta ska ske behöver det förutom kompetens hos personalen finnas organisatoriska förutsättningar samt stöd från ledningen. Det behöver säkras att det finns rutiner för att identifiera barnen och att tillgången till information, råd och stöd är jämlik oavsett var i landet du bor. Även om det finns nationell lagstiftning och rutiner och policys på övergripande nivå i olika regioner, så är det också vårdgivarens ansvar att se till att det finns lokala riktlinjer och rutiner för arbetet på varje enskild enhet. För att arbeta fram sådana finns det idag bra informations- och stödmaterial på Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se/ser-du-mig/) och Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Nka (anhoriga.se) erbjuder på sin webbplats fakta, metoder och verktyg för behandlare, men även information som vänder sig direkt till barn och ungdomar.

För att minska risken för att barn som anhöriga inom vuxenpsykiatri utvecklar psykisk ohälsa kan förebyggande interventioner som redan är implementerade i verksamheterna användas och det är viktigt att upprätthålla tillgången till personal som är utbildad i sådana metoder. Under projekttiden fick vi till oss att många behandlare som var utbildade i Beardslees familjeintervention och Föra barnen på tal inte längre fanns kvar inom verksamheterna och det är oklart hur spridda

metoderna är idag eller om ny personal utbildas i metoderna. Här ser vi ett stort behov av samordning på nationell nivå av vem som förvaltar de olika metoderna, för att klargöra var man kan få utbildning och handledning i de olika metoderna och för att tillgången ska säkras. Detta behövs även för att kvalitetssäkra hur de utförs och av vem.

Avslutningsvis vill vi även lyfta att resultaten från våra studier inom specialiserad vuxenpsykiatri har betydelse för andra verksamheter som möter föräldrar med psykiatriska tillstånd. Bestämmelsen om barn som anhöriga gäller för hela hälso- och sjukvården och inom till exempel primärvård vårdas en stor grupp patienter med psykiatriska tillstånd, men arbetet med barn som anhöriga är inom denna verksamhet mycket begränsat [84]. Det finns stora behov av att utveckla arbetssätt och hitta rutiner för att uppmärksamma och stödja barn, föräldrar och familjer. Ytterligare en grupp som vi vill lyfta fram är familjer där både förälder och barn samtidigt har psykiatriska tillstånd som båda behöver behandling för. Även för denna grupp av familjer finns det ett stort behov av att utveckla former för bedömning, behandling och samverkan mellan verksamheter, som idag är mycket bristfällig [85, 86].

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/
2. Socialstyrelsen. Stärkt stöd till barn som anhöriga - Slutrapport från regeringsuppdrag 2017-2020 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020 [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6851.pdf>
3. Östman M, Afzelius M. Children's representatives in psychiatric services: What is the outcome? *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57(2):144–52.
4. Pihkala H, Cederström A, Sandlund M. Beardslee's preventive family intervention for children of mentally ill parents: A Swedish national survey. *Int J Ment Health Promot*. 2010;12(1):29–38.
5. Priebe G, Afzelius M. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk – på väg mot ett familjefokuserat arbetssätt i vuxenpsykiatri? *Soc Tidskr*. 2017;(4):496–504.
6. Priebe G, Afzelius M. Barns behov av information, råd och stöd när en förälder är psykiskt sjuk – Hur efterföljs lagen? Lund: Region Skåne, Lunds universitet; 2015.
7. Axberg U, Priebe G, Afzelius M, Nordh LW. Barn till föräldrar som har kontakt med vuxenpsykiatri - hur har de det? [Internet]. Växjö: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet; 2020. Barn som anhöriga; 2020:1. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: <https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/reportage/bsa-rapport-2020-1.pdf>
8. Wirehag Nordh E-L, Grip K, Thorvaldsson V, Priebe G, Afzelius M, Axberg U. Preventive interventions for children of parents with depression, anxiety, or bipolar disorder: A quasi- experimental clinical trial. *Acta Paediatr*. 2023;(112):132–42.
9. Nordh E-LW, Priebe G, Grip K, Afzelius M, Axberg U. Mental health in children of parents being treated by specialised psychiatric services. *Scand J Public Health*. 2022;50(8):1113–23.
10. Afzelius M, Plantin L, Östman M. How adult psychiatry professional's view children. *Austin J Psychiatry Behav Sci*. 2015;2(2):1041.
11. Afzelius M, Plantin L, Östman M. Children of parents with serious mental illness: The perspective of social workers. *Practice*. 2017;29(4):293–310.
12. Afzelius M, Östman M, Råstam M, Priebe G. Parents in adult psychiatric care and their children: A call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2018;72(1):31–8.

13. Havelková A, Bartošová K, Havelka D. Prevalence of parents and children living with parental severe mental illness: A scoping review. *Cesk Psychol.* 2023;67(1):63–81.
14. Pierce M, Abel KM, Muwonge J, Wicks S, Nevriana A, Hope H, et al. Prevalence of parental mental illness and association with socioeconomic adversity among children in Sweden between 2006 and 2016: A population-based cohort study. *Lancet Public Heal.* 2020;5(11):e583–91.
15. Maybery D, Reupert A. The number of parents who are patients attending adult psychiatric services. *Curr Opin Psychiatry.* 2018;31(4):358–62.
16. Korhonen T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K. Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatry? - A questionnaire survey. *Scand J Caring Sci.* 2010;24(1):65–74.
17. Östman M, Eidevall L. Illuminating patients with children up to 18 years of age - A 1-day-inventory study in a psychiatric service. *Nord J Psychiatry.* 2005;59(5):388–92.
18. Ruud T, Maybery D, Reupert A, Weimand B, Foster K, Grant A, et al. Adult mental health outpatients who have minor children: Prevalence of parents, referrals of their children, and patient characteristics. *Front Psychiatry.* 2019;10:163.
19. Maybery D, Reupert A, Goodyear M, Ritchie R, Brann P. Investigating the strengths and difficulties of children from families with a parental mental illness. *Aust e-Journal Adv Ment Heal.* 2010;8(2):165–74.
20. Sell M, Radicke A, Adema B, Daubmann A, Kilian R, Stiawa M, et al. Parents with mental illness: Parental coping behavior and its association with children's mental health. *Front Psychiatry.* 2021;12:737861.
21. Wiegand-Grefe S, Sell M, Filter B, Plass-Christl A. Family functioning and psychological health of children with mentally ill parents. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(7):1278.
22. Leijdesdorff S, Van Doesum K, Popma A, Klaassen R, Van Amelsvoort T. Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: An up to date narrative review. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(4):312–7.
23. Hjern A, Berg L, Rostila M, Vinnerljung B. Barn som anhöriga: hur går det i skolan? [Internet]. Växjö: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet; 2013. Barn som anhöriga; 2013:3. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/barn-som-anhorig/rapporter-och-publikationer/rapporter/bsa-rapport-2013-3_chess2_skolan.pdf
24. Hjern A. Sociala uppväxtvillkor för barn som är anhöriga till föräldrar med cancer eller psykisk sjukdom/missbruk [Internet]. Växjö: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet; 2023. Barn som anhöriga; 2023:2. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från:

- <https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/publicerat/rapporter/2023-2-bsa-rapport-chess-9.pdf>
25. Kallander EK, Weimand BM, Becker S, Van Roy B, Hanssen-Bauer K, Stavnes K, et al. Children with ill parents: Extent and nature of caring activities. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(2):793–804.
 26. Jernbro C. Våldsutsatthet bland barn till föräldrar med svårigheter [Internet]. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2024 [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: <https://allmannabarnhuset.se/wp-content/uploads/2024/04/Valdsutsatthet-bland-barn-till-foraldrar-med-svarigheter-WEBBVERSION.pdf>
 27. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abus Negl*. 2018 Mar 1;77:198–210.
 28. Halonen JI, Merikukka M, Gissler M, Kerkelä M, Virtanen M, Ristikari T, et al. Pathways from parental mental disorders to offspring's work disability due to depressive or anxiety disorders in early adulthood: The 1987 Finnish Birth Cohort. *Depress Anxiety*. 2018;36:305–12.
 29. Björnsdotter A, Enebrink P, Ghaderi A. Psychometric properties of online administered parental strengths and difficulties questionnaire (SDQ), and normative data based on combined online and paper-and-pencil administration. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7:40.
 30. Kuhn C, Aebi M, Jakobsen H, Banaschewski T, Poustka L, Grimmer Y, et al. Effective mental health screening in adolescents: Should we collect data from youth, parents or both? *Child Psychiatry Hum Dev*. 2017;48(3):385–92.
 31. De Los Reyes A, Augenstein TM, Wang M, Thomas SA, Drabick DAG, Burgers DE, et al. The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychol Bull*. 2015;141(4):858–900.
 32. Sameroff AJ. It's more complicated. *Annu Rev Dev Psychol*. 2020;2:1–26.
 33. Broberg AG, Almqvist K, Mothander PR, Tjus T. *Klinisk barnpsykologi - Utveckling på avvägar*. 2. utg. Stockholm: Natur och Kultur; 2015.
 34. Hosman CMH, Van Doesum KTM, Van Santvoort F. Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Aust e-Journal Adv Ment Heal*. 2009;8(3):250–63.
 35. Goodman SH. Intergenerational transmission of depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020;16:213–38.
 36. Appleyard K, Egeland B, van Dulmen MHM, Sroufe LA. When more is not better: The role of cumulative risk in child behavior outcomes. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip*. 2005;46(3):235–45.
 37. Evans GW, Li D, Whipple SS. Cumulative risk and child development. *Psychol Bull*. 2013;139(6):1342–96.

38. Elfström ML, Evans C, Lundgren J, Johansson B, Hakeberg M, Carlsson SG. Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure [CORE-OM]. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(5):447–55.
39. Hagekull B, Bohlin G, Hammarberg A. The role of parental perceived control in child development: A longitudinal study. *Int J Behav Dev.* 2001;25(5):429–37.
40. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster Family Assessment Device. *J Marital Fam Ther.* 1983;9(2):171–80.
41. Albanese AM, Russo GR, Geller PA. The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child Care Health Dev.* 2019;45(3):333–63.
42. Thanhäuser M, Lemmer G, de Girolamo G, Christiansen H. Do preventive interventions for children of mentally ill parents work? Results of a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(4):283–99.
43. Reupert A, Bee P, Hosman C, Doesum K, Drost LM, Falkov A, et al. Editorial Perspective: Prato Research Collaborative for change in parent and child mental health – Principles and recommendations for working with children and parents living with parental mental illness. *J Child Psychol Psychiatry.* 2022;63(3):350–3.
44. Sanders MR, Divan G, Singhal M, Turner KMT, Velleman R, Michelson D, et al. Scaling up parenting interventions is critical for attaining the sustainable development goals. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(5):941–52.
45. Stafford M, Kuh DL, Gale CR, Mishra G, Richards M. Parent–child relationships and offspring’s positive mental wellbeing from adolescence to early older age. *J Posit Psychol.* 2016;11(3):326–37.
46. Stewart-Brown SL, Schrader-McMillan A. Parenting for mental health: What does the evidence say we need to do? Report of Workpackage 2 of the DataPrev project. *Health Promot Int.* 2011;26(Suppl 1):i10–28.
47. Nicholson J, Reupert A, Grant A, Maybery D, Mordoch E, Skogøy BE, et al. The policy context and change for families living with parental mental illness. I: Reupert A, Maybery D, Nicholson J, Göpfert M, Seeman M V., redaktörer. *Parental Psychiatric Disorder: Distressed Parents and their Families.* Cambridge University Press; 2015. p. 354–64.
48. Tapias E, Coromina M, Grases N, Ochoa S. Psychological treatments with children of parents with mental illness: A systematic review. *Child Youth Care Forum.* 2021;50(6):1107–30.
49. Havinga PJ, Maciejewski DF, Hartman CA, Hillegers MHJ, Schoevers RA, Penninx BWJH. Prevention programmes for children of parents with a mood/anxiety disorder: Systematic review of existing programmes and meta-analysis of their efficacy. *Br J Clin Psychol.* 2021;60(2):212–51.
50. Lannes A, Bui E, Arnaud C, Raynaud J-P, Revet A. Preventive interventions in offspring of parents with mental illness: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med.* 2021;51:2321–36.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

51. Loechner J, Starman K, Galuschka K, Tamm J, Schulte-Körne G, Rubel J, et al. Preventing depression in the offspring of parents with depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev.* 2018;60:1–14.
52. Garber J, Clarke GN, Weersing VR, Beardslee WR, Brent DA, Gladstone TRG, et al. Prevention of depression in at-risk adolescents. *J Am Med Assoc.* 2009;301(21):2215–24.
53. Solantaus T, Toikka S. The Effective Family Programme: Preventative services for the children of mentally ill parents in Finland. *Int J Ment Health Promot.* 2006;8(3):37–44.
54. Sundell K, redaktör. Att göra effektutvärderingar. Stockholm: Gothia Förlag AB; 2012.
55. Pihkala H, Renberg H, Söderblom B. Manual för Beardslee's familjeintervention. Opublicerad svensk översättning.
56. Solantaus T. Föra Barnen på Tal - När en förälder har psykisk ohälsa. Manual och loggbok. [Internet] 2006. Pihkala H & Borgengren M, översättare. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från:
https://anhoriga.se/globalassets/media/dokument/metoder-och-vertyg/barn-som-anhorig/fora_barnen_pa_tal_manual-loggbok.pdf
57. Furlong M, McGuinness C, Mulligan CM, McGarr SL, McGilloway S. Family Talk versus usual services in improving child and family psychosocial functioning in families with parental mental illness: a randomised controlled trial and cost analysis. *Front Psychiatry.* 2024;15(March):1–19.
58. Giannakopoulos G, Solantaus T, Tzavara C, Kolaitis G. Mental health promotion and prevention interventions in families with parental depression: A randomized controlled trial. *J Affect Disord.* 2021;278:114–21.
59. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics.* 2003;112(2):e119–31.
60. Solantaus T, Paavonen JE, Toikka S, Punamäki R-L. Preventive interventions in families with parental depression: Children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2010;19(12):883–92.
61. Allchin B, Solantaus T. An evidence-based practice developed in-situ: Let's Talk about Children and a consolidation of its evidence base. *Front Psychiatry.* 2022;13:824241.
62. Offord DR, Kraemer HC, Ph D, Kazdin AE, Ph D, Jensen PS. Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37(7):686–94.
63. Maybery D, Jaffe IC, Cuff R, Duncan Z, Grant A, Kennelly M, et al. Mental health service engagement with family and carers: what practices are fundamental? *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1–12.

64. Stavnes K, Ruud T, Benth JŠ, Hanssen-Bauer K, Weimand BM, Solantaus T, et al. Norwegian health personnel's compliance with new legislation on children of ill parents: An exploratory cross-sectional multicentre study. *BMC Health Serv Res.* 2022;22(1):1171.
65. Reedtz C, Jensaas E, Storjord T, Kristensen KB. Identification of children of mentally ill patients and provision of support according to the Norwegian Health Legislation: A 11-Year review. *Front Psychiatry.* 2022;12:815526.
66. Lauritzen C, Reedtz C, Rognmo K, Nilsen MA, Walstad A. Identification of and support for children of mentally ill parents: A 5 year follow-up study of adult mental health services. *Front Psychiatry.* 2018;9:507.
67. Socialstyrelsen. Barn som anhöriga – Konsekvenser och behov när föräldrar har allvarliga svårigheter, eller avlider [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013 [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2013-6-6.pdf>
68. Socialtjänstlag (SFS 2001:453) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
69. UNICEF. Barnkonventionen. FN:s konvention om barnets rättigheter [Internet]. Stockholm: UNICEF Sverige; 2024. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://assets.ctfassets.net/gl8rzq2xcs20/FUJ64Tf4T7SHdFcZPfj7Y/ccbb852dad1ff7287134cdf7579b691/UNICEF_Barnkonventionen_fullversion_2024__1_.pdf
70. Maybery D, Reupert A. Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2009;16(9):784–91.
71. Lauritzen C, Reedtz C. Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *J Child Fam Stud.* 2015;24(4):864–71.
72. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. University of South Florida, Louise de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network; 2005.
73. Maybery D, Reupert A. Workforce capacity to respond to children whose parents have a mental illness. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(8):657–64.
74. Wahl P, Bruland D, Bauer U, Okan O, Lenz A. What are the family needs when a parent has mental health problems? Evidence from a systematic literature review. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2017;30(1):54–66.
75. Tuck M, Wittkowski A, Gregg L. A balancing act: A systematic review and metasynthesis of family-focused practice in adult mental health services. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2023;26(1):190–211.

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

76. Ribette C, Rosenthal L, Raynaud JP, Franchitto L, Revet A. Primary care physicians' experience of caring for children with parents with mental health illness: a qualitative study among French general practitioners and paediatricians. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):190.
77. Malmborg G. Stärkt stöd till anhöriga – Ett mer ändamålsenligt stöd till barn och vuxna som är anhöriga (SOU 2024:60) [Internet]. Stockholm: Socialdepartementet; 2024. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://www.regeringen.se/contentassets/4e4ec43884144936bd53a3707266aa80/sou_2024_60_pdf-a_webb.pdf
78. Näsman E, Alexandersson K, Fernqvist S, Kihlgård J. Att se barn som anhöriga. I: Järkestig-Berggren U, Magnusson L, Hanson E, redaktörer. Att se barn som anhöriga - om relationer, interventioner och omsorgsansvar. Växjö: Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Linnéuniversitetet; 2015.
79. Eriksson M, Näsman E. Participation in family law proceedings for children whose father is violent to their mother. *Childhood*. 2008;15(2):259–75.
80. Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) [Internet]. Stockholm: Utbildningsdepartementet [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/
81. Görman U. Vägledning om etikprövning av forskning på människor [Internet]. Uppsala: Etikprövningsmyndigheten; 2023. [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: <https://etikprovning.se/wp-content/uploads/2023/12/Vagledning-om-etikprovning-EPM.pdf>
82. Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core implementation components. *Res Soc Work Pract*. 2009;19(5):531–40.
83. Kirchner JAE, Smith JL, Powell BJ, Waltz TJ, Proctor EK. Getting a clinical innovation into practice: An introduction to implementation strategies. *Psychiatry Res*. 2020;283:112467.
84. Priebe G, Nyqvist A, Karlsson Å. Barn som anhöriga i primärvården. En enkätstudie med kliniskt verksamma medarbetare i Region Värmland [Internet]. Centrum för forskning om barns och ungas psykiska hälsa och uppväxtvillkor, Karlstad universitet; 2024 [citerad 30 maj 2025]. Hämtad från: https://www.kau.se/files/2024-04/CBU_Rapport-Barn-som-anh-i-primarvarden_A4_2404-tillganglig_o.pdf
85. Campbell TCH, Reupert A, Sutton K, Basu S, Davidson G, Middeldorp CM, et al. Prevalence of mental illness among parents of children receiving treatment within child and adolescent mental health services (CAMHS): A scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021;30(7):997–1012.
86. Wirehag Nordh E-L, Grip K, Axberg U. The patient and the family: investigating parental mental health problems, family functioning, and parent

Särtryck ur antologin Barn är anhöriga – vågar vi lyssna på dem?
Nka Barn som anhöriga 2025:2

involvement in child and adolescent mental health services (CAMHS). Eur
Child Adolesc Psychiatry. Advance online publication 2024.